



**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

# **O CUIDADO CONFORTADOR À BOCA NA PESSOA HOSPITALIZADA**

**THE COMFORTING MOUTH CARE IN THE HOSPITALISED PERSON**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Joana Nogueira Gameiro Capaz

LISBOA, janeiro 2018





**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

# **O CUIDADO CONFORTADOR À BOCA NA PESSOA HOSPITALIZADA**

**THE COMFORTING MOUTH CARE IN THE HOSPITALISED PERSON**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por Joana Nogueira Gameiro Capaz

Sob orientação de Professora Doutora Patrícia Pontífice Sousa

LISBOA, janeiro 2018



## RESUMO

A formação pós-graduada em Enfermagem assume um papel preponderante no processo de construção e desenvolvimento de cada enfermeiro e na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, permitindo conjugar o conhecimento com o desenvolvimento e certificação de competências científicas, técnicas, éticas e relacionais, que se pretendem especializadas.

O presente Relatório é referente ao percurso efetuado nos Módulos de estágio, inserido no plano de estudos do 10º Curso de Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa. Perfazendo um total de 360 horas, nele são descritas as atividades realizadas bem como as competências desenvolvidas ao longo dos módulos. A unidade curricular Estágio foi composta por três módulos: Módulo I – Serviço de Urgência Geral de Adultos, tendo sido realizado na Unidade de Atendimento Urgente de um Hospital Particular do Distrito de Lisboa; Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos e Cuidados Intermédios, onde se encontram as principais atividades desenvolvidas ao longo de 15 anos, e que me conferiram creditação; Módulo III – Opcional, decorrido numa Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos de um Hospital Particular do Distrito de Lisboa.

A metodologia utilizada para a conceção do presente trabalho assenta numa análise descritiva, reflexiva e introspetiva das vivências presenciadas no âmbito do desenvolvimento de competências especializadas, adequadas à prática clínica, na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo por base os pressupostos defendidos pelas Teorias do Conforto de Katharine Kolcaba e Patrícia Pontífice Sousa.

O eixo transversal que esteve subjacente aos três módulos de estágio prendeu-se com a promoção do conforto, mais concretamente com o cuidado confortador à boca na pessoa hospitalizada, procurando compreender o estado atual do conhecimento científico sobre as controvérsias associadas aos cuidados à boca, bem como sensibilizar os enfermeiros para esta problemática.

**Palavras-chave:** Cuidados de Enfermagem, Competências em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Conforto.



## **ABSTRACT**

Post-graduate training in Nursing assumes a predominant role in the development of each individual nurse and in the provision of quality nursing care, enabling the combination of knowledge with the development and certification of scientific, technical, ethical and relational skills, which are meant to be specialized.

This report refers to the work achieved in the Internship Modules, within the 10<sup>th</sup> Master's Degree in Nursing, Specialization in Medical-Surgical Nursing, of the Health Sciences Institute, of the Portuguese Catholic University. With a total of 360 hours, it describes the activities carried out as well as the skills developed throughout the modules. The course unit was composed of three modules: Module I - General Adult Emergency Service, completed at the Urgent Care Unit of a Private Hospital of the District of Lisbon; Module II - Unit of Intensive Care and Intermediate Care, description of the main activities developed over 15 years, which provided accreditation; Module III - Optional, held in a Continuous and Palliative Care Unit of a Private Hospital of the District of Lisbon.

The methodology used for the conception of the present study is based on a descriptive, reflexive and introspective analysis of the experiences witnessed in the scope of the development of specialized competences, appropriate to the clinical practice in the Medical-Surgical Nursing sector. These were based on the assumptions defended by the Theories of Comfort of Katharine Kolcaba and Patrícia Pontífice Sousa.

The transversal axis that underlies the three modules is related to the promotion of comfort, more specifically to comforting mouth care in the hospitalised person. Further, aiming to a better understanding of the current scientific knowledge about the controversies associated with mouth care and develop nurses sensitivity and awareness to this problem.

**Keywords:** Nursing Care, Skills in Medical-Surgical Nursing, Comfort.



You think I'd leave your side baby  
You know me better than that  
You think I'd leave you down when you're down on your knees  
I wouldn't do that  
I'll tell you you're right when you want  
And if only you could see into me

Oh when you're cold  
I'll be there  
Hold you tight to me

When you're on the outside baby and you can't get in  
I will show you you're so much better than you know  
When you're lost and you're alone and you can't get back again  
I will find you darling and i will bring you home

And if you want to cry  
I am here to dry your eyes  
And in no time  
You'll be fine

You think I'd leave your side baby  
You know me better than that  
You think I'd leave you down when you're down on your knees  
I wouldn't do that  
I'll tell you you're right when you want  
And if only you could see into me

Oh when you're cold  
I'll be there  
Hold you tight to me  
When you're low  
I'll be there  
By your side baby

**(By your side - SADE)**



## **AGRADECIMENTOS**

À **Universidade Católica Portuguesa** pela aprendizagem ao longo deste percurso;

À **Professora Doutora Patrícia Pontífice Sousa**, que com toda a sua sabedoria, dedicação, disponibilidade, incentivo e apoio demonstrados, me proporcionaram a motivação necessária, e desta forma, me conferiram o conforto desejado. O seu acompanhamento permitiu ultrapassar todos os desafios que se colocaram ao longo destes meses de trabalho;

A todas as **instituições e profissionais** que me acolheram e orientaram contribuindo com os seus conhecimentos para as minhas aprendizagens, tornando este percurso possível;

Aos meus **colegas de Especialidade**, pela partilha e acompanhamento nestes momentos, ajudando-me a crescer;

À **Enfermeira Chefe Célia Osana e colegas de trabalho** que de uma forma ou de outra, também fizeram com que fosse possível percorrer este caminho;

Aos meus **amigos**, que estão sempre comigo, pelo vosso infindável apoio, carinho, amor, compreensão... são um suporte fundamental e, sem dúvida, o meu porto de abrigo;

À **Sónia**, amiga de muitos momentos.... Por me acompanhar diariamente e por me ter dito... que o melhor de mim está para chegar!

À minha **família**, as pessoas mais importantes deste mundo e sem as quais eu não sou nada. Aos meus pais, Nuno, Isabel e João, pelo amor incondicional, apoio e incentivo para seguir em frente.

A todos, o meu sincero **OBRIGADA!**



## **LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS, UTILIZADOS**

**AVC-** Acidente Vascular Cerebral

**AVD-** Atividades de Vida Diárias

**BO-** Bloco Operatório

**CIPE-** Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

**EAM-** Enfarte Agudo do Miocárdio

**EAP-** Edema Agudo do Pulmão

**ECTS-** Sistema Europeu de Transferência de Créditos

**EMC-** Enfermagem Médico-Cirúrgica

**EPE-** Entidade Pública Empresarial

**ESAS-** *Edmonton Symptom Assessment System* (Escala de avaliação de sintomas de Edmonton)

**ESMO-** *European Society of Medical Oncology*

**HHI-PT-** *Herth Hope Index* (Escala da Esperança de Herth)

**HSFX-** Hospital de São Francisco Xavier

**OMS-** Organização Mundial da Saúde

**PVC-** Pressão Venosa Central

**REPE-** Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

**RIL-** Revisão Integrativa da Literatura

**SAV-** Suporte Avançado de Vida

**SBV-** Suporte Básico de Vida

**SIV-** Suporte Imediato de Vida

**SO-** Sala de Observação

**UAU-** Unidade de Atendimento Urgente

**UCCP-** Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos

**UIC-** Unidade de Insuficiência Cardíaca

**UNICARD-** Unidade de Cuidados Intermédios Coronários



## ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO .....	17
1. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	23
2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS AO LONGO DOS ESTÁGIOS .....	37
2.1. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL DE ADULTOS.....	42
2.2. MÓDULO III – ESTÁGIO DE OPÇÃO.....	56
CONCLUSÃO.....	69
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	73
APÊNDICES.....	77
Apêndice I- Comunicação Oral apresentada no XI Encontro Luso-Brasileiro de Enfermagem intitulada “Cuidados à boca na pessoa idosa” .....	79
Apêndice II- <i>Poster</i> apresentado no XI Encontro Luso-Brasileiro de Enfermagem intitulado “Cuidar em Humanidade à pessoa idosa” .....	87
Apêndice III- Revisão Integrativa da Literatura “Cuidar em Humanidade: uma perspectiva confortadora” .....	91
Apêndice IV- Protocolo de Integração na UAU .....	113
Apêndice V- Sessão de formação “Cuidados à boca – Intervenções de Enfermagem” .....	119
Apêndice VI- Sessão de formação “Cuidados à boca”.....	141
ANEXOS .....	155
Anexo I- Resposta da Revista Servir para submissão de Artigo.....	157
Anexo II- Declaração da Comunicação Oral “Cuidados à Boca na pessoa idosa” .....	161
Anexo III- Declaração do <i>Poster</i> “Cuidar em Humanidade à pessoa idosa” ....	165
Anexo IV- Escala de avaliação de sintomas de Edmonton .....	169



## **ÍNDICE DE FIGURAS**

<b>Figura 1</b> - Fluxograma do processo de seleção dos artigos da revisão.....	28
---	----

## **ÍNDICE DE QUADROS**

<b>Quadro 1</b> - Resultados dos estudos segundo as variáveis: Título, Autor e Ano, Tipo de Estudo, Objetivos e Achados .....	29
---	----



## INTRODUÇÃO

A Enfermagem assume um papel ímpar na vida das pessoas ao longo de todo o seu ciclo vital, contribuindo para a prevenção da doença e promoção da saúde e da qualidade de vida. O enfermeiro, centrado no cuidado à pessoa em situação de saúde/doença, família ou comunidade, tem vindo a sentir uma crescente necessidade de aprofundar conhecimentos e competências, devido à evolução tecnológica e científica, mas também devido às constantes alterações das necessidades das pessoas que cuidam.

A formação desempenha um papel fundamental no processo de construção e desenvolvimento de cada enfermeiro, uma vez que, não é um momento isolado, mas sim um processo contínuo, sempre com o intuito de adquirir saberes específicos e de desenvolver novas competências (Garrido, António; Simões, João; Pires, 2008). É nesta atualização permanente de saberes que se fundamenta a necessidade de formação e aprendizagem ao longo da vida profissional, exigindo do enfermeiro investimento e motivação para uma prática de cuidados mais eficaz e eficiente (Vieira, 2008).

O reconhecimento das instituições de saúde no desenvolvimento de competências é fundamental (Paiva e Silva, 2007), sendo que a certificação de competências numa área clínica de especialização se torna uma mais-valia, pois segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), no artigo 4º nº 3, Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro, Enfermeiro Especialista é o enfermeiro a quem é *“atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”* (Ordem dos Enfermeiros, 2015a). De acordo com a Ordem dos Enfermeiros, Enfermeiro Especialista é o *“enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção”* (Ordem dos Enfermeiros, 2011a). Este deve

desenvolver as suas Competências dentro de quatro domínios: o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o domínio da melhoria contínua da qualidade, o domínio da gestão dos cuidados e o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Ordem dos Enfermeiros, 2011a). O próprio Processo de Enfermagem promove uma cultura de desenvolvimento e aprendizagem pela dinâmica que lhe é inerente. Não só promove a implementação e execução de intervenções, mas também facilita a avaliação da efetividade dessas mesmas intervenções, levando a ajustes frequentes e necessários, de forma a adequar os cuidados prestados às reais necessidades da pessoa. Assim, à semelhança do ciclo vital que se caracteriza por ser dinâmico e em constante mudança, também os enfermeiros sentem necessidade de se diferenciar, diversificar e evoluir no sentido da maior responsabilização e aquisição de conhecimentos e capacidades que conduzem ao desenvolvimento de competências, sendo que o desenvolvimento de competências numa determinada área decorre de um conjunto de conhecimentos e saberes organizados que o fundamentam (Collière, 2000).

Assim, todos os Enfermeiros deverão ter em consideração, na sua forma de ser e de estar, a capacidade de inovação e vontade de mudança, com o objetivo de atingir um nível de excelência nos cuidados de enfermagem, tornando-se essencial o desenvolvimento de competências técnicas e científicas especializadas. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) é aquele que se pode tornar perito nessa área, detendo conhecimentos aprofundados. No entanto, nem todos os enfermeiros especialistas podem ser considerados peritos, uma vez que a experiência é fundamental para atingir estas capacidades (Benner, 2001).

Com o objetivo de adquirir essas competências, ingressei no 10º Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, no biénio 2016/2017. A realização deste curso está em consonância com o exigido pela Ordem dos Enfermeiros e pelo Decreto-Lei n.º353/99 de 3 de Setembro que prevê que a formação pós-graduada para obtenção do título de enfermeiro especialista prossiga em cursos de pós-licenciatura de especialização (Ministério da Educação, 1999). Este curso

pós-graduado, e de acordo com o seu plano de estudos, visa especificamente o desenvolvimento de competências para a realização de cuidados de Enfermagem Avançada à pessoa adulto e idoso com doença grave e é especialmente dirigido para a pessoa em estado crítico e crónico, cuja discussão em prova pública permitirá a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Desta forma, o presente relatório surge como resultado final inserido no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, como um documento que pretende evidenciar o percurso vivenciado em cada contexto da prática clínica, descrever e fundamentar as atividades realizadas tendo em vista a consecução dos objetivos traçados e refletir de forma crítica e construtiva sobre todo o percurso de aprendizagem, que tem como finalidade última o desenvolvimento e aquisição de competências especializadas nos cuidados ao doente e sua família.

Este relatório encontra-se estruturado de forma a proporcionar uma leitura sequencial e lógica de todos os momentos de aprendizagem que constituíram o Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica, nos seus vários módulos e está dividido em quatro capítulos. O primeiro capítulo surge com uma revisão integrativa da literatura, que procura dar resposta à problemática acerca dos cuidados à boca, no segundo capítulo é feita uma análise crítica e reflexiva sobre as atividades desenvolvidas durante os respetivos módulos de estágio, no terceiro capítulo surge a conclusão do trabalho e, por último, são apresentadas as referências bibliográficas utilizadas para a realização deste relatório final. Na parte final, poderemos encontrar também os apêndices e anexos que servem de complemento substancial a tudo o que neste trabalho se encontra relatado.

A metodologia utilizada para a elaboração deste relatório é descritiva, reflexiva e introspetiva, sustentada na aplicação dos conhecimentos práticos adquiridos durante o período teórico, nas vivências e nos objetivos traçados para cada módulo de estágio, na consulta e análise de bibliografia considerada pertinente para o efeito, nos dados fornecidos pelo guia orientador de estágio e nas reuniões com a Professora Orientadora.

O eixo condutor que esteve subjacente aos três módulos de estágio prendeu-se com a promoção do conforto, mais concretamente com **o cuidado confortador à boca na pessoa hospitalizada**, uma vez que o conforto é considerado indispensável ao cuidado humano e central para a enfermagem (Luís & Apóstolo, 2009). As teorias que sustentaram a realização deste tema foi a Teoria de Conforto de Katherine Kolcaba e a Teoria de Conforto de Patrícia Pontífice Sousa. Estas teorias ajudaram a compreender a problemática estudada, com o intuito de cultivar o conforto numa perspetiva de cuidados humanizados/individualizados, e deram sentido à realização de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) **“Cuidados à boca na pessoa idosa: Que controvérsias”**, com a seguinte questão norteadora: Qual a evidência científica atual acerca da importância dos cuidados à boca na pessoa idosa? Esta Revisão Integrativa da Literatura foi submetida, em formato de artigo, para a revista *SERVIR*, a aguardar publicação (**Anexo I**).

O conforto é desejável ao longo da vida, identificado como um dos elementos dos cuidados de saúde, estando presente ao longo dos tempos, sendo este um conceito central na profissão de enfermagem (Kolcaba, 2003; Sousa, 2014). A prática de cuidados de Enfermagem deve ter por base a promoção do conforto dos doentes hospitalizados, através da harmonia entre a mente, o corpo e o espírito, e da ajuda do indivíduo a encontrar o significado da sua existência pela falta de harmonia e sofrimento (Luís & Apóstolo, 2009).

Kolcaba define cuidados em saúde como cuidados com vista à promoção do conforto, contextualizando este conceito como objetivo da enfermagem e como um estado relativo à pessoa em situação de transição saúde-doença, destacando a importância de compreendê-lo na sua multidimensionalidade do processo de cuidar (Kolcaba, 2003; Sousa, 2014).

Para Kolcaba, a estrutura do conforto é constituída por três contextos: o sentido do alívio, onde uma necessidade foi satisfeita; a tranquilidade/calma, caracterizado por um estado de calma ou satisfação; e a transcendência, estado em que a pessoa sente que possui competências para planear, controlar o seu destino e resolver os seus problemas sendo que estes estados de conforto

desenvolvem-se nos contextos físicos, sociocultural, psicoespiritual e ambiental (Kolcaba, 2003).

Na prática diária de enfermagem, o conceito de conforto acaba por se diluir no meio de outros conceitos que emergem como sendo prioritários. Como tal, torna-se importante desenvolver estudos que remetam para o fenómeno do conforto enquanto experiência individual e particular, num contexto e realidade concretos (Ribeiro, 2012). Confortar constitui uma competência do enfermeiro, sendo no entanto revestido de complexidade, dada a exigência pela singularidade e unicidade de cada pessoa num determinado contexto (Sousa, 2014). Segundo a mesma autora, *“a especificidade do processo de conforto assenta num empenhamento do próprio enfermeiro, dirigido à qualidade da relação, tendo por base uma Inter-relação facilitadora de uma relação profissional enfermeiro/doente/família. Esta relação tem implícita uma comunicação terapêutica, já que tem como objetivo atingir o máximo de conforto”* (Sousa, 2014, p.96).

A investigação alerta para a importância dos enfermeiros compreenderem a correta perceção das necessidades de conforto em contexto de hospitalização (Kolcaba, 2003; Sousa, 2014). Assim, torna-se relevante identificar quais as medidas promotoras de conforto a fim de delinear as melhores estratégias confortadoras pelos profissionais de saúde. Os cuidados de conforto devem ser considerados uma prioridade em Enfermagem, implicando um processo de ações confortantes, e o conforto deve ser o produto final ganho pelos doentes.

Tendo em conta que a prática clínica é a atividade nuclear do Enfermeiro Especialista, foi preconizada uma componente prática de 540 horas, encontrando-se dividido em três módulos de 180h, cada um dos quais com 10 ECTS, os quais distribuídos por três períodos distintos: Módulo I – Serviços de Urgência Geral de Adultos realizado no período compreendido entre 24/04/2017 e 24/06/2017; Módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos e Cuidados Intermédios no qual me foi atribuído creditação e que correspondeu ao período entre 27/10/2017 e 19/12/2017; Módulo III – Opcional, realizado numa Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos (UCCP) durante o período entre 01/09/2017 e 26/10/2017.

Ao longo do relatório, conceptualizei que a nomenclatura doente e pessoa, querem sempre significar todos os indivíduos, sob uma perspetiva holística, ao longo do seu ciclo vital, que integram e interagem com a sua família, grupo ou comunidade.

Este trabalho foi redigido segundo o novo acordo ortográfico da Língua Portuguesa e as citações e referências bibliográficas de acordo com a norma da American Psychological Association.

## 1. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

### CUIDADOS À BOCA NA PESSOA IDOSA: QUE CONTROVÉRSIAS

#### Introdução

O envelhecimento é um processo individual e coletivo dependente de inter-relações biológicas, físicas, químicas e de carácter psíquico, cultural e social (Osório & Fernando, 2007). Neste processo a forma como a pessoa viveu e se adaptou aos vários acontecimentos de vida é determinante. Assim, para entender o envelhecimento, é necessária uma compreensão dos múltiplos fatores que o influenciam e o reconhecimento de que os resultados são característicos a cada indivíduo (Elliopoulos, 2005).

Esta realidade é descrita por Collière como *“com o passar dos anos, a capacidade de se autocuidar diminui e surge a necessidade de recorrer à família, aos próximos e aos prestadores de cuidados, para ser cuidado, vigiar ou manter capacidades existentes e diminuir a aceleração de perdas sensorio-motoras e psicoafectivas”* (Collière, 2003, p.178).

No envelhecimento são imprescindíveis os cuidados de compensação, manutenção, estimulação, conforto, parecer e apaziguamento (Collière, 2003), uma vez que ajudam a ultrapassar o sofrimento. Na intersecção destes cuidados existe outro que permite diminuir o desconforto e melhorar a autoestima, facilitar a comunicação e diminuir o isolamento: os cuidados à boca.

A boca é um órgão do corpo complexo e importante, com significado fisiológico e psicológico, que desempenha um papel fundamental na expressão do ser humano, seja ela verbal ou não verbal (o beijo, o sorriso, ou o choro) e a existência de sintomas que provocam desconforto são angustiantes e diminuem a

capacidade de conceber esperança nas pessoas em fim de vida (Chochinov, 2006).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde oral é um estado de ausência de: dor na boca ou face, lesões tumorais ou outras na mucosa oral ou garganta, defeitos congênitos, doenças periodontais, cáries, perda de dentes ou outras situações que afetem a cavidade oral. De acordo com a mesma entidade, os fatores de risco para as doenças orais são comuns a outras doenças crônicas, tais como a dieta inadequada, o uso do tabaco, o consumo excessivo de álcool e uma higiene oral deficiente (OMS, n.d.).

Com o envelhecimento, a cavidade oral sofre algumas alterações, nomeadamente: mucosas mais sensíveis e finas, aparecimento de xerostomia, diminuição da sensibilidade gustativa dos alimentos, coloração mais amarelada dos dentes, perdas dentárias, cáries radiculares e doenças periodontais (Heath et al., 2011). Também as alterações imunitárias, fatores ambientais, existência de fatores psicológicos como depressão e dificuldades visuais podem influenciar a capacidade dos idosos de se alimentarem e higienizarem a cavidade oral (WHO, n.d.), conduzindo a uma diminuição da qualidade de vida (Davies, Broadley, & Beighton, 2001; Sweeney & Bagg, 2000; Wohlschlaeger, 2004).

As complicações derivadas de uma má higiene oral são conhecidas e podem condicionar dor e desconforto, desidratação e desnutrição, risco aumentado de pneumonia, endocardite e septicemia, aumentar a sensação de xerostomia provocando dificuldades de deglutição, fonação e halitose, influenciando o bem-estar físico e psicossocial da pessoa (Paulsson, Sciences, & Wårdh, 2008; Rohr, Adams, & Young, 2010; Stout, Goulding, & Powell, 2009).

Os objetivos dos cuidados à boca são a promoção do conforto, a ausência de lesões dolorosas ou infeções, proporcionar hidratação, limitar a placa bacteriana e eliminar vestígios alimentares (SECPAL, n.d.).

A promoção do conforto dos idosos deve ser uma preocupação constante para os enfermeiros quando cuidam. Como nos diz Jean Watson, *“o cuidar envolve uma filosofia de compromisso moral, direcionado para a proteção da dignidade humana”* (Watson, 2002<sup>a</sup>, p.60), mas este pode estar condicionado pela

presença de alterações na boca, não estando apenas influenciado o conforto físico, mas também o conforto emocional e psicológico (Adams, 1996).

É neste contexto que emerge na saúde, mais concretamente na Enfermagem, o conceito de “conforto” tão necessário durante estados de saúde e doença, e especificamente em grupos de doentes socialmente vulneráveis e fragilizados, como é o caso dos idosos (Elliopoulos, 2005; Ribeiro, 2012).

Reconhecido como um estado holístico e complexo, resultante de um cuidado de saúde, o conforto é muito mais que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos, é um estado resultante das intervenções de Enfermagem (Kolcaba, 2003). Deste modo, torna-se importante definir intervenções/estratégias individualizadas, medidas de conforto significativas da ação e de cuidados, com objetivos direcionados às necessidades individuais de cada doente (Kolcaba, 2003).

Neste sentido, o conforto pode ser considerado um último estado de saúde e, assim, ser reconhecido como um objetivo da Enfermagem (Ribeiro, 2012).

Os enfermeiros atribuem uma prioridade baixa aos cuidados à boca, apesar de existir evidência de que estes reconhecem a sua importância (Adams, 1996; Wårdh, Hallberg, Berggren, Andersson, & Sörensen, 2000). Os fatores relacionados com a prestação de inadequados cuidados à boca, prendem-se com a falta de conhecimentos sobre esta temática, ou com o facto de os enfermeiros referirem que o cuidar da boca das pessoas doentes é uma tarefa desagradável (Adams, 1996; Wårdh et al., 2000), acabando estes cuidados por serem frequentemente negligenciados, deixados à responsabilidade do doente ou de pessoas menos preparadas para os realizar (Paulsson et al., 2008).

A realização dos cuidados à boca traduz bons cuidados de enfermagem (Harris, Eilers, Harriman, Cashavelly, & Maxwell, 2015; Southern, 2007; Stout et al., 2009) e uma boa prática que contribui para manter a qualidade de vida dos idosos, influenciando o seu conforto, bem-estar, autoestima e imagem corporal, sendo também importante para a manutenção do estado nutricional, da saúde da cavidade oral e prevenção de infeções (Adams, 1996; Cohn & Fulton, 2006; Gibson, Horsford, & Nelson, 1997; Honnor & Law, 2002; Wilkin & Wilkin, 2002).

Para uma boa prática e continuidade dos cuidados, é indispensável a elaboração de registos. Os registos de enfermagem “são a prova de uma atividade reflexiva e de um desejo de organização”, provando os cuidados prestados. Podemos assim entender os registos de enfermagem como uma orientação para a prática diária dos cuidados ao doente e também uma forma de prevenir alterações (Hesbeen, 2001), pelo que todas as observações da cavidade oral e respetivos achados devem ser devidamente registados. Estes são o “reflexo de uma determinada filosofia do cuidar” (Hesbeen, 2001) e sendo a Enfermagem uma ciência, os registos podem contribuir para o fornecimento de dados necessários e pertinentes, no sentido de aumentar o corpo de conhecimentos, resultando numa melhoria dos cuidados prestados.

As intervenções relacionadas com os cuidados à boca são normalmente baseadas em rotinas estabelecidas e costumes, em vez de princípios científicos e evidência existente, resultando em práticas subjetivas (Cohn & Fulton, 2006), existindo evidência que os enfermeiros providenciam os cuidados orais de acordo com um ritual ou rotina estabelecida (Honnor & Law, 2002).

A inexistência de *guidelines* ou protocolos para sistematizar a avaliação da cavidade oral com validade, confiabilidade e facilidade de utilização, potenciam a manutenção da situação de negligência neste tipo de intervenção de enfermagem. Existem, no entanto, instrumentos de avaliação da cavidade oral que têm vindo a ser testados e validados em contextos específicos, (Paulsson et al., 2008; Stout et al., 2009) mas a sua disseminação é ainda incipiente.

## **Metodologia**

Para a realização deste estudo optou-se pela revisão integrativa da literatura, um método que consiste na construção de uma análise ampla da literatura, que contribui para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas. Para aumentar o rigor da revisão integrativa, a pesquisa atende a seis fases: elaboração da pergunta norteadora, busca na literatura, colheita de dados, análise

crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da RIL (Souza, Silva, & Carvalho, 2010b).

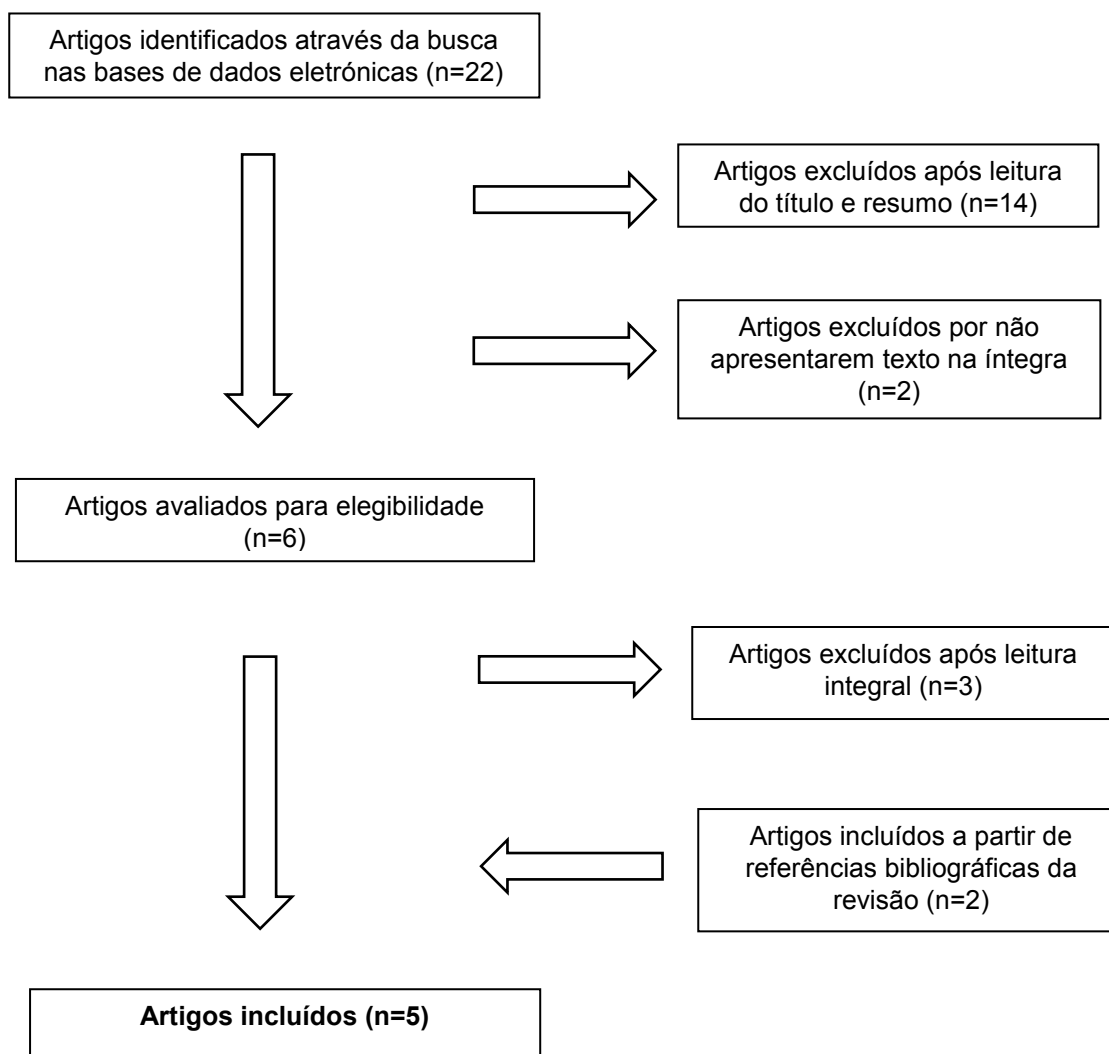
O processo de elaboração foi desenvolvido através da seguinte questão norteadora: “Qual a evidência científica atual acerca da importância dos cuidados à boca na pessoa idosa?” Esta questão surge da necessidade de aprofundar conhecimentos com vista à melhoria da prática clínica com a melhor evidência científica disponível sobre o tema.

A pesquisa dos artigos foi realizada online, no mês de junho de 2017, nas bases eletrônicas: *CINAHL Complete*, *MEDLINE Complete*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Cochrane Methodology Register*, *Library*, *Information Science & Technology Abstracts*, *MedicLatina*. Foram realizadas buscas manuais de artigos a partir da lista de referências dos artigos selecionados na revisão, além de uma pesquisa de teses e dissertações que abordassem o tema.

Para o levantamento dos estudos utilizaram-se os descritores controlados provenientes do vocabulário MeSh do U.S. National Library of Medicine (NLM): *Nursing Care*, *Mouth Care*, *Elderly*. Os operadores booleanos *AND* foram utilizados para possibilitar combinações entre os descritores durante a pesquisa dos estudos, tendo sido efetuada a busca por todas as ordens possíveis utilizando os discriminadores supracitados.

A seleção dos artigos foi baseada na conformidade dos limites dos objetivos deste estudo, desconsiderando aqueles que, apesar de aparecerem no resultado da busca, não abordavam o assunto sob o ponto de vista da pesquisa. O limite temporário das publicações não foi definido e não foi estipulado o idioma dos mesmos, sendo que apenas um artigo foi encontrado em Língua Espanhola e todos os outros são de Língua Inglesa.

A pesquisa resultou num total de vinte e dois artigos. Após leitura do título foram excluídos nove artigos, cinco após leitura do resumo e, ainda, dois por não apresentarem texto na íntegra. Dos seis artigos selecionados, após análise dos mesmos, foram excluídos três após leitura integral e considerados dois a partir das suas referências bibliográficas, por serem relevantes para o tema.

**Figura 1** - Fluxograma do processo de seleção dos artigos da revisão

## Resultados

Para a avaliação dos artigos, teve-se em consideração as suas semelhanças, com a intenção de organizar e sumarizar as informações de maneira concisa e analisar informações que possam ser utilizadas na avaliação crítica dos estudos selecionados, como: tipo de estudo, objetivos e principais achados.

**Quadro 1** - Resultados dos estudos segundo as variáveis: Título, Autor e Ano, Tipo de Estudo, Objetivos e Achados

<b>Título</b>	<b>Autor e Ano</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Achados</b>
<b>ORAL HEALTH CARE NEEDS OF DEPENDENT OLDER PEOPLE: RESPONSIBILITIES OF NURSES AND CARE STAFF</b> (Fitzpatrick, 2000)	Joanne Fitzpatrick (2000)	Revisão Integrativa da Literatura	Dar atenção aos cuidados à boca a nível individual, especificamente, sobre aqueles que dependem de enfermeiros para atender às suas necessidades e como isso pode ser alcançado.	Significado fisiológico e psicossocial da cavidade oral.  Necessidade crescente de cuidados à boca nos idosos devido a múltiplas causas.  Fatores que apresentam implicações para a saúde da boca dos idosos.  Opiniões sobre a prática indicam que a maioria dos enfermeiros acredita que os cuidados à boca não são realizados com tanta frequência como deveriam e identificam as barreiras.  Vantagens de ferramentas de avaliação dos cuidados à boca.
<b>LA ACTUACIÓN DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA EN LA HIGIENE BUCAL DE LOS ANCIANOS DEPENDIENTES HOSPITALIZADOS</b>	Raquel Ferreira, Enia Rocha, Natália Coutinho, Marco Ribeiro, Cláudia	Estudo quantitativo, transversal.	Avaliar o papel dos enfermeiros no que se refere às práticas de cuidados à boca e fatores relacionados com a implementação ou não desses	Os cuidados à boca como uma intervenção subestimada pela equipa de enfermagem, quando comparado com outras atividades.  A implementação dos cuidados à boca é um

<p>(Ferreira et al., 2006)</p>	<p>Magalhães, Allyson Moreira (2006)</p>		<p>procedimentos em doentes incapazes de o realizar.</p>	<p>processo gradual, que depende de vários fatores.</p> <p>Necessidade de formação orientada para a higienização da cavidade oral e próteses.</p> <p>Razões mais frequentes para a não realização de cuidados de higiene à boca e próteses em doentes que não conseguem fazê-lo sozinhos.</p>
<p><b>NURSES' KNOWLEDGE OF MOUTH CARE PRACTICES</b> (Costello &amp; Coyne, 2008)</p>	<p>Thomas Costello, Imelda Coyne (2008)</p>	<p><i>Mixed Study</i></p>	<p>Avaliar conhecimentos e práticas dos enfermeiros sobre os cuidados à boca em enfermarias cirúrgicas e médicas num hospital distrital na Irlanda.</p>	<p>Os resultados foram agrupados em quatro áreas principais: experiência e conhecimentos dos enfermeiros; atitudes dos enfermeiros em relação aos cuidados à boca; práticas utilizadas; uso de ferramentas de avaliação e barreiras à prestação de cuidados à boca.</p>
<p><b>GUIDE TO PROVIDING MOUTH CARE FOR OLDER PEOPLE</b> (Bissett &amp; Preshaw, 2011)</p>	<p>Susan Bissett, Philip Preshaw (2012)</p>	<p>Artigo de Reflexão</p>	<p>Fornecer uma visão geral da saúde da boca, a sua importância para os idosos e como uma deficiente saúde da boca pode afetar o estado nutricional e a qualidade de vida</p>	<p>Os cuidados à boca são essenciais para a prevenção de doenças e são um componente essencial do cuidado holístico.</p> <p>A equipa de enfermagem tem um papel fundamental na otimização da saúde da boca das pessoas e este</p>

				<p>deve ser promovido e avaliado através da realização de um plano de cuidados.</p> <p>O conhecimento e as atitudes dos enfermeiros são parte integrante da prestação de cuidados à boca.</p> <p>Existem obstáculos para a prestação de cuidados à boca.</p>
<p><b>A CONCEPT ANALYSIS OF ORAL HYGIENE CARE IN DEPENDENT OLDER ADULTS</b> (Coker, Ploeg, Kaasalainen, &amp; Fisher, 2013)</p>	<p>Esther Coker, Jenny Ploeg, Sharon Kaasalain em, Anita Fisher (2013)</p>	<p>Análise de conceitos</p>	<p>Analisar os conceitos sobre cuidados à boca.</p>	<p>Os cuidados à boca nos idosos frágeis tendem a ser pobres e inadequados apesar da existência de diretrizes.</p> <p>O conceito de cuidados à boca como uma intervenção de enfermagem poderia possibilitar um maior impacto no que diz respeito a resultados de saúde.</p>

## Discussão

Com base nos artigos analisados, foi possível apontar questões a serem relatadas sobre os cuidados à boca nos idosos. A discussão dos resultados divide-se em três grandes eixos:

### Análise dos conceitos dos cuidados à boca nos idosos

A saúde da boca é um componente essencial do cuidado holístico e objeto de intervenções de enfermagem, traduzindo qualidade nos cuidados prestados (Bissett & Preshaw, 2011; Costello & Coyne, 2008; Fitzpatrick, 2000; Harris et al., 2015; Kolcaba, 2003; Southern, 2007; Stout et al., 2009). A cavidade oral tem

significados diversos (fisiológico e psicossocial) essenciais para a saúde e afeta questões como a alimentação e a comunicação, mas também o conforto, a qualidade de vida e o bem-estar geral (Adams, 1996; Bissett & Preshaw, 2011; Chochinov, 2006; Cohn & Fulton, 2006; Coker et al., 2013; Costello & Coyne, 2008; Fitzpatrick, 2000; Gibson et al., 1997; Honnor & Law, 2002; Wilkin & Wilkin, 2002).

As vantagens dos cuidados à boca visam sobretudo o aumento do conforto (Costello & Coyne, 2008; Ferreira et al., 2006; Fitzpatrick, 2000; SECPAL, n.d.), a melhoria da alimentação (Fitzpatrick, 2000), a diminuição da halitose (Costello & Coyne, 2008; Ferreira et al., 2006; Fitzpatrick, 2000; Paulsson et al., 2008; Rohr et al., 2010; Stout et al., 2009) e a prevenção de outras doenças (Coker et al., 2013; Costello & Coyne, 2008; Ferreira et al., 2006), traduzindo-se em ganhos em saúde (Coker et al., 2013; Costello & Coyne, 2008).

Os cuidados à boca devem envolver uma abordagem individualizada (Ribeiro, 2012) visando a avaliação da cavidade oral, redução da placa e microrganismos salivares, limpeza e hidratação dos tecidos, de forma a prevenir doenças associadas, melhorando o conforto dos idosos (Ribeiro, 2012). Estes cuidados incluem a manutenção da mucosa e lábios limpos, macios, húmidos e intactos, limpeza da boca e dos dentes (naturais ou próteses), de detritos alimentares e placas dentárias (Bissett & Preshaw, 2011; Coker et al., 2013; Fitzpatrick, 2000; SECPAL, n.d.).

#### Necessidades dos idosos dependentes, no que diz respeito aos cuidados à boca

Existem necessidades particulares nos cuidados à boca dos idosos (Bissett & Preshaw, 2011; Coker et al., 2013; Fitzpatrick, 2000; Heath et al., 2011) e, apesar das diretrizes existentes, estes cuidados tendem a ser inadequados (Coker et al., 2013; Costello & Coyne, 2008; Fitzpatrick, 2000).

Nos idosos, os cuidados à boca podem ficar comprometidos devido a incapacidade funcional, visual e/ou cognitiva (Bissett & Preshaw, 2011; Ferreira et al., 2006; WHO, n.d.), conduzindo a uma diminuição da qualidade de vida (Davies et al., 2001; Paulsson et al., 2008; Rohr et al., 2010; Stout et al., 2009; Sweeney & Bagg, 2000; Wohlschlaeger, 2004). Desta forma, destacam-se os processos

normais de envelhecimento (Bissett & Preshaw, 2011; Coker et al., 2013; Fitzpatrick, 2000), a fragilidade física e mental (Bissett & Preshaw, 2011; Coker et al., 2013; Fitzpatrick, 2000), o uso de próteses dentárias (Bissett & Preshaw, 2011), efeitos secundários de medicamentos (Bissett & Preshaw, 2011; Fitzpatrick, 2000) e a xerostomia (Bissett & Preshaw, 2011; Coker et al., 2013; Fitzpatrick, 2000; Heath et al., 2011).

A xerostomia é abordada como um problema muito frequente nos idosos, que provoca um estado de saúde nutricional e geral deficiente, afetando o apetite, a alimentação e o conforto oral, aumenta o risco de ulceração, o número de cáries e prejudica a remoção de detritos (Bissett & Preshaw, 2011; Coker et al., 2013; Davies et al., 2001; Fitzpatrick, 2000; Heath et al., 2011; Paulsson et al., 2008; Rohr et al., 2010; Stout et al., 2009; Sweeney & Bagg, 2000).

É frequente os enfermeiros não procederem a qualquer inspeção da boca (Bissett & Preshaw, 2011; Coker et al., 2013; Ferreira et al., 2006; Fitzpatrick, 2000) e quando o realizam, fazem-no uma vez por dia e no momento do banho, quando as recomendações apontam para a realização destes cuidados duas vezes por dia e, se necessário, escolher apenas um momento, devendo ser dada preferência ao período da noite (Ferreira et al., 2006). Esta inspeção determina as necessidades individuais dos idosos de forma a um encaminhamento mais adequado, se necessário (Coker et al., 2013). Esta avaliação da cavidade oral deve ser realizada de forma regular, com o preenchimento de dados e registos dos cuidados prestados (Bissett & Preshaw, 2011).

### Conhecimentos e habilidades dos enfermeiros na prestação de cuidados à boca em idosos

Os enfermeiros reconhecem o seu papel na importância da prestação dos cuidados à boca como parte integrante do seu trabalho (Bissett & Preshaw, 2011; Ferreira et al., 2006; Fitzpatrick, 2000) e identificam a necessidade de deter conhecimentos e habilidades para satisfazerem as necessidades dos doentes, incapazes de as realizar (Ferreira et al., 2006).

Os cuidados à boca são considerados pelos enfermeiros como desagradáveis (Adams, 1996; Ferreira et al., 2006; Fitzpatrick, 2000; Paulsson et

al., 2008) e são subestimados quando comparados com outras atividades da sua responsabilidade (Ferreira et al., 2006) sendo, muitas vezes, delegados para outros profissionais (Fitzpatrick, 2000; Paulsson et al., 2008). Estes cuidados são normalmente baseados em rotinas e costumes, resultando em práticas subjetivas (Cohn & Fulton, 2006; Honnor & Law, 2002) e apesar de haver referência a estes cuidados na formação do curso base (Costello & Coyne, 2008; Ferreira et al., 2006), os enfermeiros identificam lacunas ao nível de conhecimentos (Bissett & Preshaw, 2011; Coker et al., 2013; Costello & Coyne, 2008; Fitzpatrick, 2000) sobre: problemas oro-dentários, problemas sistêmicos e interações medicamentosas e ferramentas disponíveis para a prestação de cuidados à boca, identificando a necessidade de formação orientada para o exercício e maior consciência da importância dos procedimentos (Ferreira et al., 2006).

Demonstrou-se que os principais motivos apontados pelos enfermeiros para a realização inadequada dos cuidados à boca (Adams, 1996; Costello & Coyne, 2008; Ferreira et al., 2006; Fitzpatrick, 2000; Paulsson et al., 2008) eram sobretudo a falta de tempo (Bissett & Preshaw, 2011; Costello & Coyne, 2008; Ferreira et al., 2006; Fitzpatrick, 2000), falta de pessoal (Fitzpatrick, 2000), considerarem estes cuidados com baixa prioridade (Bissett & Preshaw, 2011; Costello & Coyne, 2008; Fitzpatrick, 2000), falta de atualização na área (formação e treino) (Costello & Coyne, 2008; Fitzpatrick, 2000), falta de material (Costello & Coyne, 2008; Ferreira et al., 2006; Fitzpatrick, 2000), a existência de barreiras psicológicas (Bissett & Preshaw, 2011; Fitzpatrick, 2000) e a pouca colaboração dos doentes (Costello & Coyne, 2008; Ferreira et al., 2006). São ainda referidos a aversão expressa na manipulação e limpeza de próteses dentárias e o grande número de doentes dependentes ao cuidado dos enfermeiros (Ferreira et al., 2006).

A prestação de cuidados à boca é influenciada pelo nível educacional dos enfermeiros e pelos fatores organizacionais das instituições (Costello & Coyne, 2008). A sua implementação depende de fatores financeiros e culturais, disponibilidade de tempo, motivação e interesse dos enfermeiros, sendo um processo gradual, mas sobretudo uma necessidade que deve ser prática e realista (Ferreira et al., 2006).

Os registos de enfermagem contribuem para a avaliação da competência no desempenho das intervenções, mas estes, muitas vezes não contemplam os cuidados à boca (Coker et al., 2013; Fitzpatrick, 2000; Harris et al., 2015; Hesbeen, 2001; Southern, 2007; Stout et al., 2009). O uso de uma linguagem padronizada permite extrair dados para apoiar pesquisas e projetos de melhoria de qualidade, através de resultados de enfermagem, mas não existe um entendimento comum sobre os termos utilizados (Coker et al., 2013). A implementação de ferramentas de avaliação, válidas e confiáveis, que permitam avaliar a eficácia dos cuidados à boca torna-se, desta forma, imprescindível (Bissett & Preshaw, 2011; Costello & Coyne, 2008; Fitzpatrick, 2000; Paulsson et al., 2008; Stout et al., 2009).

### **Considerações finais**

Os cuidados à boca assumem não só um importante papel a nível da dimensão física dos idosos, mas também a nível da dimensão psicológica e social, uma vez que têm uma forte influência na satisfação das necessidades dos idosos. A realização de uma rigorosa higiene da boca, é um facto bem reconhecido como fundamental e integrante da vida quotidiana. São várias as razões que servem de referencial para a sua realização e podemos mesmo dizer que sem uma correta higiene da boca, podem ficar comprometidas todas as dimensões anteriormente referidas.

Cuidar a boca dos idosos é uma intervenção de enfermagem, fundamental na promoção do conforto e da qualidade de vida dos doentes. Estes cuidados, exigem dos enfermeiros várias competências, como a avaliação do estado da boca, o reconhecimento precoce de alterações, o planeamento das intervenções, uma higiene cuidada da cavidade oral, registos precisos onde estejam descritas as alterações encontradas e a evolução das mesmas, os cuidados prestados, a avaliação da eficácia das intervenções e o seu impacto na vida das pessoas.

Apesar dos enfermeiros valorizarem conceptualmente a importância da prestação de cuidados à boca, no quotidiano da sua prática, estes cuidados são prestados de forma pouco sistemática e com baixa prioridade, sendo, muitas vezes, invisíveis nos registos de enfermagem. Num olhar reflexivo da prática, os

enfermeiros devem pretender a melhoria destes cuidados, modificando as suas práticas quotidianas. A realização do estudo e os dados obtidos constituem um contributo para o conhecimento que envolve a prestação de cuidados à boca.

## 2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS AO LONGO DOS ESTÁGIOS

A segunda parte do relatório final pretende traçar uma visão globalizante sobre os campos de ação onde foram desenvolvidos a Unidade Curricular - Estágio, assim como uma descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas no decorrer dos módulos de estágio que comprovam a aquisição e desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Todos os estágios tiveram como guia orientador um Projeto de Estágio, elaborado durante os primeiros turnos em cada local. A elaboração dos projetos de estágio revelou-se muito importante na medida em que permitiram, tendo em conta os objetivos inicialmente traçados, uma articulação entre a intenção de realizar algo e a ação, entre a teoria e a prática.

Cada módulo representou um marco singular no meu processo de desenvolvimento profissional. Em seguida estes módulos são descritos individualmente, apresentam-se cronologicamente pela ordem em que foram realizados e as competências abordadas em cada um, são as estipuladas pela Universidade Católica Portuguesa.

Relativamente ao **Módulo II** – Unidade de Cuidados Intensivos e Cuidados Intermédios, foi-me atribuída creditação conforme previsto pelo Artigo 45.º do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março (Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior, 2006). Esta creditação foi concedida, uma vez que são exercidas funções como Enfermeira na Unidade de Cuidados Intermédios Coronários (UNICARD), Unidade de Insuficiência Cardíaca (UIC) e Medicina III do Hospital de São Francisco Xavier (HSFX) - Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E., desde o ano de 2002 até à presente data.

A UIC é uma Unidade de Cuidados Intermédios. Tem uma lotação de cinco camas, cuja estrutura física é do tipo “*open space*”, onde se encontram doentes maioritariamente com patologia de Insuficiência Cardíaca inaugural e descompensada e Insuficiência Cardíaca Congestiva em estado crítico (classe III e IV da *New York Heart Association*). É, deste modo, caracterizada como um local dotado de capacidade de monitorização e tratamento que permite cuidar de doentes instáveis com disfunções de órgão e em risco de falência de funções vitais, que embora não estando em estado grave, necessitem de vigilância organizada e sistemática durante 24 horas por dia (Direcção-Geral da Saúde, 2003). A equipa de Enfermagem é constituída por dois enfermeiros das 08:00 às 20:30 e por um enfermeiro das 20:00 às 08:30, contando ainda, com o apoio de um assistente operacional e da equipa médica responsável pela unidade das 08:00 às 15:00 e pelo do médico de urgência interna das 15:00 às 08:00.

A UNICARD possui as mesmas características descritas anteriormente para a UIC e o internamento deve-se sobretudo a doença cardíaca, nomeadamente Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM), Miocardites, Pericardites, Tromboembolismo Pulmonar e alterações do ritmo cardíaco que colocam em risco a vida da pessoa. Tem uma lotação de seis camas e uma equipa multidisciplinar que conta com dois enfermeiros das 08:00 às 20:30 e por dois enfermeiros das 20:00 às 08:30, o apoio de um assistente operacional e de um médico cardiologista em permanência 24 horas. Esta unidade tem ainda três camas de enfermaria, para as quais são transferidos os doentes que, por melhoria clínica, não necessitam de um elevado nível de monitorização, vigilância e cuidados. É também destinado a doentes que realizam implantação ou substituição de gerador de *pacemaker* definitivo.

Em ambas as unidades (UNICARD e UIC) são prestados cuidados de Enfermagem de acordo com o seu ciclo de vida (jovens, adultos e idosos) e grupos (respetiva família), com patologias do sistema cardiovascular em situações agudas, críticas e em falência orgânica passível de risco de vida, com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença aguda e crónica, assim como assegurar a máxima qualidade de vida a doentes em fim de vida com as patologias supracitadas.

O planeamento dos cuidados de Enfermagem tem como objetivo a preparação do doente para a alta no exato momento em que é admitido, promovendo a independência nas Atividades de Vida Diárias (AVD) e a capacitação da pessoa e/ou do seu cuidador (informal), para o regresso à vida quotidiana com o máximo de autonomia e o mínimo de incapacidade e incerteza possível, tendo em conta toda a readaptação funcional e social necessárias. Pela aprendizagem e pela modelação de comportamentos, pretende-se que a pessoa seja capaz de tomar decisões relacionadas com a sua saúde de forma fundamentada, assumindo pessoalmente a responsabilidade por ela e lidando efetivamente com as alterações na sua saúde e estilo de vida (Stanhope & Lancaster, 2011).

A documentação dos cuidados de enfermagem é realizada no aplicativo informático SClinico seguindo a Metodologia do Processo de Enfermagem e utiliza a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) que tem como objetivo a uniformização da documentação dos cuidados de enfermagem, bem como a rentabilização da informação clínica produzida e armazenada nas instituições de saúde, de forma a produzir indicadores.

Desta forma, tenho como função diária, prestar cuidados de enfermagem a doentes em situação crítica, inaugural ou agudização de situações crónicas, que requerem monitorização hemodinâmica contínua, recorrendo à monitorização cardíaca, pressão arterial invasiva e não invasiva, pressão venosa central (PVC) e oximetria. Saliencia-se também, a realização de técnicas e procedimentos invasivos (algaliação, entubação nasogástrica, punção venosa, colaboração na colocação de cateter venoso central e cateter arterial, colaboração na remoção de introdutores (arteriais e venosos), participação na execução do Programa de Reabilitação Cardíaca em vigor na UIC e colaboração na realização de estudos existentes nas unidades, tais como estudo do sono e ensaios clínicos. A preparação e administração de fármacos específicos nestas unidades de acordo com as patologias existentes e os dados obtidos da monitorização contínua, permitem alcançar a informação necessária para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade que, juntamente com a capacidade de implementação de procedimentos como o Suporte Básico de Vida (SBV), Suporte Imediato de

Vida (SIV) e Suporte Avançado de Vida (SAV), permitem atuar em situações urgentes/emergentes.

Para uma prestação de cuidados de enfermagem especializados são necessárias competências técnicas, éticas, científicas e relacionais. As competências são um conjunto integrado e dinâmico de conhecimentos, habilidades e atitudes, que ao serem mobilizadas, resultam em ações num determinado contexto. O campo de competência da enfermagem, ou seja, o domínio dos cuidados de enfermagem, diz respeito à interação e correlação da pessoa com a sua limitação ou doença e com os que a cercam, bem como com o seu meio (Collière, 2000).

Ao longo do tempo, enquanto enfermeira nestas unidades, tenho vindo a desenvolver competências no sentido do aperfeiçoamento profissional e pessoal. Com a minha atuação pretendo **manter, de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional**, bem como a **gestão e interpretação adequada da informação proveniente da minha formação inicial, da experiência profissional e de vida e da minha formação pós-graduada**. O conhecimento prático, que conduz à aquisição de competências, adquire-se progressivamente com o tempo, sendo necessário construir estratégias, para que haja conhecimento do saber fazer com o intuito de ser desenvolvido e melhorado (Benner, 2001).

Pela execução das atividades acima citadas, bem como pela aplicação do processo de enfermagem, verifico a aquisição de habilidades e conhecimentos que permitem desenvolver competências, como o **desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência à pessoa, a gestão dos cuidados na minha área de especialização e na participação e desenvolvimento de investigação em serviço**, que ao longo do tempo, têm vindo a ser aperfeiçoadas, com o objetivo de **zelar pela qualidade e efetividade dos cuidados prestados** aos doentes que recorrem a este serviço de saúde.

A complexidade de patologias presentes nestas unidades exige do Enfermeiro uma vigilância e monitorização contínua, devido à sua instabilidade hemodinâmica. Muitas situações são vivenciadas neste contexto profissional, em

que é necessário a **tomada de decisão fundamentada na prestação de cuidados de enfermagem**, pois a imprevisibilidade é uma constante nestas unidades, devido à diversidade da patologia cardíaca, sendo em qualquer altura necessário ter **capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas**, de forma a cuidar e promover a vida da pessoa que é cuidada.

O cuidar em situações de doença aguda e emergência exige um **nível de aprofundamento de conhecimentos** por parte do Enfermeiro, assim como a **compreensão e interpretação de diferentes métodos**, através de protocolos estabelecidos e dos meios complementares de diagnóstico realizados. Para uma prática de cuidados diferenciados é fundamental a perícia e experiência profissional, na interpretação de sinais e sintomas, conduzindo assim a uma percepção das necessidades da pessoa e da sua família.

A monitorização hemodinâmica contínua assume-se como um importante instrumento de vigilância contínua recorrendo à monitorização cardíaca, pressão arterial invasiva e não invasiva, PVC e oximetria. Também a diversidade de protocolos terapêuticos existentes nas unidades, permite a **incorporação na prática de resultados de investigação**, para a execução de cuidados diferenciados à pessoa em situação crítica, bem como a **participação e promoção da investigação em serviço**.

O cuidar na enfermagem e entre todos os profissionais de saúde, requer teoria e prática, indo além do mero pensamento à ação, baseada numa cosmologia que abarca a reflexão crítica (Watson, 2002b). Desta forma, **importa refletir criticamente na e sobre a prática**, para o desenvolvimento de competências na minha área de especialização, uma vez que a aquisição de novos conhecimentos e capacidades, bem como o aperfeiçoamento dos já existentes, conduz a uma **prática baseada na evidência, atendendo às evidências científicas com responsabilidade social e ética**, que se pretende efetiva na qualidade dos cuidados, que permitem **demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos**, modificando comportamentos e atitudes, com o objetivo da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. A formação e o desenvolvimento profissional apontam para a necessidade do indivíduo em

“querer ser” competente, criando estratégias com o intuito de promover a qualidade do exercício profissional (Mendonça, 2009).

Ao longo do meu percurso nestas unidades, tenho tido a oportunidade de **colaborar ativamente na integração de novos profissionais**, de acordo com processo de integração estruturado e regulamentado no serviço e que tende a ir de encontro às expectativas e necessidades do novo enfermeiro, de forma a **promover o seu desenvolvimento pessoal e profissional**, e de orientar estudantes de enfermagem de várias Escolas de Enfermagem. Para além das minhas funções diárias, acumulo ainda o exercício de funções como Chefe de Equipa de Enfermagem, desde o ano de 2008, **liderando e exercendo supervisão de cuidados, na minha área de especialização**.

Caracterizando a minha ação nestas unidades e “olhando” as atividades e intervenções que diariamente executo e implemento, considero que estas permitem o meu desenvolvimento profissional contribuindo para a aquisição de competências fundamentais para uma prática de Enfermagem Especializada.

## **2.1. MÓDULO I – SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL DE ADULTOS**

O primeiro período de estágio correspondeu ao estágio – Serviço de Urgência Geral de Adultos e desenvolveu-se numa Unidade de Atendimento Urgente (UAU) de um hospital privado de Lisboa, durante o período de 24 de abril a 24 de junho de 2017, tendo a carga horária de 180 horas de contacto e 70 horas de trabalho individual, correspondendo a 10 ECTS.

Sendo de gestão privada, esta unidade, possui acordos com as principais seguradoras, subsistemas de saúde e equiparados, que permite a um vasto leque de clientes ter acesso a serviços do hospital. Desta forma, qualquer pessoa, com patologias tanto do foro médico como cirúrgico, pode ser assistida nesta unidade hospitalar, tanto como particular, como ao abrigo das referidas convenções. A UAU é vocacionada para prestar atendimento em situações agudas, graves, urgentes e emergentes, tendo por missão prestar auxílio imediato, efetivando um diagnóstico, tratamento e encaminhamento eficientes. Foi totalmente renovada em maio de 2017, funciona 24 horas por dia, todos os dias do ano, e ao longo

deste estágio tive a oportunidade de fazer a transição das instalações provisórias para a nova e moderna Unidade de Atendimento Urgente. Suportada por uma avançada capacidade tecnológica que permite uma monitorização contínua da informação clínica essencial de cada doente, a UAU foi também desenhada a pensar no conforto de quem a procura, com espaços individualizados no Serviço de Observação (SO), que possibilitam o acompanhamento permanente da família, ou as entradas de luz natural, assegurando as necessidades de encaminhamento e assistência especializada, pautando-se, ainda, pelo acolhimento humanizado, essencial à tranquilidade e recuperação da pessoa e sua família (Hospital dos Lusíadas, n.d.).

O hospital onde realizei o estágio encontra-se em processo de acreditação pela *Joint Commission*. Esta é uma organização independente que aprova e certifica as instituições de saúde e é reconhecida como um símbolo de qualidade, refletindo o compromisso da organização e o cumprimento de determinados padrões de desempenho. Quando uma organização prestadora de cuidados de saúde adere a um processo de acreditação, assume a responsabilidade e o compromisso com a segurança, com a ética, com as competências técnicas e com a garantia de qualidade no atendimento e assistência à população.

No que diz respeito aos recursos humanos, entre enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, técnicos de exames complementares de diagnóstico, administrativos, empregados de limpeza, todos trabalham em equipa em prol do melhor para o doente e sua família. A equipa de Enfermagem é constituída por enfermeiros do quadro da instituição e, maioritariamente, por enfermeiros em prestação de serviços em regime de recibo verde, mas com experiência em serviços de urgência de outras unidades hospitalares, em horário rotativo de turnos de 8 horas diárias, sob a responsabilidade de um Enfermeiro Coordenador e de um Enfermeiro Responsável.

Ao longo do meu percurso profissional e académico, senti necessidade de aprofundar e adquirir conhecimentos de Enfermagem Especializados na área da promoção do conforto. A escolha deste campo de estágio surgiu uma vez que sendo um serviço de urgência de um hospital particular, tive a oportunidade de prestar Cuidados de Enfermagem Especializados a pessoas em estado crítico,

enquanto elementos integrantes de uma família, grupo e/ou comunidade, ou que já possuíam uma situação crónica prévia que ficou agudizada e que pela especificidade do seu problema necessitaram do melhor atendimento especializado.

A literatura internacional tem destacado o conforto como um conceito elementar aos cuidados de Enfermagem, sendo o enfermeiro reconhecido como elemento ativo e distinto no cuidado confortador havendo uma valorização global do seu papel de ajuda.

Com o aumento do envelhecimento populacional e a prevalência de doenças crónicas, existe uma grande afluência aos serviços de urgência de doentes que têm vários internamentos por situações agudas ou agravamento de doença crónica, tendo muitas vezes, o seu fim de vida em contexto hospitalar com descontrolo de sintomas e claramente em sofrimento. Esta população deve ser alvo de cuidados individualizados e humanizados, combatendo os sintomas mais comuns de uma forma rápida e eficiente, permitindo uma maior qualidade de vida.

Kolcaba centrou a sua teoria na alteração do estado de conforto sentido pelo doente após a intervenção de enfermagem. No entanto, para a teórica, enfermagem consiste na aplicação dos princípios científicos e humanísticos dos cuidados pelos enfermeiros, dentro dos contextos específicos do cuidar. Os cuidados de conforto são considerados uma forma de arte de enfermagem que implica um processo de ações confortantes, e o conforto como produto final ganho pelos doentes (Luís & Apóstolo, 2009).

Sendo o conforto um conceito primordial na disciplina da Enfermagem, este faz parte de todo o processo de recuperação da pessoa (Luís & Apóstolo, 2009). Conforto é, assim, o resultado desejado dos modos e formas de confortar (Kolcaba, 2003). Desta forma, pretendo descrever e analisar de forma crítica, como estas intervenções foram valorizadas e implementadas, tendo por base as Teorias do Conforto de Katherine Kolcaba e Patrícia Pontífice Sousa.

A enfermagem de urgência define-se pela diversidade de doentes e processos de doença que implicam variabilidade e adequação dos conhecimentos técnicos, éticos, científicos e relacionais. Segundo a Ordem dos Enfermeiros, os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são altamente qualificados,

prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitem manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Ordem dos Enfermeiros, 2011b).

Em situação de urgência, doente e família experienciam uma situação de grande vulnerabilidade. Assim, os serviços de urgência possuem especificidades e particularidades que têm sido objeto de estudo em todo o mundo, quer pelo aumento da procura, pela crescente exigência de qualidade pelos utilizadores, quer pelos problemas ao nível da escassez de recursos humanos e materiais. A atuação do enfermeiro em serviços de urgência envolve particularidades e articulações indispensáveis à gestão do cuidado a pessoas com necessidades complexas, requerendo conhecimentos científicos atualizados, manuseamento tecnológico e humanização que se estende às famílias.

A este propósito Sousa alerta para o cuidado, centrado nas necessidades das pessoas, como um processo essencialmente humano baseado em valores fundamentais, onde o respeito advém de ações intencionais, ou seja, palavras, atos e comportamentos, constituído a base fundamental da relação entre as pessoas. No contexto da prática clínica em Enfermagem, facilmente percebemos que o cuidar só existe se for mediado por intervenções que procurarão dar resposta às necessidades da pessoa (Sousa, 2014). O conforto prestado ao doente e família, por parte dos enfermeiros torna-se fundamental, uma vez que neste cenário podem ocorrer uma diversidade de sentimentos, tais como medo, sofrimento, stress e angústia.

Durante a realização do estágio na UAU foi desenvolvido um projeto de estágio que estabelece e descreve os objetivos e competências a adquirir neste módulo, tendo como base o objetivo geral de desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa e família em situação de doença crítica, em contexto de Serviço de Urgência. Verificou-se, também, a necessidade de estabelecer também os seguintes objetivos específicos: prestar cuidados de Enfermagem Especializados à pessoa e família em situação de doença crítica na Unidade de Atendimento Urgente de acordo com o Processo de Enfermagem e contribuir para

a melhoria da qualidade dos cuidados confortadores prestados ao doente idoso em fim de vida, na Unidade de Atendimento Urgente.

Para a consecução dos objetivos acima delineados procurei desenvolver uma praxis baseada na evidência e orientada para o doente idoso. O processo de construção e resposta de conforto do doente idoso crónico hospitalizado alicerça-se numa ação de cuidado baseada no respeito e reconhecimento da individualidade (dignidade humana), caracterizando-se pela relação entre as necessidades experienciadas pelo doente e a ação de Enfermagem. Estas devem procurar responder aos desejos, as expetativas e necessidades individuais dos doentes (Ribeiro e Costa, 2012).

Antes de iniciar o estágio, realizei uma visita ao serviço escolhido onde fui recebida pelo Enfermeiro Cordenador que me informou que o UAU se encontrava numa fase final de obras, com reestruturação total do espaço, sendo que a transição da instalação provisória para a atual decorreu após três semanas depois do início do estágio. Deste modo, deparei-me com um serviço em transformação radical, quer em mudança física, quer a nível organizacional. Programava-se o aumento do *ratio* de enfermeiros, a introdução de sistemas informáticos mais adequados, alterações na gestão e modos de atuação. Compete às instituições garantir as condições físicas e organizacionais, com a adequação de recursos e criação de estruturas que permitam o exercício profissional de qualidade (Nunes, 2011). Face à complexidade de um serviço de urgência, compreende-se que os aspetos orgânico-funcionais contribuam para a melhoria dos cuidados prestados.

Em relação ao primeiro objetivo delineado para este módulo de estágio - Prestar cuidados de Enfermagem Especializados à pessoa e família em situação de doença crítica na Unidade de Atendimento Urgente de acordo com o Processo de Enfermagem, comecei por integrar-me no funcionamento do serviço, tendo acompanhado e participado na prestação de cuidados à pessoa e sua família, consoante as suas necessidades, para uma melhor compreensão não só do percurso que o doente realiza, mas também dos distintos e contínuos cuidados prestados, desde o momento de acolhimento até ao momento da alta, tanto para o domicílio, como ao nível da transferência intra/inter hospitalar. Para o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas e relacionais como

Enfermeiro Especialista na prestação de cuidados à Pessoa e sua família em situação de doença crítica, foi necessário relacionar, de forma adequada, a **informação proveniente da minha formação inicial e pós-graduada, concomitantemente com a minha experiência profissional e pessoal**, para o **desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente.**

A atuação num serviço de urgência faz uso de metodologias de triagem, estabilização, avaliação e resolução, exigindo paralelamente à interação multidisciplinar, uma comunicação interdisciplinar fundamental para uma maior e melhor organização da equipa, e conseqüentemente, uma maior probabilidade de sucesso dos cuidados. A **capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas**, juntamente com a **adequação dos diferentes métodos de análise**, requerem competências, conhecimentos e capacidades específicas, bastante distintas consoante a gravidade das situações e, indo ao encontro do propósito de Watson que defende que o conhecimento de enfermagem e médico apesar de distinto, é complementar (Watson, 2002b), realço o trabalho em equipa, que permitiu ultrapassar a imprevisibilidade e a gravidade das situações, sendo que, no decorrer do estágio, foram prestados cuidados de forma harmoniosa e sincronizada, sendo essencial a **capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar**, pois, eventuais falhas de comunicação, podem comprometer o desempenho de toda a equipa, colocando em causa a qualidade dos cuidados prestados.

A transferência do serviço para as novas instalações, promoveu em toda a equipa novas ideias e conhecimentos, com vista à adequação da nova realidade do espaço físico. Na data de mudança de instalações, o turno que realizei foi o turno da noite, turno este que se tornou decisivo para a mudança de material alojado provisoriamente nas instalações antigas. A idealização e concretização de carros de medicação, uniformização de carros de urgência, adequação de medicação a determinados setores e localização de material, permitiu que toda a equipa, em conjunto, e valorizando todas as opiniões, se sentisse incluída num novo projeto que iria começar no dia seguinte e que iria permitir uma melhoria da qualidade dos cuidados. Para além destas alterações, foi imperioso prestar

cuidados de qualidade a todos aqueles que se deslocaram à unidade hospitalar e confesso que, talvez essa tenha sido a maior dificuldade sentida, sendo o contexto ambiental influenciador do conforto do doente, é importante proporcionar um ambiente que reúna todas as condições para a promoção do bem-estar e conforto do doente e sua família.

Na atual estrutura física da UAU, o serviço encontra-se dividido em duas grandes áreas de atuação: a de atendimento, que engloba duas salas de triagem, e que é feita segundo o sistema de Triagem de Manchester; sala de reanimação, com capacidade de três doentes; três salas de tratamento; sala de pequena cirurgia; sala de ortopedia; vários gabinetes de observação médica onde se inclui um gabinete de atendimento rápido, que tem como objetivo diminuir a duração do episódio de urgência para as situações clínicas mais simples, e outra grande área de atuação que corresponde ao SO, com capacidade de internamento de dez camas de todas as especialidades.

Para além de prestar cuidados de Enfermagem Especializados à pessoa em situação crítica e sua família, nos diversos setores da UAU, procurei aprofundar conhecimentos face aos protocolos de atuação existentes, com a consulta de normas e procedimentos existentes, com a observação e realização de pesquisas, para, desta forma, estar munida de informação que pudesse sustentar as intervenções que realizei, **atendendo às evidências científicas e às minhas responsabilidades sociais e éticas, incorporando na prática os resultados de investigação válidos e relevantes, na minha área de especialização.**

A execução de atividades interdependentes que realizei, como a algáliação, a cateterização venosa periférica, a entubação nasogástrica, ou mesmo a administração de medicação específica, em situações em que é exigido um elevado grau de conhecimentos e perícia na sua execução, manutenção de equipamento de suporte de vida (ventiladores e carros de reanimação), de forma a **zelar pelos cuidados prestados**, tal como as diversas experiências a nível psicológico e emocional, fez-me compreender que num serviço de urgência é imprescindível haver elementos com competências para prestar cuidados especializados, para o

## **desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente.**

Ao longo do estágio e devido aos objetivos que estabeleci, permaneci grande parte dos turnos nos setores que irei descrever em seguida.

### **Triagem**

O percurso do doente inicia-se com uma inscrição, passando depois para um gabinete de triagem, onde é feita a triagem segundo a Triagem de Manchester. Após a mudança de instalações para a nova Unidade de Atendimento Urgente, verifiquei que se iria proceder à implementação do Protocolo de Triagem de Manchester. Os enfermeiros da UAU já tinham tido formação para a implementação do protocolo e grande parte do grupo já o aplicava noutras unidades hospitalares, mas, para mim foi uma novidade no que diz respeito a sistemas de triagem. Saber os fluxogramas e discriminadores do protocolo foi um desafio e devo confessar que permaneci na triagem em muitos turnos, de forma a compreender como o protocolo funciona e de que forma é aplicado pelos enfermeiros, refletindo também acerca da sua eventual adequação aos idosos.

Em termos gerais, este protocolo é um método de triagem que fornece ao enfermeiro não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica baseada na identificação de problemas. É importante que a avaliação do doente seja sistemática e que todos os elementos dessa avaliação sejam reunidos para dar uma imagem completa da situação clínica do doente.

Segundo o Grupo Português de Triagem, o Protocolo de Triagem de Manchester foi implementado em novembro de 1994, em Manchester, com o objetivo de estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros do Serviço de Urgência, com vista à criação de normas de triagem baseadas na determinação do risco clínico. Em Portugal, foi celebrado com o Ministério da Saúde em 2001 um acordo que permitia às instituições hospitalares que voluntariamente desejassem, implementar o Protocolo de Triagem de Manchester, o fizessem, integrando o Grupo Português de Triagem, que abrange atualmente a quase totalidade da rede de urgência nacional (Grupo Português de Triagem, n.d.).

A avaliação clínica forma-se a partir da queixa apresentada pelo doente ao enfermeiro, ou seja, o que o levou a procurar o serviço de urgência. Foi elaborada

uma lista de 52 fluxogramas baseados nas queixas de apresentação. Cada fluxograma mostra discriminadores (perguntas) em cada nível de prioridade e a sua avaliação é feita a partir da prioridade clínica mais elevada. Discriminadores são sinais e sintomas que fazem a discriminação entre as prioridades possíveis, permitindo a inclusão dos doentes numa das cinco prioridades clínicas, podendo ser gerais e específicos. Os gerais aplicam-se a todos os doentes, independentemente das condições que apresentam e são características recorrentes nos fluxogramas. Os discriminadores específicos são aplicados para casos individuais ou a pequenos grupos de apresentações e tendem a relacionar-se com características chave de condições particulares (Grupo Português de Triage, n.d.).

Com o aumento progressivo do número e proporção de idosos tem havido um aumento na prevalência das doenças crónico-degenerativas e das suas complicações, bem como um aumento de incapacidades que levam a uma maior afluência de idosos ao serviço de urgência. Este aumento de incapacidades e de morbilidade tem subjacente um envelhecimento patológico e fisiológico, e, cumulativamente, um envelhecimento demográfico que, em conjunto com outros fatores, induzem uma afluência significativa de idosos aos serviços de urgência. Estes são o grupo etário que apresentam mais incapacidades e maior fragilidade, exigindo a sua situação clínica uma maior atenção e preocupação que a maioria das pessoas dos outros grupos etários.

O modelo tradicional do serviço de urgência focado na triagem, tratamento e encaminhamento rápido não permite conhecer, de forma abrangente e integrada, as necessidades clínicas dos idosos que aí recorrem, de forma a fazer-se uma abordagem compreensiva e uma referência adequada, evitando situações iatrogénicas complicadas e/ou novo recurso extemporâneo ao serviço de urgência (Grilo et al., 2014). Pelas suas características intrínsecas, o serviço de urgência significa muitas vezes para o idoso, um “mundo desconhecido”, onde rostos estranhos se movimentam em seu redor, despersonalizando muitas vezes a sua identidade com a utilização de técnicas e meios muitas vezes desconfortáveis e até dolorosas, com o seu objetivo curativo.

Assim, a triagem que agora é feita nos serviços de urgência parece não estar dimensionada para o risco em que incorrem as pessoas idosas fragilizadas,

que apresentam situações clínicas de grande complexidade e com manifestações clínicas muitas vezes atípicas (Grilo et al., 2014). A complexidade das pessoas idosas, a cronicidade, as apresentações atípicas e as síndromes geriátricas, que muitas vezes podem estar na origem, ou associados a um episódio agudo podem ser a ponta do *iceberg*, deixando imersos outros fatores relevantes.

De uma maneira geral, o doente idoso em situação de urgência deve ter os seus direitos de saúde garantidos, de forma ética, profissional e humana, levando em consideração a sua história e hábitos de vida, respeitando a sua vontade, dispondo assim de atenção especial às suas necessidades mais urgentes, sem desprezar outras queixas, promovendo conforto, privacidade e integridade.

O facto de os idosos necessitarem de uma avaliação global multifacetada, o que a torna morosa e com características especiais, bem como a agressividade que para a sua homeostasia representa o ambiente hospitalar, leva à necessidade de repensar este tipo de serviço para uma população geriátrica, que representa uma grande fatia dos utentes (Azeredo, 2014). Cabe aos enfermeiros prestar atenção a estas questões e ter em consideração as necessidades relativas deste grupo de doentes. Assim, a análise do doente deve ser executada rapidamente e com segurança, para se atribuir uma prioridade clínica apropriada a guiar a tomada de decisão.

Neste contexto, refleti sobre como a avaliação do idoso deveria ser incorporada no processo de triagem ou num momento posterior, mediante o desenvolvimento de protocolos, **demonstrando consciência crítica face a um problema da prática profissional**, relacionado com o doente idoso, permitindo assim uma abordagem mais centrada na complexidade e necessidades das pessoas idosas, evidenciando a falta de especificidade dos fluxogramas de triagem para os idosos, ao contrário do que acontece para os grupos etários de idades inferiores a 18 anos.

É fundamental que os enfermeiros consigam **refletir na e sobre a sua prática** com o objetivo de melhorar os cuidados prestados e promover o conforto dos doentes hospitalizados. Existe alguma dificuldade em observar o doente de uma forma holística, e num serviço de urgência, este é observado em diversos locais por diversos profissionais de saúde e, como anteriormente foi referido, a

grande afluência de doentes, muitas vezes dificulta a prestação de cuidados de excelência.

### **Sala de Tratamentos**

Este é o sector onde a grande maioria dos doentes permanece até existir uma decisão médica face à sua situação, sendo neste local atendidos todos os doentes do foro médico e cirúrgico, com exceção de algumas especialidades cirúrgicas, tais como a Ortopedia. Estes doentes necessitam de cuidados e tratamentos num curto espaço de tempo, tendo a atuação da equipa o objetivo do melhor e mais célere atendimento, com vista à recuperação do estado de saúde. Neste sentido, procurei sempre avaliar o mais precocemente o doente, **tendo iniciativa e sendo criativa na interpretação e resolução de problemas** de modo a poder estabelecer prioridades convergindo numa **tomada de decisão fundamentada** e de acordo com suas as necessidades.

À entrada e após a validação do motivo de vinda ao UAU, as intervenções, embora que recaindo predominantemente em atividades interdependentes, caracterizam-se pela realização do exame físico e anamnese, bem como a avaliação de sinais vitais, seguidos de colheita de amostras sanguíneas com inserção e manutenção de acesso venoso permeável e administração de terapêutica, promovendo, desta forma, a celeridade do processo de observação clínica, com o intuito de agilizar o processo de prestação de cuidados. Aqui, a grande afluência de pessoas obriga à **realização de uma gestão dos cuidados, zelando sempre pelos cuidados prestados** e tentando promover o conforto do doente e sua família.

### **Serviço de Observação (SO)**

No decorrer do estágio foi igualmente possível realizar vários turnos no SO, onde se encontram as pessoas que ficam em observação, por se apresentarem instáveis do ponto de vista hemodinâmico, por necessitarem de vigilância adequada, bem como de cuidados imediatos e permanentes, por parte de toda equipa multidisciplinar. Foi possível a prestação de cuidados diretos a doentes em situação crítica, em contexto de EAM, Edema Agudo do Pulmão (EAP) e Acidente Vascular Cerebral (AVC) e respetiva família.

Este departamento caracteriza-se por ser muito semelhante a um serviço de internamento, divergindo no facto de que o período de internamento é relativamente curto, sendo apenas um local onde o doente aguarda decisão de transferência ou de alta clínica. Realço, ainda, **a capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas**, em que a **demonstração de um nível aprofundado de conhecimentos** é primordial para o **desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente**. Remeto para uma situação específica que ocorreu neste setor.

Doente do sexo feminino, 26 anos, natural do Porto e a residir em Lisboa há cerca de 1 ano por motivos profissionais. Internada em SO com o diagnóstico de apendicite aguda com peritonite associada e consequentemente indicação cirúrgica, a aguardar ida ao Bloco Operatório (BO). Apresentava score 15 na Escala de *Glasgow* mas com dor abdominal não controlada. Apresentava um fâcies triste e referia ter medo de ir para o BO sem que os seus pais chegassem do Porto. Perante esta situação demonstrei-me disponível para fazer todo o acompanhamento desta doente até ao BO, recobro e serviço de internamento, até que os seus familiares a pudessem acompanhar.

Tive a oportunidade de fazer um acompanhamento individualizado e personalizado, inclusive dentro do BO e, desta forma, assistir à cirurgia. Nos cuidados pós anestésicos, acompanhei o pós-operatório imediato, atenta à estabilização hemodinâmica e queixas da doente e consegui conhecer os seus pais que só conseguiram chegar a Lisboa quando ela já se encontrava no recobro.

Ao longo deste processo, conferi-lhe apoio emocional e presença constante, tal como a informação e explicação de todos os procedimentos, de forma a diminuir a sua ansiedade e aumentar a sua colaboração. Esclareci as suas dúvidas e monitorizei a dor até esta estar controlada, otimizando o seu conforto, físico e emocional.

É de referir que ao longo do estágio esta doente voltou ao UAU, por outras queixas, reconheceu-me de imediato, demonstrando total confiança nos cuidados que lhe foram prestados.

### **Sala de Reanimação**

A Sala de Reanimação sempre teve um encanto, pois possui uma certa mística envolvente, onde o trabalho em equipa eficaz e sincronizado permite uma atuação de excelência em função das necessidades próprias da pessoa que se encontra em situação crítica. Na UAU, esta sala caracteriza-se por ser em *open space* com capacidade para três doentes, totalmente provida de equipamento de ventilação assistida, bem como de monitorização hemodinâmica. A abordagem à pessoa em situação crítica na sala de reanimação caracteriza-se pelo estabelecimento de prioridades após a avaliação inicial com a qual se pretende

identificar o compromisso de funções vitais ou lesões que podem comprometer a própria vida, tendo em conta a abordagem A - (*Airway*) - Vias aéreas (com controlo da coluna cervical em situações de trauma; B - (*Breathing*) - Respiração e Ventilação; C - (*Circulation*) - Circulação (com controlo da hemorragia, se presente); D - (*Disability*) - Exame neurológico sumário; E - (*Exposure*) - Exposição a fatores externos com controlo da hipotermia (Nolan et al., 2010).

A atuação especializada de enfermagem caracteriza-se pela determinação adequada de prioridades, que em última instância permite uma abordagem e planeamento de cuidados adequados e pertinentes face à situação presente. Neste espaço, reconheço que não tive grande oportunidade de prestar cuidados especializados, devido à não gravidade da maior parte dos doentes que recorreram à UAU durante o meu período de estágio, no entanto, procurei **demonstrar capacidade para reagir perante situações imprevistas e complexas**, bem como, mediante a observação sistemática e detalhada, a avaliação contínua de sinais e sintomas pelos dados recolhidos, através do exame objetivo e da monitorização de parâmetros vitais, excluir situações de emergência, compreendendo que a **adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas**, pode ser extremamente benéfico para a manutenção da vida, bem como da promoção da qualidade de vida.

Para atingir as competências relacionadas ainda com o primeiro objetivo específico, foram realizadas pesquisas na literatura, munindo-me de informação que me permitiu agir ao encontro das necessidades da pessoa e família, alvo dos meus cuidados, aproveitando estas situações, durante a prestação de cuidados, para partilhar a informação que possuo com os restantes elementos da equipa de enfermagem, servindo como agente de mudança e promovendo uma melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem neste âmbito, **incorporando na prática os resultados encontrados**.

O que acima foi descrito permitiu-me alcançar o segundo objetivo específico, por mim delineado, para o presente módulo - Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados confortadores prestados ao doente idoso, na Unidade de Atendimento Urgente. Para atingir este objetivo específico realizei uma Revisão Integrativa da Literatura intitulada **“Cuidados à boca na pessoa idosa: Que**

**controvérsias**”, que se encontra em fase de aprovação para publicação numa revista de enfermagem (**Anexo I**) e teve também a oportunidade de apresentar, sob a forma de comunicação oral, intitulada **“Cuidados à boca na pessoa idosa” (Apêndice I)**, no XI Encontro Luso Brasileiro de Enfermagem, organizado pela Universidade Católica Portuguesa, e como coautora, um *poster*, intitulado **“Cuidar em Humanidade à pessoa idosa” (Apêndice II)**, resultante de uma Revisão Integrativa de Literatura, **“Cuidar em Humanidade: uma perspetiva confortadora” (Apêndice III)**, o que me permitiu **comunicar os resultados da minha prática clínica e de investigação para audiências especializadas**. Posteriormente apresento as declarações de participação no XI Encontro Luso Brasileiro de Enfermagem (**Anexo II**) e (**Anexo III**).

As competências em Enfermagem resultam de um processo dinâmico de articulação e interação dos conhecimentos técnico-científicos, com o meio onde se prestam os cuidados e são demonstradas pelas intervenções dos enfermeiros. Através destas atividades, foram desenvolvidas as competências de **participar e promover a investigação em serviço na minha área de especialização e promover a formação em serviço, incorporando na prática os resultados da investigação realizada**, sensibilizando a equipa de enfermagem para a importância da temática. De uma maneira geral, a pessoa em situação crítica deve ter os seus direitos de saúde garantidos, de forma ética, profissional e humana, levando em consideração a sua história e hábitos de vida, respeitando a sua vontade e a da sua família, dispondo assim de atenção especial às suas necessidades mais urgentes, sem desprezar outras queixas, promovendo conforto, privacidade e integridade. Depende do Enfermeiro, enquanto promotor do conforto, contribuir de forma ativa para a mudança de procedimentos, normas e atitudes que podem em muito beneficiar estes doentes e a sua família, no que se concerne a cuidados de saúde, bem como contribuir para ganhos em saúde significativos.

Para além do que acima foi descrito, foram realizados turnos de coordenação, juntamente com o Enfermeiro Coordenador, correspondendo a uma das competências a desenvolver, no âmbito da especialidade, de **exercer supervisão do exercício profissional na minha área de especialização**, bem como de **liderar as equipas de prestação de cuidados especializados**. Estas

competências prendem-se com uma gestão eficaz do SO, ao nível dos profissionais, doentes, saídas para exames complementares de diagnóstico, transferências, alimentação, pedidos de medicação em falta, confirmação do stock de estupefacientes e na gestão das visitas. É importante a existência de um enfermeiro gestor em todos os turnos, de modo a garantir os recursos na prestação de cuidados, operacionalizando o processo de enfermagem, enquanto processo sistemático, dinâmico e complexo, suportado por interações diádicas com diferentes elementos da equipa (Serrano, Costa, & Costa, 2011).

Foi-me proposto também pelo Enfermeiro Coordenador, a realização de um **“Protocolo de Integração na UAU” (Apêndice IV)**, que pudesse facilitar e esquematizar as diferentes etapas por que passa um enfermeiro quando inicia funções, possibilitando ao novo elemento condições adequadas a um início de funções na Unidade de Atendimento Urgente, permitindo-me **colaborar na integração de novos profissionais**, com o objetivo de uma integração adequada para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

Em conclusão deste módulo, pode-se afirmar que a enfermagem de urgência é pluridisciplinar, define-se pela diversidade de conhecimentos, de doentes e de processos de doença. O Enfermeiro de urgência necessita de ter a capacidade ímpar de avaliar, intervir e cuidar quer de forma mais geral, quer de forma mais específica.

## 2.2. MÓDULO III – ESTÁGIO DE OPÇÃO

O segundo módulo de estágio foi realizado no período de 1 de setembro a 26 de outubro de 2017 numa UCCP de um hospital privado de Lisboa, tendo a carga horária de 180 horas de contacto e 70 horas de trabalho individual, correspondendo a 10 ECTS. Esta unidade é de referência nacional na prestação de cuidados de excelência à pessoa e sua família, em situação crónica e paliativa, com elevada formação especializada na área, de forma a dar resposta ao elevado nível de exigência que estes cuidados exigem, tendo sido já distinguida pela *European Society of Medical Oncology* (ESMO) como *Designated Center of Excellence in Palliative Care and Oncology*.

Corresponde a uma unidade dotada de espaços físicos e recursos humanos próprios e especializados e é composta por 48 camas, divididas em quartos individuais e em quartos duplos, todos com instalação sanitária privativa (Hospital da Luz, n.d.). A equipa de enfermagem é composta por aproximadamente 49 enfermeiros, em horário rotativo de turnos de 8 horas diárias, sob responsabilidade de um Enfermeiro Coordenador e um Enfermeiro Responsável. Tem como objetivo o acompanhamento, tratamento e supervisão clínica de doentes com perda de autonomia e necessidade de reabilitação, ou que se encontrem em situações complexas de sofrimento associadas a doenças graves e/ou incuráveis e progressivas, através de uma abordagem integral e multidisciplinar dos problemas. Pretende, desta forma, garantir um apoio global aos doentes, proporcionando-lhes cuidados de saúde rigorosos e humanizados, que contribuam para o seu conforto, dignidade e qualidade de vida (Hospital da Luz, n.d.).

O controlo de sintomas, como promoção do conforto à pessoa em fim de vida, sempre me suscitou interesse, sentindo necessidade de aprofundar e adquirir conhecimentos de Enfermagem Especializados nesta área. O conforto sempre fez parte do cuidado humano, mas só começou a ser abordado mais concisamente com Florence Nightingale.

Katharine Kolcaba refere, à luz da sua teoria, que o conforto pode ser definido como *“a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto”*. A mesma autora define ainda conforto como uma experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psicoespiritual, social e ambiental) (Kolcaba, 2003).

O processo de conforto assenta numa abordagem humanista-afetiva e é mediado pela tríade enfermeiro-doente e sua família, onde o agir intencional do enfermeiro é determinante para dar resposta às necessidades de cuidados, especificamente de conforto (Ribeiro, 2012). As intervenções de Enfermagem que visam promover o conforto, ajudam a alcançar a dignidade e tranquilidade, aumentando a qualidade de vida das pessoas que são o seu alvo.

Conforto é descrito como *“multidimensional, referindo-se a um estado percebido de melhoria do estado de conforto, a uma necessidade/desejo*

*sentido ou ainda a uma situação de cuidados/ação/intervenção de cuidar, cujo objetivo é promover o conforto, aliviar a dor e outros desconfortos...". "o termo "conforto" caracteriza-se também em oposição ao "não conforto", considerado este como um estado de desconforto na vivência concreta de um estado/sentimento de mal-estar e/ou dor"* (Ribeiro, 2012, p.311). O foco no desconforto para compreender o conforto e as medidas implementadas pelos enfermeiros para aliviar o *distress* dos doentes é consistente com a missão central da Enfermagem (Luís & Apóstolo, 2009; Ribeiro, 2012). Desta forma, podemos entender o enfermeiro como ator privilegiado de conforto, a pessoa de referência no cuidar confortador.

A escolha deste campo de estágio deveu-se ao facto de reconhecer a extrema importância desta Unidade na prestação de cuidados diferenciados, personalizados e individualizados a cada doente, tendo em conta o estado de vulnerabilidade em que este se encontra, privilegiando o seu conforto e qualidade de vida. Durante a primeira semana, tive a oportunidade de frequentar sessões de acolhimento promovidos pela unidade hospitalar, visto que acolher um novo elemento é, acima de tudo, proporcionar-lhe boas condições de integração. Neste período, para além de ficar a conhecer melhor a Instituição, a sua missão e valores, foi importante assistir a sessões formativas, visto estas terem um papel determinante na evolução dos cuidados. De salientar também, que a integração na equipa multidisciplinar e o acolhimento na UCCP foram premissas fundamentais para um bom desempenho, tendo sido recebida de forma empática por toda a equipa que demonstrou total disponibilidade e acompanhamento no meu percurso de aprendizagem e aquisição de competências como futura Enfermeira Especialista.

A área de especialização em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa toma por alvo de intervenção a Pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, ao longo do ciclo de vida e o eixo organizador é dirigido aos projetos de saúde da pessoa com doença crónica incapacitante e terminal, bem como aos cuidadores, à sua família e ao seu grupo social de pertença, preservando a sua dignidade, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento, sempre em colaboração com a restante equipa interdisciplinar (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Com os avanços técnicos e científicos, a esperança média de vida tende a aumentar, mas isso não significa que se passe a morrer melhor (Barbosa & Neto, 2010). Assim, a longevidade crescente e o aumento das doenças crónicas conduzem a um igual aumento significativo do número de doentes que não tem cura. O movimento moderno dos cuidados paliativos, iniciado em Inglaterra na década de 60, e que posteriormente se foi alargando até ao Canadá, Estados Unidos e mais recentemente à restante Europa, teve o mérito de chamar a atenção para o sofrimento dos doentes incuráveis, para a falta de respostas por parte dos serviços de saúde e para a especificidade dos cuidados que teriam que ser dispensados a esta população. Assim, os cuidados paliativos constituem, atualmente, uma resposta indispensável aos problemas do final da vida (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, n.d.).

Os cuidados paliativos correspondem aos cuidados ativos e totais aos doentes com doenças que constituem risco de vida, e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença já não responde aos tratamentos curativos ou que prolongam a vida (Twycross, 2003). Neste contexto, a finalidade é a de promover o conforto da pessoa, não apressando nem protelando intencionalmente a morte, mas sim agindo no tratamento de sintomas. Os pilares fundamentais dos cuidados paliativos assentam no controlo dos sintomas, no suporte psicológico, emocional e espiritual, mediante uma comunicação eficaz e terapêutica; no cuidado à família e no trabalho em equipa, em que todos se centram numa mesma missão e objetivos (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Na definição de Cuidados Paliativos, há uma abordagem à importância não só do controle da dor, mas também de sintomas e problemas de ordem psicológica, social e espiritual. A promoção de cuidados paliativos de qualidade pressupõe uma atenção neste sentido, para que o doente possa usufruir de um bem-estar e conforto nesta fase da vida (OMS, n.d.). O desconforto de uma pessoa doente pode resultar de fatores externos, que em parte podem ser controlados pelas intervenções de Enfermagem, permitindo dizer que o conforto é uma variável externa que os Enfermeiros podem controlar (Watson, 2002a).

Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados à pessoa e família em

situação crónica e paliativa, em contexto de Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos, correspondeu ao objetivo geral, delineado para este módulo de estágio. Prestar cuidados de Enfermagem Especializados à pessoa e família em situação de doença crónica e paliativa numa Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos de acordo com a metodologia científica e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados confortadores prestados à pessoa em fim de vida e sua família, numa Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos, corresponderam aos meus objetivos específicos a desenvolver na unidade referida.

Seguindo a linha orientadora da minha temática, os cuidados à boca representam uma área muito importante em cuidados paliativos (Gillam & Gillam, 2006). Cuidar pessoas em cuidados paliativos, exige dos profissionais a capacidade de direcionar todas as suas intervenções no sentido, não só do bem-estar físico, mas também do bem-estar emocional e social. Assim, o cuidado à boca vai contribuir para uma vida com dignidade até ao momento da morte, pois é uma intervenção de enfermagem fundamental na promoção da qualidade de vida e da dignidade humana. Considera-se que são diversas as dimensões que podem ser afetadas quando existem problemas a nível da boca. Estas dimensões justificam a importância de os enfermeiros cuidarem a boca das pessoas que apresentam uma situação de doença crónica, incurável e progressiva.

Face ao primeiro objetivo - Prestar cuidados de Enfermagem Especializados à pessoa e família em situação de doença crónica e paliativa numa Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos de acordo com a metodologia científica - destaco a prestação de cuidados e a realização do Processo de Enfermagem dirigidos à pessoa e família, em situação crónica e paliativa, onde o **desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente** foi uma prioridade e onde a **informação proveniente da minha formação inicial e pós-graduada concomitantemente com a minha experiência profissional e pessoal** foi essencial.

O controlo sintomático corresponde a um dos quatro pilares dos cuidados paliativos e tem como princípios gerais avaliar antes de tratar, explicar as causas dos sintomas e medidas terapêuticas tanto ao doente como à família, não esperar que o doente se queixe, antecipando-se tanto quanto possível ao aparecimento

dos sintomas; adotar uma estratégia terapêutica mista, com recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas e monitorizar os sintomas (Barbosa & Neto, 2010)

O doente paliativo tem, frequentemente, múltiplos sintomas coexistentes, como a dor, as náuseas ou vômitos, obstipação e a dispneia cuja abordagem pode ser diferente do preconizado para pessoas com outras patologias. A pessoa pode necessitar de cuidados paliativos por sofrimento marcado ou por impossibilidade de cura sem que esteja perante numa situação terminal, sendo esta área de atuação superior à fase da doença terminal (Barbosa & Neto, 2010). Desta forma, foi fundamental formular estratégias terapêuticas adequadas a uma avaliação multidimensional, baseada no atual estado da arte ao nível do controlo sintomático em cuidados paliativos, de forma a **tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas, zelando pelos cuidados prestados**. É neste aspeto que se ambiciona que surja uma mudança, ao nível do modelo de cuidados ao doente paliativo utilizado fora das instituições de saúde destinadas a este tipo de doentes.

A elaboração de duas reflexões críticas sobre sedação paliativa e comunicação em cuidados paliativos foram fundamentais na análise do desempenho das minhas atividades, tendo **de forma crítica, refletido na e sobre a minha prática**.

### **Sedação Paliativa**

Pode definir-se sedação paliativa como a diminuição intencional do nível de consciência de um doente através da administração de fármacos apropriados com o sentido de evitar o sofrimento intenso causado por um ou mais sintomas refratários. Esta pode ser contínua ou intermitente e a sua profundidade pode ser aumentada até se encontrar o alívio sintomático e o conforto da pessoa a cuidar (SECPAL, n.d.).

É bem documentado que doentes numa fase avançada de doença (oncológica ou não) apresentam vários sintomas causadores de sofrimento intenso. Tais sintomas se não tratados adequadamente geram angústia e mais sofrimento ao doente e aos seus familiares. E quando existe refratariedade no controle desses sintomas, a sedação paliativa é uma opção de tratamento. Sendo

o desconforto uma causa de sofrimento para a pessoa cuidada e sua família, o enfermeiro deve estar consciencializado para a importância do conhecimento das causas e para a forma como é experienciado, delineando estratégias, de forma a contribuir para o seu alívio e assim para a promoção do conforto (Ribeiro, 2012).

A **abordagem de questões complexas de um modo sistemático e criativo**, como a sedação paliativa nos doentes com doença oncológica em fim de vida, com os objetivos centrais de compreender o que é a sedação paliativa, quando é que esta se torna pertinente e quando esta se torna inevitavelmente necessária e a carga emocional que traz no doente e sua família, bem como a sua influência no conforto do doente, permitiu-me **analisar questões/problemas de maior complexidade, de forma autónoma, sistemática e crítica**. A par destas razões, o tentar desmistificar as minhas próprias ideias que envolvem a sedação paliativa e a compreensão do papel do Enfermeiro Especialista neste processo.

### **Comunicação em Cuidados Paliativos**

A comunicação foi um ponto-chave e uma dificuldade a ser ultrapassada neste estágio. A comunicação corresponde a um dos pilares principais nos Cuidados Paliativos, funcionando como uma ferramenta terapêutica de intervenção no sofrimento e controlo sintomático associado à doença avançada e terminal, tanto para o doente, como para a sua família (Barbosa & Neto, 2010).

A excelência do Cuidar advém do desenvolvimento e aperfeiçoamento de aptidões de comunicação, cumulativas à experiência, num processo dinâmico e evolutivo, sendo a vertente relacional a chave mestre dos cuidados prestados. A equipa de enfermagem da UCCP dispõe de uma apetência e maturidade pessoal e profissional, que se revela no afirmar das suas competências comunicacionais e relacionais. Assim, tive o privilégio de desenvolver, aperfeiçoar e validar, neste contexto peculiar, os meus **conhecimentos sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e família e relacionar-me de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura**.

A utilização de ferramentas de comunicação adequadas com a pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal e respetiva família, de forma a permitir a comunicação honesta, a esperança realista, assim como o ajuste de expectativas, é uma competência do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2015b).

Deste modo, a comunicação sobressai quando se reconhece que é a chave para aceder e atender com dignidade todas as dimensões da pessoa alvo dos nossos cuidados, correspondendo a uma componente essencial da assistência (Barbosa & Neto, 2010), tendo adquirido competências específicas no estabelecimento de uma comunicação interpessoal e na relação terapêutica perante o doente/família face a situações de alta complexidade.

Para o segundo objetivo específico - Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados confortadores prestados à pessoa em fim de vida e sua família, numa Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos - divulguei o artigo já realizado, “**Cuidados à boca na pessoa idosa: Que controvérsias**”, de forma a sensibilizar a equipa para a importância da temática, **incorporando na prática os resultados obtidos** e contribuindo para o controlo sintomático e consequente melhoria dos cuidados prestados ao doente e sua família, **promovendo o desenvolvimento profissional de outros enfermeiros**.

Nesta base, surgiu a necessidade de realizar duas ações de formação, uma para os Enfermeiros da UCCP e outra para os Assistentes Operacionais, **promovendo a formação em serviço dos profissionais de saúde e respondendo às suas necessidades formativas**, permitindo-me uma **comunicação de aspetos complexos do âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral**.

Na sessão de formação para os Enfermeiros, intitulada “**Cuidados à boca – Intervenções de Enfermagem**” (Apêndice V) foram abordadas questões como o estado da “arte”; a anatomia, avaliação e exame objetivo da cavidade oral; objetivos dos cuidados à boca; cuidados gerais e produtos de higiene oral; algoritmo de atuação; fatores condicionantes à prestação de cuidados à boca; instrumentos de avaliação e principais problemas da boca em Cuidados Paliativos. Aqui, destaquei a xerostomia, alterações do paladar, sialorreia, mucosite, infeções e halitose como principais problemas da boca em Cuidados Paliativos e incidi nas intervenções de enfermagem autónomas para tratamento desses problemas.

Ao longo da elaboração desta ação de formação surgiu a necessidade de realizar outra para os assistentes operacionais, visto que na UCCP, se um doente não tiver patologia da boca, os enfermeiros delegam nos assistentes operacionais

os cuidados à boca. Nesta ação de formação, intitulada **“Cuidados à boca” (Apêndice VI)**, abordei questões como a anatomia da cavidade oral, objetivos dos cuidados à boca, cuidados gerais, produtos de higiene oral e seu procedimento, cuidados à boca em cuidados paliativos, fatores condicionantes à prestação de cuidados de higiene orais e principais problemas da boca em cuidados paliativos.

Na UCCP tive também a oportunidade de aplicar algumas escalas de avaliação utilizadas em Cuidados Paliativos. Deste modo, preoquei-me em **avaliar a adequação de diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica e profissional avançada**, de modo a dar respostas, mais adequadas possíveis, às necessidades da pessoa e sua família, alvo dos meus cuidados.

Na unidade onde o estágio foi realizado, à pessoa consciente e orientada, com doença oncológica, é aplicada a escala de avaliação de sintomas de Edmonton (ESAS) **(Anexo IV)** que monitoriza, numa escala de zero a dez, a intensidade dos sintomas que o doente apresenta como o apetite, fadiga, náuseas, depressão, sonolência, ansiedade, dor, dispneia, mal-estar e um décimo sintoma que pode ser adicionado pela pessoa que diz respeito ao que esta está a sentir naquele momento. Como principal vantagem da aplicação da ESAS, destaca-se a possibilidade de o doente identificar o que mais o incomoda permitindo perceber as repercussões somáticas ou psicológicas da doença (Alberta Health Service, 2010). A escala de avaliação de capacidade funcional (Karnofsky), escala de avaliação do grau de dependência (Barthel), avaliação do risco de quedas (Morse) e risco de úlceras de pressão (Braden), avaliação da sobrecarga do cuidador (Zarit) e avaliação da Escala da Esperança de Herth (HHI-PT), são outros exemplos de escalas que utilizei no decorrer deste módulo de estágio.

É de salientar, também, a participação e intervenção na reunião com a equipa médica diária e na reunião semanal de equipa multidisciplinar e interdisciplinar – enfermeiros, médicos, psicóloga, assistentes de ação médica, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, dietista, farmacêutica, entre outros - com a partilha e enriquecimento das várias disciplinas, onde são abordados, refletidos e discutidos focos de atenção e elaborados planos de intervenção, de acordo com o doente e família, à luz dos vários contributos e com o verdadeiro envolvimento

destes. São também realizadas reuniões informais, entre a equipa de enfermagem e restantes elementos da equipa multidisciplinar, sempre que necessário, sendo imprescindível a **capacidade de trabalhar, de forma adequada na equipa multidisciplinar e interdisciplinar**. *“O estabelecimento de uma relação profissional de equipa é indispensável para a estrutura e para o processo de conforto. O agir confortador fica assim confinado à esfera de competência profissional, tendo em conta a sua especificidade, assumindo-se o trabalho em equipa, como complementaridade funcional, fundamental”* (Sousa, 2014, p.93).

Sempre que ocorreram, tive também a possibilidade de assistir às conferências familiares, que considero momentos privilegiados de aprendizagem e aquisição de competências. A conferência familiar é uma reunião com um plano previamente acordado entre os profissionais, o doente e a sua família, em que, para além da partilha da informação clínica, existe partilha de sentimentos e onde a interajuda contribui para o estabelecimento de estratégias futuras. Nestas reuniões, é fundamental a **utilização de um discurso fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas apresentados, para a tomada de decisão baseado na evidência científica e atendendo às responsabilidades sociais e éticas, onde a utilização de técnicas de comunicação no relacionamento com o doente e sua família mostram o respeito pelas suas crenças e cultura, na abordagem de questões complexas**.

Em contexto de cuidados paliativos, as conferências familiares são utilizadas no sentido de:

- Clarificar os objetivos dos cuidados prestados;
- Reforçar a resolução de problemas;
- Prestar apoio e aconselhamento: validar e prever o espectro de reações emocionais;
- Validar o esforço e trabalho da família;
- Convidar à expressão das preocupações, medos e sentimentos ambivalentes;
- Ajudar à resolução dos problemas por etapas e mobilizando os recursos familiares (Neto, 2003)

Face à crise que uma doença crónica, incapacitante e terminal habitualmente representa, a família experimenta, tal como o doente, um período de incerteza e adaptação às dificuldades percebidas e vividas. O êxito dos cuidados prestados, a satisfação do doente, dos familiares e de outros entes afetivamente significativos, depende, em grande parte, do tipo de apoio que os profissionais de saúde sejam capazes de prestar quando o processo de doença avança (Neto, 2003). A mesma autora considera que *“não é demais ressaltar que a unidade recetora de cuidados em cuidados paliativos é o doente e a família”* (Neto, 2003, p.68). Este pressuposto deve conduzir sempre a uma abordagem global das necessidades da família, nomeadamente através da identificação de quem é o cuidador principal, de quais as principais dificuldades dos elementos familiares, do tipo de comunicação entre eles e dos recursos (internos e externos) de que dispõem para enfrentar a situação atual.

Menciono o caso de um homem, perfil estoico, 76 anos, com o diagnóstico de Mieloma Múltiplo sob tratamento de quimioterapia. Concomitantemente, tinha o diagnóstico de Sarcoma de Kaposi e devido à terapêutica com corticóides e quimioterapia, ficou com lesões exacerbadas e generalizadas, pelo que esse era o motivo de internamento na UCCP.

O senhor P., nunca conseguiu aceitar a perda da sua independência, adotando sempre uma postura invencível, ocultando todos os medos, receios, anseios e fragilidades que a sua presente situação de saúde lhe provocavam. Permaneceu durante o internamento acompanhado pela esposa, que pernoitava na UCCP e tinham 3 filhos. A equipa multidisciplinar acordou a realização de uma conferência familiar para realizar um ponto de situação e ajuste de expectativas realistas, visto que a equipa que o acompanhava no tratamento para o Mieloma Múltiplo considerava não haver benefício para o doente a continuação do tratamento com quimioterapia.

Ao abordar o Sr. P. e a esposa, verifiquei que eles não queriam que os filhos estivessem presentes na conferência familiar, pois referiam que eles é que tinham o conhecimento da situação atual e que estavam preparados para tomar as decisões que daí adviessem. Após uma longa conversa em que tentei que os filhos pudessem estar presentes e que seria uma situação habitual neste serviço, concordaram e foi agendada a conferência familiar.

Providenciámos um momento favorável à partilha de informação, recorrendo à escuta ativa, a uma comunicação empática sobre a situação atual de saúde, ao toque e mostrando disponibilidade, o que resultou num atenuar do sofrimento, angústia e medos, por parte do doente e de toda a família.

Constatámos que o senhor P. simplesmente precisava que o escutassem, que o deixassem falar abertamente de tudo o que o atormentava nesta fase de vida e que o deixassem chorar livremente. O estabelecimento de uma relação terapêutica, com recurso a instrumentos facilitadores da comunicação, permitiu, a todos os intervenientes, o ajuste a uma situação complexa, indo ao encontro de expectativas realistas do doente e sua família, permitindo uma maior aceitação.

Em conclusão da análise crítica das competências desenvolvidas ao longo do Módulo III, considero que os objetivos do estágio foram plenamente atingidos. Foi deveras desafiante e enriquecedor no desenvolvimento, certificação e mobilização de competências, **complementando a minha experiência prévia com as bases pedagógicas de formação avançada e com pesquisa científica**, aliadas a uma forte motivação pessoal. O Perito, já não se rege pelo princípio analítico, a excelência do nosso desempenho conseguir-se-á através da conjugação da nossa experiência, com um alto nível de senso e conhecimento científico (Benner, 2001)

Por esta ser uma área tão específica, foi deveras imprescindível a integração e mobilização de conhecimentos que me suportassem a **gestão de cuidados**, englobando a compreensão, o estabelecimento de prioridades e a capacidade de intervenção perante a prestação de cuidados ao doente e sua família, em Cuidados Paliativos. As particularidades da comunicação, o envolvimento, o compromisso, o trabalho em equipa, o controle sintomático, a atenção aos pormenores, almejando uma máxima adequação entre as expectativas e a realidade, em momentos da vida tão críticos e singulares dos doentes e respetivas famílias, implicou determinantemente, **a capacidade de tomada de decisão, iniciativa e intervenção perante situações imprevistas e complexas, de forma sistemática e criativa.**

**Refletir na e sobre a minha prática**, à luz das Teorias do Conforto de Katherine Kolcaba e Patrícia Pontífice Sousa, permitiu-me a apropriação do conceito de conforto do ponto de vista holístico, partindo da premissa que o conforto faz parte integrante dos cuidados de enfermagem ao longo de todo o ciclo vital, sendo nos cuidados de enfermagem em fim de vida, que o conforto se assume como expoente máximo do cuidar.



## CONCLUSÃO

O presente relatório surge como um documento ilustrativo da aprendizagem adquirida durante o 10º Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Trata-se do culminar de um percurso de aprendizagem e enriquecimento pessoal e profissional, que me proporcionou uma constante mobilização de conhecimentos e a aquisição de competências ao longo de todos os módulos que constituíram o estágio.

Com o finalizar deste relatório, realço que quer as competências, quer os objetivos anteriormente analisados e descritos foram atingidos. Enalteço, também, a importância do período teórico e o congregar desse, com os estágios e a multiplicidade de situações que ocorreram nestes e que contribuíram para a aprendizagem e para o desenvolvimento de competências especializadas, levando-me a consolidar conhecimentos e a adotar uma prática com maior autonomia, conduzindo a uma melhoria dos cuidados prestados.

Depois do término desta etapa, torna-se fundamental fazer uma análise fundamentada da mesma e após reflexão, de forma a expor as capacidades desenvolvidas e os contributos deste curso, realizei uma análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*).

Relativamente às *Strengths* (forças), enalteço: a experiência profissional; o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica; o desenvolvimento de uma prática crítico-reflexiva; a valorização da prática baseada na evidência; a aquisição e aprofundamento de conhecimentos que conduzem a alterações da prática; a partilha de conhecimentos, experiências e vivências com os colegas de trabalho; a melhoria na prestação de cuidados à pessoa e família.

Como *Weaknesses* (fraquezas) saliento: o curto período de tempo em cada contexto de estágio; a prática profissional simultânea e os elevados custos económicos. No entanto, estes contratempos foram colmatados com o apoio de

todos os envolventes (professores, enfermeiros chefes, enfermeiros orientadores, enfermeiros e restantes elementos da equipa multidisciplinar).

Relativamente às *Opportunities* (oportunidades), refiro: o desenvolvimento de estratégias para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados; a sensibilização para a importância da satisfação das necessidades de conforto da pessoa hospitalizada e da temática dos cuidados à boca; a modificação da prática para uma prática mais baseada na evidência científica e conseqüentemente para o desenvolvimento de uma enfermagem avançada e a participação no XI Encontro Luso Brasileiro de Enfermagem promovido pela Universidade Católica Portuguesa.

Não obstante, as *Threats* (ameaças), remetem para: o não reconhecimento como Enfermeira Especialista; a desmotivação devido à situação atual do país e as práticas fortemente enraizadas no contexto de trabalho.

Os três módulos de estágio permitiram a aquisição de novas competências, contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional enquanto futura Enfermeira Especialista. Procurei desenvolver uma prática crítico-reflexiva, baseada na evidência científica e nas teorias de enfermagem, prestando cuidados centrados à pessoa e família, numa lógica de enfermagem avançada. Todos os cuidados prestados tiveram como *core* o proporcionar à pessoa e sua família o melhor estado de conforto, indo ao encontro das suas necessidades, utilizando como suporte a Teoria de Conforto de Katherine Kolcaba e a Teoria do Conforto de Patrícia Pontífice Sousa, desenvolvendo competências na área de prestação de cuidados especializados aos doentes e sua família em situação crítica e crónica.

Ao longo de toda a prática clínica, o conforto foi o foco transversal em todos os contextos, onde foram exploradas as medidas de conforto à pessoa e sua família, em contexto hospitalar, procurando sensibilizar os enfermeiros para a temática. No contexto de serviço de urgência, ainda que o contacto com a pessoa doente seja célere e nem sempre nas condições ideais, ressalvo a rapidez de respostas, o estabelecimento de prioridades, o agir perante experiências nunca antes vivenciadas, sem nunca esquecer o respeito pela integridade e privacidade da pessoa doente; na área dos cuidados paliativos, saliento a necessidade

expressa de me integrar numa filosofia onde o conforto físico e emocional foram a preocupação principal.

Associado ao conforto, elaborei uma Revisão Integrativa da Literatura que procurou identificar o estado atual do conhecimento científico sobre as controvérsias associadas aos cuidados à boca da pessoa idosa. Esta revisão permitiu-me contextualizar o meu percurso e alguns dos trabalhos efetuados, contribuindo assim para a investigação em enfermagem. Realço também a importância que teve a investigação para uma prática de enfermagem baseada na evidência, que associado às competências do Enfermeiro Especialista, contribuem para a prestação de cuidados de qualidade.

Em todos os locais de prática clínica procurei adotar uma conduta que servisse de modelo aos outros profissionais de enfermagem, pois, como futura Enfermeira Especialista, ambiciono a excelência da prática especializada na equipa de saúde, promovendo a capacidade crítica dos meus pares, atuando como perito nas diferentes dimensões do cuidar e permitindo, simultaneamente, um desenvolvimento profissional e pessoal de cada um em particular e da equipa em geral. De forma informal (quer na passagem de turno, quer na partilha de experiências com os colegas) pude comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, sendo que esta informação permitiu partilhar conhecimentos e promover mudanças de comportamentos. Ao nível do ensino, este relatório final demonstra a importância da formação em enfermagem e contribui para a formação de futuros especialistas, na medida em que apresenta o percurso e o desenvolvimento pessoal e profissional que o curso proporciona.

Em suma, os estágios realizados, bem como o período teórico, permitiram-me agir com base em conhecimentos resultantes das teorias existentes e da investigação científica atual, tomando decisões fundamentadas, tendo em conta a pessoa cuidada e a sua família, individualizando cuidados e procurando a melhoria dos cuidados prestados, através do desenvolvimento de competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de Cuidados de Enfermagem Especializados, que vão ao encontro das preconizadas, quer pelo plano de estudos da Universidade Católica Portuguesa como pelas definidas pela Ordem dos Enfermeiros para um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.



**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Adams, R. (1996). Qualified nurses lack adequate knowledge related to oral health, resulting in inadequate oral care of patients on medical wards. *Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 552–560. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1996.22416.x>
- Alberta Health Service. (2010). Edmonton Symptom Assessment System Revised. Retrieved from <http://www.palliative.org/NewPC/professionals/tools/esas.html>
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (n.d.). Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Retrieved from <http://www.apcp.com.pt/>
- Azeredo, Z. (2014). O Idoso No Serviço De Urgência Hospitalar, 2, 20–26.
- Barbosa, A., & Neto, I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. (Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Ed.) (2ª Edição). Lisboa.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. (Quarteto Editora, Ed.). Coimbra.
- Bissett, S., & Preshaw, P. (2011). Guide to Providing Mouth Care for Older People. *Nursing Older People*, 23(10), 14–21.
- Chochinov, H. M. (2006). Dying , Dignity , and New Horizons in Palliative End-of-Life Care. *A Cancer Journal for Clinicians*, 56, 84–103.
- Cohn, J. L., & Fulton, J. S. (2006). Nursing staff perspectives on oral care for neuroscience patients. *The Journal of Neuroscience Nursing: Journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, 38(1), 22–30. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16568810>
- Coker, E., Ploeg, J., Kaasalainen, S., & Fisher, A. (2013). A concept analysis of oral hygiene care in dependent older adults. <https://doi.org/10.1111/jan.12107>
- Collière, M.-F. (2000). *Promover a Vida*. (Lidel, Ed.).
- Collière, M.-F. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida* (2ª Edição). Loures: Lusodidacta.
- Costello, T., & Coyne, I. (2008). Nurses ' knowledge of mouth care practices, 17(4), 264–268.
- Davies, a N., Broadley, K., & Beighton, D. (2001). Xerostomia in patients with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(4), 820–825.
- Direcção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento*. Direcção Geral da Saúde. <https://doi.org/176690/02>
- Ellipoulos, C. (2005). *Enfermagem Gerontológica* (5ª Edição). Porto Alegre: Artmed.
- Ferreira, R., Rocha, E., Coutinho, N., Ribeiro, M., Magalhães, C., & Moreira, A. (2006). La actuación del equipo de enfermería en la higiene bucal de los ancianos

dependientes hospitalizados. *Investigación Y Educación En Enfermería*, XXIV, 48–57.

Fitzpatrick, J. (2000). Oral health care needs of dependent older people: responsibilities of nurses and care staff, 32(6), 1325–1332.

Garrido, António; Simões, João; Pires, R. (2008). *Supervisão clínica em enfermagem: perspectivas práticas*. (Universidade de Aveiro, Ed.). Aveiro.

Gibson, F., Horsford, J., & Nelson, W. (1997). Oral care: ritualistic practice reconsidered within a framework of action research. *Journal of Cancer Nursing*, 1(4), 183–190. [https://doi.org/10.1016/S1364-9825\(97\)80517-2](https://doi.org/10.1016/S1364-9825(97)80517-2)

Gillam, J. L., & Gillam, D. G. (2006). The assessment and implementation of mouth care in palliative care: a review. *The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health*, 126(1), 33–37. <https://doi.org/10.1177/1466424006061174>

Grilo, C. M., Martins, E. C., Ferreira, M. R., Solas, R. C., Manuela, S., & Piteira, T. M. (2014). O Idoso no Serviço de Urgência, que realidade..., 8(6), 1612–1616. <https://doi.org/10.5205/reuol.5876-50610-1-SM.0806201421>

Grupo Português de Triagem. (n.d.). Grupo Português de Triagem. Retrieved from <http://www.grupoportuguestriagem.pt/>

Harris, D. J., Eilers, J., Harriman, A., Cashavelly, B. J., & Maxwell, C. (2015). Putting Evidence Into Practice ®: Evidence -Based Interventions for the Management of Oral Mucositis, 12(1), 141–152.

Heath, H., Sturdy, D., Edwards, T., Griffiths, J., Hylton, B., Jones, V., & Lewis, D. A. (2011). Promoting older people 's oral health.

Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem. pensamento e acção na perspectiva do Cuidar*. Lusociência.

Honor, A., & Law, A. (2002). Mouth care in cancer nursing: using an audit to change practice. *Br J Nurs*, 11(16), 1087–1096. <https://doi.org/10.12968/bjon.2002.11.16.10550>

Hospital da Luz. (n.d.). Hospital da Luz. Retrieved September 26, 2017, from <http://www.hospitaldaluz.pt/lisboa/pt/servicos-clinicos/unidades-de-internamento/unidades-de-cuidados-continuados-e-paliativos/>

Hospital dos Lusíadas. (n.d.). Hospital dos Lusíadas. Retrieved from <https://www.lusíadas.pt/pt/unidades/HospitalLisboa/servicosclinicos/Paginas/aten-dimentourgenteadultos.aspx>

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. (Springer Publishing Company, Ed.). New York.

Luís, J., & Apóstolo, A. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos Comfort in nursing theories. Concept analysis and theoretical meaning. *Revista de Enfermagem Referência II Série*, 61–67.

Mendonça, S. (2009). *Competências Profissionais dos Enfermeiros: a excelência do cuidar*. (E. Novembro, Ed.).

Ministério da Ciência Tecnologia e Ensino Superior. (2006). Decreto-lei nº

74/2006. *Diário Da República*. Retrieved from [https://www.fct.pt/apoios/bolsas/DL\\_74\\_2006.pdf](https://www.fct.pt/apoios/bolsas/DL_74_2006.pdf)

Ministério da Educação. (1999). Decreto-Lei n.º353/99 de 3 de Setembro. *Diário da República*.

Neto, I. G. (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa de Medicina Geral E Familiar*, 19(1), 68–74. Retrieved from <http://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/9906/9644>

Nolan, J. P., Soar, J., Zideman, D. A., Biarent, D., Bossaert, L. L., Deakin, C., ... Böttiger, B. (2010). European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010 Section 1. Executive summary. *Resuscitation*, 81(10), 1219–1276. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2010.08.021>

Nunes, L. (2011). Os padrões de qualidade dos cuidados em enfermagem: caminho estratégico do desenvolvimento. *Revista Significar*, 90–95.

OMS. (n.d.). Organização Mundial da saúde. Retrieved July 10, 2017, from <http://www.who.int/eportuguese/countries/prt/pt/>

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Regulamento n.º 124/2011 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. *Diário Da República 2.ª Série, N.º 35 (18/02/2011)*.

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. *Diário Da República 2.ª Série, N.º 78*.

Osório, A., & Fernando, P. (2007). *As pessoas idosas: contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.

Paiva e Silva, A. (2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Revista Servir*, 11–20.

Paulsson, G., Sciences, H., & Wårdh, I. (2008). Comparison of oral health assessments between nursing staff and patients on medical wards. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2007.00802.x>

Ribeiro, P. (2012). *A Natureza Do Processo De Conforto Do Doente Idoso Crónico em Contexto Hospitalar*.

Rohr, Y., Adams, J., & Young, L. (2010). Oral discomfort in palliative care : results of an exploratory study of the experiences of terminally ill patients, 16(9), 439–444.

SECPAL. (n.d.). Guia de Cuidados Paliativos. Retrieved July 10, 2017, from <http://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1>

Serrano, M. T. P., Costa, A. da S. M. C. da, & Costa, N. M. V. N. da. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem*

Referência, III(3), 15–23. Retrieved from <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn3/serIIIIn3a02.pdf>

Sousa, P. (2014). *O conforto da pessoa idosa*. (Universidade Católica Editora, Ed.). Lisboa.

Southern, H. (2007). Oral care in cancer nursing: nurses' knowledge and education, (September 2006), 631–638. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04159.x>

Souza, M. T. de, Silva, M. D. da, & Carvalho, R. de. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8(1), 102–106. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>

Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública (7ª Edição)*. Lusodidacta.

Stout, M., Goulding, O., & Powell, A. (2009). Developing and implementing an oral care policy and assessment tool, (February 2004).

Sweeney, M. P., & Bagg, J. (2000). The mouth and palliative care. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 17(2), 118–124. <https://doi.org/10.1177/104990910001700212>

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. (C. Editores, Ed.). Lisboa.

Vieira, M. (2008). *Ser Enfermeiro. Da compaixão à proficiência*. (Universidade Católica Editora, Ed.) (2ª Edição).

Wårdh, I., Hallberg, L. R.-M., Berggren, U., Andersson, L., & Sörensen, S. (2000). Oral Health Care-A Low Priority in Nursing: In-depth Interviews with Nursing Staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14(2), 137–142. <https://doi.org/10.1080/02839310050162370>

Watson, J. (2002a). *Enfermagem - Ciência Humana e Cuidar uma teoria de Enfermagem*. Camarate: Lusociência.

Watson, J. (2002b). *Enfermagem pós-moderna e futura - Um novo paradigma da Enfermagem (1ª Edição)*. Loures: Lusociência.

WHO. (n.d.). World Health Organization. Retrieved July 10, 2001, from <http://www.who.int/en/>

Wilkin, K., & Wilkin, K. (2002). A critical analysis of the philosophy, knowledge and theory underpinning mouth care practice for the intensive care unit patient, 3397(2), 181–188. [https://doi.org/10.1016/S0964-3397\(02\)00017-4](https://doi.org/10.1016/S0964-3397(02)00017-4)

Wohlschlaeger, A. (2004). Prevention and Treatment of Mucositis: A Guide for Nurses. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21, 281–287. <https://doi.org/10.1177/1043454204265840>

## APÊNDICES



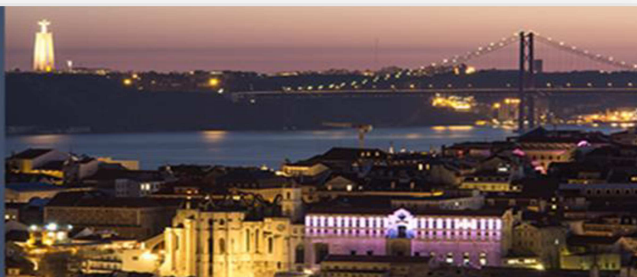
**Apêndice I- Comunicação Oral apresentada no XI Encontro Luso-Brasileiro  
de Enfermagem intitulada “Cuidados à boca na pessoa idosa”**



# XI Encontro Luso Brasileiro de Enfermagem

2 e 3 de novembro de 2017

Universidade Católica Portuguesa - Lisboa  
Campus Palma de Cima



04

## CUIDADOS À BOCA NA PESSOA IDOSA

Joana Capaz, Enfermeira, Estudante UCP  
Sónia Batista, Enfermeira, Estudante UCP  
Patrícia Pontífice Sousa, Phd, Professora UCP

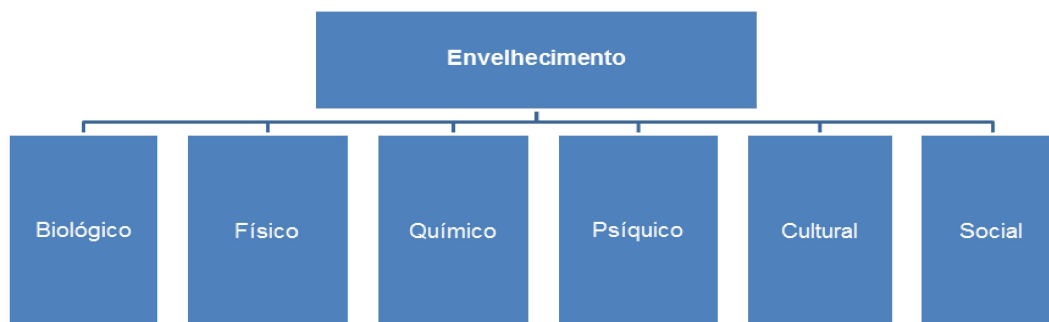


Lisboa, Novembro de 2017

## CUIDADOS À BOCA NA PESSOA IDOSA

*“No envelhecimento são imprescindíveis os cuidados de compensação, manutenção, estimulação, conforto, parecer e apaziguamento, uma vez que ajudam a ultrapassar o sofrimento.”*

Collière, M.-F. (2003)



## CUIDADOS À BOCA NA PESSOA IDOSA

### IMPLICAÇÕES

- Dor e Desconforto;
- Desidratação e Desnutrição;
- Risco aumentado de pneumonia, endocardite e septicemia;
- Aumenta a sensação de xerostomia, provocando dificuldades de deglutição, fonação e halitose.

### OBJETIVOS

- Promoção do conforto;
- Ausência de lesões ou infeções;
- Proporcionar hidratação;
- Limitar a placa bacteriana;
- Eliminar vestígios alimentares.

***“O conforto pode ser considerado um último estado de saúde e, assim, ser reconhecido como um objetivo da Enfermagem.”***

Ribeiro, P. (2012)

## CUIDADOS À BOCA NA PESSOA IDOSA

### QUESTÃO

“Qual a evidência científica atual acerca da importância dos cuidados à boca na pessoa idosa?”

### OBJETIVOS

Identificar o estado atual do conhecimento científico sobre as controvérsias associadas à prestação de cuidados à boca da pessoa idosa.

# CUIDADOS À BOCA NA PESSOA IDOSA

## METODOLOGIA

### Bases de dados:

CINAHL Complete  
MEDLINE Complete  
Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive,

### Descritores:

Nursing Care  
Mouth Care  
Elderly

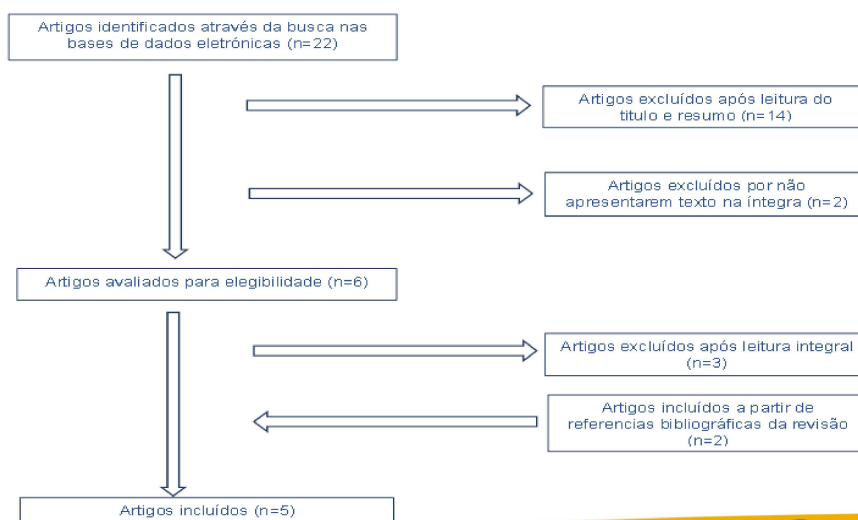
Operador Booleano AND

A pesquisa dos artigos foi realizada *online*, no mês de junho de 2017 e o limite temporário das publicações não foi definido e não foi estipulado o idioma dos mesmos, obtendo-se uma amostra final de 5 estudos.



# CUIDADOS À BOCA NA PESSOA IDOSA

## Fluxograma do processo de seleção dos artigos da revisão



## CUIDADOS À BOCA NA PESSOA IDOSA

### RESULTADOS/DISCUSSÃO

#### Análise dos conceitos dos cuidados à boca nos idosos

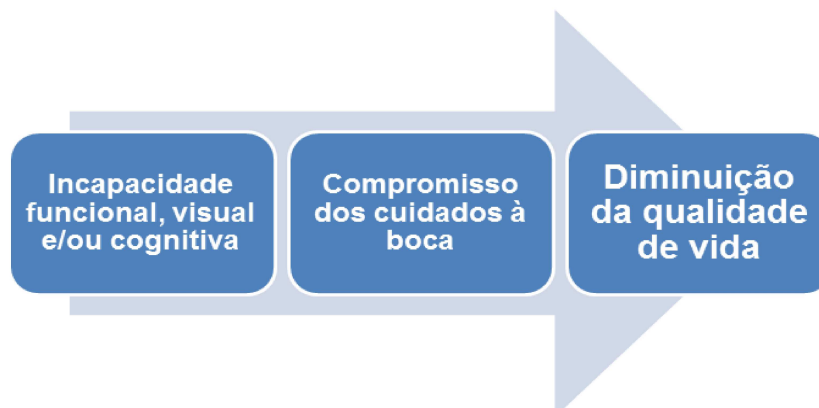


## CUIDADOS À BOCA NA PESSOA IDOSA

### RESULTADOS/DISCUSSÃO

#### Necessidades dos idosos dependentes no que diz respeito aos cuidados à boca

Existem necessidades particulares nos cuidados à boca dos idosos e apesar das diretrizes existentes, estes cuidados tendem a ser inadequados.



## CUIDADOS À BOCA NA PESSOA IDOSA

### RESULTADOS/DISCUSSÃO

Conhecimentos e habilidades dos enfermeiros na prestação de cuidados à boca em idosos

Os enfermeiros reconhecem o seu papel e identificam a necessidade de deter conhecimentos e habilidades

Cuidados baseados em rotinas e costumes, resultando em práticas subjetivas

Motivos vários apontados pelos enfermeiros para a realização inadequada dos cuidados à boca

Necessidade de implementação de ferramentas de avaliação que permitam avaliar a eficácia dos cuidados à boca

## CUIDADOS À BOCA NA PESSOA IDOSA

### CONSIDERAÇÕES FINAIS



Cuidar a boca dos idosos é uma intervenção de enfermagem, fundamental na promoção do conforto e da qualidade de vida.

# CUIDADOS À BOCA NA PESSOA IDOSA

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Osária, A., & Fernando, P. (2007). *As pessoas idosas: contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Eliapoulos, C. (2005). *Enfermagem Gerontológica* (5ª Edição). Porto Alegre: Artmed.
- Collière, M.-F. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida* (2ª Edição). Loures: Lusodidada.
- Chachinov, H. M. (2006). Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End-of-Life Care. *A Cancer Journal for Clinicians*, 56, 84-103.
- OMS. (n.d.). Organização Mundial da Saúde. Retrieved July 10, 2017, <http://www.who.int/specialissues/counties/country/>
- Health, H., Sturdy, D., Edwards, T., Griffiths, J., Hyton, B., Jones, V., & Lewis, D. A. (2011). Promoting older people's oral health. WHO. (n.d.). World Health Organization. Retrieved July 10, 2001, <http://www.who.int/en/>
- Sweeney, M. P., & Bagg, J. (2000). The mouth and palliative care. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*, 17(2), 118-124. <https://doi.org/10.1177/104990910001700212>
- Wahlschlaeger, A. (2004). Prevention and Treatment of Mucositis: A Guide for Nurses. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21, 281-287. <https://doi.org/10.1177/1043984204265840>
- Davies, A. N., Broadley, K., & Beighton, D. (2003). Xerostomia in patients with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(4), 820-825.
- Paulsson, G., Sciences, H., & Wärldh, I. (2008). Comparison of oral health assessments between nursing staff and patients on medical wards. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2354.2007.00802.x>
- Staut, M., Goulding, G., & Powell, A. (2009). Developing and implementing an oral care policy and assessment tool. (February 2004).
- Rohr, Y., Adams, J., & Young, L. (2010). Oral discomfort in palliative care: results of an exploratory study of the experiences of terminally ill patients. 16(9), 439-444.
- SECPAL. (n.d.). Guia de Cuidados Palliativos. Retrieved July 10, 2017, <http://www.secpal.com/pt/guia-cuidados-paliativos-1>
- Watts on, J. (2002). *Enfermagem - Ciência Humana e Cuidar uma teoria de Enfermagem*. Camarate: Lusodidada.
- Adams, R. (1996). Qualified nurses lack adequate knowledge related to oral health, resulting in inadequate oral care of patients on medical wards. *Journal of Advanced Nursing*, 24(3), 552-560. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1996.22416.x>
- Ribeiro, P. (2012). *A Natureza Do Processo De Conforto Do Doente Idoso Crónico em Contexto Hospitalar*.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. (Springer Publishing Company, Ed.). New York.
- Wärldh, I., Hallberg, L. R.-M., Berggren, U., Andersson, L., & Sörensen, S. (2000). Oral Health Care-A Low Priority in Nursing: In-depth Interviews with Nursing Staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14(2), 137-142. <https://doi.org/10.1080/028339310050162370>
- Southern, H. (2007). Oral care in cancer nursing: nurses' knowledge and education. (September 2005), 631-638. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04159.x>
- Harris, D. J., Eiles, J., Harriman, A., Cashavely, B. J., & Maxwell, C. (2015). Putting Evidence Into Practice<sup>®</sup>: Evidence-Based Interventions for the Management of Oral Mucositis, 12(1), 141-152.
- Wilkin, K., & Wilkin, K. (2002). A critical analysis of the philosophy, knowledge and theory underpinning mouth care practice for the intensive care unit patient. 33(7(2)), 181-188. [https://doi.org/10.1016/S0964-3397\(02\)00017-4](https://doi.org/10.1016/S0964-3397(02)00017-4)
- Gibson, F., Horsford, J., & Nelson, W. (1997). Oral care: ritualistic practice reconsidered within a framework of action research. *Journal of Cancer Nursing*, 1(4), 183-190. [https://doi.org/10.1016/S1364-9625\(97\)05172-2](https://doi.org/10.1016/S1364-9625(97)05172-2)
- Hannor, A., & Law, A. (2002). Mouth care in cancer nursing: using an audit to change practice. *Br J Nurs*, 11(16), 1087-1096. <https://doi.org/10.12968/bjon.2002.11.16.10550>
- Cohn, J. L., & Fulton, J. S. (2006). Nursing staff perspectives on oral care for neuroscience patients. *The Journal of Neuroscience Nursing: Journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, 38(1), 22-30. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16568810>
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em Enfermagem: pensamento e ação na perspectiva do Cuidar*. Lusciência.
- Souza, M. T. de, Silva, M. D. da, & Carvalho, R. de. (2010). Revêla Integrativa: a que é e como fazer. *Enstein*, 8(1), 102-106. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>
- Fitzpatrick, J. (2000). Oral health care needs of dependent older people: responsibilities of nurses and care staff. 32(6), 1325-1332.
- Ferreira, R., Rocha, E., Colatino, N., Ribeiro, M., Magalhães, C., & Moreira, A. (2006). La actuación del equipo de enfermería en la higiene bucal de los ancianos dependientes hospitalizados. *Investigación Y Educación En Enfermería*, XXIV, 49-57.
- Castello, T., & Coyne, I. (2008). Nurses' knowledge of mouth care practices. 17(4), 264-268.
- Bissett, S., & Freshaw, P. (2011). Guide to Providing Mouth Care for Older People. *Nursing Older People*, 23(10), 14-21.
- Coker, E., Piaget, J., Kozlaimien, S., & Fisher, A. (2013). A concept analysis of oral hygiene care in dependent older adults. <https://doi.org/10.1111/jan.12107>

# CUIDADOS À BOCA NA PESSOA IDOSA

## OBRIGADA!



**Apêndice II- *Poster* apresentado no XI Encontro Luso-Brasileiro de Enfermagem intitulado “Cuidar em Humanidade à pessoa idosa”**







**Apêndice III- Revisão Integrativa da Literatura “Cuidar em Humanidade: uma perspectiva confortadora”**



## Cuidar em humanidade: uma perspectiva confortadora

Caring in Humanitude: a comforting perspective

### Revisão Integrativa da Literatura

#### RESUMO

**Objetivo:** Sintetizar o conhecimento científico sobre o método de cuidados de humanidade no cuidar à pessoa idosa.

**Método:** Revisão integrativa da literatura disponíveis nas bases de dados CINAHL, LILACS e SciELO, por meio de descritores: Humanitude, Cuidado, Enfermagem, ligados pelo operador booleano and, em português, espanhol e inglês, publicados no período de 2006 a 2017. Totalizando sete estudos selecionados, seguindo critérios de inclusão e exclusão.

**Resultados:** Da análise emergiram três eixos temáticos sobre o método de cuidados de humanidade: Importância que os enfermeiros conferem ao método; Aplicação do método nos cuidados de enfermagem; e Formação do método de cuidados de humanidade nos profissionais de saúde.

**Conclusões:** Nesse sentido, este estudo poderá contribuir para uma reflexão e mudança de prática dos profissionais de enfermagem frente à necessidade do respeito e da preservação da autonomia do idoso, bem como reestruturação de programas de ensino e formação nas instituições.

**Palavras-chave:** Idoso. Cuidados de enfermagem. Humanitude. Conforto.

## **ABSTRACT**

**Objective:** *Synthesize scientific knowledge about humanitude's care method in elderly care.*

**Method:** *Integrative literature review available in the CINAHL, LILACS and SciELO databases, using the descriptors: Humanitude, Care, Nursing, linked by the Boolean operator, published between 2006 and 2017, in Portuguese, Spanish and English. Seven studies were selected after applying inclusion and exclusion criteria.*

**Results:** *From the analysis arose the following thematic axes on the method of humanitude's care: Importance that the nurses confer to the method; Application of the method in nursing care; And Formation of the humanitude's care method in health professionals.*

**Conclusions:** *This study may contribute to a reflection and a change in nurse practice facing the need to respect and preserve the autonomy of the elderly, as well as the restructuring of teaching and training programs in institutions.*

**Keywords:** *Elderly. Nursing Care. Humanitude. Comfort*

## **INTRODUÇÃO**

O envelhecimento é um fenómeno natural, progressivo e irreversível no qual ocorrem alterações morfológicas, fisiológicas, comportamentais e psicossociais. É definido como uma etapa que pertence ao desenvolvimento de cada pessoa desde o nascimento passando por mudanças fisiológicas como o avanço da idade, a diminuição da velocidade de desempenho e o aumento da susceptibilidade a

doenças, ou seja, trata-se de uma degenerescência biológica, psicossocial e funcional do ser humano. E com o aumento da esperança média de vida, da diminuição da natalidade e com o acrescente dos níveis de dependência decorrentes de doenças crónicas e degenerativas, colocam novos desafios ao sistema nacional de saúde e aos cuidadores(Ribamar Medeiros Lima Junior, José Lima Sardinha, Hisako Takase Gonçalves, Portela Silva Coutinho, Pereira Pasklan, & Alves dos Santos, 2015).

Sabe-se que os grandes problemas que afectam as pessoas idosas não se restringem só à doença, mas também a solidão, a perda, a carência de recursos económicos ou de suporte social e à perda de autonomia. Na relação com a fragilidade inerente ao processo de senescência e a falta de suporte social e familiar, a população idosa é responsável pela ocupação de cerca de metade das camas hospitalares(A. C. Costa & Gil, 2011). O internamento de uma pessoa representa uma serie de ameaças: à vida, à integridade corporal, à vergonha, ao desconforto da dor, ao não conforto, cansaço, imobilização, isolamento, risco de alterações financeiras, risco de rancor ou de rejeição face à sua situação, separação da família e amigos e dependência dos outros para o bem-estar, estas ameaças levam a um momento de stress a pessoa idosa. Deste modo, é importante conhecer o seu contexto de vida para melhor poder cuidar e promover o conforto(A. C. Costa & Gil, 2011).

Os cuidados de enfermagem têm como o seu cerne os cuidados de proximidade e de ajuda à pessoa em sofrimento profundo. A sua principal tática, nem sempre compreendida e valorizada, é o tempo e o conhecimento dedicado à relação e ao respeito pela intimidade. O seu impacto torna-se significativo quando combina o

atendimento às necessidades da pessoa idosa na relação e na comunicação terapêutica(M. M. M. Simões, 2014).

Phaneuf define cuidados de enfermagem a partir de diferentes modelos teóricos em que todos têm por objetivo a prestação de cuidados de qualidade, a autonomia e a independência com a pessoa cuidada, numa visão holística da sua pessoa e das suas capacidades. Estes modelos declinam-se em diversas aplicações que favorecem a organização dos cuidados e uma maior precisão do papel da enfermagem junto à pessoa idosa e na sociedade(Phaneuf, 2007).

Na teoria de Leininger e Watson o conforto é um componente do cuidar e o cuidar assume uma importância central. Consideram o conforto como um componente do cuidar, enquanto que Morse considera o cuidar como um construto do conforto. Morse e Kolcaba concordam que a intervenção de enfermagem é a acção de confortar e que o conforto é o resultado dessa intervenção. O conforto é usado no dia a dia e em diferentes contextos da prática de enfermagem e faz parte da linguagem usual dos enfermeiros que frequentemente utilizam frases como – “prestados cuidados de higiene e conforto”; “o doente está confortável, foi confortado ou está confortavelmente instalado”(Apóstolo, 2009).

Uma forma de arte de Enfermagem é chamada de cuidado confortador que requer um processo de ações confortantes, bem como o resultado de estado de conforto vivido pela pessoa idosa. Kolcaba define o conforto como uma experiência a ser reforçada através da satisfação das necessidades de alívio, calma e transcendência em reunião com o contexto físico, psicoespiritual, ambiental e social. Em que o alívio é o estado de conforto em que uma necessidade foi satisfeita, representa a “experiência dum doente a quem foi satisfeita uma

necessidade de conforto específica”, sendo necessário para que o idoso restabeleça o seu funcionamento habitual; a tranquilidade é o “estado de calma, sossego ou satisfação” necessário para um desempenho eficiente e a transcendência consiste no “estado no qual é possível superar problemas ou dor”(Kolcaba, 2003).

Patrícia Ribeiro define o conceito de conforto como "multidimensional, referindo-se a um estado percebido de melhoria do estado de conforto, a uma necessidade/desejo sentido ou ainda a uma situação de cuidados-ação/intervenção de cuidar, cujo objetivo é promover o conforto do idoso, aliviar a dor e outros desconfortos...". "o termo "conforto" caracteriza-se também em oposição ao "não conforto", considerado este como um estado de desconforto na vivência concreta de um estado/sentimento de mal-estar e/ou dor"(Ribeiro, 2012).

Ainda para a mesma autora, o processo de conforto assenta numa abordagem humanista-afectiva e é mediado pela tríade enfermeiro-idoso e sua família onde o agir intencional do enfermeiro é determinante para dar resposta às necessidades de cuidados, especificamente de conforto do doente idoso crónico. Fala numa plenitude em que três grandes eixos estruturantes justapostos, fundadores e explicativos – eixos de ancoragem – dão sentido à construção, desenvolvimento e à prática confortadora onde concorrem, em simultâneo, o conhecimento das vivências da pessoa idosa ancorado numa relação de humanidade e a co-construção de cuidados numa relação de sintonia inter-actores, acabando por dar sentido à individualização da ação confortadora da enfermagem geriátrica, num contexto de “estímulos e condicionantes” socialmente constituído, onde um coletivo em interacção contribui para a compreensão da multidimensionalidade deste

processo, embora os enfermeiros ocupem uma posição privilegiada nesta abordagem espelhando a cultura confortadora da enfermagem geriátrica(Ribeiro, 2012).

A palavra Humanidade surge pela primeira vez em 1980 por Freddy Klopfenstein referindo “Inquietude, solitude, habitude: humanidade”.

Humanidade é definida por Gineste e Pellissier, como proximidade relacional entre os humanos, que se vai ampliando e complexificando ao longo da vida, proporcionando um sentir-se ser de espécie humana e ao mesmo tempo é uma percepção do outro como sendo da mesma espécie. Ainda como um conjunto de procedimentos baseadas nos pilares da humanidade palavra, toque, olhar, sorriso, vestuário e verticalidade, expressa como atos simples da pessoa cuidadora para com a pessoa cuidada(Gineste, Y.; Pellissier, 2008).

“A filosofia da humanidade é uma filosofia dos cuidados que permite situar todos os nossos atos no quadro do cuidar de uma pessoa singular, que permite tomar em conta o facto de uma pessoa possuir necessidades e desejos interligados, o facto de ela viver diferentemente das outras pessoas. Ela conduz-nos a colocar no centro do cuidar (...) o objetivo de responder ao que permite a cada pessoa, segundo a sua vontade, ter desejos, dar sentido, ter prazer, em todos os atos da sua vida”(Gineste, Y.; Pellissier, 2008).

Nesta perspetiva Phaneuf diz que o conceito de Humanidade refere-se a comportamentos e ações simples que vão ao encontro do ser no que ele tem de mais essencialmente humano, o “eu” da pessoa, e a sua eficácia advém-lhe da correspondência com o nosso desempenho arcaico(Phaneuf, 2007).

Assim sendo, o cuidar em humanidade é o agir em interação da pessoa cuidadora com a pessoa cuidada, utilizando técnicas justificadas, precisas, minuciosas e intencionais de comunicação (ligação, comunhão) pelos pilares da humanidade através da execução dos procedimentos dos cuidados que satisfaçam as necessidades, o reconhecimento humano, a personalização e a realização das pessoas presentes na relação (Gineste, Y.; Pellissier, 2008).

Mário Simões salienta que o método de cuidar em humanidade é a realização dos procedimentos na prestação de cuidados baseados em quatro pilares da humanidade: o olhar, com que se estabelece ligação com a pessoa idosa para capturar a sua atenção e dar-lhe atenção, mostrando uma relação de igualdade, deve ser axial, horizontal, longo e próximo; a palavra, é normal que não aconteça perante uma pessoa que não fala, então é profissional que o cuidador utilize a retroalimentação para promover este sinal de humanidade e deve ser suave, melodiosa, um pouco grave, anunciadora e descritiva; o toque, como parte essencial de comunicação não verbal, tem de ser pacificador, feito com suavidade ou “toque-ternura” evitando pegar/agarrar a força, em garra ou em pinça, tem de ser um toque progressivo e permanente, de efetiva ligação material com o idoso, devendo ser mantido durante todo o cuidado; a verticalidade, que se caracteriza por promover o maior tempo possível de verticalidade “morrer de pé” pelos benefícios que promove ao funcionamento de todo o organismo e pela ligação direta a uma das principais características da espécie humana (M. M. M. Simões, 2014).

Gineste e Pellissier afirma existirem dois princípios fundamentais do cuidar, o respeito da autonomia, isto é, um adulto independentemente da sua idade, não é

um bebê, logo não o devemos considerar como tal, a maneira como lhe falamos, tocamos e o olhamos deve ser respeitador da sua autonomia, da sua sensibilidade e dos seus desejos. O segundo princípio diz respeito à especificidade do cuidar, no sentido em que o cuidador não pode ignorar os conhecimentos que ao longo do seu desenvolvimento foi adquirindo, nomeadamente as diferentes maneiras de tocar, de olhar e de falar com o outro. Estas indicações que nos foram transmitidas constituem “pistas” para a elaboração de maneiras de agir, que “permitem trazer bem-estar àquele que as recebe, mostrar-lhe que se respeita a sua humanidade e que se tem em conta a sua vulnerabilidade(Gineste, Y.; Pellissier, 2008).

A necessidade de se conhecer melhor o método de cuidados de humanidade levou a desenvolver esta revisão integrativa da literatura com a questão: Qual o conhecimento científico existente no que diz respeito ao método de cuidados de humanidade no contexto de cuidados de enfermagem no cuidar à pessoa idosa?

## **MÉTODO**

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura(Souza, Silva, & Carvalho, 2010a), sendo este um método de pesquisa que permite o resumo de diversos estudos publicados e permite retirar conclusões gerais a respeito de uma área particular de estudo. Para atingir o objetivo: Sintetizar o conhecimento científico sobre o método de cuidados de humanidade no cuidar à pessoa idosa, formulou-se a seguinte questão norteadora: Qual o conhecimento científico existente no que diz respeito ao método de cuidados de humanidade no contexto de cuidados de enfermagem no cuidar à pessoa idosa?

A pesquisa foi realizada em Junho de 2017, no Portal da Ordem dos Enfermeiros da Elton Brison Stephens Company (EBSCO), nas bases de dados: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) com texto completo. Face à escassez de estudos, realizei também buscas na base de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) com acesso a Google Scholar Académico.

Os descritores foram em língua portuguesa, espanhola e inglesa: Humanidade (Humanidade), Cuidado (Care), Enfermagem (Nursing), ligados pelo operador booleano and.

Esta etapa resultou num levantamento de 12 estudos, dos quais passaram por uma pré-seleção por meio da leitura de títulos e resumos, a fim de selecionar pesquisas que respondessem à questão norteadora.

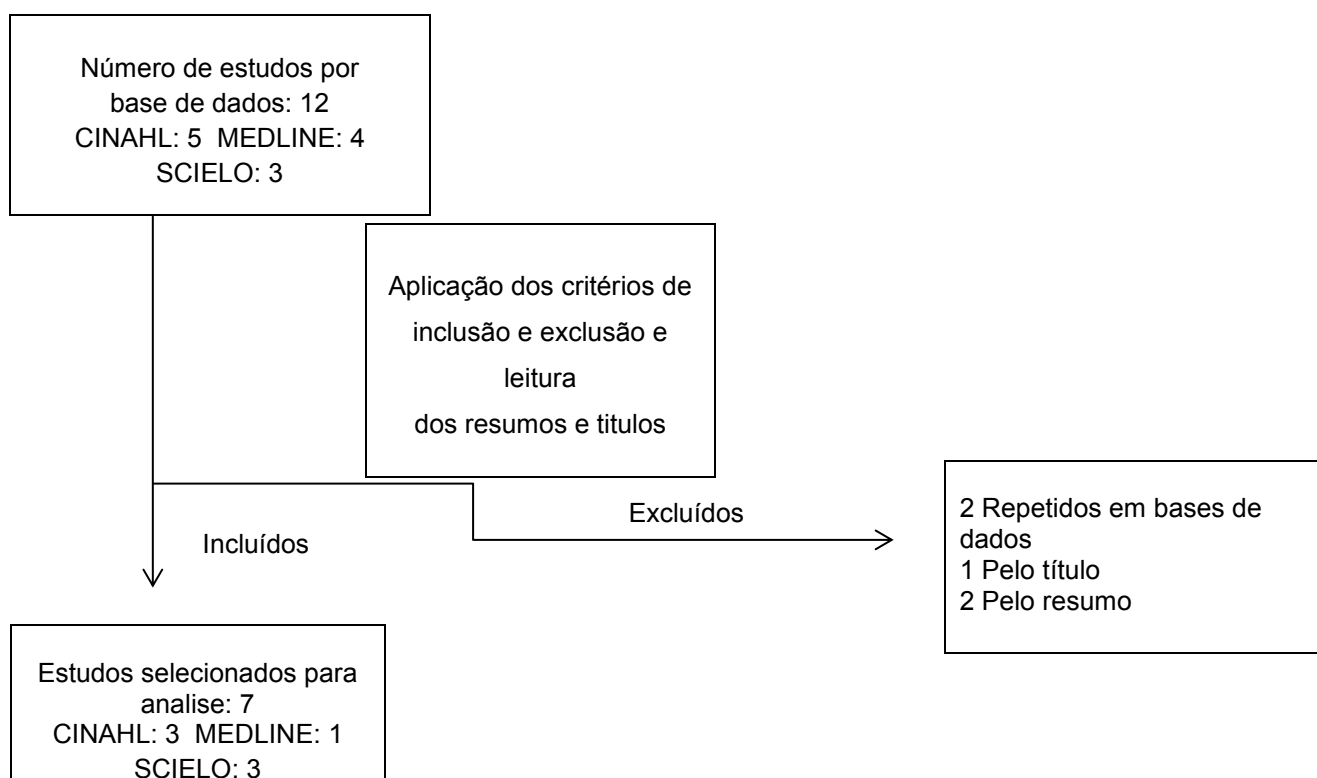
Para a seleção dos estudos encontrados, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: estudos publicados com texto na íntegra em portuguesa, inglesa e espanhola. Os critérios de exclusão foram: estudos repetidos em bases de dados e estudos que não respondiam à questão norteadora, quer pelo título, quer pelo resumo. Deste modo, uma amostra final para análise, foi composta de sete estudos, dos quais três estudos estão indexados na Cinahl e um na Medline, um estudo a SciELO e dois ao Google Scholar Académico (Figura 1).

Os estudos selecionados foram entre o período do ano 2006 a 2017 e maioritariamente em idioma inglês e português.

Em relação aos aspectos éticos da pesquisa, é de salientar que foi salvaguardada a autoria e o referenciamento das pesquisas utilizadas para elaboração deste

estudo. Ainda, pelo seu perfil científico, a revisão integrativa dispensa a submissão do estudo a um Comitê de Ética em Pesquisa.

**Figura 1** – Fluxograma do resultado da aplicação dos filtros de busca, limites e critérios para inclusão dos estudos.



Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

## RESULTADOS

Para a análise dos estudos utilizou-se as variáveis: Título, Autor e Ano, Tipo de Estudo, Objetivos do estudo e Resultados do estudo.

Na análise da metodologia dos sete estudos observou-se que três apresentam uma abordagem qualitativa, três quantitativas e um estudo misto. Observou-se ainda que três dos estudos selecionados pertencem ao mesmo autor. Quadro 1.

**Quadro 1-** Resultados dos estudos segundo as variáveis: Título, Autor e Ano, Tipo de Estudo, Objetivos e Resultados do estudo

<b>Título</b>	<b>Autor e Ano</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Resultados</b>
The meaning of the philosophy of 'humanitude' in the context of the provision of care to the dependent person(M. Simões, Rodrigues, & Salgueiro, 2008). (Português)	Mário Simões, Manuel Rodrigues, Nídia Salgueiro (2008).	Revisão sistemática de literatura. Estudo qualitativo.	Situar a problemática da humanidade nos cuidados de enfermagem, numa perspetiva científica atual	Conceito de Humanitude emerge com interesse na linguagem científica de enfermagem. Mas conclui que são escassos os trabalhos de investigação, que expliquem cientificamente os métodos e demonstrem os ganhos em saúde.
Importância e aplicabilidade aos cuidados de enfermagem do método de Cuidados de Humanitude Gineste - Marescotti®(M. Simões, Rodrigues, & Salgueiro, 2011). (Português).	Mário Simões, Manuel Rodrigues, Nídia Salgueiro (2011).	Descritivo e quantitativo	Conhecer a importância que os enfermeiros atribuem aos cuidados baseados na filosofia da Humanitude e no método de Gineste e Marescotti e em que medida os enfermeiros referem que aplicam na prática os princípios do método de Gineste e Marescotti.	Os inquiridos indicam que é muito e muitíssimo importantes os procedimentos de “aproximação sintonia” (90,31%) e de “consolidação proação” (85,47%), apenas 2,21% desvalorizam o método. Na prática de cuidados, os enfermeiros dizem aplicar frequentemente, ou sempre, os princípios de “aproximação sintonia” (83,05%) e “consolidação proação” (69,69%).
Cuidar em Humanitude: estudo aplicado em cuidados continuados(M. Simões, Salgueiro, & Rodrigues, 2012). (Português)	Mário Simões, Nídia Salgueiro, Manuel Rodrigues (2012).	Descritivo, Quantitativo e de Investigação-ação.	Desenvolver as competências dos cuidadores na aplicação do método de Gineste e Marescotti.	Num estudo anterior há uma perceção elevada de valor e aplicação na prática clínica da sequência de procedimentos, no entanto os dados observacionais neste estudo revelaram que existe um grande

O CUIDADO CONFORTADOR À BOCA NA PESSOA HOSPITALIZADA

				desvio entre percepção e realização efetiva.
Care giving and nursing, work conditions and Humanitude®(Biquand & Zittel, 2012). (Francês)	Sylvain Biquand, Benoit Zittelb (2012).	Descritivo e qualitativo.	Analisar a ligação entre a lógica do cuidado humano e a lógica da organização hospitalar	A insatisfação no trabalho não está relacionada com a tensão física do trabalho, mas com a organização e os fatores psicossociais da hierarquia e organização. A falta de tempo, motivação e formação também são ferramentas de insatisfação profissional.
Humanidade: Uma ferramenta do cuidar em cuidados continuados o olhar do educador social(Araújo, Galvão, & Martins, 2014). (Português)	Rita Araújo, Ana Galvão, Paula Martins (2014)	Estudo de caso, exploratório e descritivo, transversal e qualitativo e quantitativo	Conhecer a prática da metodologia humanidade no cuidado com os doentes em cuidados continuados integrados. Implementar a metodologia do cuidar, respondendo à ferramenta humanidade.	Neste artigo verifica-se que a maioria dos cuidadores (65,4%) já tinha ouvido falar dos cuidados de humanidade como metodologia e salientam a sua importância. Os cuidadores que não tinham ouvido falar da metodologia Humanidade mostram interesse em conhecer o método do cuidar.
Percepção dos enfermeiros acerca da metodologia de trabalho: humanidade na gestão de cuidados de saúde(O. Costa, Galvão, & Baptista, 2014). (Português)	Olívia Costa, Ana Maria Galvão, Maria Gorete de Jesus Baptista (2014)	Exploratório, descritivo e qualitativo e correlacional.	Conhecer as percepções dos enfermeiros sobre a metodologia do cuidar: Humanidade.	Sobre o conhecimento da metodologia Humanidade verifica-se que a maioria, 60% dos inquiridos, afirmou desconhecer tal metodologia. Em termos médios, são os enfermeiros que melhores resultados apresentam sobre os conhecimentos da metodologia Humanidade. Palavra, Toque e Conforto são as dimensões/pilares em que, é maior o conhecimento das boas práticas da metodologia de

				trabalho Humanidade. Relativamente aos motivos que dificultam a aplicação da metodologia de trabalho Humanidade, os enfermeiros referem “Falta de tempo”. Para a correta aplicação desta metodologia 55% dos profissionais referem necessidade de Formação
State-of-the-art in the implementation of the Humanitude care methodology in Portugal(Melo et al., 2017). (Português)	Rosa Melo; Paulo Queirós; Luiza Tanaka; Nídia Salgueiro; Rafael Alves; João Araújo; Manuel Rodrigues (2017)	Descritivo e qualitativo	Descrever o estado de arte da implementação do método de Gineste e Marescotti em Portugal	A implementação do método de Gineste e Marescotti em Portugal caracteriza-se pela formação na ação, investigação organização de eventos científicos e através de diversas tipologias de publicações. A produção científica sobre Humanitude em Portugal é representada na sua maioria por comunicações científicas.

Dos estudos analisados, um apresenta nível de evidência 1, quatro de nível 2 e dois apresenta nível de evidência 4(Marques, n.d.).

## DISCUSSÃO

Com base nos artigos analisados, foi possível destacar questões importantes a serem relatados sobre Cuidar em Humanidade. A partir da análise, emergiram três eixos temáticos sobre o método de cuidados de humanidade, que seram discutidos a seguir.

## **Importância que os enfermeiros conferem ao método de cuidados de humanidade**

Humanidade, enquanto filosofia e ética, assume um valor teórico e prático importante no contexto dos cuidados de enfermagem oferecidos em espaços de intimidade, à pessoa idosa vulnerável e dependente, em condições de respeito e igualdade(Araújo et al., 2014; M. Simões et al., 2008). Está diretamente relacionada com o cuidar e com a relação de ajuda que um prestador de cuidados tem perante uma pessoa idosa fragilizada (pessoa dependente, vulnerável e em situação crítica ou paliativa(Rappo, 2007)), de forma a tentar melhorar a sua situação dependente e de assegurar da melhor maneira possível o seu bem-estar(M. Simões et al., 2008, 2011).

Os cuidados de enfermagem assimilam a filosofia da Humanidade e aplicam-na na prática clínica(Araújo et al., 2014; Phaneuf, 2007; M. Simões et al., 2008) e assentam em pilares de ação (olhar, palavra, tocar, verticalidade, vestuário)(Araújo et al., 2014; Gineste, Y.; Pellissier, 2008; M. Simões et al., 2008, 2012).

Os resultados evidenciam uma grande importância e valorização dos procedimentos do método de cuidados de humanidade(Araújo et al., 2014; M. Simões et al., 2011, 2012) contribuindo para a progressão do idoso para o equilíbrio psicológico, para a conservação das suas capacidades humanas, para o aumento do bem estar e mesmo quando é possível, para um retorno à saúde(Araújo et al., 2014).

O método tem revelado ganhos indelmentíveis na recuperação da qualidade de vida da pessoa idosa acamada com demência e outras situações de fragilidade bem como uma menor oposição aos cuidados(Melo et al., 2017; M. Simões et al.,

2008). Estes ganhos em bem estar e acalmia é aliado a uma serie de técnicas de manutenção, muito suaves, se reflete positivamente na saúde dos cuidados, na satisfação dos profissionais e no sentimento da realização profissional(M. Simões et al., 2012).

Mas, dar cuidado não é apenas uma relação “one to one” com a pessoa idosa, é também refletir que a pessoa idosa não esta dividida entre cuidados, alimentos e animação. A pessoa idosa é corpo e mente e o idoso precisa ser tratado como uma pessoa na integra. A atividade de trabalho coletivo organizado é a chave para realmente se prestar cuidados diferenciados mais humanos à pessoa idosa sem induzir stress aos profissionais(Biquand & Zittel, 2012; O. Costa et al., 2014).

### **Aplicação do método de cuidados de humanidade nos cuidados de enfermagem**

A aplicação do método de cuidados de humanidade permite verificar um vasto conjunto de benefícios, segundo estudos realizados em países desenvolvidos, esta metodologia tem revelado uma baixa taxa de absentismo por *burnout* e lesões músculo-esquelética nos prestadores de cuidados(Araújo et al., 2014; Gineste, Y.; Pellissier, 2008; M. Simões et al., 2012).

Na prática, os enfermeiros afirmam que aplicam frequentemente e sempre os procedimentos do método(M. Simões et al., 2011), mas constata-se um grande desvio entre o percebido e a realização efetiva dos procedimentos cuidativos(M. Simões et al., 2012). Os motivos mencionados que impedem ou dificultam a aplicação da metodologia de cuidados de humanidade são; a perda da visão global da pessoa, a instalação da rotina ao longo dos anos da ação do enfermeiro, as faltas progressivas na comunicação/relação(M. Simões et al., 2008), os falsos

princípios, que passados de geração em geração, deram origem a uma cultura de cuidados difícil de mudar(M. Simões et al., 2012), insatisfação profissional no local do trabalho com a organização e fatores psicossociais(Biquand & Zittel, 2012), a falta de disponibilidade/tempo e a falta de motivação(O. Costa et al., 2014).

Privar a pessoa idosa, vulnerável e dependente dos pilares de humanidade, na ação de cuidar, pode promover alterações de comportamento, nomeadamente agitação patológica ou imobilismo iatrogénico(Gineste, Y.; Pellissier, 2008; M. Simões et al., 2008, 2012) e as ligações sociais, o diálogo e o movimento poderiam ter sucesso onde os procedimentos médicos falham(Biquand & Zittel, 2012). Cabe aos enfermeiros gerir os cuidados fundamentais e imprescindíveis aos idosos, com relevo para os mais limitados e excluídos.

Os enfermeiros sempre foram os melhores peritos, na gestão dos cuidados de intimidade, que se desenvolvem no contexto das atividades de banho, higiene, mobilização, comunicação(M. Simões et al., 2011). Mas verifica-se que ao longo dos anos os enfermeiros afastam-se bastante dos cuidados de proximidade considerando-os como facilmente delegáveis(M. Simões et al., 2011), constata-se que a maioria dos cuidados são executados pelos assistente operacionais sem orientações precisas sobre o tipo de higiene, capacidades restantes a estimular e outras particularidades que personalizassem aquele cuidado e directrizes que deviam decorrer do diagnóstico de enfermagem(M. Simões et al., 2012).

### **Formação do método de cuidados de humanidade nos profissionais de saúde.**

Produção científica sobre Humanidade em Portugal(Melo et al., 2017) é representada na sua maioria por comunicações científicas e surgem a necessidade da realização de mais estudos de investigação nesta área

contribuindo para uma prática baseada na evidência e adequada às reais necessidades das pessoas cuidadas(Melo et al., 2017). Mas relativamente ao conhecimento da metodologia de cuidados de humanidade, verifica-se que há uma grande percentagem de enfermeiros que desconhecem tal metodologia(Araújo et al., 2014; O. Costa et al., 2014), os enfermeiros que não tinham ouvido falar da metodologia humanidade mostram interesse em conhecer o método “ (...) Não, mas (...)...nunca é tarde para aprender”(Araújo et al., 2014) e os profissionais apontam para a "formação"(O. Costa et al., 2014; M. Simões et al., 2012).

É astuciosamente fulcral incluir os administradores e corpos de gestão, para que estes implementem políticas, estratégias e métodos de organização de trabalho que permitem, e que fomentem, a humanização dos cuidados de saúde pelos profissionais de enfermagem, pois são quem mais diretamente contacta com a pessoa(Biquand & Zittel, 2012; O. Costa et al., 2014). As políticas e recursos das instituições tendem, por vezes, a desvalorizar os cuidados de Humanidade e a importância da relação nos ganhos em saúde(M. Simões et al., 2011).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Para cuidar de idosos o profissional deve ser capaz de estabelecer uma relação de proximidade e tratá-lo com dignidade e respeito, valorizando a sua história, as suas crenças, valores e necessidades. Mesmo as pessoas idosas que se encontrem num estado de saúde mais dependente e vulnerável, deve na medida do possível, ser estimulada a sua autonomia por meio de ações simples, como os pilares da humanidade (olhar, palavra, toque, sorriso e verticalidade) e o conforto, não esquecendo suas vontades e esperando sempre o seu *feedback*.

O método de cuidados de humanidade é um método simples e eficaz, e comprovado cientificamente que a sua não utilização pode promover alterações de comportamento, nomeadamente agitação patológica ou imobilismo. Mas ainda não muito aplicado, devido a falta de conhecimento e a cultura de cuidados já formatada que assenta em princípios antigos e que não se ajustam aos conhecimentos e necessidade da atualidade.

Há princípios que estão integrados em nós, no nosso “eu”, uns nascem connosco, outros incutidos pela educação, mas há outros que são adquiridos ao longo da nossa vida. Cabe às escolas de enfermagem ensinar aos novos enfermeiros esses princípios, ser enfermeiro e fazer enfermagem. Aos profissionais de enfermagem cabe a eles refletir sobre as suas práticas e valorizar a essência dos cuidados de enfermagem, tornando-se numa mais valia para a recuperação e conforto da pessoa idosa dependente e vulnerável.

Nesse sentido, este estudo poderá contribuir para uma reflexão e mudança de prática dos profissionais de enfermagem frente à necessidade do respeito e da preservação da autonomia do idoso, bem como reestruturação de programas de ensino e formação dos profissionais nas instituições.

## REFERÊNCIAS

- Apóstolo, J. L. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, 2ª Série(9), 61–67.
- Araújo, R., Galvão, A., & Martins, P. (2014). Humanidade: Uma Ferramenta do Cuidar em Cuidados Continuados - O olhar do Educador Social.
- 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>

Costa, A. C., & Gil, A. P. (2011). *Os Enfermeiros e as Representações Sociais Sobre o Envelhecimento: Implicações nos cuidados promotores da autonomia da pessoa idosa hospitalizada*. Universidade Nova de Lisboa - Faculdade de Ciência Médicas.

Costa, O., Galvão, A., & Baptista, G. (2014). “ Novos Olhares na Saúde ” - *Humanidade: empreender qualidade em saúde*, 1(1), 322–334.

Gineste, Y.; Pellissier, J. (2008). *Humanidade, compreender a velhice, cuidar dos Homens velhos*. Lisboa: Piaget Editora.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. (Springer Publishing Company, Ed.). New York.

Marques, F. B. (n.d.). *Tipos de Estudos Científicos e Níveis de Evidência*.

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.

Phaneuf, M. (2007). Le concept d’humanitude: une application aux soins infirmiers généraux.

Rappo, I. (2007). Comment les soignants en soins infirmiers conservent-ils l’humanitude des patients comateux durant leurs interventions?, 1–83.

Ribamar Medeiros Lima Junior, José Lima Sardinha, A. H., Hisako Takase Gonçalves, L., Portela Silva Coutinho, N., Pereira Pasklan, A. N., & Alves dos Santos, M. (2015). Cuidados de enfermagem e satisfação de idosos hospitalizados. *O Mundo Da Saúde*, 39(4), 419–432. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.20153904419432>

Ribeiro, P. (2012). *A Natureza Do Processo De Conforto Do Doente Idoso Crónico em Contexto Hospitalar*.

Simões, M. M. M. (2014). *Cuidar Humanitude, Enfermagemneurorrelacional* (1ª

edição). Coimbra.

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(7)*, 97–105.

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., 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>

Souza, M. T. de, Silva, M. D. da, & Carvalho, R. de. (2010). Integrative review: what is it? How to do it? *Einstein (São Paulo, Brazil)*, 8(1), 102–6. <https://doi.org/10.1590/S1679-45082010RW1134>

**Apêndice IV- Protocolo de Integração na UAU**



## PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO

A existência de dificuldades sentidas, por novos profissionais na integração num novo serviço, levou à necessidade de criar um Protocolo de Integração que facilite e esquematize as diferentes etapas por que passa um enfermeiro quando inicia funções na Unidade de Atendimento Urgente - Adultos do Hospital dos Lusíadas.

Neste percurso de construção de profissionais competentes é necessária a participação de todos para que o processo de integração se realize com sucesso. É preciso facilitação, acompanhamento e modelos de referência que permitam ultrapassar as dificuldades com que se vão deparar na nova realidade que é: ser enfermeiro à procura da sua identidade.

Também as instituições de formação devem desenvolver dinâmicas de acompanhamento, criando espaços de reflexão de modo a promover o pensamento crítico e a resolução de problemas, com vista a aumentar os recursos dos novos enfermeiros, ajudando-os a enfrentar os obstáculos que vão encontrando na prática.

Em suma, a responsabilidade neste processo de integração deve caber a todos: ao novo enfermeiro, que deve ser capaz de conduzir o seu processo de aprendizagem; à instituição/serviço de acolhimento, que deve privilegiar um processo de acompanhamento sistémico e individualizado de forma a promover cuidados de enfermagem de qualidade e ao Enfermeiro Chefe que deve seleccionar o enfermeiro integrador, de forma a, que este possa proporcionar as melhores condições para que todo o processo de integração se realize satisfatoriamente.

Como metodologia de avaliação, preconiza-se, que o novo elemento transite para a fase seguinte, deixando por atingir apenas duas atividades de cada fase anterior.

**Objectivo Geral** - Possibilitar ao novo elemento condições adequadas a um início de funções na Unidade de Atendimento Urgente que permita uma integração para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade.

O programa de integração proposto deve ter a duração de um mínimo de quatro semanas, sendo a avaliação realizada por fases de forma individualizada.

O integrador deverá ser um ou dois elementos, preferencialmente em regime de 40h semanais, com conhecimento da política e filosofia de cuidados da instituição, bem como todo o circuito que o doente realiza na Unidade de Atendimento Urgente- Adultos.

### **Fases de Integração**

#### **Fase 1 – Integração e apropriação do contexto (2 turnos)**

##### Objetivos Específicos:

- Conhecer o espaço físico do serviço, assim como a equipe multidisciplinar;
- Conhecer equipamento e material de consumo clínico;
- Conhecer normas de procedimento do serviço.

##### Atividades a desenvolver pelo integrador:

- Receção pelo Enfermeiro Chefe;
- Visita ao serviço pelo Enfermeiro Chefe;
- Apresentação do Enfermeiro Integrador;
- Apresentação aos colegas/equipa;
- Apresentação do programa de integração e normas de procedimento do serviço;
- Apresentação dos objetivos da Unidade de Atendimento Urgente - Adultos;
- Apresentação de equipamento e material de consumo clínico.

Atividades a desenvolver pelo integrando:

- Manuseamento do programa de integração e normas de procedimento do serviço;
- Identificação de equipamento e material de consumo clínico;
- Avaliação formativa.

**Fase 2 – Experimentação e instrumentalização técnica (13 turnos)**

Objetivo Específico:

- Prestar Cuidados de Enfermagem em colaboração com o Enfermeiro Integrador, pelos diversos sectores, pela seguinte ordem:
  - Sala de Observação (4 turnos)
  - Sala de Tratamentos / Aerossóis (3 turnos)
  - Sala de Pequena Cirurgia / Ortopedia / ORL / OFT (1 turno)
  - Triagem após formação do GPT (3 turnos)
  - Sala de Reanimação (2 turnos)

Atividades a desenvolver pelo integrando:

- Localizar e manusear sem dificuldade o material/equipamento existente no serviço;
- Articular-se e mobilizar-se com a equipa multidisciplinar utilizando os recursos existentes;
- Utilizar uma comunicação correcta e adequada (escrita e oral);
- Elaborar o Processo de Enfermagem a um doente (Nota de Entrada, Plano de Cuidados, Nota de Transferência);
- Prestar cuidados de enfermagem individualizados de forma autónoma com supervisão do Enfermeiro Integrador, aumentando gradualmente o número de doentes;
- Atualizar e rever criticamente os Processos de Enfermagem dos doentes;

- Avaliação formativa.

### **Fase 3 – Autonomia e Tomada de Decisão (5 turnos)**

#### Objetivo Específico:

- Planear e prestar Cuidados de Enfermagem.

#### Atividades a desenvolver pelo integrando:

- Executar todas as acções determinadas nas fases anteriores com o rácio enfermeiro/doente existente no serviço;
- Admitir/transferir/dar alta a doentes, de forma autónoma;
- Avaliação da Integração tendo em conta os objectivos alcançados.
-

**Apêndice V- Sessão de formação “Cuidados à boca – Intervenções de Enfermagem”**



# CUIDADOS À BOCA

## Intervenções de Enfermagem

Sessão de Formação realizado no âmbito da Especialidade em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Realizado por: Joana Capaz

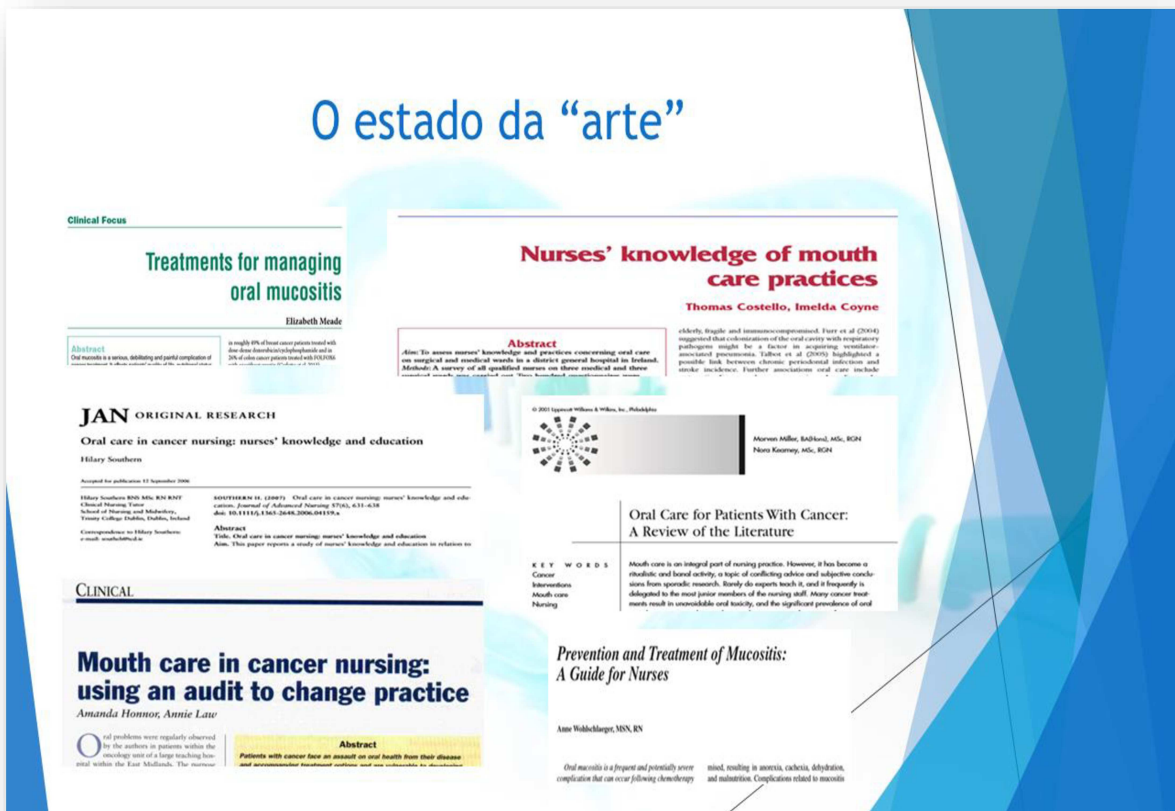
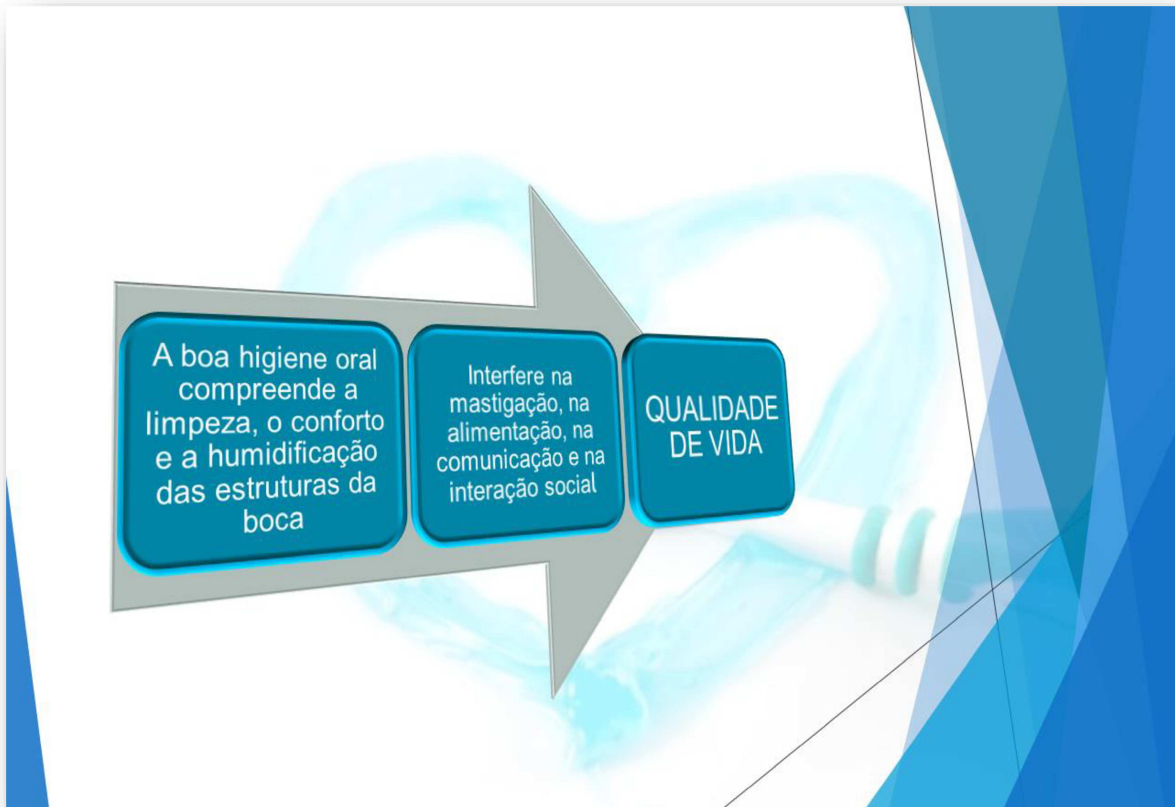
Sob Orientação da Professora Doutora Patrícia Pontífice Sousa

Lisboa, Outubro de 2017

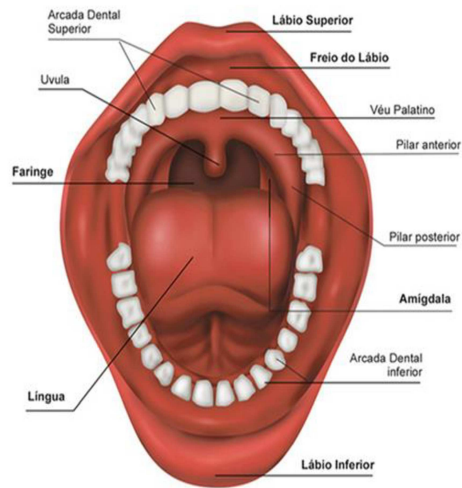
Os cuidados à boca, intrínsecos aos cuidados de higiene e conforto do doente, é um atributo e uma responsabilidade dos enfermeiros.



A frequência da higiene à boca deverá ser determinada pelo conforto do doente e pelo tipo de cavidade oral, no entanto, estudos recomendam que se faça higiene a cada 2-6 horas ou, no mínimo, 2-3 vezes por dia.



## Anatomia da cavidade oral

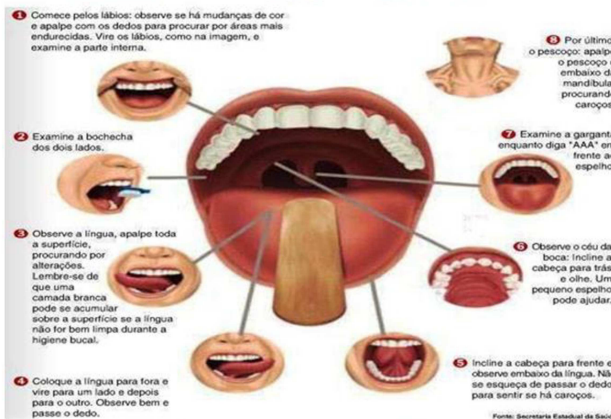


## Avaliação da Cavidade Oral

- ▶ Registrar problemas orais presentes e passados;
- ▶ Avaliar e registrar diariamente as alterações encontradas;
- ▶ Considerar as queixas dos doentes;
- ▶ Registrar a terapêutica e estado nutricional;
- ▶ Remover as próteses dentárias (quando presentes);
- ▶ Iniciar o exame objetivo da cavidade oral.

## Exame objetivo da cavidade oral

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



## Objetivos dos cuidados à boca

- ▶ Promover a qualidade da saúde da boca e o conforto do doente;
- ▶ Detetar alterações na saúde oral;
- ▶ Prevenir doenças com reflexo na cavidade oral;
- ▶ Manter a mucosa e lábios húmidos, íntegros, limpos e suaves;
- ▶ Eliminar a placa bacteriana e restos de alimentos;
- ▶ Prevenir infeções;
- ▶ Evitar o isolamento social;
- ▶ Evidenciar destreza, profissionalismo no desempenho dos procedimentos relacionados com a saúde da cavidade oral;
- ▶ Sensibilizar colegas e estudantes para a temática da higiene oral.

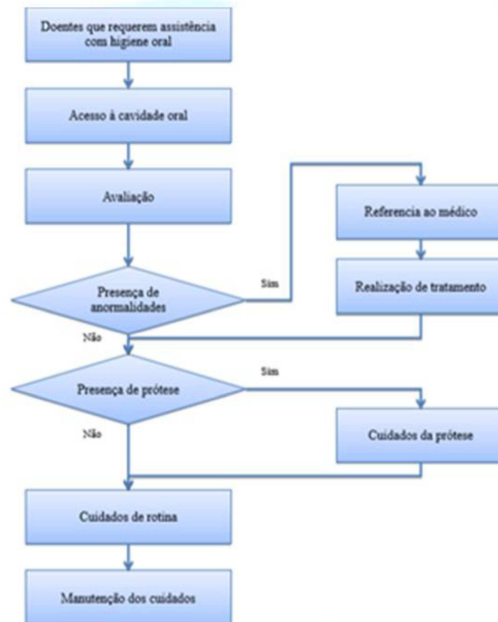
## Cuidados Gerais

- ▶ Proceder à higiene da boca 4 x dia (depois das refeições e ao deitar);
- ▶ Usar escova de dentes suave, compressas ou esponja (dentes e língua);
- ▶ Limpar os lábios e hidratar com batom ou creme hidratante;
- ▶ Remover próteses dentárias e proceder à sua limpeza;
- ▶ Verificar a integridade das próteses e o seu ajuste;
- ▶ Inspeccionar regularmente a cavidade oral e registar as alterações encontradas;
- ▶ Incentivar à ingestão de proteínas e vitaminas.
- ▶ Evitar bebidas gaseificadas e bebidas com cafeína.
- ▶ Evitar estímulos dolorosos, como alimentos quentes ou frios, condimentos, bebidas alcoólicas e o tabaco.

## Produtos de higiene oral

Produtos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
<b>Água</b>	Eficaz na remoção de detritos. Não agride a mucosa.	Não tem.
<b>Soro fisiológico</b>	Eficaz na remoção de detritos. Solução neutra ideal quando existe lesões da cavidade oral. Promove granulação e cicatrização dos tecidos.	Tendência para provocar sensação de xerostomia.
<b>Clorhexidina oral</b>	Antimicrobiano (não causa resistência às bactérias).	Uso prolongado pode levar a alterações do paladar e à formação de manchas amarelas. Tem de ser aplicado em concentrações baixas.
<b>Bicarbonato de Sódio</b>	Eficaz na remoção de detritos.	Pode provocar queimaduras da mucosa oral. Mau sabor referido pelos doentes.
<b>Peroxido de hidrogénio</b>	Eficaz na remoção de detritos e pode ter efeito antimicrobiano. Útil quando existe pequena hemorragia na mucosa.	Pode provocar queimaduras da mucosa oral. Mau sabor referido pelos doentes.

## Algoritmo de atuação



(Ministry of Health, 2004)

## Fatores condicionantes à prestação de cuidados de higiene orais



(Furr et al., 2004)

## Cuidados à boca em Cuidados Paliativos

Alguns doentes requerem métodos especiais de higiene oral devido ao seu nível de dependência dos enfermeiros ou devido à presença de problemas na mucosa oral.

Características dos doentes	Fatores
Doentes imobilizados ao leito, gravemente doentes ou com restrição física dos membros superiores	Falta de força para atender às suas necessidades
Doente com alteração do estado de consciência	Incapaz de realizar as suas necessidades pessoais
Doente que não tem via oral, faz oxigenoterapia ou respira predominantemente pela boca	Desidratação das mucosas com alteração das estruturas e presença de secreções

Fatores de risco para aparecimento de alterações na cavidade oral.  
Adaptado de (Potter & Perry, 1995)

## Cuidados à boca em Cuidados Paliativos

- ▶ Nos doentes em cuidados paliativos, os problemas orais são muito comuns;
- ▶ Muitos doentes apresentam pelo menos um sintoma e muitos referem vários sintomas simultaneamente;
- ▶ A prevalência dos distúrbios orais é semelhante à de outros sintomas em cuidados paliativos;
- ▶ A xerostomia é referida como um dos cinco sintomas mais comuns nos doentes com doença neoplásica avançada.

Table 1.2 Prevalence of all symptoms in a palliative care population<sup>46</sup>

Symptom	Palliative care population N = 120 (%)
Lack of energy	109 (91)
Feeling drowsy	101 (84)
Pain	95 (79)
Dry mouth	93 (78)
Worrying	74 (62)
Constipation	71 (59)
Nausea	70 (58)
Shortness of breath	69 (58)
Lack of appetite	68 (57)
Difficulty concentrating	66 (55)
Feeling bloated	64 (53)
Difficulty sleeping	63 (53)
Feeling sad	61 (51)
Mouth discomfort	55 (46)
Change in the way food tastes	53 (44)
Feeling nervous	52 (43)
Feeling irritable	52 (43)
Sweats	51 (43)

(Davies & Finlay, 2005)

## Instrumentos de Avaliação

### Oral Assessment Guide

- ▶ Não validado para a população portuguesa;
- ▶ Desenvolvido para doentes com doença oncológica avançada;
- ▶ Produz um score ( um score baixo está associado a patologia oral que requer intervenções);
- ▶ Não contempla desconforto oral/dor, alterações do paladar, halitose, dificuldade em mastigar ou engolir.

### Questionário GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index)

- ▶ Validado para a população portuguesa;
- ▶ Constituído por 12 perguntas, relacionadas com a influência dos problemas de saúde oral nas dimensões, física, psicossocial e dor ou desconforto;
- ▶ Produz um score (quanto maior o score mais elevada é a auto percepção e piores serão as condições de saúde oral).

## Instrumentos de Avaliação

### Oral Assessment Guide

Variável	1	2	3
<b>Voz</b>	Normal	Rouca	Dificuldade em falar
<b>Engolir</b>	Sem dificuldade	Com alguma dor	Incapaz de engolir
<b>Lábios</b>	Lisos, rosados e húmidos	Secos e gretados	Ulcerados ou sangrantes
<b>Língua</b>	Rosada, húmida e com papilas presentes	Saborrosa ou com perda de papilas, brilhante ou avermelhada	Empolada ou gretada
<b>Saliva</b>	Líquida	Espessa	Ausente
<b>Mucosa</b>	Rosada e húmida	Avermelhada, ou esbranquiçada sem ulcerações	Ulcerada e/ou sangrante
<b>Gengiva</b>	Rosada	Com edema podendo estar avermelhada	Sangramento espontâneo ou quando pressionada
<b>Dentes ou dentadura</b>	Limpos sem resíduos	Placa e resíduos em algumas áreas	Placa e resíduos generalizados

(Silva, Desmarest, & Trivalle, 2005)

## Instrumentos de Avaliação

### Questionário GOHAI (Geriatric Oral Health Assessment Index)

1. Nos últimos 3 meses diminuiu a quantidade de alimentos ou mudou o tipo de alimentação por causa dos seus dentes?
2. Nos últimos 3 meses teve problemas para mastigar alimentos?
3. Nos últimos 3 meses teve dor ou desconforto para engolir alimentos?
4. Nos últimos 3 meses mudou o seu modo de falar por causa dos problemas da sua boca?
5. Nos últimos 3 meses sentiu algum desconforto ao comer algum alimento?
6. Nos últimos 3 meses deixou de se encontrar com outras pessoas por causa da sua boca?
7. Nos últimos 3 meses sentiu-se satisfeito ou feliz com a aparência da sua boca?
8. Nos últimos 3 meses teve que tomar medicamentos para passar a dor ou o desconforto da sua boca?
9. Nos últimos 3 meses teve algum problema na sua boca que o deixou preocupado?
10. Nos últimos 3 meses chegou a sentir-se nervoso por causa dos problemas na sua boca?
11. Nos últimos 3 meses evitou comer junto de outras pessoas por causa de problemas na boca?
12. Nos últimos 3 meses sentiu os seus dentes ou gengivas ficarem sensíveis a alimentos ou líquidos?

(Carvalho, Manso, Escoval, Salvado, & Nunes, 2013)

## Principais problemas da boca em Cuidados Paliativos

- ▶ Xerostomia
- ▶ Alterações do paladar
- ▶ Sialorreia
- ▶ Mucosite
- ▶ Infecções
- ▶ Halitose

**Table 1.4** Severity of oral symptoms in a palliative care population<sup>41</sup>

Symptom (N=120)	Slight (%)	Moderate (%)	Severe (%)	Very severe (%)
Dry mouth (N=93)	14	37	33	16
Mouth discomfort (N=55)	40	29	22	9
Change in the way food tastes (N=53)	30	45	19	6
Difficulty speaking (N=37)	40	30	19	11
Difficulty swallowing (N=28)	46	29	14	11
Difficulty chewing (N=27)	41	41	11	7
Mouth sores (N=17)	59	35	6	0

(Davies & Finlay, 2005)

## Xerostomia

Sensação subjetiva de boca seca, sendo geralmente resultado de uma diminuição no volume de saliva ou de uma alteração da composição salivar segregada.



## Xerostomia Cuidados

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

## Xerostomia Cuidados (continuação)

- ▶ Mastigar parafina sólida;
- ▶ Providenciar uma dieta mole, atrativa mas moderadamente fria;
- ▶ Uso de saliva artificial;
- ▶ Limpar as secreções das narinas para evitar respirar pela boca;
- ▶ Na agonia borrifar a boca com água e azeite;
- ▶ Aplicação de ¼ de comprimido efervescente de Vitamina C na língua até 3x/d;
- ▶ Hidratar lábios com glicerina ou batom;
- ▶ Beber bebidas com gás mas sem açúcar;
- ▶ Evitar bebidas alcoólicas e tabaco.

## Alteração do paladar

Ocorre frequentemente em situações avançadas de doença, devido a alterações das papilas gustativas, mas também devido a alterações que ocorrem devido a tratamentos ou progressão da doença.

- ▶ Hipogeusia – redução da sensibilidade para o gosto
- ▶ Ageusia – ausência da sensação gustativa
- ▶ Disgeusia – distorção do gosto



## Alteração do paladar Cuidados

- ▶ Escolher alimentos que tenham bom cheiro e sabor;
- ▶ Hidratar a cavidade oral antes das refeições;
- ▶ Melhorar o sabor da alimentação com especiarias, ervas aromáticas ou molhos;
- ▶ Reforçar a dieta com suplementos proteicos;
- ▶ Encorajar os doentes a fazer uma mastigação lenta, alterando os lados da boca;
- ▶ A mastigação de rebuçados ou de gelo pode atuar como uma ajuda temporária na hipogeusia;

## Alteração do paladar Cuidados (continuação)

- ▶ Alimentos frios ou congelados podem ser mais saborosos que alimentos quentes;
- ▶ Utilizar utensílios de plástico ou vidro para diminuir o gosto metálico;
- ▶ Usar pastilhas elásticas de xylitol sem açúcar ou doces duros para disfarçar o sabor amargo ou metálico na boca;
- ▶ Fazer bochechos com bicarbonato de sódio antes das refeições para ajudar a neutralizar o gosto mau na boca;
- ▶ Suplementos de sulfato de zinco podem ajudar a melhorar o paladar.

## Sialorreia

Excesso de saliva por:

- ▶ Incapacidade de deglutição da saliva produzida.
- ▶ Aumento da produção de saliva, devido a doenças neuromusculares, fármacos, ou tumores cerebrais.



## Sialorreia Cuidados

- ▶ Evitar estimulantes da produção de saliva;
- ▶ Manter a boa hidratação: é possível reduzir a produção de saliva bebendo sumos de frutas;
- ▶ Hidratar lábios com glicerina ou batom;
- ▶ Comer frequentemente pequenos lanches equilibrados, evitando quantidades excessivas de alimentos ricos em amido;
- ▶ Comer rebuçados e mascar pastilhas com xylitol, sem açúcar. (Mesmo se a produção de saliva não diminuir com este método, é possível favorecer a deglutição da saliva produzida);

## Sialorreia Cuidados (continuação)

- ▶ Utilizar pasta dentífrica com hortelã;
- ▶ Chupar pequenos pedaços de limão (se mucosa íntegra) ou colocar algumas gotas de óleo essencial de limão em um tecido para cheirar;
- ▶ Chupar cubos de gelo;
- ▶ Aspirar a cavidade oral, sempre que necessário;
- ▶ Manter um posicionamento adequado do doente (decúbito lateral).

## Mucosite

Inflamação aguda com destruição da mucosa oral e rede vascular, que se manifesta por soluções de continuidade (úlceras) provocadas por descamação do epitélio oral, da faringe e do esôfago.



## Mucosite Cuidados

- ▶ Adaptação da dieta: consistência e baixa temperatura;
- ▶ Analgesia antes das refeições;
- ▶ Elixir para refrescar a boca e diminuir a dor, pode ser chá de camomila ou solução de nistatina para evitar a infeção fúngica;
- ▶ Em caso de hemorragia: 50% de peróxido de hidrogénio e 50% de soro fisiológico;
- ▶ Em caso de aftas lavar com antisséptico: clorhexidina oral;
- ▶ Evitar alimentos condimentados, picantes, ácidos ou salgados;
- ▶ Chupar cubos de gelo;
- ▶ Evitar bebidas alcoólicas e tabaco.

## Infeções

Os doentes oncológicos apresentam uma predisposição para infeções oportunistas devido a alterações do pH, diminuição das imunoglobulinas, lisozima e outras enzimas que favorecem as infeções.

- ▶ Infeções fúngicas (Candida albicans – mais frequente)



- ▶ Infeções bacterianas



- ▶ Infeções víricas (Herpes)



## Infeções Cuidados

- ▶ Uma dieta líquida para minimizar a irritação;
- ▶ Cremes analgésicos aplicados na boca para minimizar a dor;
- ▶ Evitar alimentos e bebidas muito quentes ou frios.

## Halitose

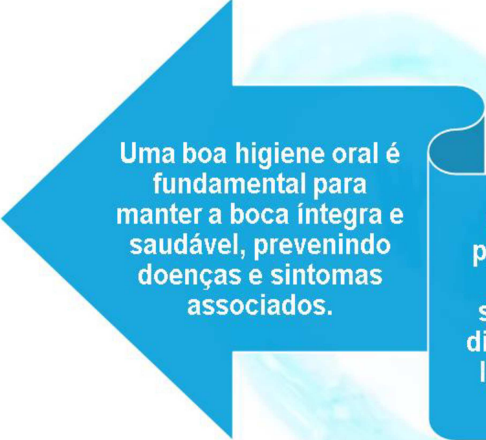
- ▶ Provocado por diminuição da saliva e suas funções lubrificantes e solventes que vão facilitar a retenção de resíduos alimentares.
- ▶ Devido a cuidados de higiene deficitários ou por ação de alguns medicamentos e/ou destruição da mucosa.



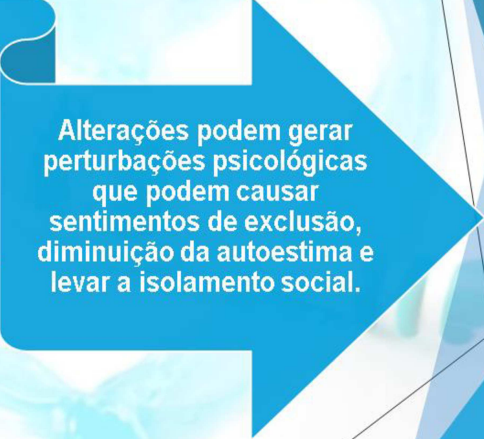
## Halitose Cuidados

- ▶ Usar uma solução de: soro fisiológico, peróxido de hidrogénio, bicarbonato de sódio e água (não deve engolir);
- ▶ A solução de clorhexidina oral ou iodopovidona solução oral evita a formação de placas e controla a halitose;
- ▶ Evitar ingerir cebola e alho;
- ▶ Fazer refeições de 3 em 3 horas;
- ▶ Utilizar spray oral aromatizante;
- ▶ Hidratação oral.



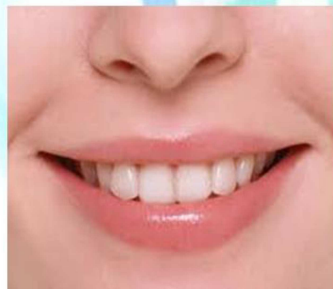


Uma boa higiene oral é fundamental para manter a boca íntegra e saudável, prevenindo doenças e sintomas associados.



Alterações podem gerar perturbações psicológicas que podem causar sentimentos de exclusão, diminuição da autoestima e levar a isolamento social.

Os cuidados à boca em doentes paliativos podem ser melhorados, fazendo do cuidado à cavidade oral uma prioridade nos cuidados de Enfermagem.



Obrigada!

## Referências Bibliográficas

- ▶ Barbosa, A., & Neto, I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. (Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Ed.) (2ª Edição). Lisboa.
- ▶ Carvalho, C., Manso, A. C., Escoval, A., Salvado, F., & Nunes, C. (2013). Tradução e validação da versão portuguesa do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(2), 166–172. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.10.002>
- ▶ Cawley, M. M., & Benson, L. M. (2005). Current trends in managing oral mucositis. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 9(5), 584–592. <https://doi.org/10.1188/05.CJON.584-592>
- ▶ Davies, A., & Finlay, I. (2005). *Oral Care in Advanced Disease*. New York: Oxford University Press.
- ▶ Feio, M., & Sapeta, P. (2005). Xerostomia em cuidados paliativos. *Acta Medica Portuguesa*, 18(6), 459–466. <https://doi.org/10.1007/978-98-96-310-44-6>
- ▶ Furr, A. L., Binkley, C. J., McCurren, C., Carrico, R., Allen Furr, L., Binkley, C. J., ... Carrico, R. (2004). Factors affecting quality of oral care in intensive care units. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 454–462. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03228.x>
- ▶ Ministry of Health. (2004). Nursing Management of Oral Hygiene. Retrieved from [https://www.moh.gov.sg/content/moh\\_web/healthprofessionalsportal/nurses/guidelines/cpg\\_nursing/cpgnursing\\_management\\_oral\\_hygiene.html](https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/healthprofessionalsportal/nurses/guidelines/cpg_nursing/cpgnursing_management_oral_hygiene.html)
- ▶ Ohm, K. E., Wahlin, Y. B., & Sjoden, P. O. (2000). Oral care in cancer nursing. *European Journal of Cancer Care*, 9(1), 22–29. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2354.2000.00185.x>
- ▶ Potter, P., & Perry, A. (1995). *Fundamentos de Enfermagem - conceitos, processo e prática* (4ª Edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- ▶ Rohr, Y., Adams, J., & Young, L. (2010). Oral discomfort in palliative care : results of an exploratory study of the experiences of terminally ill patients, 16(9), 439–444.
- ▶ SECPAL. (n.d.). Guia de Cuidados Paliativos. Retrieved July 10, 2017, from <http://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1>
- ▶ Silva, V., Desmarest, M., & Trivalle, C. (2005). Importance du soin de bouche en gérontologie et soins palliatifs.pdf. *Soins Gérontologie*, N° 51, 36–39.
- ▶ Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. (C. Editores, Ed.). Lisboa.



**Apêndice VI- Sessão de formação “Cuidados à boca”**



# CUIDADOS À BOCA

Sessão de Formação realizado no âmbito da Especialidade em  
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Realizado por: Joana Capaz

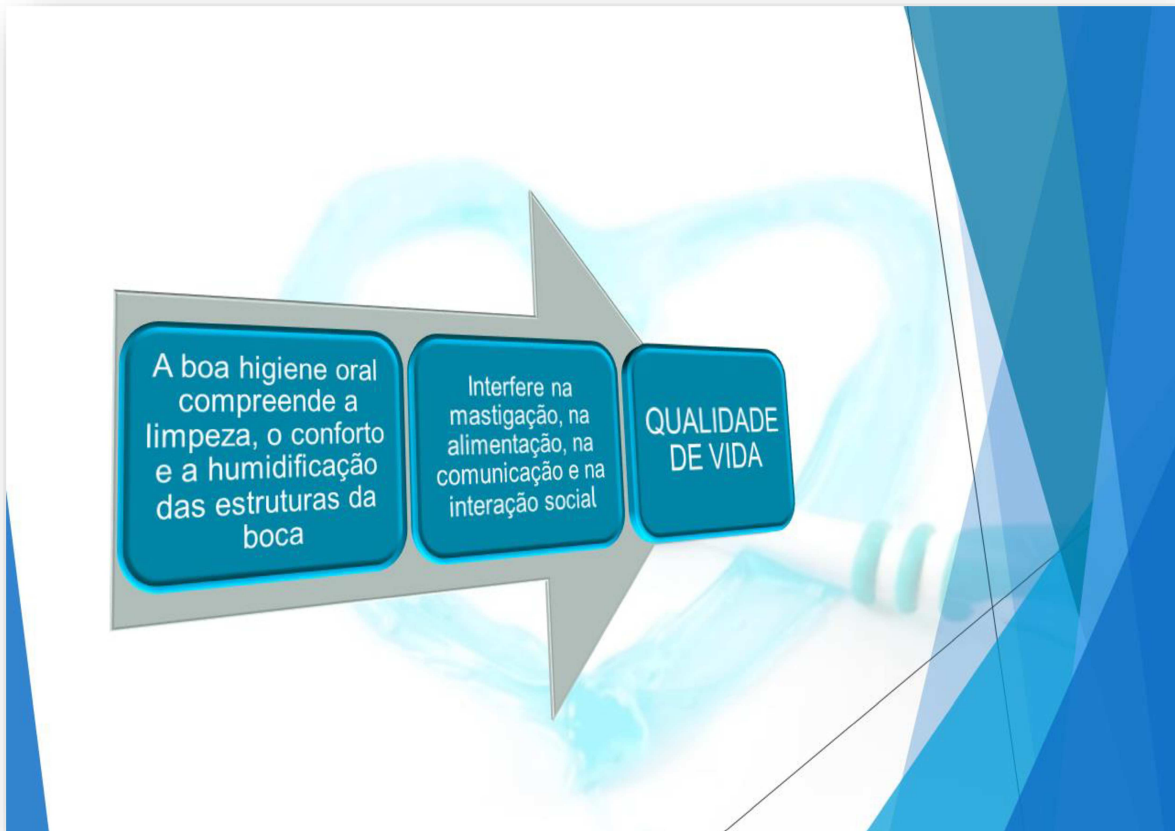
Sob Orientação da Professora Doutora Patrícia Pontífice Sousa

Lisboa, Outubro de 2017

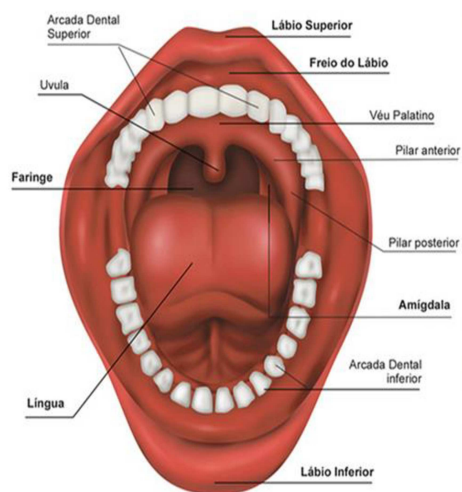
Os cuidados à boca, são intrínsecos aos cuidados de higiene e  
conforto do doente.



A frequência da higiene à boca deverá ser determinada pelo  
conforto do doente e pelo tipo de cavidade oral, no entanto,  
estudos recomendam que se faça higiene a cada 2-6 horas ou,  
no mínimo, 2-3 vezes por dia.



## Anatomia da cavidade oral



## Objetivos dos cuidados à boca

- ▶ Promover a qualidade da saúde da boca e o conforto do doente;
- ▶ Detetar alterações na saúde oral;
- ▶ Prevenir doenças com reflexo na cavidade oral;
- ▶ Manter a mucosa e lábios húmidos, íntegros, limpos e suaves;
- ▶ Eliminar a placa bacteriana e restos de alimentos;
- ▶ Prevenir infeções;
- ▶ Evitar o isolamento social;
- ▶ Evidenciar destreza, profissionalismo no desempenho dos procedimentos relacionados com a saúde da cavidade oral;
- ▶ Sensibilizar colegas e estudantes para a temática da higiene oral.

## Cuidados Gerais

- ▶ Proceder à higiene da boca 4 x dia (depois das refeições e ao deitar);
- ▶ Usar escova de dentes suave, compressas ou esponja (dentes e língua);
- ▶ Limpar os lábios e hidratar com batom ou creme hidratante;
- ▶ Remover próteses dentárias e proceder à sua limpeza;
- ▶ Verificar a integridade das próteses e o seu ajuste;
- ▶ Inspeccionar regularmente a cavidade oral e comunicar as alterações encontradas;
- ▶ Incentivar à ingestão de proteínas e vitaminas.
- ▶ Evitar bebidas gaseificadas e bebidas com cafeína.
- ▶ Evitar estímulos dolorosos, como alimentos quentes ou frios, condimentos, bebidas alcoólicas e o tabaco.

## Produtos de higiene oral

Produtos	Aspetos Positivos	Aspetos Negativos
<b>Água</b>	Eficaz na remoção de detritos. Não agride a mucosa.	Não tem.
<b>Soro fisiológico</b>	Eficaz na remoção de detritos. Promove granulação e cicatrização dos tecidos.	Tendência para provocar sensação de xerostomia. Solução neutra ideal quando existe lesões da cavidade oral.
<b>Clorhexidina oral</b>	Antimicrobiano (não causa resistência às bactérias).	Uso prolongado pode levar a alterações do paladar e à formação de manchas amarelas. Tem de ser aplicado em concentrações baixas.
<b>Bicarbonato de Sódio</b>	Eficaz na remoção de detritos.	Pode provocar queimaduras da mucosa oral. Mau sabor referido pelos doentes.
<b>Peroxido de hidrogénio</b>	Eficaz na remoção de detritos e pode ter efeito antimicrobiano. Útil quando existe pequena hemorragia na mucosa.	Pode provocar queimaduras da mucosa oral. Mau sabor referido pelos doentes.

## Procedimento

### Preparação:

1. Lavar as mãos e calçar luvas, não estéreis;
2. Explicar ao doente o procedimento.

### Técnica:

1. Usar uma escova de dentes suave e pasta dentífrica com fluor;
2. Se o doente não tiver dentes, escovar suavemente gengivas e língua com espátula;
3. Se o doente tiver prótese, remover, limpar e recolocar após os cuidados prestados;
4. Se o doente estiver inconsciente ou não colaborar, abrir suavemente a boca;
5. Remover a pasta de dentes da cavidade oral do doente através de irrigação de uma solução não alcoólica com uma seringa;
6. Hidratar cavidade oral e os lábios.

## Cuidados à boca em Cuidados Paliativos

Alguns doentes requerem métodos especiais de higiene oral devido ao seu nível de dependência ou devido à presença de problemas na mucosa oral.

Características dos doentes	Fatores
Doentes imobilizados ao leito, gravemente doentes ou com restrição física dos membros superiores	Falta de força para atender às suas necessidades
Doente com alteração do estado de consciência	Incapaz de realizar as suas necessidade pessoais
Doente que não tem via oral, faz oxigenoterapia ou respira predominantemente pela boca	Desidratação das mucosas com alteração das estruturas e presença de secreções

Fatores de risco para aparecimento de alterações na cavidade oral.  
Adaptado de (Potter & Perry, 1995)

## Fatores condicionantes à prestação de cuidados de higiene orais



(Furr et al., 2004)

## Cuidados à boca em Cuidados Paliativos

- ▶ Nos doentes em cuidados paliativos, os problemas orais são muito comuns;
- ▶ Muitos doentes apresentam pelo menos um sintoma e muitos referem vários sintomas simultaneamente;
- ▶ A prevalência dos distúrbios orais é semelhante à de outros sintomas em cuidados paliativos;
- ▶ A xerostomia é referida como um dos cinco sintomas mais comuns nos doentes com doença neoplásica avançada.

Table 1.2 Prevalence of all symptoms in a palliative care population<sup>(4)</sup>

Symptom	Palliative care population N = 120 (%)
Lack of energy	109 (91)
Feeling drowsy	101 (84)
Pain	95 (79)
Dry mouth	93 (78)
Worrying	74 (62)
Constipation	71 (59)
Nausea	70 (58)
Shortness of breath	69 (58)
Lack of appetite	68 (57)
Difficulty concentrating	66 (55)
Feeling bloated	64 (53)
Difficulty sleeping	63 (53)
Feeling sad	61 (51)
Mouth discomfort	55 (46)
Change in the way food tastes	53 (44)
Feeling nervous	52 (43)
Feeling irritable	52 (43)
Sweats	51 (43)

(Davies & Finlay, 2005)

## Principais problemas da boca em Cuidados Paliativos

- ▶ Xerostomia
- ▶ Alterações do paladar
- ▶ Sialorreia
- ▶ Mucosite
- ▶ Infeções
- ▶ Halitose

## Xerostomia

Sensação subjetiva de boca seca, sendo geralmente resultado de uma diminuição no volume de saliva ou de uma alteração da composição salivar segregada.



## Alteração do paladar

Ocorre frequentemente em situações avançadas de doença, devido a alterações das papilas gustativas, mas também devido a alterações que ocorrem devido a tratamentos ou progressão da doença.

- ▶ Hipogeusia – redução da sensibilidade para o gosto
- ▶ Ageusia – ausência da sensação gustativa
- ▶ Disgeusia – distorção do gosto



## Sialorreia

Excesso de saliva por:

- ▶ Incapacidade de deglutição da saliva produzida.
- ▶ Aumento da produção de saliva, devido a doenças neuromusculares, fármacos, ou tumores cerebrais.



## Mucosite

Inflamação aguda com destruição da mucosa oral e rede vascular, que se manifesta por soluções de continuidade (úlceras) provocadas por descamação do epitélio oral, da faringe e do esôfago.



## Infeções

Os doentes oncológicos apresentam uma predisposição para infeções oportunistas devido a alterações do pH, diminuição das imunoglobulinas, lisozima e outras enzimas que favorecem as infeções.

- ▶ Infeções fúngicas (Candida albicans – mais frequente)



- ▶ Infeções bacterianas



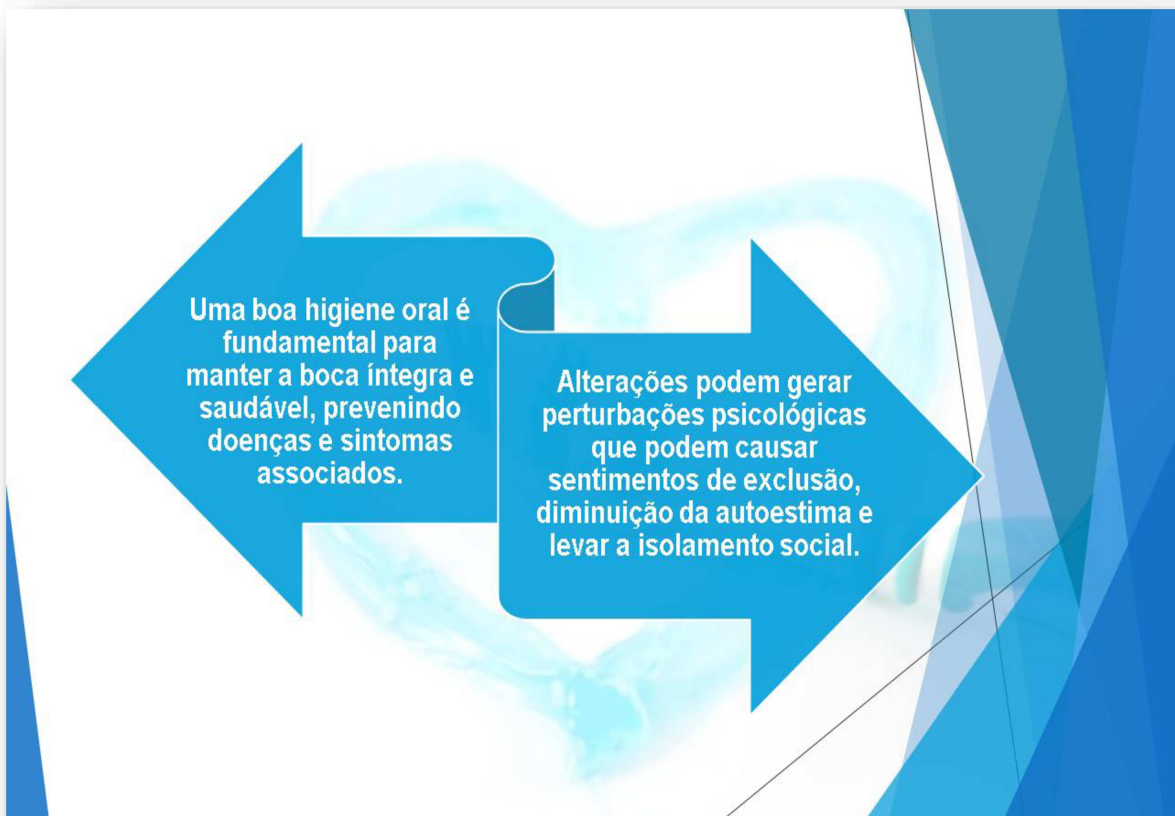
- ▶ Infeções víricas (Herpes)



## Halitose

- ▶ Provocado por diminuição da saliva e suas funções lubrificantes e solventes que vão facilitar a retenção de resíduos alimentares.
- ▶ Devido a cuidados de higiene deficitários ou por ação de alguns medicamentos e/ou destruição da mucosa.





Os cuidados à boca em doentes paliativos podem ser melhorados, fazendo do cuidado à cavidade oral uma prioridade nos cuidados.



Obrigada!

## Referências Bibliográficas

- ▶ Barbosa, A., & Neto, I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. (Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Ed.) (2ª Edição). Lisboa.
- ▶ Carvalho, C., Manso, A. C., Escoval, A., Salvado, F., & Nunes, C. (2013). Tradução e validação da versão portuguesa do Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI). *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 31(2), 166–172. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2013.10.002>
- ▶ Cawley, M. M., & Benson, L. M. (2005). Current trends in managing oral mucositis. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 9(5), 584–592. <https://doi.org/10.1188/05.CJON.584-592>
- ▶ Davies, A., & Finlay, I. (2005). *Oral Care in Advanced Disease*. New York: Oxford University Press.
- ▶ Feio, M., & Sapeta, P. (2005). Xerostomia em cuidados paliativos. *Acta Medica Portuguesa*, 18(6), 459–466. <https://doi.org/10.16684486>
- ▶ Furr, A. L., Binkley, C. J., McCurren, C., Carrico, R., Allen Furr, L., Binkley, C. J., ... Carrico, R. (2004). Factors affecting quality of oral care in intensive care units. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 454–462. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2004.03228.x>
- ▶ Ministry of Health. (2004). Nursing Management of Oral Hygiene. Retrieved from [https://www.moh.gov.sg/content/moh\\_web/healthprofessionalsportal/nurses/guidelines/cpg\\_nursing/cpgnursing\\_management\\_oral\\_hygiene.html](https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/healthprofessionalsportal/nurses/guidelines/cpg_nursing/cpgnursing_management_oral_hygiene.html)
- ▶ Ohm, K. E., Wahlin, Y. B., & Sjoden, P. O. (2000). Oral care in cancer nursing. *European Journal of Cancer Care*, 9(1), 22–29. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2354.2000.00185.x>
- ▶ Potter, P., & Perry, A. (1995). *Fundamentos de Enfermagem - conceitos, processo e prática* (4ª Edição). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- ▶ Rohr, Y., Adams, J., & Young, L. (2010). Oral discomfort in palliative care: results of an exploratory study of the experiences of terminally ill patients, 16(9), 439–444.
- ▶ SECPAL. (n.d.). Guia de Cuidados Paliativos. Retrieved July 10, 2017, from <http://www.secpal.com/guia-cuidados-paliativos-1>
- ▶ Silva, V., Desmarest, M., & Trivalle, C. (2005). Importance du soin de bouche en gériatrie et soins palliatifs.pdf. *Soins Gériatrie*, Nº 51, 36–39.
- ▶ Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. (C. Editores, Ed.) Lisboa.



## **ANEXOS**



**Anexo I- Resposta da Revista Servir para submissão de Artigo**





Joana Capaz <joanacapaz@gmail.com>

---

**Informação -artigo**

1 mensagem

---

Secretariado Geral ACEPS <geral@acaps.pt>  
Para: Joana Capaz <joanacapaz@gmail.com>

17 de janeiro de 2018 23:24

Caras autoras

Vimos informar que o vosso artigo foi enviado para os revisores do C Científico da nossa Revista.  
Ficamos disponíveis para qualquer informação.

Com os nossos cumprimentos

Pelo C Editorial  
Elisa Garcia



**Anexo II- Declaração da Comunicação Oral “Cuidados à Boca na pessoa idosa”**





CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCALA DE ENFERMAGEM

TERMO DE

## DECLARAÇÃO

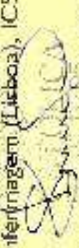
### **XI ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE ENFERMAGEM - O CUIDADO DE ENFERMAGEM: HISTÓRIA E INOVAÇÃO -**

Para os devidos efeitos se declara que, **JOANA CAPAZ, SÓNIA BATISTA e PATRÍCIA SOUSA**, apresentaram a comunicação oral "Cuidados à boca na pessoa idosa: que controvérsias", no **XI Encontro Luso-Brasileiro de Enfermagem**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no dia **03 de novembro de 2017**.

Lisboa, 03 de novembro de 2017.



O Diretor  
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

  
Sérgio Decodato, BSc, PhD, RPh  
Professor Auxiliar



**Anexo III- Declaração do *Poster* “O Cuidar em Humanidade à pessoa idosa”**







**Anexo IV- Escala de avaliação de sintomas de Edmonton**



## Escala de Edmonton - ESAS

Por Favor, coloque um círculo em volta do número que corresponda à sua avaliação para cada sintoma, **neste preciso momento:**

Sem dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior dor possível
Sem cansaço	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior cansaço possível
Sem náuseas / enjoo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de náuseas / enjoo possível
Sem depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de depressão possível
Sem ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de ansiedade possível
Sem sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de sonolência possível
Muito apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sem qualquer apetite possível
Melhor Nível de bem estar,	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Nível de bem - estar possível
Sem falta de ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de falta de ar possível

