



CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

A MORTE E O MORRER NAS RELIGIÕES COM MAIOR EXPRESSÃO NO MUNDO – O ENFERMEIRO ESPECIALISTA COM COMPETÊNCIA CULTURAL

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

Por Joana Sousa Santos

Lisboa, 2023



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

**A MORTE E O MORRER NAS RELIGIÕES COM MAIOR
EXPRESSÃO NO MUNDO – O ENFERMEIRO ESPECIALISTA
COM COMPETÊNCIA CULTURAL**

**DEATH AND DYING IN RELIGIONS WITH MORE EXPRESSION
ON THE WORLD – THE SPECIALIZED NURSE WITH CULTURE
COMPETENCE**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica na área Enfermagem à Pessoa em Situação
Crítica

Por Joana Sousa Santos

Sob a orientação da Prof. Doutora Maria Manuela Madureira

Lisboa, 2023

“A Morte não é nada.

*Eu apenas passei
para o outro lado do Caminho.*

(...)

A vida significa tudo o que sempre significou (...)

Tu que aí ficaste, segue em frente,

a vida continua linda e bela

como sempre foi.”

Santo Agostinho

AGRADECIMENTOS

Ao finalizar esta etapa tão importante na minha vida não poderia deixar passar sem o meu profundo agradecimento a todos os que ao longo deste caminho me acompanharam através da sua presença, das palavras de alento e conforto, de toda a sabedoria e sugestões que comigo partilharam, tendo contribuído para a construção e realização deste trabalho, sem vocês o meu caminho teria sido mais penoso e até, atrevo-me, inglório.

À minha família, por todas as horas em que não pude estar presente, o meu profundo agradecimento por serem o meu pilar. Muito grata por acreditarem em mim e nunca permitirem que eu dissesse “eu não consigo”.

À minha mãe, por todo o amor e confiança que sempre me deu, por estar presente em todas as horas e pelo orgulho que demonstra em mim. À Clara, obrigada por todas as gargalhadas quando tudo o que eu queria era baixar os braços e por me relembrares o quão orgulhosa estás de mim, espero conseguir retribuir-te todo o amor e confiança que me tens.

Aos meus amigos, por todas as chamadas e mensagens que foram fazendo, transmitindo-me sempre ânimo, força e coragem. A vós a minha profunda gratidão.

Aos meus colegas de trabalho, principalmente à Maria, que me incentivou a embarcarmos juntas nesta jornada, e à Sandrina, mulher de afeto e de tamanha generosidade, o meu profundo e sincero agradecimento por toda a bondade, paciência e respeito que demonstraram para comigo.

A todos os profissionais de saúde que comigo se cruzaram nesta caminhada, principalmente à Susana, pela sua disponibilidade, partilha de experiências e conhecimento, e por tão bem me receberem e acolherem nos vossos serviços.

À professora Lurdes Martins, com quem iniciei este percurso, à professora Manuela Madureira e à professora Isabel Rabiais por toda a disponibilidade, pelas horas dispensadas e por ouvirem e respeitarem as minhas ideias, contrapondo quando necessário com vista a um trabalho rigoroso e de excelência.

A todos os professores e colegas de mestrado, pela caminhada em conjunto e por nunca me fazerem sentir que estava só, o meu profundo agradecimento.

Gratidão!

RESUMO

No âmbito do 14º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica foi realizado o presente relatório, que contempla uma reflexão contínua acerca do percurso realizado, com oportunidades únicas de enriquecimento pessoal e profissional.

Este relatório tem como objetivos uma descrição sumária e detalhada das competências de mestre e de enfermeiro especialista que foram desenvolvidas ao longo deste Curso de Mestrado, permitindo uma análise de forma crítica e reflexiva de todas as experiências que tive oportunidade de vivenciar, e ainda, o partilhar dos resultados do trabalho de investigação desenvolvido.

Os resultados do trabalho de investigação apresentados neste relatório dizem respeito a uma *scoping review* que aborda os rituais de morte presentes nas cinco religiões com maior expressão no mundo. Os rituais de morte fazem-se presentes em todas as religiões estudadas, ajudando tanto a pessoa em fim de vida como a sua família a ultrapassar o medo do desconhecido perante a morte. A investigação desenvolvida visa desenvolver competências de mestre ao contribuir para o conhecimento e melhoria dos cuidados sensibilizando os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, para os rituais específicos inerentes a cada uma das religiões abordadas de modo que os respeitem e os façam respeitar.

No âmbito dos estágios, desenvolveram-se competências através da prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família. Para o desenvolvimento de competências de especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação crítica foram realizados estágios em três contextos distintos que incluíram uma Unidade de Cuidados Intensivos, um Serviço Urgência Geral e em contexto extra-hospitalar na Viatura Médica de Emergência e Reanimação. As realizações destes estágios subsidiaram diversas oportunidades de desenvolvimento de competências diferenciadoras no cuidado à pessoa em situação crítica, mas, também, se constituíram determinantes na construção de uma análise crítico-reflexiva sobre o agir.

PALAVRAS-CHAVE: enfermeiro especialista; rituais de morte; religião; pessoa em situação crítica; competências.

ABSTRACT

Within the scope of the 14th Master's Course in Nursing with specialization in medical-surgical nursing in nursing for the critical person, this report was carried out, which includes a continuous reflection on the path taken, with unique opportunities for personal and professional enrichment.

This report aims to provide a summary and detailed description of the master's and specialist nurse skills that were developed throughout this Master's Course, allowing a critical and reflective analysis of all the experiences I had the opportunity to experience, and also, the share the results of the research work carried out.

The results of the research presented in this report concern a scoping review that addresses the death rituals present in the five most popular religions in the world. Death rituals are present in all religions studied, helping both the person at the end of life and their family to overcome the fear of the unknown in the face of death.

The research carried out aims to develop master's skills by contributing to the knowledge and improvement of care by raising the awareness of health professionals, namely nurses, to the specific rituals inherent in each of the religions addressed so that they are respected and made to be respected.

Within the scope of internships, skills were developed through the provision of specialized nursing care to people in critical situations and their families. For the development of specialist skills in medical-surgical nursing in the area of the person in critical situation, internships were carried out in three different contexts that included an intensive unit care, a emergency service and in an extra-hospital context. The accomplishments of these internships subsidized several opportunities for the development of differentiating competences in caring for people in critical situations, but also constituted determinants in the construction of a critical-reflective analysis of acting.

KEYWORDS: specialized nurse; death rituals; religion; critical ill person; competences.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ADP – Área Doentes Positivos

ADR – Área Doentes Respiratórios

AP – Antecedentes Pessoais

ARDS – Acute Respiratory Distress Syndrome

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CODU – Centro Orientação de Doentes Urgentes

CVC – Catéter Venoso Central

DGS – Direção Geral da Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

ECG – Eletrocardiograma

ECMO – Extracorporeal Membrane Oxygenation

EDA – Endoscopia Digestiva Alta

EEMC – Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica

EPIS – Equipamentos de Proteção Individual

EV – Endovenoso

h - Hora

IBE – Instrumento Básico Enfermagem

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

ITU – Infecção do Trato Urinário

MCR – Monitorização Cardiorespiratória

mg - Miligrama

n.º - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

p. – Página

PCR – Paragem Cardiorespiratória

PSC – Pessoa em Situação Crítica

PSP – Polícia de Segurança Pública

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAV – Suporte Avançado de Vida

SBV – Suporte Básico de Vida

SC – Situação Crítica

SCA – Síndrome Coronário Agudo

SMI – Serviço Medicina Intensiva

SO – Sala de Observação

SUGP – Serviço Urgência Geral Polivalente

TOT – Tubo Orotraqueal

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCP – Universidade Católica Portuguesa

UML – Urgência Metropolitana de Lisboa

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva

VNI – Ventilação Mecânica Não Invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	19
1. A MORTE E O MORRER NAS RELIGIÕES COM MAIOR EXPRESSÃO NO MUNDO – O ENFERMEIRO ESPECIALISTA CULTURALMENTE COMPETENTE. 23	
1.1 CONCEPTUALIZAÇÃO DO CUIDADO PRESENTE NOS RITUAIS DE MORTE	23
1.2 ENQUADRAMENTO DO FENÓMENO EM ESTUDO	25
1.3. METODOLOGIA	27
1.4. RESULTADOS	28
1.5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	43
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA O CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA E FAMÍLIA EM SITUAÇÃO CRÍTICA	44
2.1. SERVIÇO MEDICINA INTENSIVA	55
2.2. SERVIÇO URGÊNCIA GERAL POLIVALENTE	66
2.3. VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO.....	70
CONCLUSÃO.....	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83

APÊNDICES

APÊNDICE I – Protocolo da *Scoping Review*

APÊNDICE II – PRISMA

APÊNDICE III – Tabelas Extração da *Scoping Review*

APÊNDICE IV – Resumo dos resultados da *scoping review* apresentado nas XI Jornadas Nacionais e IX Jornadas Internacionais da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

APÊNDICE V – Poster apresentado nas XI Jornadas Nacionais e IX Jornadas Internacionais da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

ANEXOS

ANEXO I – Menção Honrosa recebida no âmbito das XI Jornadas Nacionais de Enfermagem e IX Jornadas Internacionais de Enfermagem com a divulgação do poster científico intitulado “Intervenção de Enfermagem nos rituais das cinco religiões com maior expressão do mundo – Uma Revisão Scoping

INTRODUÇÃO

E, assim, chego ao final deste percurso, que apesar de ser muito exigente pessoal e profissionalmente, foi também muito enriquecedor, pois permitiu-me explorar novos horizontes, enriquecer-me com novas aprendizagens, ponderar e observar novas formas de estar e ser enfermeira. Ao longo deste relatório irei apresentar algumas das vivências que me permitiram desenvolver novas competências pessoais e profissionais com o intuito do cuidado especializado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC).

O presente documento é o culminar de todas as experiências e vivências ao longo da Unidade Curricular (UC) Estágio Final e Relatório, integrante do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em SC. Assim, este relatório tem como objetivo principal, colocar em evidência as competências definidas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica na Área Pessoa em SC. Estas foram desenvolvidas ao longo do Estágio Final, em dois contextos clínicos diferentes, bem como do Estágio de Vigilância e Decisão Clínica, realizado numa área com a qual o meu contacto era reduzido, o que me permitiu o desenvolvimento de diversas competências e o alargamento do meu conhecimento técnico e científico. Neste relatório, apresentarei as atividades realizadas nos diferentes locais de estágio, os resultados obtidos que emergiram da investigação desenvolvida e descreverei alguns momentos crítico-reflexivos que me levaram a uma tomada de decisão baseada e fundamentada com vista a perseguir uma Enfermagem Avançada e de excelência.

Ingressei neste Curso de Mestrado após o desafio de uma amiga e colega, pois a minha ideia inicial era frequentar a Pós-Graduação na mesma área, motivada pelo desejo de continuar a minha formação em Enfermagem, nomeadamente em Enfermagem Avançada. A minha ideia inicial seria iniciar um novo ciclo de estudos, quando tivesse mais experiência profissional e quando já tivesse experiência num Serviço de Urgência Geral num hospital público. Quando terminei a licenciatura em Enfermagem não sabia ao certo qual a área que mais me interessava e que mais se adequava para mim. Ao receber a proposta de trabalho num Serviço de Urgência de um hospital privado, pensei que seria uma boa forma de iniciar

a minha atividade profissional, nunca contando que a mesma se tornasse numa grande paixão. Assim, fez-me todo o sentido, que a minha área de especialidade fosse Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, com o propósito do desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à Pessoa em Situação Crítica, que se encontram enumeradas no Regulamento n.º 429/2018. De relevar ainda, que faz parte dos deveres dos enfermeiros, como vem referido no Artigo 100.º do Código Deontológico dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 81), que deve ser assegurada por parte dos mesmo a atualização permanente de conhecimentos, com vista a uma prestação de cuidados atualizada de acordo com a mais recente evidência disponível. O Curso de Mestrado confere ainda, como o nome indica, o Grau de Mestre em Enfermagem, pelo que serão apresentadas neste relatório as competências de mestre adquiridas, conforme o Decreto-Lei n.º 74/2006, nomeadamente no que diz respeito à área da investigação, a aplicação de conhecimentos e capacidades de compreensão e resolução de problemas, a capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas e desenvolver soluções, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais, comunicar as conclusões, conhecimentos e raciocínios, de forma clara e objetiva. De notar, que no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 103), o Artigo 9.º, ponto 5 refere que os enfermeiros concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação com vista ao progresso da enfermagem em particular e da saúde em geral. Assim, desenvolvi competências em investigação, aprofundando um fenómeno que sempre me despertou interesse e curiosidade, os rituais de morte nas diferentes religiões.

Como já referido, o fenómeno do meu interesse para estudo, desde o início deste Curso de Mestrado, recaía sobre o tema da morte. Por diversos motivos, estive oscilante sobre o tema a investigar, acabando por seguir a inquietação e motivação iniciais, resultado de uma conversa com uma colega de trabalho, que tinha estudado um tema semelhante no seu Curso de Mestrado, daí escolher investigar os rituais de morte nas diferentes religiões. O tema da morte, e de todos os fenómenos e aspetos que a rodeiam, sempre me despertou grande interesse, desde a frequência do curso de licenciatura pois no Plano de Estudos da minha faculdade não estava contemplado abordar esta temática. Posteriormente, quando iniciei a minha atividade profissional percebi que não era um tema falado e refletido dentro das equipas de enfermagem e que a maioria dos colegas se encontravam bastante desconfortáveis com o mesmo. Daí a minha persistente inquietação, dado que, para mim sempre foi objeto de interesse envolvido em algum fascínio, pois é algo incontornável à vida humana... porque

nos faz tanta confusão? Porque procuramos aliar-nos da finitude da vida humana e da vulnerabilidade a ela inerente?

A *scoping review* pretende, assim, evidenciar os rituais que estão presentes antes e após a morte nas cinco religiões com maior expressão no mundo, de modo que, ao partilhar os resultados, os profissionais de saúde, com foco nos enfermeiros, se sintam mais capacitados e com conhecimentos acerca desses rituais, se sintam confortáveis ao abordar o tema junto das pessoas a quem prestam cuidados e suas famílias e saibam, acima de tudo, o que devem ou não fazer em circunstância de morte, nas religiões em estudo.

A realização deste relatório visa a obtenção do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e o Grau de Mestre em Enfermagem. Assim, com vista ao desenvolvimento de competências e de saberes relacionados com enfermagem especializada realizei três estágios em diferentes contextos da prática de cuidados, a fim de dar continuidade ao meu processo de desenvolvimento pessoal e profissional. Os três estágios decorreram em hospitais centrais da área da grande Lisboa, sendo o primeiro numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), num total de 180h, o segundo e terceiro em simultaneidade, num total de 360h, num Serviço Urgência Geral Polivalente (SUGP) e numa Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER).

A prática de Enfermagem Avançada refere-se a uma melhorada e alargada prestação de cuidados de saúde e intervenções realizadas por enfermeiros que, através de uma capacidade avançada, providenciam cuidados de saúde diretos a pessoas, famílias e/ou comunidades. Um enfermeiro que tenha estas competências, é alguém que através de educação adicional à licenciatura, adquiriu um conhecimento especializado, tem capacidades avançadas na tomada de decisão e competências clínicas de modo a expandir a prática de cuidados de enfermagem (Madrean Schober, 2020). Um estudo realizado em Portugal no ano de 2021 refere que a implementação da Prática Avançada de Enfermagem (PAE) em Portugal está dependente de vários fatores como a aplicação da legislação em vigor, desenvolvimento regulação adicional e a criação de incentivos que viabilizem e promovam uma prática mais expandida de enfermagem, apesar de a maior parte das intervenções de enfermagem desempenhadas pelos Enfermeiros Especialista em Portugal, à luz da conceptualização internacional, se poderem inserir no contexto de uma PAE. O mesmo estudo indica que a implementação de uma PAE em Portugal iria promover a eficiência dos cuidados de saúde

prestados em 90%, a acessibilidade a serviços de saúde em cerca de 84% e a produtividade em cerca de 87% (Nunes, 2021).

Ao longo dos anos a Enfermagem tem desenvolvido saberes próprios, tornando o cuidado em enfermagem diferenciado, complexo e único, o que exige de cada enfermeiro uma constante procura no desenvolvimento de conhecimentos e competências, cabendo ao Enfermeiro Especialista o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanísticas para a prestação de cuidados de enfermagem especializados (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

A estrutura do presente relatório apresenta um primeiro capítulo com o trabalho de investigação desenvolvido que permitiu a realização de uma *scoping review*. Previamente, será apresentada uma contextualização do fenómeno em estudo com os conceitos mencionados na *scoping review*, interligando-os com a teoria de Madeleine Leininger – Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural.

No segundo capítulo apresento o meu percurso ao longo dos vários contextos de estágio, ilustrando com algumas experiências e situações vivenciadas que me permitiram o desenvolvimento de competências, suportada numa perspetiva crítico – reflexiva.

Na conclusão, serão apresentadas as considerações finais sobre o percurso desenvolvido. As referências bibliográficas que apresento estão de acordo com a 7ª edição da American Psychological Association operacionalizadas pelo software Mendeley. No final deste documento encontram-se os anexos e os apêndices.

1. A MORTE E O MORRER NAS RELIGIÕES COM MAIOR EXPRESSÃO NO MUNDO – O ENFERMEIRO ESPECIALISTA CULTURALMENTE COMPETENTE

Deste capítulo fazem parte dois subcapítulos onde serão apresentados o enquadramento conceitual, onde abordo o tema mencionado à luz da teórica de enfermagem por mim escolhida com base no tema escolhido e no pensamento de enfermagem que a mesma defende e cujos paradigmas e concetualizações serviram de base à elaboração deste trabalho. E o segundo, onde faço um breve enquadramento do fenómeno em estudo, relativamente às cinco religiões que fazem parte deste estudo, ao conceito de cultura, espiritualidade e religião, interligando-os de modo que juntos formem a base que despoletou toda esta investigação. Neste subcapítulo será apresentada a problemática e os resultados da *scoping review* realizada, tendo sido os mesmos divulgados em evento científico, nas XI Jornadas Nacionais de Enfermagem da Católica e IX Jornadas Internacionais de Enfermagem da Católica, com a apresentação do póster a concurso intitulado “Intervenção de Enfermagem nos Rituais de Morte nas cinco religiões com maior expressão do Mundo” (APÊNDICE V), que mereceu a atribuição de uma Menção Honrosa pela respetiva organização do evento (APÊNDICE VI).

1.1 CONCRETUALIZAÇÃO DO CUIDADO PRESENTE NOS RITUAIS DE MORTE

Considero que não há nada mais íntimo e mais pessoal do que aquilo que cada um de nós é enquanto ser humano. As nossas experiências, vivências e aprendizagens é o que define quem somos e como somos, e só nos conseguimos definir através da experiência de ser com o outro, só assim nos descobrimos e nos realizamos em pleno. Para mim, a enfermagem é o ser com o outro, vejo isso a acontecer todos os dias na minha prática profissional, onde tenho a oportunidade de me transformar enquanto pessoa e enquanto enfermeira com todos aqueles a quem presto cuidados. O objetivo final de cada cuidar, independentemente das estratégias que se utilizem para atingir esse fim, é a resposta às necessidades que cada pessoa, família ou comunidade apresenta em determinado momento.

Para dar resposta a estas necessidades várias teóricas de enfermagem, ao longo dos anos em que a mesma é considerada como disciplina, procuraram através de várias teorias esquematizar uma série de intervenções das quais cada enfermeiro na sua prática de cuidados poderia operacionalizar de modo a responder às necessidades identificadas.

Quando decidi avançar com o tema dos rituais de morte nas diferentes religiões do mundo só uma teórica de enfermagem me fez sentido para orientar o meu pensamento e ação relativamente a este tema. A meu ver, Madeleine Leininger foi até hoje a única teórica de enfermagem que considerou como inerente ao ser humano as suas raízes e contexto cultural, fazendo sobressair o que é inerente e sábio de cada cultura e interligando-o aos cuidados de enfermagem. Foi a teórica que percebeu que só nos desenvolvemos e somos enquanto pessoa na relação com o outro, e que para dar resposta às suas necessidades temos que respeitar e fazer respeitar aquilo que ao outro é inerente e próprio, como o seu contexto cultural, onde a religião está inserida. A sua teoria é a única especificamente focada na inter-relação chegada entre a cultura e o cuidado, acerca do bem-estar, saúde, doença e morte (Leininger, 2002).

Leininger, definiu na sua Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural quatro princípios teóricos, dois dos quais se destacam para este trabalho, nomeadamente que o cuidado com base cultural tem diversidade, tendo as suas diferenças próprias e específicas, e também alguma universalidade, ou seja, características comuns em qualquer parte do mundo e para qualquer pessoa, família ou comunidade. E que, o conhecimento e prática de cuidados genérico, denominado *emic*, presente em cada cultura e que é passado de geração em geração muitas vezes através da oralidade, deve ser tão tido em conta como o conhecimento e prática *etic*, que diz respeito à prática profissional exercida por cada enfermeiro (Leininger, 2002). O intuito do estudo realizado que deu como resultado a *scoping review*, é que os enfermeiros conheçam o que é prática *emic* de cada religião, de modo que as respeitem e as façam respeitar no que diz respeito aos cuidados prestados nos rituais de morte e que sejam capazes de os integrar nas práticas *etic* presentes na prestação de cuidados de enfermagem, com vista a uma prestação de cuidados holística, com sentido e significado para ambas as partes intervenientes do mesmo.

O conhecimento do cuidado transcultural é uma ferramenta que os enfermeiros poderão utilizar a seu favor durante a sua prática de cuidados, em qualquer parte do mundo, de forma a prestar cuidados individualizados que se baseiam em práticas culturais (Leininger, 2002;

Vilelas & Janeiro, 2012). Este conhecimento dá-lhes a oportunidade de uma prestação de cuidados holística e significativa para a pessoa, família ou comunidade a quem prestam cuidados, demonstrando a compreensão que os mesmos possuem relativamente às suas crenças, valores, ambiente onde estão inseridos, entre outros, facilitando na satisfação das necessidades e vontades das pessoas, famílias ou comunidades.

1.2 ENQUADRAMENTO DO FENÓMENO EM ESTUDO

A morte é consequência própria da vida humana, não sendo possível dissociá-la do espaço social que todos nós partilhamos. Esta existe desde o princípio do mundo, sendo considerada por muitos um tema sagrado e não discutível. Ao longo dos anos as opiniões e conceitos foram sendo alterados através de aspetos filosóficos, sociais, religiosos, biológicos, legais ou culturais. Assim, a morte passou a ser entendida como um processo de morrer e não apenas como um acontecimento isolado (Xavier et al., 2014).

À ideia de morte está associado um conjunto de conceções relacionadas às experiências, histórias de vida e vivências de cada indivíduo numa determinada cultura. Assim, os significados individuais que são atribuídos ao conceito de morte têm relação com a idade, experiências familiares diante da perda, a crença religiosa, a fé, a cultura, bem como as convicções e valores pessoais e sociais (Kovács, 2005).

A cultura é definida como o conjunto de valores, crenças, normas e práticas de vida de um determinado grupo, aprendidos, partilhados e transmitidos que orientam o pensamento, decisão e ação, de forma padronizada (Leininger, 2002). Assim, cabe aos enfermeiros a responsabilidade própria de se capacitarem de modo a prestarem cuidados culturalmente competentes fazendo respeitar o que está presente no Artigo 103.º do Código Deontológico da OE, que refere que o enfermeiro tem o dever de respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual de cada pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 82-83).

A diversidade cultural do cuidado indica a variação de significados, padrões, valores ou símbolos de cuidado que são culturalmente originários dos Homens para garantir o seu bem-estar ou aperfeiçoamento de uma condição ou para enfrentar a morte, sendo assim, definido cuidado cultural como aquele em que os valores, crenças e expressões padronizadas auxiliam, facilitam, sustentam ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter o seu bem-estar, saúde, lidar com a doença ou a morte (Leininger, 2002).

No sistema cultural, a religião fornece respostas e sentido à vida para quem procura. A religiosidade permite à pessoa compreender os significados dos eventos como algo parte de um propósito maior, mediante a crença de que nada acontece por acaso, dando sentido e significado aos acontecimentos (Xavier et al., 2014). A religião diz respeito a um sistema fixo de compromissos ideológicos, onde podem ou não estar presentes alguns elementos pessoais dinâmicos, enquanto que a espiritualidade é a parte subjetiva da experiência da religião em cada pessoa (Lalani & Ali, 2020).

Inerente ao contexto cultural e religioso estão presentes diversos rituais que lhes conferem uma identidade e estilo próprios. Estão presentes em todas as culturas e podem ou não possuir cariz religioso (Guilouski & Costa, 2012). Pode-se ainda afirmar, que um ritual tem importante significância no que diz respeito à demonstração de sentimentos coletivos como símbolos míticos, ou determinantes de alguma essência religiosa (Dias, 2010).

O ritual é uma ação procedida por consequências reais, possuindo uma linguagem única e obedecendo a uma lógica, tendo finalidade, estrutura e causa, acrescentado aos participantes um resultado real. Os rituais são apreendidos, repetidos e repassados, de indivíduo para indivíduo, de geração para geração, tendo como função manter a cultura integrada e estabelecer ligações com o passado dos indivíduos envolvidos (Dias, 2010).

Salientar que os ritos remetem para o ato de travessia de fronteiras, seja fisicamente ou em algum aspeto da vida social do indivíduo. Assim, os rituais propiciam diversas passagens sendo uma delas a morte (Dias, 2010).

Os enfermeiros têm o dever de considerar a relação existente entre a pessoa de quem cuidam e a sua cultura, religião e/ou espiritualidade, respeitando e acolhendo as ideias e experiências que estes vivenciaram ao longo da sua vida, de modo a contribuírem para um cuidado mais humanizado, holístico e congruente. Os Artigos 102.º e 108.º do Código Deontológico referem que o enfermeiro tem o dever de respeitar e fazer respeitar as opções culturais e religiosas da pessoa e criar condições para que a mesma as possa exercer, assim como, defender e promover o direito da pessoa à escolha do local onde quer morrer e das pessoas que estarão junto dela, e por fim devem respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 82, 85).

No decorrer do meu percurso profissional e pessoal constatei a extrema preocupação, por parte dos enfermeiros, com a pessoa em fim de vida, assim como sua respetiva família, no

que diz respeito ao alívio da dor e sofrimento físico. No entanto, considero que por vezes não é dada a devida atenção à vertente espiritual do sofrimento, sendo esta parte integrante da pessoa e/ou família. Para que o cuidar seja culturalmente congruente é fundamental que o enfermeiro esteja desperto para esta rede complexa de crenças de modo a respeitar a pessoa como um todo e que o cuidado prestado seja efetivamente individualizado, único e holístico. A nossa exigência, enquanto enfermeiros, deverá ir muito mais além da competência técnica e científica exigida, tendo que abarcar a competência cultural. Sendo responsabilidade do enfermeiro os cuidados que antecedem a morte assim como os cuidados ao corpo pós-morte, julgo pertinente o conhecimento acerca de como são realizados estes cuidados nas cinco religiões com maior expressão no mundo.

Posto isto e após uma pesquisa sobre o estado da arte relativamente aos cuidados ao corpo pós-morte nas religiões do mundo, percebi que as cinco mais mencionadas eram o Cristianismo, Islamismo, Budismo, Judaísmo e o Hinduísmo. De salientar que um estudo demográfico conduzido pelo PEW Research Center's Forum em 2010, menciona que 32% população mundial é cristã, 23% muçulmana, 15% hindu, 7% budistas e 0.2% judeus. Em Portugal, de acordo com os Censos 2021, cerca de 80.2% população portuguesa é católica, 0.42% muçulmana, 0.033% judaica, 0.22% hindu e 0.19% budista.

Ainda aquando da pesquisa sobre o estado da arte relativamente aos rituais pós-morte, deparei-me com a existência de pouca informação, várias lacunas e o conhecimento muito disperso nos diferentes textos (livros, artigos científicos) pelo que decidi realizar uma *scoping review* sobre a temática com a seguinte questão de investigação: “Qual a evidência disponível acerca dos rituais de morte nas cinco religiões com maior expressão no mundo?”, tendo obtido os resultados que posteriormente passarei a apresentar.

1.3. METODOLOGIA

A *scoping review* apresentada de seguida neste relatório tem como finalidade responder à questão de investigação definida, de modo a mapear e avaliar a extensão, a variedade e a natureza da literatura sobre os cuidados ao corpo após a morte nas principais religiões do mundo, tendo como palavras-chave: *Islamismo, Judaísmo, Cristianismo, Budismo, Hinduísmo, cuidados pós-morte, religiões, rituais*.

A pesquisa foi realizada em diferentes bases de dados nomeadamente SciELO, B-ON e Google Académico, entre janeiro e março de 2022. A pesquisa nas bases de dados

mencionadas foi realizada com recurso a uma extensa lista de descritores, devido não só à subjetividade subjacente a este tema bem como às diversas palavras encontradas aquando da verificação do estado da arte que se aplicam a esta pesquisa.

De acordo com a questão de investigação defini, de acordo com a metodologia PCC, a equação de pesquisa utilizando os operadores booleanos OR e AND (APÊNDICE I). Para a questão de investigação formulada não se aplicava a definição de Contexto (C), pois o pretendido era encontrar literatura que mencionasse os diversos rituais postmortem em qualquer situação, pelo que não irá estar presente na equação de pesquisa.

Houve ainda a necessidade de serem definidos quais os critérios de inclusão e exclusão da literatura encontrada, pelo que se encontram expostos no APÊNDICE I, onde consta o protocolo da *scoping review*.

1.4. RESULTADOS

A amostra inicial inclui um total de 7896 artigos, que após a seleção dos mesmos ficou um total de 19 artigos incluídos nesta *scoping review*. Na sistematização do processo de inclusão dos estudos utilizou-se a metodologia PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis) (Liberati et al., 2009) (APÊNDICE II).

Posteriormente à seleção dos estudos a integrarem a *scoping review*, definiu-se quais seriam as informações a serem extraídas de cada estudo selecionado, utilizando um instrumento, de forma a reunir e sintetizar as informações mais pertinentes. As tabelas de extração de cada estudo selecionado, onde consta o autor ou autores do estudo, o objetivo do mesmo, quais os resultados obtidos e as conclusões do estudo, constam do APÊNDICE III.

Dos 19 artigos selecionados, correspondentes aos diferentes rituais de morte nas cinco principais religiões do mundo, 8 dizem respeito ao Islamismo, 2 relacionados com os rituais presentes no Budismo, 1 relacionados com os rituais Hindus, 1 relacionado com os rituais presentes na religião Católica, 1 relacionado com os rituais presentes no Judaísmo e 6 artigos que abordam os rituais presentes nas cinco religiões mencionadas.

De seguida irei apresentar os resultados encontrados nos artigos selecionados dividindo-os de acordo com as cinco diferentes religiões apresentadas.

Islamismo

Para os muçulmanos a envolvimento da família mais próxima, assim como de amigos, é de extrema importância principalmente no período que antecede a morte e quando a mesma ocorre, assim os profissionais de saúde devem assegurar, sempre que possível, a presença dos mesmos junto à pessoa em fim de vida. Devem ainda ser assegurados espaços próprios para que seja possível a visita dos que são mais próximos à pessoa, assim como tempos e espaços de oração, visto que no islamismo é regra serem praticados 5 momentos de oração a partir dos 10 anos. A morte para os muçulmanos é esperada com autocontrole, paciência e oração, estando incluída na mesma a leitura do Alcorão (Bloomer & Hons, 2013; Carey & Cosgrove, 2006; Gatrad & Sheikh, 2002b; Miklancie, 2007). Antes de qualquer momento de oração, é prática que seja realizada cinco vezes uma higienização (wudu), sendo que deverá ser providenciada uma garrafa de água junto das pessoas para que esta prática seja realizada. No caso de a pessoa se encontrar acamada ou restrita ao leito, é necessário a ajuda dos profissionais de saúde para desempenhar estas práticas. A oração, para os muçulmanos, é uma prática diária e, apesar de a pessoa poder estar fisicamente mais debilitada, as mesmas podem ser executadas no leito através da simulação de ações ou através da prática de “oração pela mente” (Gatrad & Sheikh, 2002b; Sarhill et al., 2001).

No Islamismo as orações são realizadas com as pessoas viradas para Meca, e sempre que for possível, a cama da pessoa deverá estar orientada nesta direção (Al-Shahri, 2016; Bloomer & Hons, 2013; Carey & Cosgrove, 2006; Gatrad & Sheikh, 2002b; Miklancie, 2007; Pattison, 2008; Sarhill et al., 2001). Por vezes, devido aos espaços em que a pessoa se encontra internada, poderá existir alguns constrangimentos em realizar este ato, contudo o mesmo deverá ser facilitado, se possível, ou no caso de não ser possível a família e a pessoa deverão ser informadas de que tal não é possível e o motivo do mesmo, como sinal de respeito pela pessoa e sua família, e à sua religião (Bloomer & Hons, 2013).

Durante os seus últimos momentos de vida e, se a pessoa estiver apta a fazê-lo, as comunidades islâmicas encorajam a pessoa que está a morrer a recitar a Shahadah, que é uma declaração ou testemunho de fé ao seu Deus (Alá) em que reafirmam a fé em Deus e no seu único profeta, Maomé, acreditando assim, que a alma da pessoa entrará no paraíso. É o momento ideal para que seja pedido o perdão a Deus se durante a vida realizou algum ato que fosse causar mal a outrem (Bloomer & Hons, 2013; Carey & Cosgrove, 2006; Chakraborty et al., 2017; Gatrad & Sheikh, 2002b; Miklancie, 2007; Pattison, 2008; Sarhill et al., 2001). Esta recitação, se necessário, poderá ser auxiliada por uma pessoa sábia,

normalmente um membro da família ou um amigo, que se senta à cabeceira da pessoa em fim de vida e lhe fala da grande generosidade de Alá e o ajuda a recitar a Shahadah e a realizar a leitura do Alcorão (Al-Shahri, 2016; Miklancie, 2007; Puchalski et al., 2004). São ainda encorajados a beber água sagrada (Zam Zam), um processo denominado de “Sakrat”, que é obtida dos poços de Meca na Arábia Saudita. Esta água poderá ser dada à pessoa em fim de vida para a mesma beber ou então ser aplicada em várias partes do seu corpo, sendo a mesma trazida pelos seus familiares ou amigos próximos. Cabe aos profissionais de saúde garantir que esta água não é desperdiçada inadvertidamente, pois será considerado uma ofensa à pessoa em fim de vida e sua família (Gatrad & Sheikh, 2002b).

Quando ocorre a morte de algum muçulmano, idealmente não deverá ser tocado o corpo por 30 minutos, devendo o mesmo ser tratado com o máximo de respeito e cuidado, visto que para os muçulmanos só deixa de existir dor no momento em que a pessoa é enterrada (Al-Shahri, 2016; Bloomer & Hons, 2013; Pattison, 2008). Assim, os seus olhos e boca deverão ser fechados, devendo o maxilar inferior ser enfaixado, os seus membros deverão ser endireitados, as articulações deverão ficar em flexão e a face deverá ser orientada em direção a Meca, sendo que os pés da mesma não poderão ficar em direção a Meca, podendo esta ação causar tristeza no seio familiar. Sempre que alguma destas ações não seja possível de ser realizada deverá ser explicado o motivo à família (Al-Shahri, 2016; Bloomer & Hons, 2013; Gatrad & Sheikh, 2002a; Pattison, 2008; Sarhill et al., 2001; Yasien-Esmael & Rubin, 2005). Estas ações poderão ser realizadas por enfermeiros, no caso de não existirem familiares presentes, assegurando que este contacto deverá ser realizado por alguém do mesmo género, a não ser que a pessoa esteja em idade pré-puberdade, e que tenha, durante o procedimento, luvas calçadas (Dimond, 2004; Gatrad & Sheikh, 2002a; Pattison, 2008).

O ritual de lavagem do corpo após a morte (Ghusl) é realizado de acordo com a lei islâmica, podendo levar cerca de 1h a ser completado. Em primeiro lugar, é recomendado que sejam lavadas quaisquer impurezas que estejam presentes no corpo. É recomendado a realização do wudu (ritual realizado antes das orações), com uso de luvas e utilizando uma esponja, que consiste na lavagem das mãos e braços até à zona dos cotovelos, pés, face, pescoço e orelhas, posto isto é realizada a lavagem do nariz e boca com água, antes de realizar o ghusl, que consiste na lavagem de todo o corpo. O corpo é virado para o lado esquerdo e água quente é espalhada pelo lado direito, e posteriormente vice-versa, sendo realizado este processo três vezes. O corpo todo deverá ser lavado diversas vezes, três ou se necessário cinco ou sete

(Bloomer & Hons, 2013; Sarhill et al., 2001; Venhorst, 2012). Poderá ser adicionado à água da ablução perfume, ervas, água de rosas, lotus, cânfora e hena, muitas vezes este ritual de lavagem com adição de elementos é realizado na mesquita. A lavagem do corpo é considerada um ritual de purificação do morto, devendo ser desempenhado, se possível, por um muçulmano que conhece o processo. Normalmente, o corpo de um homem deverá ser lavado apenas por homens e o corpo de uma mulher deverá apenas ser lavado por mulheres. Contudo, a mulher poderá lavar o corpo do seu marido e é permitido que o corpo de uma criança seja lavado por pessoas do sexo oposto (Bloomer & Hons, 2013; Gatrad & Sheikh, 2002a; Miklancie, 2007; Sarhill et al., 2001; Venhorst, 2012; Yasien-Esmael & Rubin, 2005).

Posteriormente o corpo é envolvido em três peças, no caso de ser homem, e em cinco peças no caso de ser mulher, de roupa simples e de cor branca (Kafan), sendo este processo normalmente desenvolvido por duas pessoas do mesmo sexo e da mesma comunidade ou família da pessoa que morreu, sempre que seja possível (Bloomer & Hons, 2013; Gatrad & Sheikh, 2002a; Miklancie, 2007; Sarhill et al., 2001; Venhorst, 2012; Yasien-Esmael & Rubin, 2005). Normalmente, as mulheres são vestidas da cabeça aos pés com exceção da face, e os homens são cobertos da cintura até aos joelhos (Sarhill et al., 2001). O envolvimento do corpo em vestes brancas e simples simboliza a igualdade de todos perante Deus (Bloomer & Hons, 2013; Gatrad & Sheikh, 2002a; Miklancie, 2007; Venhorst, 2012; Yasien-Esmael & Rubin, 2005). No caso da pessoa que faleceu ser jovem, poderá ser vestida com peças de roupa de noivo ou noiva (Yasien-Esmael & Rubin, 2005). O processo de lavagem do corpo e envolver o mesmo nas peças de roupa deverá ser realizado, se possível, numa mesquita no caso de serem homens, ou em casa, no caso de serem mulheres, pois as tradições islâmicas referem que uma mulher não está autorizada a entrar numa mesquita. Contudo vários hospitais, principalmente no Reino Unido, cada vez mais têm um papel ativo ao irem ao encontro das necessidades destas comunidades e conseguem providenciar um local perto da morgue para que estes rituais sejam desempenhados (Gatrad & Sheikh, 2002a; Yasien-Esmael & Rubin, 2005).

Deverá ser possível a libertação do corpo da pessoa que morreu para a família o mais rápido que for possível ao Hospital, sendo que a família deverá ser avisada o mais rapidamente possível acerca do óbito, isto porque o enterro deverá ser realizado o mais rápido possível, caso contrário deverão ser fornecidas explicações à família relativamente ao motivo do

atraso (Gatrad & Sheikh, 2002a; Pattison, 2008). Em muitos países com predominância da religião muçulmana o mesmo ocorre num intervalo entre 3-4 horas do momento da morte, com intuito de que os familiares possam iniciar o mais rapidamente possível o luto do ente querido e que não haja um grande alarido e demonstração de emoções respetivamente ao sucedido. Normalmente, no momento do enterro as mulheres ficam em casa e são os homens que acompanham o corpo até ao enterro do mesmo, devido às demonstrações de emoções que mencionei anteriormente (Gatrad & Sheikh, 2002a).

As condolências poderão ser direcionadas à família imediatamente após a morte, sendo que não há um tempo limite para estas serem oferecidas. Contudo, algumas comunidades muçulmanas seguem a tradição do limite de três dias após o enterro. Assim, deverá ser questionado à família qual a regra e hábito que seguem (Al-Shahri, 2016).

Hinduísmo

No hinduísmo existem vários rituais de passagem (*samskara*), como em outras religiões, que têm um papel fundamental no que diz respeito ao cuidado espiritual e dão expressão às aspirações e ideais presentes nesta religião. Estes costumes, rituais, ritos e cerimónias são o que, para os hindus, lhes dá significado e propósito para a vida e a morte. Estes sacramentos possuem uma utilidade prática e fazem parte integral do cuidado que é associado à morte e ao luto (Puchalski & O'Donnell, 2005).

Os rituais de morte Hindu poderão ocorrer durante um longo período de tempo, sendo que este poderá ser dividido em nove etapas: (1) a preparação da pessoa hindu para a morte, que poderá ser vista como uma preparação que ocorre durante toda a vida da pessoa, mas que só tem início quando o momento da morte se aproxima; (2) os rituais no momento de morte; (3) a preparação do corpo; (4) o cortejo fúnebre até ao local de cremação do corpo; (5) o depositar o corpo ao local onde irá ser cremado; (6) os rituais que dizem respeito à recolha das cinzas após a cremação no terceiro ou quarto dia; (7) os rituais em nome da alma da pessoa falecida (*preta*), que abrange o período de tempo entre o décimo segundo e o décimo terceiro dia, onde ocorrem várias cerimónias que permitam que tenha lugar um novo corpo espiritual e que se torne num ancestral; (8) as cerimónias que marcam o fim do tempo impuro e o fim do período de luto; (9) os rituais comemorativos; Todos os rituais deverão ser executados na perfeição, caso contrário o falecido permanecerá para sempre como *preta* e nunca será incorporado como *pitr* (Mohkamsing-den Boer & Zock, 2004).

A relação entre a samskara com o tempo após a morte é de extrema importância para os hindus, visto que, o mundo que virá após a morte tem mais valor do que a vida presente. O pandita (padre no hinduísmo) pode ser muito útil nos cuidados espirituais prestados à pessoa em fim de vida, por exemplo, este poderá estabelecer um diálogo com a pessoa em fim de vida sobre a filosofia perante a morte no hinduísmo e ler para a pessoa alguns textos hindus. Este pode ainda auxiliar a pessoa com a puja, que é o ato de adoração para os hindus, e trazer para a pessoa água do rio Ganges, considerado como um rio sagrado e a sua água é sagrada, como forma de conforto para a pessoa em fim de vida. A família poderá colocar umas gotas desta água e tulsi (folha de manjeriço) na boca da pessoa que está em fim de vida, pois acreditam que esta ação ajuda na purificação da pessoa. Acreditam que a sua alma irá descansar em paz e assim será capaz de atingir o “moksha”, ou seja, a libertação da samsara, que para os hindus é o ciclo de nascimentos, morte e renascimentos a que todas as almas estão sujeitas (Mohkamsing-den Boer & Zock, 2004; Pattison, 2008; Puchalski & O'Donnell, 2005).

A pessoa em fim de vida poderá desejar que seja trazida uma estátua ou imagem do Deus adorado pela família e colocá-la junto à cabeceira. As famílias poderão desejar acender uma pequena lamparina a óleo e queimar incenso no quarto onde a pessoa se encontra, sendo objetivo deste ritual a aromaterapia, devendo por parte dos profissionais de saúde haver consideração e respeito por estes pedidos e facilitar que os mesmos sejam cumpridos, sempre que possível, tendo em consideração o serviço e as restantes pessoas. No caso de não ser possível queimar incenso e acender uma lamparina a óleo, poderá ser usado em substituição, difusores elétricos de aromaterapia ou uma vela perfumada, que serão colocados num dos cantos do quarto. A luz simboliza o facto de a pessoa estar mais próxima do plano de Deus do que do plano terreno e os paus de incenso são utilizados com o propósito de aromatizar o ambiente envolvente da pessoa, que possibilitará que a alma descanse em paz. No caso de os familiares serem impedidos de realizar estes rituais sagrados, os mesmos acreditam que a alma da pessoa será impedida de ingressar na próxima jornada (Dimond, 2004; Puchalski & O'Donnell, 2005).

Algumas pessoas em fim de vida precisam das suas contas de oração por perto, pelo que estas devem ser colocadas nas suas mãos de modo a providenciar conforto à pessoa. Muitos hindus preferem morrer em casa, contudo isto nem sempre é possível. Por isso, os enfermeiros deverão estar cientes dos rituais e cerimónias associadas ao Hinduísmo durante

a fase terminal e na morte. Devem ainda assegurar que as famílias tenham oportunidade, sempre que possível, de desempenhar os rituais e cerimónias necessárias, com o máximo de privacidade possível (Puchalski & O'Donnell, 2005).

Quando a pessoa se aproxima do momento da sua morte, a família irá realizar o canto “ram ram” ou “om” e recitar algumas passagens do Bhagavad-Gita. Normalmente, os padres Hindu preferem ser eles a realizarem este ritual, contudo na sua ausência qualquer pessoa poderá ler passagens do Bhagavad-Gita. Algumas palavras religiosas ou mantras são sussurrados aos ouvidos da pessoa em fim de vida. Um fio com significado religioso será atado ao pulso ou pescoço por um padre, sendo que todos os objetos religiosos que a pessoa possa ter não devem ser removidos. A pessoa em fim de vida poderá optar entre deitar-se no chão a fim de estar mais próxima da Mãe Terra no momento da sua morte. Normalmente os familiares querem estar presentes no momento da morte da pessoa, sendo que os prestadores de cuidados deverão ser sensíveis para estas necessidades e sentimentos e permitir que pelo menos um familiar do sexo feminino esteja junto da pessoa no seu momento de partida. Os familiares não gostam que os seus entes queridos morram sem a presença de alguém da família próxima, pois existe a necessidade de realizar os últimos rituais enquanto a pessoa está a morrer. No caso de os familiares não estarem presentes no momento de morte da pessoa, deverão ser notificados imediatamente com o intuito de organizarem os rituais de morte e as cerimónias que se precedem, sendo as mesmas desempenhadas por um padre Hindu Brahmin, visto que não podem ser desempenhadas por um homem hindu que não seja padre (Dimond, 2004; Pattison, 2008; Puchalski & O'Donnell, 2005).

Após a morte de um hindu, os profissionais de saúde devem tocar o menos possível no corpo, sendo que se houver a necessidade de o fazer deverão usar luvas ou se o corpo estiver embrulhado num lençol, idealmente a família será a única a poder fazê-lo. Logo após a morte, o corpo deverá ser colocado no chão, preferencialmente com a cabeça voltada para o norte, isto poderá não ser possível realizar num hospital havendo necessidade de o mesmo ser explicado à família (Dimond, 2004; Pattison, 2008). Apenas pessoas do mesmo género podem lidar com o corpo após a morte, principalmente quando tem lugar a limpeza e o processo de vestir. A limpeza inicial do corpo poderá ser realizada por um enfermeiro, desde que este seja do mesmo género que a pessoa que morreu. Contudo, a limpeza e lavagem final do corpo deverá ser desempenhada pela família, sendo que após a mesma é aplicado no corpo uma pasta feita com sândalo, curcuma e o corpo é decorado com joias. Algumas famílias

optam por cobrir o corpo com vestes vermelhas, enquanto outras preferem que sejam utilizadas novas vestes. Algumas pessoas, antes de morrerem, escolhem ser vestidas com as suas vestes de casamento, que são denominados de saris no caso de ser mulher, ou dhotis no caso de ser um homem (Pattison, 2008; Puchalski & O'Donnell, 2005).

O certificado de óbito da pessoa deverá estar pronto no mesmo dia em que a morte ocorre, isto porque normalmente, as cremações hindus ocorrem entre 24-48h após o momento da morte (Puchalski & O'Donnell, 2005).

Budismo

No budismo uma morte em que a pessoa tenha a capacidade de estar completa e totalmente consciente da sua morte e do momento em que irá morrer é considerado como uma condição ideal para que a morte ocorra. A pessoa irá querer estar num ambiente silencioso enquanto completa algumas práticas especiais de oração e meditação, como a da transferência de consciência (Smith-Stoner, 2005). O tempo para a meditação é fundamental, pois é através dela que os budistas conseguem atingir o que denominam de iluminação. Assim, podem ser algo relutantes a alguns tipos de medicação que lhes possam toldar a mente e o discernimento (Carey & Cosgrove, 2006).

Nesta religião não é considerado benéfico para a pessoa em fim de vida a permanência de familiares ou amigos junto da mesma durante o período de morrer e quando ocorre a morte, principalmente se estes estiverem emocionalmente transtornados com a situação de saúde e a proximidade da morte do seu familiar. Os budistas em fim de vida evitam estar rodeados de pessoas que possam perturbar o seu estado de consciência face a si próprio e ao mundo que o rodeia, assim não é aconselhado que estejam pessoas próximas a chorar ou emocionalmente perturbadas. Assim, não é incomum que os familiares e amigos deixem o local onde a pessoa está se os mesmos não forem capazes de controlar as suas emoções, permanecendo num estado de espírito tranquilo e calmo, ou mantendo o seu próprio estado meditativo (Chakraborty et al., 2017; Smith-Stoner, 2005).

Apesar de fazer parte da filosofia budista entender o sofrimento como algo que faz parte da condição humana, geralmente existe um desejo de, sempre que possível, evitá-lo. No geral, as pessoas praticantes desta religião querem permanecer o mais confortável e alerta quanto possível, para que estejam aptos a praticar a sua fé e serem visitados pelos seus entes queridos (Smith-Stoner, 2005, 2006).

A preparação para a morte é um tema central nesta religião. O livro mais útil e sábio para os budistas sobre a morte e o morrer é o livro tibetano da morte, onde está descrito todas as etapas detalhadas sobre o processo de morte. Normalmente, a família ou voluntários podem ler algumas das passagens deste livro à pessoa em fim de vida, no caso de não haver ninguém disponível para o fazer, os profissionais de saúde poderão colocar algumas cassetes, discos ou outro elemento, que não seja telemóvel, junto da pessoa para que ela possa ouvir estas passagens (Smith-Stoner, 2006).

No geral, o mestre budista da pessoa em fim de vida deverá ser considerado no plano de cuidados que for estabelecido para a pessoa, o mais cedo possível. No caso de este professor não estar disponível, um membro de confiança pertencente à sangha, que é a comunidade de budistas praticante, deverá ser chamado e auxiliar os profissionais de saúde a cumprir as vontades da pessoa no que à religião e momentos de fim de vida dizem respeito (Carey & Cosgrove, 2006; Smith-Stoner, 2006).

Muitos budistas preferem ter nos seus quartos ou espaços de internamento um altar com alguns objetos e fotos religiosas, sendo que neste altar também poderá estar presente algumas velas, incenso, sinos e flores. Algumas pessoas budistas também usam alguns preparados com ervas e é importante que os profissionais de saúde saibam qual é que deve ser usado e em que momento (Carey & Cosgrove, 2006; Smith-Stoner, 2005, 2006). Deverá ser mantido um ambiente pacífico e determinar com a pessoa quem esta gostaria de ter presente no momento da sua morte, sendo que a escolha poderá ser a de ficar sozinha no momento da sua morte, como foi mencionado anteriormente (Smith-Stoner, 2005, 2006). Alguns budistas poderão usar jóias com a imagem de Buddha, e estas deverão permanecer o máximo de tempo possível e serem tratadas com respeito e solenidade (Smith-Stoner, 2006).

Poderá ser requisitado um quarto o mais longe possível da sala de enfermagem com um companheiro de quarto que seja pacífico e harmonioso. É importante que se estabeleça com a pessoa qual será o seu local de morte e quem estará presente no momento de morte (Smith-Stoner, 2006). Para estas pessoas é muito importante a qualidade dos pensamentos e a clareza mental de todos os que o rodeiam pois acreditam que irá interferir com o processo de renascimento, assim é importante que os profissionais de saúde antes de entrarem no quarto de um budista tenham um tempo para eles, para respirarem fundos, aclararem a mente e relaxarem. Durante cada visita ao quarto deverá ser dispensado algum tempo em silêncio, e

evitar conversas fúteis que em nada beneficiem a pessoa e que perturbem o seu estado de espírito (Pattison, 2008; Smith-Stoner, 2005).

Cada uma das escolas budistas têm os seus próprios rituais relacionados com a morte, sendo imperativo que os profissionais de saúde questionem a pessoa sobre quais os rituais que para ela lhe fazem sentido serem cumpridos e realizados. Estes rituais são uma parte muito importante das orações e meditações diárias ao longo da vida de um budista. Assim, as pessoas desta religião preparam-se ao longo da vida para aquele que consideram o momento mais importante das suas vidas, a morte (Smith-Stoner, 2006).

Para os budistas a chave para uma “boa morte” reside na transferência de consciência. No caso dos budistas Vajrayana, existe um ritual específico denominado P’howa, que ajuda no processo de transferência de consciência, praticado ao longo da vida e durante o processo de morrer, de modo a que a pessoa tenha oportunidade de se adaptar às circunstâncias imprevisíveis da morte e a aceitá-la como parte da vida (Smith-Stoner, 2006). De modo a facilitar este processo, a pessoa deverá ser importunada o mínimo e indispensável, não deverá ser interrompida durante as suas meditações, cujo objetivo é acalmar a mente, ou rituais religiosos, deve ser evitado tocar nas mãos e na zona inferior do corpo; a pessoa poderá necessitar de ajuda para se sentar na cama, com o intuito de realizar as suas práticas religiosas, ou deitar-se sobre o lado direito, visto ser a posição em que Buddha morreu; deverá tocar-se gentilmente no topo da cabeça da pessoa enquanto ocorre o processo de morrer de modo a atrair o foco da pessoa para cima (Chakraborty et al., 2017; Smith-Stoner, 2005, 2006).

Deverá ser confirmado com a família a intenção de lavar o corpo da pessoa após a sua morte, pois muitas vezes este passo não é necessário, sendo apenas pedido que se enrole o corpo num lençol (Carey & Cosgrove, 2006; Pattison, 2008). Usualmente, os budistas não têm regras dogmáticas sobre como querem que o corpo de uma pessoa budista seja tratado, desde que o processo seja desempenhado respeitosamente. Para os budistas o mais importante é o modo como a pessoa morre e a capacidade que a mesma tem para através da prática da meditação atingir um estado de paz e clareza mental que possibilitará o renascimento numa próxima vida (Dimond, 2004).

O corpo deverá permanecer imperturbável durante o maior tempo possível logo após a morte, no mínimo 1h, pois os budistas acreditam que o processo de morrer se dá ao longo de

3-4 dias após o momento em que se determina a morte clínica, considero o tempo necessário para que a consciência da pessoa abandone o corpo (Pattison, 2008; Smith-Stoner, 2005, 2006). Em algumas circunstâncias esta transferência de consciência ocorre logo imediatamente após a morte, noutras é necessário que sejam realizados alguns rituais e orações para que o processo fique completo e, por isso, o corpo deverá permanecer intocado (Smith-Stoner, 2006).

Judaísmo

No judaísmo o tema da morte é abordado segundo um código de conduta e regras, que ajudam a criar um diálogo construtivo entre a ação e a emoção. Assim, ao definir-se como terá que ser a reação de uma pessoa judaica à dor e à perda de acordo com os rituais e observação, é possível encontrar-se conforto na morte através de um modo concreto e descrito (Gabbay & Fins, 2019).

Estes rituais incluem um período de preparação para o funeral por parte da família do morto, denominado de *aninut*. Incluem ainda o rasgar de uma peça de roupa como sinal de luto pelo ente querido, denominado *kriah* (Gabbay & Fins, 2019). Tradicionalmente, no judaísmo não existem muitos rituais específicos antes de ocorrer a morte da pessoa, muitas vezes poderá ser solicitado a presença de um Rabi, e junto com a família são recitados alguns salmos e orações em nome da pessoa em fim de vida (Carey & Cosgrove, 2006). Perto do momento de morte, deverá ser recitada uma oração denominada *tzidduk hadin*, que deverá ser dita pelas pessoas em fim de vida ou por familiares em nome da pessoa com o intuito de pedir perdão a Deus e pedir coragem para aceitar o julgamento final de Deus (Puchalski et al., 2004; Puchalski & O'Donnell, 2005).

No caso de não haverem familiares da pessoa por perto ou forma de os contactar atempadamente durante o processo de morrer, deverá ser contactado o Rabi e a sinagoga local, de modo a que ocorram os preparativos necessários para o processo de morrer da pessoa e posteriormente para o seu funeral (Dimond, 2004; Pattison, 2008).

Quando a pessoa se encontra em fim de vida, se possível, deverá ser aberta uma janela no quarto em que a mesma se encontra, pois no judaísmo este é um ato simbólico que ajudará a alma da pessoa a ir para o Céu quando o momento da morte chegar (Pattison, 2008). Tradicionalmente, após ocorrer a morte da pessoa deverá esperar-se oito minutos antes de

ser colocada uma pena sobre os lábios e/ou nariz da pessoa, de modo a perceber se a mesma ainda respira (Carey & Cosgrove, 2006; Pattison, 2008).

Os olhos da pessoa deverão ser fechados, a mandíbula deverá ser fechada, o corpo deverá ser endireitado e deitado com os pés juntos e os braços ao longo do corpo. Deverá ser colocado o corpo no chão e coberto por um lençol liso e branco, sem presença de emblemas ou logótipos. Os procedimentos mencionados, deverão sempre que possível, ser realizados por um membro da família (Carey & Cosgrove, 2006; Dimond, 2004; Pattison, 2008; Puchalski et al., 2004).

O corpo da pessoa não deverá ser lavado, pois este processo, denominado *tohorah*, será realizado antes do funeral. Sendo que é indicado que os homens executem estes rituais e higiene corporal a homens, e as mulheres o façam a mulheres, de modo que a modéstia e recato sejam mantidos e preservados, mesmo após a morte. Idealmente, as roupas não deverão ser removidas e quando for estritamente necessário tocar no corpo deverão ser usadas luvas, devido à impureza do corpo, segundo esta religião (Pattison, 2008; Puchalski et al., 2004). Alguns membros especializados da *Hevra Kadisha* (Sociedade sagrada funerária) ficam encarregues da purificação do corpo, um processo que é envolto num certo misticismo e secretismo. Este processo dá-se devido à crença que existe no judaísmo, em que os corpos após a morte são impuros, o que é aconselhável a que o contacto com o mesmo seja restrito ao estritamente necessário, assim como existe a necessidade de lidar e limpar o corpo da pessoa de um modo respeitoso e digno (Dimond, 2004; Gabbay & Fins, 2019).

Idealmente, se houver uma sala ou quarto disponível, este deverá ser disponibilizado até ao momento do funeral e o corpo pessoa deverá permanecer deitado de barriga para cima com os pés virados para a porta e velas junto à cabeça. O corpo não deve ficar sozinho até ao momento do funeral como sinal de respeito pelo falecido. Por isso, é denominado um guardião (*shomer*) que permanecerá junto ao corpo, a recitar salmos ou outros textos religiosos. No judaísmo o funeral deverá ocorrer o mais cedo possível, mas não no dia do sabbath (Carey & Cosgrove, 2006; Dimond, 2004; Pattison, 2008; Puchalski et al., 2004).

O funeral é seguido por um processo de luto estruturado e com vários passos, tendo cada um deles diferentes regras e costumes, de acordo com o tempo passado após a morte, na primeira semana é denominado de *shiv'a*, no primeiro mês ocorre o *shloshim*. Após o funeral há um período de luto de sete dias em que os familiares e amigos do falecido se juntam em casa

para comer, orar, falar do ente querido e preparar várias refeições. O luto pelo falecido dura onze meses. O significado simbólico destas regras e costumes dizem respeito a dois processos psicológicos: a rápida separação do corpo físico da pessoa que morreu seguido por um lento processo de transição entre a falta da presença da pessoa que morreu até este ser considerado como uma memória sagrada (Gabbay & Fins, 2019; Puchalski et al., 2004; Puchalski & O'Donnell, 2005).

Catolicismo

Os católicos são um grupo religioso com bastante diversidade, havendo algumas diferenças na representação da sua fé, crenças, valores e rituais de morte. Apesar da diversidade existente, algumas das crenças e práticas que fundamentam esta religião são comuns e incluem a crença em três pessoas num só Deus: Pai, Filho e o Espírito Santo, sendo que Jesus Cristo, é considerado filho de Deus e irmão de todos os católicos, e o seu projeto de vida foi a redenção da humanidade do pecado e do mal, através do Espírito Santo, que é o guia da Igreja através dos discípulos de Jesus Cristo, que passaram a Sua Palavra (Narayan, 2006). Para os católicos a missa é considerado um dos rituais mais sagrados e importantes nesta religião, onde não só os católicos revivem as palavras e ensinamentos de Jesus Cristo, como também recebem a comunhão, símbolo do corpo de Cristo (Narayan, 2006). Na Igreja Católica estão definidos sete Sacramentos, de acordo com as fases ou etapas de vida que a pessoa passa, sendo que a primeira é o batismo e a última a extrema unção, requisitada por muitas pessoas em fim de vida praticantes desta religião (Narayan, 2006).

Para os católicos a vida e a saúde são encarados como uma graça de Deus e a doença e a morte são vistas como estando dependente de Deus ou nas “mãos de Deus”. Os católicos podem rezar a Deus por milagres, como os que Cristo fazia, ou acreditar que a doença e o sofrimento, seja ele de que espécie for, são parte do plano de Deus. A morte, encarada como uma tragédia para os entes queridos que ficam, marca o início de uma nova e alegre vida para o falecido no paraíso (Narayan, 2006; Puchalski & O'Donnell, 2005). Contudo, o paraíso só é possível para aqueles que em vida se redimem dos seus pecados e pedem perdão a Deus pelos mesmo. Isto é possível através do Sacramento da reconciliação ou da Extrema Unção. Para alguns católicos, apesar de pedirem a Deus pelo perdão dos seus pecados, acreditam que têm que sofrer por eles durante um período de limpeza que ocorre entre o momento de transição da morte até ao paraíso, denominado de purgatório (Narayan, 2006).

Quando as pessoas crentes nesta religião se encontram em fim de vida, poderão desejar receber e ter presente no momento da sua morte, um padre, que lhes irá ministrar o Sacramento da Extrema Unção, Sacramento da Reconciliação, Sacramento da Comunhão e recitar alguns salmos e versículos da Bíblia, o livro sagrado para os católicos (Dimond, 2004; Narayan, 2006; Pattison, 2008; Puchalski et al., 2004; Puchalski & O'Donnell, 2005). Se o hospital onde a pessoa se encontra internada tem um capelão, os profissionais de saúde deverão providenciar que o mesmo seja chamado junto da pessoa, se a mesma o desejar, de modo a que seja possível ministrar os Sacramentos mencionados (Dimond, 2004; Pattison, 2008). Durante o ritual da Extrema Unção (conhecido como o Último Ritual), o padre unge a pessoa com óleo, que tem o significado de perdoar todos os pecados que a mesma cometeu em vida. Para receber este sacramento, não é necessário e não é recomendado que a pessoa esteja a enfrentar o processo de morrer. Durante a reconciliação, muitas vezes a pessoa pede para ficar a sós com o padre enquanto revela os seus pecados e pede perdão a Deus pelos mesmos. Na comunhão é importante que seja assegurado o estado clínico da pessoa, assegurando que a mesma é capaz de comungar, em que a pessoa come um pequeno pedaço de pão em simbolismo ao corpo de Cristo. Após a comunhão muitas pessoas requerem algum tempo a sós e em silêncio para realizarem as suas orações (Narayan, 2006; Puchalski et al., 2004; Puchalski & O'Donnell, 2005).

Outro ritual que pode ser realizado é denominado de *Viaticum*, que significa “no caminho contigo”, este ritual é um conjunto de alguns rituais acima mencionados e consiste na leitura das escrituras, renovação do batismo, fazer o sinal da cruz na pessoa e receber a comunhão. No final é dita a frase “ Que Deus te proteja e te guie à vida eterna” e abençoa-se a pessoa em fim de vida, facultando-lhe assim uma conexão com um dos rituais mais importantes da Igreja Católica (Puchalski et al., 2004).

Devido à diversidade da prática do Catolicismo, alguns católicos encontram conforto, esperança e consolo em várias outras práticas religiosas ou desempenho de certos rituais. É importante que os profissionais de saúde procurem saber a que grupo do Catolicismo a pessoa em fim de vida e sua família se inserem. Algumas dessas práticas passam por rezar a Maria, mãe de Jesus Cristo, e a vários Santos que se encontram no paraíso, sendo que algumas pessoas poderão ter o seu Santo favorito e era prática considerar um Santo como padrinho de uma criança, podendo ser escolhido de acordo com a altura do calendário. No Catolicismo existem várias formas de a pessoa rezar e professar a sua fé, entre elas estão a

leitura da Bíblia, participação na eucaristia, recitação dos salmos, cânticos, as novenas e o rosário (Narayan, 2006; Puchalski et al., 2004; Puchalski & O'Donnell, 2005). Os profissionais de saúde têm que estar despertos para os rituais religiosos que a pessoa necessita ou que têm significado para a mesma, facilitando a acessibilidade aos mesmos.

Os católicos usam uma grande variedade de símbolos e objetos que simbolicamente os relembra da sua fé. Alguns destes objetos podem ser um crucifixo, imagens religiosas de Jesus Cristo, Maria ou de alguns Santos, escapulários, medalhas, pequenas estátuas de Jesus Cristo, Maria ou de alguns Santos, velas, água benta e alguns livros religiosos como a Bíblia. Algumas pessoas em fim de vida poderão querer permanecer com estes objetos colocados ou tê-los junto a si no local onde estão internadas até ao momento da sua morte, e cabe aos profissionais de saúde fazer os possíveis para que tal seja possível (Narayan, 2006; Pattison, 2008).

Os cristãos, após a morte, normalmente são envoltos num lençol branco após os braços e pernas ficarem alinhados junto ao corpo (Dimond, 2004). Na Igreja Católica não existem objeções a que uma pessoa que não profetize a mesma fé toque no corpo do falecido (Pattison, 2008).

Os serviços funerários e rituais desempenhados após a morte, no Catolicismo, variam de acordo com as diferentes tradições cristãs (Puchalski et al., 2004).

Da análise dos artigos torna-se evidente que em todas as religiões mencionadas os rituais de morte começam a ser preparados algum tempo antes da pessoa se encontrar em fim de vida, assim como o conhecimento e saber inerentes a estes cuidados são transmitidos de geração em geração ao longo dos tempos nas diferentes religiões. Ainda de ressaltar, que todas elas têm inerente o respeito e cuidado com o corpo após a morte, apesar de no Budismo não estar inerente nenhum cuidado específico ao corpo, pois é considerado de maior importância o modo como a mente da pessoa se encontra no momento que antecede a morte.

Ressalva-se a preocupação transversal às cinco religiões mencionadas acerca da “vida” após a morte. Independentemente da denominação que seja conferida (alma, espírito, mente) há uma preocupação relacionada com esta travessia que se acredita ser feita e que parte dela é favorecida pela forma como o tratamento ao corpo é realizado.

É transversal às cinco religiões a importância da presença de vários objetos significativos e representativos da sua fé ou espiritualidade, principalmente no momento que antecede a

morte e no momento de morte. Assim, cabe aos profissionais de saúde respeitar esta vontade e tomar providências para que tal seja possível.

É ainda de notar, a importância da presença de familiares, assim como do líder espiritual, para a pessoa em fim de vida e para os próprios familiares. Os profissionais de saúde deverão permitir que esta presença seja permitida ou até serem os próprios a requisitar, segundo vontade da pessoa, que estes se façam presentes.

1.5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Das cinco religiões mencionadas, no que respeita aos rituais de morte e cuidados ao corpo pós-morte, a que apresenta características ligeiramente mais distintas é o budismo. É a única religião onde está explícito que as pessoas preferem estar sozinhas no momento de morte, de modo que não sejam perturbadas e desconcentradas da sua meditação. É a única religião, que não apresenta um modo específico de cuidado ao corpo pós-morte.

Os profissionais de saúde devem considerar todos os aspetos inerentes à espiritualidade e religiosidade de cada pessoa, independentemente de a mesma professar uma religião ou não. Os aspetos espirituais e/ou religiosos são, muitas vezes, aquilo que dá significado à vida da pessoa e não podem ser descurados num momento tão importante e, muitas vezes, rodeado de dúvidas, medos e angústias, como é o da morte. Assim, deverá ser sempre questionado à pessoa e/ou família o que esta pretende nos seus últimos momentos de vida, e realizados todos os esforços para que seja providenciado, sendo que, caso não seja possível concretizar este desejo, a pessoa e/ou família possam ser informadas e ser explicado o motivo de impedimento, denotando respeito e consideração tanto pela pessoa em fim de vida, como pela sua família.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS PARA O CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA E FAMÍLIA EM SITUAÇÃO CRÍTICA

Neste capítulo irei abordar todas as atividades desenvolvidas durante os três períodos de estágio que concorreram para o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em SC, definidas no Regulamento n.º 190/2015, Regulamento n.º 140/2019 e no Regulamento n.º 429/2018. Para ilustrar este percurso académico tive presente as competências referidas nos descritores de Dublin para o 2º ciclo de estudos, no diz respeito ao grau de mestre (Despacho n.º 18777/2009, 2009).

Este capítulo encontra-se dividido em três subcapítulos que correspondem aos três locais de estágio onde me foi proporcionado experienciar vários momentos de aprendizagem que muito contribuíram para o desenvolvimento das diferentes competências especializadas.

O Enfermeiro Especialista é um profissional que possui um conhecimento aprofundado nos domínios específicos de Enfermagem, tendo por base na sua ação as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, expressas num conjunto de competências especializadas direcionadas a um campo de intervenção (Regulamento n.º 140/2019).

A OE definiu um conjunto de competências específicas do enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área à Pessoa em SC, que caracterizam o cuidado especializado nesta área, tendo por base os domínios de competências expressos no Regulamento n.º 429/2018. Estas competências definidas, visam balizar a prestação de cuidados especializados de enfermagem tendo como fim a melhoria da qualidade de vida da pessoa, exigindo aos enfermeiros especialistas a conceção, implementação e avaliação de planos de cuidados em resposta às necessidades das pessoas e famílias alvos de cuidados, com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e recuperação perante situações onde são necessários meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento n.º 429/2018). No desenvolvimento destas competências cada enfermeiro orienta o seu pensar e agir de acordo com o referencial teórico que se coaduna com as suas crenças, convicções e conduta profissional.

A Enfermagem contemporânea sustenta-se nas diversas escolas de pensamento que foram emergindo ao longo dos anos, conducentes de uma prática consistente em proficiência e evidência contínua, tendo como centralidade a concetualização numa lógica de Enfermagem Avançada. O conhecimento produzido ao longo do tempo, que estrutura o exercício da profissão, é produto de processos adaptativos e da investigação científica que conduziu ao desenvolvimento das diversas teorias de enfermagem. Uma teoria define-se como uma articulação sistemática de conceitos associados às questões de uma disciplina, aos seus fenómenos e à relação entre os mesmos (Piccoli et al., 2015).

Os vários modelos conceptuais de Enfermagem, emergentes desde a década de 50, trouxeram à disciplina e profissão uma maior facilidade na comunicação em Enfermagem. Os vários modelos de Enfermagem existentes têm várias particularidades em comum, combinando a visão holística e humanista da pessoa com a sua singularidade e autodeterminação, na relação terapêutica entre os enfermeiros e a pessoa. A representação da complexidade da Enfermagem é comum na maioria dos modelos teóricos, e fazendo uma análise dos registos de várias teóricas de enfermagem, Fawcett (2005) reconheceu que os conceitos cuidados de Enfermagem, pessoa, saúde e ambiente estavam presentes de forma explícita em quase todos eles, figurando por vezes nas referidas teorias de forma implícita pelos seus autores. Assim, é possível inferir que a Enfermagem resulta do modo como os enfermeiros percecionam a relação entre os cuidados, a pessoa, a saúde e o ambiente, pelo que a análise dos diferentes modelos de enfermagem terá sempre de ser realizada à luz destes conceitos, uma vez que são transversais a todos eles (Fawcett, 2005).

É importante referir que a OE defende a conformidade do discurso dos enfermeiros com o contexto do exercício da profissão de Enfermagem, pelo que houve necessidade de definir e tornar claro estes conceitos, pois estes constituem-se como enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Ressalvo que, nos três estágios que realizei neste mestrado, estes conceitos na sua envolvimento, acompanharam-me sempre ao longo do percurso, pois apresentam-se como fundamentais na organização e caracterização da disciplina e profissão de Enfermagem, contribuindo para a orientação mental de cada profissional na sua prática de cuidados especializados de modo que seja possível o desenvolvimento de competências especializadas.

Ao longo dos estágios decorridos foi possível identificar quem é a pessoa alvo de cuidados, que neste caso, é a pessoa em situação crítica definida como “(...) aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” (Regulamento n.º 124/2011). A OE (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 9) define que “A pessoa é um ser social e agente intencional de comportamentos baseados nos valores, crenças e nos desejos de natureza individual (...). Os comportamentos da pessoa são influenciados pelo ambiente no qual ela vive e se desenvolve. (...) onde desenvolve processos intencionais baseados nos valores, crenças e desejos da sua natureza individual, (...) no qual cada um de nós vivencia um projeto de saúde.”. Tendo em consideração o tema deste relatório, é essencial que sejam definidos os conceitos metaparadigmáticos à luz do que a teórica Madeleine Leininger define na Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, teoria que me tem subsidiado na construção do pensamento crítico ao longo dos estágios, permitindo o desenvolvimento de intervenções no intuito de uma prática de cuidados especializada e contribuindo sobremaneira para o desenvolvimento de competências específicas. Assim, Leininger na sua teoria refere-se à pessoa, não apenas como um indivíduo singular, mas, como uma parte inserida num todo que é o contexto cultural onde a mesma está profundamente ligada através de um sistema de crenças e valores intrínsecos ao mesmo e que não é possível dissociar. Por isso, quando se considera o conceito pessoa é necessário ter em conta, não apenas a singularidade da palavra, mas interpretá-la como um coletivo se “pessoa” for a família, comunidade, grupo ou instituição (Leininger, 2002; McFarland & Wehbe-Alamah, 2019).

No que ao ambiente diz respeito a OE (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 9) refere que “O ambiente no qual as pessoas vivem e se desenvolvem é constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde.”. Leininger refere algo muito semelhante ao que é definido pela OE como ambiente, a teórica menciona que o ambiente é uma dimensão complexa e com múltiplas facetas nas diferentes culturas e que está em constante influência naquilo que é entendido para a “pessoa” como saúde e cuidados de enfermagem (Leininger, 2002; McFarland & Wehbe-Alamah, 2019).

Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato,

como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total. Tais cuidados exigem observação, colheita e procura contínua, de forma sistémica e sistematizada de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo de cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações, de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil (Regulamento n.º 429/2018). A OE (Ordem dos Enfermeiros, 2001) define como cuidados de enfermagem todos aqueles em que “O exercício profissional da enfermagem se centra na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos de natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem. Assim, no âmbito do exercício profissional, o enfermeiro distingue-se pela formação e experiência que lhe permite compreender e respeitar os outros numa perspetiva multicultural, (...) Do ponto de vista das atitudes que caracterizam o exercício profissional dos enfermeiros, os princípios humanistas de respeito pelos valores, costumes, religiões e de todos os demais previstos no código deontológico enformam a boa prática de enfermagem. Neste contexto, os enfermeiros têm presente que bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas (...)”. Apoiada nesta perspetiva de cuidados culturalmente significantes e competentes, e de acordo com o conjunto de crenças e valores de cada pessoa, Leininger refere-se ao cuidar como um conjunto de ações e atividades orientadas com vista à assistência, apoio ou capacitação de uma pessoa ou grupo para melhorar a forma como vivem, a sua condição humana ou até a morte (Leininger, 2002; McFarland & Wehbe-Alamah, 2019).

Considerando o conceito de saúde, a OE (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p. 8) refere que “(...) é o estado e, simultaneamente, a representação mental da condição individual, o controlo do sofrimento, o bem-estar físico e o conforto emocional e espiritual. Na medida em que se trata de uma representação mental, trata-se de um estado subjetivo; (...) A representação mental da condição individual e do bem-estar é variável no tempo, ou seja, cada pessoa procura o equilíbrio em cada momento (...) a saúde é reflexo de um processo dinâmico e contínuo; toda a pessoa deseja atingir o estado de equilíbrio que se traduz no controlo do sofrimento, no bem-estar físico e no conforto emocional, espiritual e cultural.”. Para Leininger a saúde é um estado de bem-estar culturalmente definido, valorizado e

praticado, que reflete o modo como as “pessoas” desempenham as suas atividades diárias (Leininger, 2002; McFarland & Wehbe-Alamah, 2019).

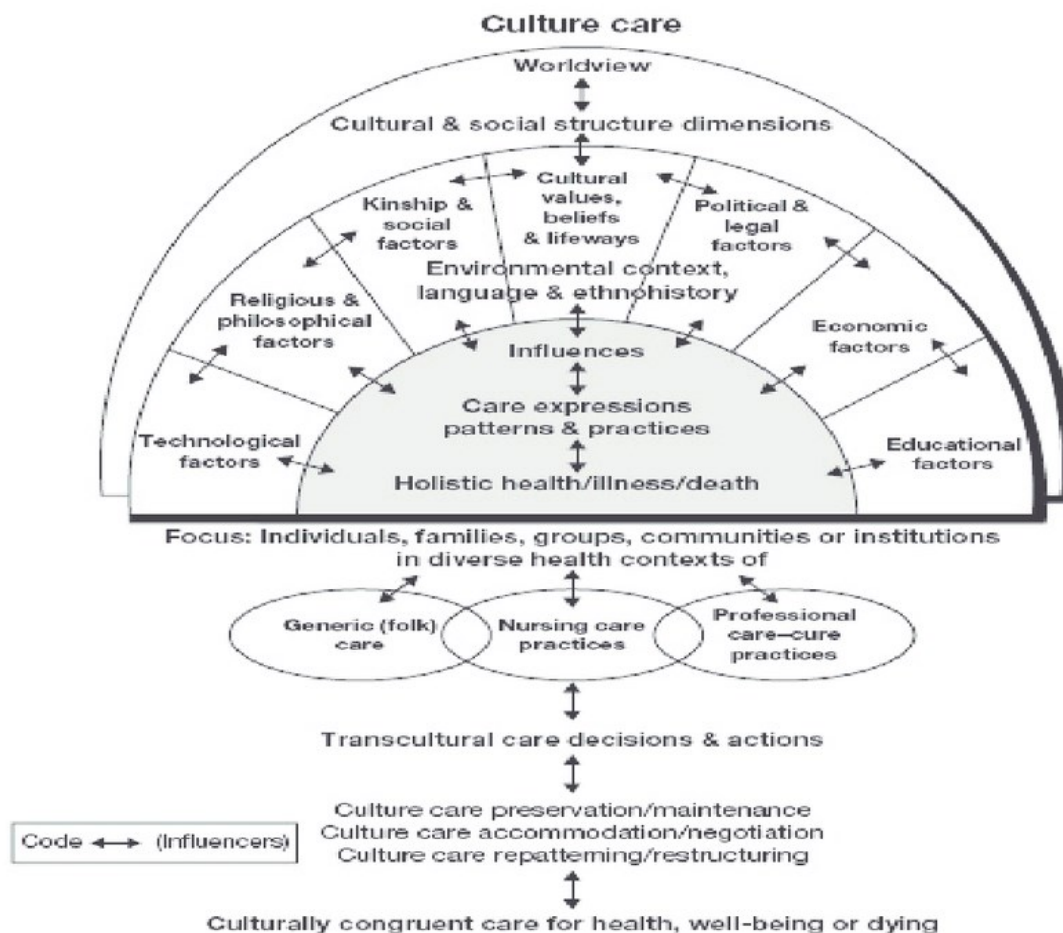


Imagem 1 – Modelo Sunrise, demonstrativo da interação dos conceitos metaparadigmáticos de Enfermagem. Leininger, 1991.

A supracitada autora criou um diagrama, Modelo Sunrise, como explicativo da interação entre os quatro conceitos metaparadigmáticos na sua teoria, para que fosse possível compreendê-la e interpretá-la melhor. Na metade superior do semicírculo são visíveis alguns componentes da estrutura social, como fatores religiosos e filosóficos, econômicos, educacionais, tecnológicos, políticos e legais, valores culturais que influenciam o cuidar e a saúde através da linguagem, da etnohistória e do contexto ambiental. De acordo com Leininger, para ser possível o cuidado de enfermagem é necessário que haja uma interação entre o enfermeiro e a pessoa (indivíduo, família, grupos, instituições e comunidades), respeitando, conhecendo e usando os valores, crenças e padrões específicos de cada cultura de modo a obter-se cuidados culturalmente congruentes. A autora reforça que, cada cultura possui um tipo de cuidado formal e informal que deverão ser conhecidos pelos prestadores

de cuidados, como os enfermeiros, de modo que se obtenha um cuidado culturalmente congruente e satisfatório para ambas as partes (Leininger, 2002; McFarland & Wehbe-Alamah, 2019).

Para que seja possível o “nascer do sol”, que é entendido como o cuidado cultural, é necessário que a tomada de decisão e as ações referentes ao cuidado de enfermagem tenham em consideração a Preservação/Manutenção do Cuidado Cultural, ou seja, a ação do enfermeiro é centralizada no apoio, relação terapêutica e capacitação da pessoa de modo a que esta fica completamente autônoma no desempenho das suas capacidades intrínsecas com vista a um ganho em saúde ou recuperação de um processo de doença; a Acomodação/Negociação do Cuidado Cultural, que tem como foco o apoio, durante a relação terapêutica estabelecida, que é dado à pessoa de modo a que seja possível uma adaptação da saúde das pessoas e dos cuidados de enfermagem com vista a assegurar o bem-estar da mesma ou possibilitar um enfrentamento da morte; Repadronização/Reestruturação do Cuidado Cultural, é centrado no conjunto de ações que ajudam a modificação de padrões significativos de vida e de saúde, para que seja possível uma evolução para um patamar de bem-estar, optando por escolhas mais saudáveis que visam o bem-estar e qualidade de vida, respeitando os valores culturais da pessoa ou grupo (Leininger, 2002; McFarland & Wehbe-Alamah, 2019).

Atualmente, a prestação de cuidados de enfermagem, não se podem limitar apenas àquilo que é o quadro referencial de crenças e valores de cada enfermeiro, mas também é necessário que responda àquilo que são as necessidades intrínsecas de cada pessoa como um indivíduo inserido numa família, comunidade, grupo ou organização, que possui o seu próprio referencial. Cabe a cada enfermeiro a descoberta das perspetivas culturais que cada pessoa tem acerca do que é o cuidar, utilizando esse conhecimento para guiar a prática de enfermagem, facultando assim, um cuidado culturalmente coerente e responsável e que está adequado às necessidades culturais, valores, crenças e modo de vida de cada indivíduo. Assim, o cuidado é a essência da enfermagem e de acordo com a autora, para que este seja aplicado com vista à obtenção de ganhos em saúde para a pessoa, é necessário que os enfermeiros considerem dimensões como a visão que a pessoa tem do mundo, o enquadramento social de cada indivíduo, o seu sistema de crenças e valores culturais, o contexto ambiental em que o mesmo se insere, as expressões da linguagem que utiliza e a sua orientação religiosa e espiritual, ou seja, o enfermeiro precisa de encarar a pessoa como

um todo, servindo-se de todo o conhecimento e habilidades que possui, de modo a orientar a sua prática profissional para um cuidado holístico e culturalmente congruente (Leininger, 2002; McFarland & Wehbe-Alamah, 2019). Assim, é necessário que os enfermeiros desenvolvam a sua competência cultural, entendida como um processo contínuo de cada pessoa em tornar-se cada vez mais autoconsciente, de modo a valorizar a diversidade e tornar-se perito em conhecimento sobre os pontos fortes da cultura (Vilelas & Janeiro, 2012).

A prestação de cuidados à pessoa em situação crítica exige que o profissional de saúde esteja capacitado por forma a responder a situações de alta complexidade, mobilizando os conhecimentos, capacidades e competências que o mesmo adquiriu ao longo da sua experiência profissional, sendo cada um destes componentes é possível de ser desenvolvido de modo que o profissional fica cada vez mais capacitado para a prestação de cuidados à pessoa e família em situação crítica.

O termo competência pode ser definido como a aquisição de habilidades próprias para a realização de uma tarefa, ou capacidade para a decisão, utilizando habilidades e conhecimentos previamente adquiridos, para conduzir a uma situação em particular. Pode ser descrita ainda, como uma combinação articulada e complexa de habilidades e capacidades, que resultam de um processo de síntese concetual e funcional de aspetos teóricos, ligados aos conteúdos disciplinares e à experiência atual. A competência é considerada como uma capacidade de decisão para a resolução de problemas, o exercício da profissão em diferentes situações e contextos, o desempenho do papel social de cada indivíduo a partir de conhecimentos, valores, experiências e atitudes, aplicando o conhecimento adquirido num determinado contexto específico (Camelo & Angerami, 2013). A OE (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745) define competência específica como aquelas que “(...) decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas”.

O processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho poderá ser articulado, de acordo com o Modelo de Brofenbrenner (1998), em três dimensões que dizem respeito aos atores, ao contexto e aos saberes implícitos em determinada atividade, num processo dinâmico, interativo e sistémico com os diferentes sistemas inerentes – micro, meso, exo e macro. Tendo em conta as dimensões referidas, é importante salientar que as mesmas se interligam e constroem num processo dinâmico e interativo,

inerente aos sujeitos que os integram (Serrano et al., 2011). Quando abordamos a dimensão contexto devemos ter em conta o(s) serviços onde o enfermeiro irá desenvolver as suas competências, que no meu caso foram desenvolvidas numa unidade de cuidados Intensivos, num serviço de urgência geral polivalente e numa VMER, sendo estes considerados o microsistema onde ocorreram variadas interações que ao longo do tempo me influenciaram positivamente de modo que me fosse possível o desenvolvimento de competências (Serrano et al., 2011). Em todos os contextos referidos quero relevar alguns fatores promotores do desenvolvimento de competências como: em todas as equipas de enfermagem dos três contextos distintos, estavam uniformizados o pensamento e a ação de modo que estes fossem coletivamente congruentes e, não sujeitos à interpretação subjetiva de um único indivíduo; em todos estes serviços a prestação de cuidados e o modo como estes cuidados são prestados estavam uniformizados na equipa. Serrano et al (2011) referem que a organização dos cuidados, no seio de uma equipa de enfermagem, é mediada através de um processo de supervisão clínica. O elemento referencial do serviço, o enfermeiro chefe, detém o conhecimento das normas e orientações da instituição (macrossistema), que envolve o conhecimento dos diferentes elementos dos sistemas (meso, exo e macro). Assim, é possível mobilizar a transformação do conhecimento explícito em tácito através das normas existentes (exossistema), promover a aprendizagem pela experiência centrada na resolução de problemas, a tomada de consciência, a reflexão baseada em situações experienciadas e a transferência para situações futuras, partilha as responsabilidades da gestão e mobiliza um conhecimento específico, especializado e contextualizado. Os mesmos autores salientam, que a um nível micro, o conhecimento é produzido dentro dos limites do próprio serviço e engloba a comunicação das mais variadas formas (registos, informatização de dados e comunicação interpessoal). A formação de estudantes está inserida no ciclo de aprendizagem triplo, isto porque, há uma reflexão dos problemas da prática de enfermagem, em que o estudante modifica a sua forma de aprender, com base nas aprendizagens efetuadas, refletindo sobre os contextos que as proporcionam e perspetivando novas aprendizagens (Serrano et al., 2011).

Na dimensão Atores, estes constituem-se intervenientes no processo de cuidar numa interação dinâmica intra-pessoal e interpessoal no sistema micro, e em constante articulação com o sistema meso, exo e macro. Os atores demonstram desenvolvimento de competências pessoais através da sua capacidade de reflexão no que ao processo de cuidar diz respeito, explicando as competências tácitas na resolução das situações-problema e a transformação

do conhecimento que os leva ao estar e ao agir em conformidade com o que se lhes apresenta. A nível intrapessoal estes possuem consciência de si (evitam projeções pessoais no outro de quem cuidam), consciência do outro (ajusta o que sabe relativamente à pessoa/família de modo a que seja possível uma evolução no processo saúde/doença), consciência das tarefas a executar (sabe quais as intervenções a desempenhar junto da pessoa: identifica a missão estando no papel de cuidador, conhece a finalidade das intervenções que pratica, define objetivos específicos que delineiam a ação, define estratégias adequadas para atingir os objetivos definidos, avalia a ação praticada e realiza ajustes, se necessário), consciência do contexto (identifica os recursos físicos disponíveis e qual o tempo necessário para realizar a ação). No nível interpessoal os autores referem que quanto maior for o número de experiências, interações e situações complexas, maior será a disponibilidade dos atores para a reflexão, à transformação e por consequência a um saber agir em conformidade, ou seja, ao agir com competência ao longo do tempo. Na prestação de cuidados, o desenvolvimento de competências caracteriza-se por um cuidado centrado na singularidade e na individualização do ato de cuidar. O habitus (modo de ser de um indivíduo que resulta das suas aprendizagens sociais, condicionando, em certa medida, as suas atitudes, escolhas comportamentos e gostos) integrado em cada enfermeiro irá permitir que o mesmo inove na singularidade e unicidade de cada intervenção realizada, permitindo a flexibilização em situações idênticas e, em situações novas, proceder a ajustes e adequações necessárias (Serrano et al., 2011).

Na dimensão Saberes, estes decorrem do conhecimento na ação e resultam de uma integração subjetiva e dinâmica da experiência, é possível identificá-los através da integração de esquemas, através da integração do conhecimento e por um agir contextualizado e ajustado, expressando assim, a sua competência profissional. Nesta dimensão identificam-se dois tipos de enfermeiro, o enfermeiro aprendente e o enfermeiro formador, o primeiro está aberto ao conhecimento permitindo a integração de novas formas de interpretação das experiências; integra uma aprendizagem significativa, resultando de experiências vividas, refletidas e partilhadas; desenvolve um conjunto de significados individuais e comuns com a equipa onde se insere; o segundo, está inserido numa rede de comunicações e de relações, na interação social influenciada pelo meio, resultados esperados e pelas diferentes díades de atividades. Esta dinâmica é promotora de desenvolvimento de competências tendo como indicadores: o confronto com o outro, os seus conhecimentos, valores e atitudes; um processo de cooperação dinâmico e ativo; conhecimentos, habilidades,

estratégias e competências cognitivas e emocionais. Esta dimensão está de acordo com o conceito, de que a prática reflexiva é caracterizada por um processo para o desenvolvimento permitindo identificar, na prática, a procura de oportunidades de aprendizagem; a promoção de competências contínuas; a identificação de objetivos, ou seja, uma ascensão de iniciado a perito (Serrano et al., 2011).

Ao longo das minhas reflexões críticas desenvolvidas nos diferentes contextos, outro dos referenciais teóricos por mim utilizado foi a teoria de Benner, baseada no Modelo de Dreyfus de Aquisição de Competências Aplicado à Enfermagem, fazendo referência aos cinco níveis de proficiência para a aquisição e desenvolvimento de competências. A autora refere que os diferentes níveis (iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito) são o reflexo de uma mudança em três aspetos gerais que surgem quando existe a aquisição de uma competência. O primeiro nível acontece quando se dá a passagem de uma confiança em princípios abstratos para uma experiência concreta na prática de cuidados; no segundo ocorre a modificação de como o enfermeiro percebe as situações deixando de as ver como um conjunto de elementos ligados entre si e passando a perceber a mesma como um todo onde apenas algumas partes se relevam; no terceiro o enfermeiro sai da posição de observador desligado da ação e passa a interagir e a ser executante principal nos cuidados prestados, já não estando de fora das situações mas sim empenhado em encontrar soluções para a resolução de problemas durante a prestação de cuidados. Assim, a prática permite o desenvolvimento de conhecimentos e competências que poderão ser transportados para outro contexto, com o fim de se atingir o nível de perito (Benner, 2001).

Os estágios realizados ao longo deste percurso académico concorrentes para o desenvolvimento e certificação de competências de EEMC e para a obtenção do grau de mestre em Enfermagem, pressupõe que o enfermeiro já tenha conhecimentos e competências prévias, decorrentes de experiências e vivências ao longo da sua prática profissional, que irão ser colocadas em prática com o intuito de as desenvolver e aprimorar.

O percurso do estudante durante o Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em SC, pressupõe a componente teórica respeitante à área de especialidade, mas também a componente prática, ao longo das 540h de estágio em três serviços distintos, onde o estudante mobiliza e aplica na prática a teoria apreendida, juntando-lhe todos os conhecimentos prévios derivados da sua experiência profissional, quer seja a nível ético, deontológico, técnico, científico,

humanístico e relacional, de modo a que seja possível o desenvolvimento de competências relacionadas com a área de estudos.

A minha experiência profissional como enfermeira, ao iniciar este ciclo de estudos, era de apenas dois anos, o que inicialmente me fazia sentir um tanto inferior relativamente aos meus pares profissionais naquele contexto, pois a grande maioria já possuía mais anos de experiência profissional, com uma maior profundidade de conhecimentos e entendimento da profissão e da realidade de alguns contextos, que eu não tinha. Este facto apenas me motivou a querer sempre saber mais e fazer melhor, pensando que um dia atingiria o seu nível de conhecimento e competência. Todo o meu percurso se pautou por uma prática reflexiva com recurso à evidência mais atualizada de forma a dar resposta aos desafios com que me deparava diariamente, quer no meu contexto profissional, quer nos estágios que realizei. Tendo em conta a minha experiência profissional, propus, como sugestões de estágio três contextos clínicos que me desafiassem quer a nível pessoal, quer a nível profissional, de modo a ficar com mais habilidades, competências e conhecimento, tornando-me assim, capaz de desempenhar determinadas funções como enfermeira em serviços de maior complexidade, nada semelhantes aqueles onde exerço funções, assim como, me desafiei a sair da minha zona de conforto, determinada a saber mais para fazer melhor, em prol da pessoa e família a quem presto cuidados diariamente.

Relativamente aos três contextos de estágio, o que para mim foi mais desafiante a nível pessoal foi a UCI, isto porque, durante as duas primeiras semanas de estágio eu sentia que de alguma forma não estava a conseguir responder àquilo que seria esperado de um estudante neste ciclo de estudos, e em vez de estar cada vez mais motivada, sentia-me cada vez mais desanimada e frustrada. Um dos fatores que contribuiu para este acontecimento penso que tenha sido o facto de se tratar de uma UCI Covid em que tínhamos tempos definidos para estar nas áreas infetadas, o que me dava menos margem de tempo para apreender tudo o que via e fazer a consolidação entre aquilo que era o conhecimento teórico com a prática existente no serviço. Outro dos fatores, deveu-se ao facto de nunca ter estado em contexto de UCI previamente, o que fez com que tivesse que aprender várias questões técnicas relativamente a manuseamento de equipamentos, por exemplo, que não estava habituada por não ser prática recorrente no serviço onde exerço funções. No fim da terceira semana de estágio, o serviço diminuiu os espaços alocados a doentes infetados com SarsCov2, por serem agora menos, o que me possibilitou estar mais tempo com o doente que me era

atribuído, o que permitiu que gradualmente me fosse sentindo mais confiante e mais autónoma na prestação de cuidados, notando e sendo referido uma evolução da minha parte na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica.

A nível profissional, considero que os três contextos foram muito desafiantes pois todos eles são diferentes daquela que é a minha realidade profissional, contudo considero que foi a VMER o contexto mais desafiante profissionalmente. O período de estágio (80h) na VMER ficou inserido no meio do estágio no SUGP, o que fez com que psicologicamente eu estivesse mais confiante e autónoma nas minhas intervenções antes do estágio na VMER. Considero que esta opção de estágio foi muito importante no meu percurso e evolução, tendo notado uma grande diferença quando retomei o período de estágio no SUGP, pois sentia-me muito mais confiante e reconhecendo o meu lugar na equipa multidisciplinar. A VMER foi o contexto mais desafiante profissionalmente, tanto pelo contexto em si, como pela complexidade de casos que iam surgindo ao longo das 80h de estágio, que me motivava a querer saber mais, a fazer mais pesquisa, tendo em conta a eventualidade de acontecimentos com que me poderia deparar.

Os locais de estágio que escolhi permitiram que eu desenvolvesse competências em três contextos distintos, mas que são todos complementares entre si, facultando-me experiências, conhecimentos e aprendizagens que me serão úteis no futuro, aplicando-as ao meu contexto profissional.

2.1. SERVIÇO MEDICINA INTENSIVA

A UCI onde foi realizado o meu estágio está inserida num Hospital na região de Lisboa, tendo sido criada em 2013 com uma dotação inicial de onze unidades de internamento: sete unidades de internamento de nível II e quatro de nível III, sendo possível a otimização para seis unidades de nível III. Previamente ao início da pandemia por SarsCov2, a UCI integrava duas unidades funcionais, uma de nível II – Unidade de Cuidados Intermédios e outra de nível III – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente. No período em que o estágio decorreu, encontrava-se como uma unidade nível III, face ao período pandémico que o país e o mundo atravessavam, sendo que desde o ano de 2020 contava com unidades de internamento alocadas a doentes infetados com o vírus SarsCov2, havendo a necessidade de reduzir as unidades de internamento de onze para oito.

As pessoas internadas neste serviço provêm do Serviço de Urgência Central, transferência interna da área cirúrgica e da área médica, transferência interna da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente de cirurgia e de outros hospitais, sempre que o seu quadro clínico o justifique, sendo admitido qualquer doente crítico do foro médico ou cirúrgico desde que este esteja infetado com SarsCov2, ao momento do período de estágio.

A nível estrutural, a UCI conta com o gabinete de secretaria, dois gabinetes médicos, o gabinete da enfermeira chefe, o armazém de roupa/vestiário, o armazém de consumíveis e medicação, a sala de enfermagem, a sala de pausa/copa, uma sala com duas unidades de internamento, uma sala com seis unidades de internamento, duas casas-de-banho – uma delas com duche e uma sala para a troca de farda quando os profissionais saem das zonas infetadas. Dentro de cada sala de internamento encontram-se outras salas que se destinam à remoção de Equipamento de Proteção Individual (EPIS) e descontaminação dos profissionais de saúde, antes da transição de zona contaminada para zona limpa.

Os recursos humanos desta UCI englobam a equipa médica, a equipa de enfermagem, equipa de assistentes operacionais, secretárias de unidade, dietista e assistentes técnicos. À data do estágio, a equipa de enfermagem contava com trinta e oito enfermeiros distribuídos em cinco equipas, cada uma com cerca de 6 ou 8 elementos. Uma grande maioria da equipa possui uma especialização ou pós-graduação em enfermagem médico-cirúrgica ou de reabilitação. A equipa de assistentes operacionais conta com onze elementos.

O método de trabalho que vigora na equipa é o individual, contudo, face ao contexto pandémico este teve que ser reestruturado de forma a existirem momentos de pausa para o descanso dos profissionais, havendo atividades que são necessárias serem realizadas à tarefa. Deste modo, a equipa de enfermagem divide-se em grupos de três que entram na zona infetada, permanecendo o resto da equipa na zona limpa a prestar o apoio necessário a quem se encontra na área contaminada. Os enfermeiros que iniciam o turno na zona contaminada recebem a informação clínica dos doentes nessa zona e iniciam a sua prestação de cuidados, sendo que ao fim de três horas são rendidos pelos colegas que permaneceram na zona limpa.

A carga de trabalho nesta UCI é avaliada segundo a TISS-28 e os rácios habituais são de um ou dois doentes para um enfermeiro, mediante a complexidade da situação, sendo que em doentes submetidos a Oxigenação por membrana extracorporal (ECMO) o rácio é de um doente para um enfermeiro.

O estágio foi realizado no período decorrido entre o dia 19 abril de 2021 e o dia 4 junho de 2021, perfazendo um total de 180h.

A escolha deste local de estágio deveu-se, acima de tudo, pela enorme curiosidade que sentia relativamente a este contexto da prática de cuidados. Durante o período em que fui estudante de licenciatura e posteriormente na minha prática profissional o contacto com os doentes numa UCI tinha sido muito reduzido, limitando-se a uma experiência de uma semana numa UCI existente no hospital onde trabalho e quando realizo o transporte dos doentes do meu serviço de urgência para a UCI. Assim, a curiosidade acerca do tipo de trabalho e da forma como os colegas procedem, que desempenho e cuidado são prestados aos doentes, era muito grande. Queria perceber que continuidade de cuidados e que desfecho para as pessoas em situação crítica com determinada patologia, após a transferência do serviço de urgência. Ter oportunidade de experienciar essa realidade e essa continuidade de cuidados foi muito enriquecedora para mim, quer a nível pessoal como profissional. Enquanto profissional de saúde e futura enfermeira especialista, sempre pautei o meu percurso profissional pela curiosidade intelectual e no querer saber mais, pela procura na excelência do cuidar, sabendo que o estágio numa UCI me traria novos conhecimentos, novas formas de pensar e de prestar cuidados tendo em conta o mesmo fim, que é a recuperação da pessoa em situação crítica. O estágio na UCI permitiu-me o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades que futuramente me serão úteis na minha prática profissional, independentemente do serviço onde exerça funções.

A UCI é um serviço com inúmeras especificidades de organização, estrutura e de cuidado à pessoa em situação crítica e sua família, que são diferentes do meu habitual, mas com o mesmo rigor e qualidade na prestação de cuidados que possibilita o continuum do cuidar. De entre as especificidades da UCI onde estagiei, existiam alguns dispositivos e procedimentos dos quais só possuía um conhecimento teórico, nunca tendo a oportunidade de colocar em prática, como as técnicas de substituição renal, broncofibroscopias, ventilação invasiva e resgate de doentes para ECMO.

Tendo em conta os três locais de estágio, sabia que este seria aquele que iria requerer um trabalho de pesquisa e de estudo mais fortalecido, devido a ser um serviço que cuida de pessoas a vivenciar processos patológicos que requerem muitos cuidados, com situações potencialmente comprometedoras para os doentes, de modo que o aprofundar teórico e a

mobilização de conhecimentos aliados ao desenvolvimento de habilidades, fossem promotores da consecução dos objetivos por mim formulados.

Nos primeiros dias de contacto com esta Unidade o meu foco foram a integração na equipa multidisciplinar e a apropriação das normas e procedimentos existentes no serviço, de forma que a adaptação e integração no serviço fosse o mais facilitadora e rápida possível, tornando-me um elemento ativo na discussão, partilha e participação no que aos cuidados de enfermagem diz respeito. Inicialmente a Enfermeira chefe do serviço deu-me a conhecer a estrutura física e organizacional do mesmo, os protocolos e normas em uso, disponibilizando-se para o esclarecimento de qualquer dúvida. Explicou-me ainda como era realizado o circuito de doentes, a disposição do material no serviço e como era realizada a articulação com os diferentes serviços hospitalares. Considero que os momentos de passagem de turno, onde a equipa de enfermagem transmite a informação clínica de cada pessoa ao colega que irá dar continuidade à prestação de cuidados, foram fundamentais para a minha aprendizagem e consolidação de conhecimentos, pois por diversas vezes eu ouvia algum termo ou técnica que não conhecia e, no caso de a enfermeira orientadora não ser a primeira a entrar na zona contaminada, dava-me algum tempo para que pudesse fazer uma pesquisa rápida sobre o assunto, e posteriormente discuti-lo com a enfermeira orientadora, tendo estes momentos de reflexão e partilha sido grande aprendizagem.

No início do estágio, para uma aprendizagem efetiva e estruturada, visando o desenvolvimento de competências, defini dois objetivos específicos de acordo com os objetivos gerais da UC e com o estipulado no Regulamento nº 429/2018, que define as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com enfoque na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Baseando-me no referido documento orientei a minha aprendizagem e ação ao longo do estágio de forma ao desenvolvimento das competências específicas que estão definidas como “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica”; “Dinamiza a resposta em situações de emergência, catástrofe, da conceção à ação” e “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequado”, possuindo cada uma delas Unidades de Competência e Critérios de Avaliação que descrevem sinteticamente cada competência a ser desenvolvida. De ressaltar que, devido ao contexto

de estágio, não foi possível o desenvolvimento de competências de forma igualitária, sendo umas mais trabalhadas e desenvolvidas do que outras.

Os objetivos específicos que formulei para o estágio e neste contexto, dizem respeito às áreas da Ventilação Mecânica Invasiva e da Comunicação com a Pessoa em Situação Crítica. O primeiro tema definido escolhi-o por ser uma área com a qual eu nunca tinha tido contacto prévio ou experiências e que tinha muito interesse em aprofundar o conhecimento e aprimorar a intervenção, e quais as diretrizes definidas para a mesma. Visto ser uma área onde a minha experiência e conhecimento era muito reduzido, e a ventilação ser algo complexo e que abrange muitos parâmetros e patologias diversas, foquei-me nos conceitos principais de ventilação e nos modos ventilatório mais usuais na UCI de acordo com a patologia das pessoas nela internada, que neste caso eram SarsCov2 positivo com ou sem ARDS. O segundo tema surgiu na sequência de uma conversa com uma colega que também trabalha numa UCI e quando falei com ela sobre o tema da comunicação ela disse-me que era uma área muito interessante e muitas vezes descorada pelos enfermeiros, principalmente quando têm nas UCI's pessoas com ventilação mecânica invasiva e sedadas, dizendo-me que alguns doentes que ela tinha na UCI referiam após extubação e desmame de sedação que durante o período de tempo em que tiveram entubados ouviam muitas das conversas dos profissionais de saúde e muitas vezes coisas a respeito do seu estado de saúde. A pesquisa e leituras de artigos sobre a comunicação com o doente ventilado, foi muito enriquecedora e promoveu discussão e partilha de saberes com a enfermeira orientadora, com conseqüente debate sobre algumas estratégias a serem adotadas.

Defini como objetivo específico “Identificar problemas relacionados com a ventilação mecânica invasiva na Pessoa em Situação Crítica e/ou falência orgânica, com a conseqüente intervenção nos problemas relacionados e identificados”. Sendo esta uma área com a qual eu não estava muito familiarizada, foquei-me, inicialmente na pesquisa e estudo de artigos sobre o tema, de modo a melhor compreender os diferentes modos ventilatórios mais usuais nos doentes daquela UCI, quais os parâmetros a definir quando colocamos uma pessoa com ventilação invasiva, quais os preceitos de uma ventilação protetora, qual a importância de uma ventilação protetora como melhoria de outcome do doente em UCI, identificação de uma boa adaptação ventilatória e quais os parâmetros a avaliar na pessoa ventilada e através da monitorização cardiorrespiratória (MCR) de modo a saber que o doente está bem adaptado, assim como alguma bibliografia complementar acerca da técnica ECMO, que

apesar de não fazer parte da área da ventilação mecânica invasiva, está diretamente relacionado. Ao longo do tempo, e tendo a oportunidade de sempre que havia pessoas ventiladas eu ficava responsável em colaboração dos seus cuidados, fui desenvolvendo competências nesta área e tornando-me cada vez mais capaz de reconhecer certos padrões de monitorização que indicavam uma desadaptação ventilatória assim como sinais presentes na pessoa como adejo nasal, tiragem, respiração superficial e rápida. Contribuiu muito para o desenvolvimento destas competências toda a observação participativa em colaboração com a enfermeira orientadora, assim como todas as reflexões e tertúlias que fomos tendo ao longo do período de estágio. De acordo com a OE, no documento publicado onde estão definidos os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à pessoa em Situação Crítica, um dos padrões de qualidade definidos no âmbito da Prevenção de Complicações é “A identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais da pessoa em situação crítica, relativamente aos quais o enfermeiro especialista tem competência (de acordo com o seu mandato social) para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis”. Assim, sempre que identificava uma desadaptação ventilatória de um doente tinha que ser capaz de identificar a causa, de forma objetiva e o mais rapidamente possível, de modo a conseguir agir em conformidade. As causas de uma desadaptação ventilatória podem ser variadas como a presença de secreções orais ou brônquicas, pode ainda estar relacionada com uma fraca sedação ou curarização, ou até por desconforto alérgico ou estado febril, daí que quanto mais rapidamente identificarmos a causa, mais rapidamente nos é possível atuar em conformidade. Pelo que foi referido, posso afirmar que decorrido o estágio sou capaz de identificar os modos ventilatórios mais frequentes a que os doentes são submetidos em contexto de UCI, aqui num sublinhado à Unidade onde estagiei, sendo que consigo identificar as diferenças entre os modos ventilatórios e qual o mais adequado tendo em conta o estágio de doença da pessoa, valores analíticos, exames de imagem e MCR da mesma. Ao longo do estágio consegui ainda tornar-me autónoma na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica com ventilação mecânica invasiva sendo capaz de identificar sinais de uma má adaptação ventilatória e corrigi-los atempadamente, sempre com a confirmação prévia da enfermeira orientadora da avaliação e intervenções por mim desenvolvidas. Quero ainda ressaltar, que o cumprimento deste objetivo me permitiu o desenvolvimento de competências que lhe estão diretamente associadas, nomeadamente a competência “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença

crítica e/ou falência orgânica” com foco para os critérios de avaliação definidos pela OE, cumprindo assim os seguintes: “Identifica prontamente focos de instabilidade;”, “Responde de forma pronta e antecipatória a focos de instabilidade;”, “Executa cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crítica e/ou falência orgânica;”, “Implementa respostas de enfermagem apropriadas às complicações;”, “ Monitoriza e avalia a adequação das respostas aos problemas identificados;”.

O segundo objetivo específico que delinee relaciona a comunicação com o bem-estar emocional da pessoa em situação crítica, tendo sido definido como “Recolher informação através da comunicação e observação, sobre os problemas relacionados com o bem-estar emocional da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica com ventilação mecânica invasiva”. Durante o período em que decorreu o estágio foi notória a preocupação por parte da equipa de enfermagem com o bem-estar da pessoa, nomeadamente com o bem-estar emocional. A Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro onde estão definidos os Estatutos da OE e o Código Deontológico dos enfermeiros, no Artigo 103.º que diz respeito aos Direitos à vida e à qualidade de vida refere na alínea “b) Respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa;”, Artigo 104.º que diz respeito ao Direito ao cuidado refere na alínea “b) Orientar o indivíduo para o profissional de saúde adequado para responder ao problema, quando o pedido não seja da sua área de competência”, no Artigo 109.º que diz respeito à Excelência do exercício refere na alínea “b) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa;” e no Artigo 110.º que diz respeito à Humanização dos cuidados na alínea “a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade; b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa;”, assim ao longo do período de estágio pude constatar através da observação e da comunicação verbal e não verbal de algumas das pessoas a quem prestei cuidados, alterações ao nível do bem-estar psicológico, sendo da responsabilidade de quem presta cuidados a estas pessoas contribuir de algum modo para minimizar esta alteração ou arranjar estratégias em conjunto com a pessoa por forma a atenuar a experiência de sofrimento emocional em que muitas se encontram. Muitos dos doentes internados em UCI estão privados da comunicação através da fala devido à entubação orotraqueal a que muitos estão submetidos, sendo que a perda desta faculdade pode ser bastante prejudicial à pessoa e ser ainda geradora de sentimentos negativos (Hoorn et al., 2016). Uma das práticas que está a ser adotada atualmente nas UCI é a utilização de menos sedação em pessoas submetidas a ventilação mecânica invasiva,

aumentando assim, o número de doentes capazes de comunicar estando ventilados, apesar de isto também poder ser potenciador do comprometimento do bem-estar emocional da pessoa, pois se está com uma sedação mais baixa tem a capacidade de ouvir e até compreender aquilo que é transmitido, e muitas vezes, nós profissionais de saúde, esquecemos este, o que pode ser gerador de angústia e sofrimento, e influenciar o comprometimento do bem-estar emocional da mesma (Hoorn et al., 2016). A OE define como Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica: na Área de Enfermagem à pessoa em situação crítica “A gestão da comunicação interpessoal (...) face à complexidade da vivência de processos de doença crítica e ou falência orgânica;”, “A implementação de técnicas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica em pessoas em situação crítica;”, “A gestão do impacto emocional imediato decorrente da situação crítica vivenciada pela pessoa/família;” e “A gestão da relação terapêutica perante a pessoa/família em situação crítica;”.

Olhando para aquilo que foi todo o meu percurso durante o estágio reconheço que a área da comunicação foi a mais difícil de desenvolver competências, pelo que foi grande o investimento em estudo e pesquisa sobre a comunicação com a Pessoa em SC de modo a arranjar estratégias comunicativas com as pessoas internadas, sendo que uma das que usei com alguns doentes submetidos a VMI e com baixas doses de sedação, foi facultar papel e caneta para que pudessem escrever aquilo que pretendiam comunicar. Durante o tempo de estágio pude perceber através da comunicação com as pessoas internadas que alguns dos fatores que contribuía para o comprometimento do seu bem-estar emocional eram o tempo de internamento, os medos, receios e ansiedades face à sua situação de doença e o facto de se sentirem sozinhos num contexto onde experienciam angústia, medo e receio quanto ao seu futuro (Hoorn et al., 2016).

Ilustrando o atrás descrito, chamo a texto uma situação de um doente de nacionalidade romena, mas a viver em Portugal há alguns anos, que provavelmente, devido à sedação a que estava submetido e à sua condição de saúde, só conseguia escrever em romeno, pelo que tive necessidade de recorrer ao Google Tradutor para traduzir o que ele estava a escrever de modo a acontecer uma comunicação eficaz. Muitas vezes é isto que acontece nas realidades dos contextos da prática de cuidados, os enfermeiros tentam por diversos métodos ao seu dispor e de acordo com o conhecimento de cada um chegar a uma comunicação eficaz com os doentes internados.

Reconheço, com base nas pesquisas efetuadas e nos meios ao meu dispor, que fui capaz de pôr em prática algumas estratégias que na altura avalei, suportada na melhor evidência, como sendo as mais adequadas para uma boa e eficaz comunicação com a pessoa em situação crítica. Tornou-se evidente que a comunicação é uma das melhores estratégias face ao comprometimento do bem-estar emocional das pessoas internadas em UCI, pois muitas vezes esta alteração decorre do sentimento de isolamento e solidão que um internamento deste género provoca (Hoorn et al., 2016).

Ressalvo que ao atingir o que me propus com a definição deste objetivo foi facilitador ao desenvolvimento da competência “Cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica;” com base nos seguintes critérios de avaliação definidos pela OE: “ Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar;”, “ Demonstra conhecimentos aprofundados em técnicas de comunicação perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica;”, “ Demonstra conhecimentos em estratégias facilitadoras da comunicação na pessoa com “barreiras à comunicação”;”, “ Adapta a comunicação à complexidade do estado de saúde da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica;”.

Durante este estágio na UCI tive vários focos de atenção para além dos objetivos específicos delineados, nomeadamente no que diz respeito à identificação, manutenção e proteção do bem-estar emocional, físico, psicossocial e espiritual da pessoa em situação crítica.

Devido ao tempo de pandemia que o mundo enfrentava, as visitas às pessoas internadas eram restritas, pelo que foi determinante a criatividade das equipas multidisciplinares para promover o contacto entre as pessoas internadas e suas famílias. Muitas vezes o método mais utilizado eram as videochamadas, sendo estas marcadas com antecedência, e ocorrendo se o doente pretendesse e se a sua condição clínica o permitisse.

Observei como é que os enfermeiros na UCI arranjaram estratégias para diminuir as consequências do bem-estar emocional comprometido, como o colocar fotografias dos familiares penduradas na unidade da pessoa, a permissão de visitas a pessoas que estejam internadas há mais tempo, a preocupação em pedir auxílio a outros profissionais de saúde nomeadamente psicólogos e psiquiatras sempre que reconheciam que estava fora da sua área de competência. Lembro duas doentes que estavam numa das salas da UCI, uma jovem de 34 anos e uma senhora de 54 anos, que quando comecei o estágio o seu estado clínico era

bastante reservado estando ambas submetidas a ECMO. A condição clínica da jovem evoluiu favoravelmente. Mas a outra senhora apresentava sempre um estado depressivo, muitas vezes recusando cuidados e querendo que a substituíssemos no cuidado de si. Inicialmente, devido às suas crenças pessoais e religiosas, de que tínhamos registo, a equipa de enfermagem pensou que estas constantes recusas estivessem relacionadas com as suas crenças e condutas religiosas. Houve um turno em que fiquei responsável por cuidar destas doentes sendo que era costume naquela UCI colocar-se música de acordo com os gostos das pessoas internadas, daí ter perguntado à senhora o que ela preferia ouvir ao que a mesma apenas encolheu os ombros, e de seguida perguntei à jovem e esta disse-nos uma música religiosa da sua igreja, que após a senhora confirmar que não se importava pus a tocar, e a jovem começou a cantar e a sorrir como já não víamos há algum tempo, e eu por acaso conhecia aquela música e cantarolei também. Foi um momento muito sinérgico pois pouco tempo passou e esta senhora triste e menos comunicativa, após algum tempo começou a sorrir... foi a primeira vez que a vimos sorrir. Posto isto, e de acordo com o mencionado pela OE (Ordem dos Enfermeiros, 2015) devemos “Respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa”, sendo muitas vezes esta a via para uma maior receção de cuidados e o modo que as pessoas se sentem mais valorizadas e respeitadas na sua essência.

Focando agora na competência “Maximiza a intervenção na prevenção e controlo de infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Regulamento n.º 429/2018) e de modo a desenvolver esta competência durante o período de estágio, fiz pesquisa e leitura do lecionado nas aulas de Controlo de Infeção acerca das Bundles existentes no que diz respeito ao manuseamento do Cateter Venoso Central (CVC), Infeção do Trato Urinário (ITU) associado a dispositivo urinário e Pneumonia associada à ventilação. Assim, durante o estágio de Vigilância e Decisão Clínica pude observar e implementar as Bundles definidas pela Direção-Geral da Saúde (DGS) para o controlo de infeção associados aos cuidados de saúde. Nomeadamente no que diz respeito ao CVC todos as pessoas internadas na UCI tinham colocado um CVC pois é facilitador para a administração das várias terapêuticas que um doente internado numa UCI necessita, havendo o cuidado na sua colocação de esta ser sempre realizada com técnica asséptica e previamente executada a preparação pré-cirúrgica das mãos e precauções de barreira com colocação de luvas esterilizadas, bata estéril, touca e máscara, a assepsia da pele realizada pelo enfermeiro evitando ao máximo a tricotomia, apenas realizada quando estritamente

necessário e sempre imediatamente antes ao procedimento. Na UCI pelo que pude constatar os CVC são maioritariamente colocados na jugular esquerda, evitando a colocação na femoral e deixando a jugular direita para uma possível canulação em ECMO. Sempre que havia necessidade de refazer penso era sempre executado com técnica asséptica, procedimento que fiz várias vezes durante o período de estágio e sempre que era necessário o manuseamento de um lúmen do CVC era realizado previamente desinfeção com clorohexidina 2% ou álcool a 70° antes da sua utilização. No que diz respeito à prevenção de infeção urinária por cateter urinário era visível a preocupação de desinfeção das mãos com solução alcoólica e a colocação de luvas e avental sempre de hora em hora se fazia o controlo do débito urinário de cada doente, havendo a preocupação de troca de luvas e avental assim como a desinfeção das mãos entre doentes. Durante os cuidados de higiene a limpeza e desinfeção do meato urinário nunca era descuidada, sendo realizada primeiro limpeza com água e sabão e posteriormente desinfetado com toalhetas de clorohexidina 2%. A preocupação e o cuidado de manter cateter vesical seguro, com o saco coletor colocado abaixo do nível da bexiga, havendo ainda na UCI fixadores de algália feitos com Mefix na própria unidade para evitar repuxamento da algália e promover o correto posicionamento da mesma. Quanto às intervenções observadas no que diz respeito à pneumonia associada à ventilação, pude constatar que a maioria dos doentes ventilados estavam sob sedação, não sendo possível na maioria dos casos, em fases agudas, a redução da mesma pois iria provocar uma grande instabilidade hemodinâmica na Pessoa SC, sendo muitas vezes este um critério não cumprido. Observei o cuidado e preocupação em manter a elevação da cabeceira num ângulo de 30° com fácil monitorização do mesmo através das camas que indicam a quantos graus se encontra a cabeceira, a higiene oral era sempre realizada no início de cada turno com gluconato de clorohexidina 0.2%, assim como aspiradas secreções orais e brônquicas sempre que possível, sendo primeiro aspirada cavidade oral para não permitir que estas secreções desçam da orofaringe e sejam potencialmente responsáveis por infeções pulmonares. Por último, observei e realizei durante o período de estágio a manutenção da pressão do balão do tubo endotraqueal entre os 20-30 cmH₂O, no início e fim de cada turno, após realização de cuidados de higiene, após aspiração de secreções orais ou brônquicas, ou após cuidados que requeiram movimentações do tubo endotraqueal.

No final deste percurso formativo neste contexto, considero que todas as experiências vividas, tanto as que aqui estão mencionadas como as que não se contemplam neste relatório, me permitiram grandes momentos de aprendizagem profissional e pessoal, tendo em conta

os objetivos que inicialmente me propus a cumprir, tornando todas as aprendizagens enriquecedoras e úteis para o meu futuro como enfermeira especialista.

2.2. SERVIÇO URGÊNCIA GERAL POLIVALENTE

O Serviço de Urgência Geral Polivalente (SUGP) onde realizei estágio está inserido num Centro Hospitalar Universitário de Lisboa. O SUGP está, assim, integrado na Área da Urgência Geral e Cuidados Intensivos e funciona como uma área clínica transversal cuja missão é garantir a prestação de cuidados de saúde diferenciados, de qualidade, aos doentes urgentes e emergentes que a ela acorram, em particular aos da sua área de referência. Contudo, dada a sua elevada diferenciação técnica e polivalência, o SUGP admite todos os doentes, independentemente da sua proveniência, servindo uma área de diferenciação alargada estimada de 2,3 milhões de habitantes (SPMS, 2021).

O SUGP integra a Rede Nacional de Urgência e Emergência (Despacho n.º 13427/2015) como Serviço de Urgência Polivalente/ Centro de Trauma, funcionando 24 horas por dia/ sete dias por semana (SPMS, 2021).

Desde 2013, o SUGP constitui um dos dois polos integrantes da Urgência Metropolitana de Lisboa (UML) na área da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT) para as especialidades definidas: Cirurgia Maxilo-Facial, Cirurgia Plástica e Reconstrutiva, Cirurgia Vascular, Gastrenterologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Psiquiatria e Urologia (SPMS, 2021). Especialmente vocacionado para o atendimento dos indivíduos que apresentem alterações súbitas ou agravamento do seu estado de saúde, o SUGP possui múltiplas valências e dá igualmente suporte à atividade da Via Verde Coronária, Via Verde AVC; Via Verde Sépsis e Via Verde Trauma. A prioridade no atendimento dos doentes é definida segundo o sistema de Triagem de Manchester, tendo este como função a estratificação do risco clínico na entrada do SUGP, mas também permite organizar o serviço através de um inventário de necessidades próprio e adaptado à região e ao hospital em causa (Costa et al., 2021).

A estrutura do Centro Hospitalar, nas suas diversas valências, encontra-se organizada de forma a assegurar toda a articulação necessária para proporcionar uma continuidade de cuidados ao doente crítico, desde o extra-hospitalar (com a VMER), passando pela Urgência Geral até aos cuidados diferenciados prestados em unidades específicas (SPMS, 2021).

Relativamente às instalações, o SUGP encontra-se na face lateral do edifício principal, no piso 0 e possui uma área de admissão e uma área de triagem com 4 postos, sendo que o primeiro posto se destina à realização de chamadas telefónicas, por um enfermeiro no período das 8h às 20h, à pessoa de referência de cada doente que se encontre numa das Salas de Observação (SO) com vista a internamento, com o intuito de dar conhecimento da situação clínica do doente ou algum esclarecimento adicional. O último posto de triagem, gabinete triagem 4, destina-se maioritariamente à triagem de doentes que venham em maca por ser o gabinete com maior área, sendo que por vezes, mediante necessidade do serviço, os enfermeiros também fazem triagem de pessoas em maca nos outros gabinetes.

Devido à pandemia por SarsCov2 houve a necessidade em dividir o serviço em três circuitos: circuito destinado a doentes respiratórios (ADR – Área Doentes Respiratórios), circuito destinado a doentes positivos para SarsCov2 (ADP – Área Doentes Positivos) e o circuito regular.

O circuito normal é depois dividido em três salas de espera mediante a prioridade atribuída na triagem; uma área de ambulatório com cinco gabinetes para doentes do foro médico, dois gabinetes de atendimento para doentes cirúrgicos (sendo um para avaliação de doentes de especialidades cirúrgicas – cirurgia maxilo facial; cirurgia plástica e reconstrutiva e urologia), três gabinetes com seis postos de atendimento de oftalmologia, otorrinolaringologia e orto traumatologia e uma sala de gessos; uma área de Psiquiatria com dois gabinetes de atendimento, uma sala de contenção e uma sala de trabalho de enfermagem. Este SUGP apresenta, ainda, uma área para doentes em maca; duas salas de pequena cirurgia; uma sala para procedimentos sépticos; quatro salas de emergência e reanimação (duas delas equipadas com Raio X digital e com capacidade para intervenções cirúrgicas emergentes); um quarto de isolamento, com pressão negativa, possibilidade de monitorização e ventilação. Por último, este serviço de urgência apresenta algumas áreas de apoio (armazém de consumo clínico, parque de equipamentos, etc.) e serviços de apoio clínico: duas salas de Radiologia; um posto de colheita de sangue e um de eletrocardiograma (ECG); um posto da Polícia de Segurança Pública (PSP) e uma VMER.

Este estágio decorreu em dois períodos, num total de 280h, o primeiro período teve início a 06 setembro 2021 e término a 27 outubro 2021 e o segundo período teve início a 22 novembro 2021 e término a 18 dezembro 2021, tendo sido o local de estágio onde permaneci mais tempo e consequentemente do qual tenho mais experiências e vivências a enunciar.

Posto isto, escolhi as duas situações que considerei serem as mais completas ao nível de experiência profissional e pessoal e que sem dúvida tiveram um grande impacto para o meu desenvolvimento de competências profissionais e pessoais.

A primeira situação tratava-se de um homem de 76 anos com o diagnóstico de hemorragia digestiva alta que se encontrava numa das Salas de Observação (SO) a aguardar realização de Endoscopia Digestiva Alta (EDA), e segundo os colegas encontrava-se hemodinamicamente estável. O senhor tinha indicação de levantar para ir à casa-de-banho. Lá teve um episódio de perda de consciência e foi trazido para a Sala de Emergência. Quando o recebemos encontrava-se inconsciente e sem presença de pulso periférico pelo que foram automaticamente iniciadas manobras de Suporte Básico de Vida (SBV), enquanto outros elementos preparavam material para colocar tubo orotraqueal (TOT) e o compressor torácico LUCAS. Após monitorização cardiorrespiratória, percebemos que este se encontrava em assistolia (após assegurar correto posicionamento dos elétrodos, aumento do ganho e verificação de ritmo noutra derivação), pelo que se manteve as compressões, já iniciadas, só que agora com auxílio do compressor torácico, e dando início à administração de 1 mg adrenalina EV perfazendo um total de 3 ciclos sim de adrenalina. Durante a reanimação, em equipa tentámos perceber quais as possíveis causas que levaram a esta paragem cardiorrespiratória (PCR) concluindo ter sido, possivelmente, um quadro de hipovolémia ou síndrome coronário agudo (SCA). Ao fim de cerca de 15 minutos o senhor mantinha-se em PCR com assistolia presente pelo que em equipa se decidiu interromper manobras de reanimação.

Em sequência, havia que informar a família do sucedido tendo sido o médico responsável pela liderança da equipa no momento da reanimação a fazer a chamada telefónica para a filha do senhor e solicitado à mesma que se dirigisse ao serviço, não dando qualquer informação do sucedido telefonicamente. Posteriormente, soubemos que a filha do senhor era enfermeira naquele hospital e que percebeu que alguma coisa mais grave tinha acontecido ao pai. Na posse destas informações preocupámo-nos em preparar o local e o modo como iríamos transmitir a informação do sucedido, sendo que a comunicação de más notícias constitui-se como uma das mais difíceis tarefas que estão presentes no quotidiano dos profissionais de saúde, mais especificamente os enfermeiros (Pereira et al., 2013; Silva & Emídio, 2021).

Devido à imprevisibilidade da morte, que geralmente acontece num SUGP, a comunicação de más notícias torna-se num processo mais moroso, desconfortável e desafiante quer para os profissionais de saúde quer para as famílias, sendo importante a criação de um ambiente empático, confortador e de partilha onde os profissionais possam fazer a comunicação e os familiares se sintam apoiados e confortados, sentindo que os profissionais estão disponíveis para esclarecer as suas dúvidas, inquietações e questões (Pereira et al., 2013; Silva & Emídio, 2021).

Existem atualmente inúmeras estratégias disponíveis para a comunicação de más notícias, sendo um dos mais utilizados o Protocolo SPIKES (*Setting up the interview; Perceptions; Invitation; Knowledge; Emotions; Strategy and Summary*) desenvolvido por Buckman em 1994, sendo um acrónimo para seis etapas na transmissão de más notícias, tendo sido estruturado para fomentar o diálogo, fortalecendo a relação terapêutica e providenciando suporte emocional centrado na pessoa (Pereira et al., 2013; Silva & Emídio, 2021).

Assim, decidimos que o local mais adequado para a transmissão de informação à filha do senhor seria a sala de pausa da equipa médica por se encontrar menos movimentada aquela hora do dia, providenciando intimidade e privacidade, devendo este ser respeitado e protegido de acordo com a deontologia profissional de enfermagem (Artigo 107.º Código Deontológico). Nesta sala entrei eu, o médico que esteve presente na reanimação e a familiar do senhor, ficando frente a frente da mesma e o mais junto possível da mesma dando sensação de proximidade, sendo bem recebida pela mesma (S – Setting up the Interview).

Posteriormente a familiar do senhor começou a questionar-nos sobre o estado do pai, encontrando-se emocionalmente perturbada com a chamada repentina ao serviço. Tentámos numa primeira abordagem perceber o que a mesma sabia acerca do estado de saúde do pai (P- Perception), avançando nos esclarecimentos de forma clara e delicada, com tato, de modo a que a mesma assimilasse a informação recebida, não havendo uma sobrecarga excessiva de informação que naquele momento não teria capacidade para ser gerida pela mesma (I e K – Invitation e Knowledge).

Após receber a notícia, a filha do senhor ficou emocionalmente perturbada com a morte súbita do pai, pelo que lhe foi dado tempo para chorar, e para colocar todas as questões, de modo a respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelos familiares (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 85). Esta filha, agarrou as minhas mãos e olhou para mim,

sendo que eu fiquei em silêncio, visivelmente emocionada, sem nada conseguir dizer, ficando apenas ali a segurar as suas mãos (E – Emotions).

Por fim, procuramos perceber quais as necessidades daquela filha naquele momento de perda e dor, tendo a mesma solicitado ver o pai e permanecer durante alguns momentos junto do mesmo, sozinha, tendo sido este momento, muito provavelmente benéfico para o seu processo de luto (S – Strategy and Summary) (Pereira et al., 2013; Silva & Emídio, 2021).

2.3. VIATURA MÉDICA DE EMERGÊNCIA E REANIMAÇÃO

De forma a desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica (Regulamento n.º 429/2018) defini um objetivo geral e um específico que me acompanharam ao longo das 360h horas de contacto em ambos os contextos de estágio. O objetivo geral definido foi *“Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e/ou família em contexto de Serviço de Urgência e em contexto extra-hospitalar”* e como objetivo específico defini *“Desenvolver competências no cuidado especializado à pessoa em situação crítica e/ou sua família, em contexto de serviço de urgência polivalente e em contexto extra-hospitalar”*, para a definição destes dois objetivos tive em consideração o meu tempo de prática profissional, o contexto profissional onde estou inserida pois exerço funções numa Serviço de Urgência de um Hospital privada na Área Metropolitana de Lisboa, e o querer uma maximização de experiências, de forma a não me limitar apenas numa área ou áreas específicas. Visto que as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área enfermagem à pessoa em situação crítica derivam e vão ao encontro das competências gerais do enfermeiro de cuidados gerais, irei mencionar como primeiro foco as primeiras fazendo um paralelismo com o que está definido na segunda, sendo que me restringirei ao geral de cada competência servindo-me de casos reais na prática de cuidados para fazer menção às unidades de competência e aos critérios de avaliação que estão descritos no Regulamento n.º 429/2018.

Em relação à primeira competência definida no Regulamento n.º 429/2018 “1 – Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica” preconiza-se que o enfermeiro especialista nesta área seja capaz de responder de forma adequada e eficaz, sabendo mobilizar conhecimentos

e habilidades de modo a uma intervenção especializada no cuidado à Pessoa em SC e/ou família. Assim, começo por referir que o meu percurso neste contexto se iniciou por conhecer a estrutura física e a dinâmica organizacional, fazer leitura das normas e os protocolos, assim como conhecer a equipa multidisciplinar. Foi também determinante no processo de integração conhecer os equipamentos existentes, qual o material disponível, assim como a sua organização e acondicionamento, tanto na base como na viatura, de modo que a minha resposta, quando oportuna, fosse o mais eficiente possível. Muitas vezes o que acontecia é que assim que chegávamos à base após uma saída já estávamos a ser chamados para a próxima, por isso a reposição do material necessário teria que ser rápida chegando, muitas vezes, a ter de ir buscar o material em falta e voltar rapidamente para a viatura. Daí que, se eu não tivesse previamente o cuidado de saber onde os materiais estavam guardados iria perder tempo, sendo este um fator crucial em qualquer contexto, mas principalmente em contexto extra-hospitalar. Assim como, estando em ambientes que nos são desconhecidos, como as habitações das pessoas ou mesmo na rua, onde há tantos fatores que nos são muitas vezes impossíveis de controlar, deu-me segurança o facto de que se eu ou algum membro da equipa precisássemos de algum material eu saberia o seu local.

No meu primeiro turno neste contexto, e após me apresentar à equipa, foi sugerido que o dia seria para eu conhecer bem o contexto, observar e interiorizar o máximo de informação possível, para que quando sentisse que estava pronta pudesse agir. De notar que ao longo dos turnos vários foram os colegas que me tranquilizaram no sentido de que se o meu objetivo fosse apenas observação de que estaria à vontade para o dizer. Após ponderar, percebi que para mim seria mais facilitador estar envolvida na ação e na prática do que apenas na vertente de observadora, pois tenho mais facilidade de concentração e raciocínio se estiver a agir em vez de estar apenas a observar.

Durante todo o percurso neste contexto um dos aspetos que me despertou maior interesse e curiosidade, e que me levou a uma grande aprendizagem foi a utilização dos Instrumentos Básicos em Enfermagem (IBE's) por cada um dos colegas com quem estive ao longo das 80h de estágio. É claro que todos nós enquanto enfermeiros e durante a nossa prática profissional utilizamos os IBE's, mas neste contexto a utilização dos mesmos, na minha perspetiva, foi facilmente notória, dando destaque à Relação de Ajuda que é estabelecida entre o enfermeiro e equipa com a pessoa e sua família, pois as pessoas confiam implicitamente nos profissionais que as estão a socorrer e são elas que os chamam porque

precisam, o que na maioria das vezes facilita a relação de ajuda com as pessoas e a nossa prestação de cuidados enquanto profissionais de saúde. Recordo uma das saídas da equipa, que foi para socorrer uma senhora de 75 anos com dor torácica, com antecedentes de enfarte agudo do miocárdio (EAM) com cateterismo anterior, e apresentava-se muito nervosa e agitada à nossa chegada, isto, segundo ela, devido aos antecedentes pessoais (AP), estando continuamente a repetir para mim “Senhora enfermeira, não me esconda nada”. À nossa chegada a senhora encontrava-se pálida, diaforética, referia uma dor no centro do peito tipo aperto referindo uma dor intensa (Escala de dor 7-8) e bastante agitada, sendo que após observação da senhora e perceber quais os sintomas que a mesma tinha fui falando com ela, explicando-lhe ao pormenor cada uma das minhas intervenções, sendo que a senhora já estava familiarizada com algumas delas como a realização do ECG, a monitorização cardio-respiratória (MCR) ou a técnica da punção venosa. O facto de ter explicado cada intervenção ajudou com que a mesma se sentisse mais tranquila e que confiasse no nosso trabalho, sendo que quando lhe transmitimos o diagnóstico de EAM a senhora só disse, já em tom de brincadeira com um meio sorriso, “Pois, eu já sabia, eu disse-lhes logo o que tinha. Levem-me para onde quiserem”. Neste caso, o facto de ir explicando cada intervenção que eu ou a equipa íamos fazendo ajudou muito no estabelecimento desta Relação de ajuda e ajudou a que fosse um processo mais tranquilo tanto para a senhora como para o seu esposo que acompanhou todo o processo, atento a tudo o que íamos transmitindo a ambos. Na situação supramencionada, o fator comunicação quer com a senhora quer com o marido foi um dos fatores essenciais para que todos os cuidados necessários fossem prestados de forma célere, facilitando muito a nossa intervenção e ajudando a que fosse possível, face à situação vivida por esta família, uma maior tranquilidade em todo o processo. A certa altura, antes de sairmos para a ambulância, a senhora estava muito preocupada com a forma como o marido iria saber de si, informando-a de que iria anotar o seu contacto e daria aos colegas do Hospital de destino, referindo ainda que a mesma poderia levar o seu telemóvel pessoal para que fosse possível manter comunicação com o esposo. Recordo outra saída que tivemos, onde fomos acionados por uma crise convulsiva numa mulher de 26 anos, e quando chegámos à habitação onde a mesma se encontrava percebemos que se tratava de uma família de nacionalidade chinesa, que estaria há cerca de dois anos em Portugal e que não falavam português ou inglês. Neste caso a comunicação teve que ser por gestos e recorrendo à internet com auxílio do tradutor e, enquanto eu e o colega estávamos a prestar cuidados à jovem, a médica e os técnicos que nos acompanhavam estavam a recolher as informações sobre a

doente, num sinergismo de aproveitamento temporal. Neste processo de cuidados em contexto extra-hospitalar, faço um sublinhado à comunicação entre a equipa multidisciplinar, onde todos, desde o médico, enfermeiro e técnicos, têm o cuidado e o respeito de escutar a mensagem que lhes é transmitida e dão o feedback se a mesma foi ou não compreendida, sendo que, quando algum membro da equipa fala os restantes ouvem, não havendo interpelações e quebras na transmissão de informação. A Criatividade que a equipa multidisciplinar demonstrou ao longo de todas as interações com a mesma, foi algo que por vezes me surpreendeu. Outro aspeto a referenciar, foi a enorme criatividade da equipa no arranjar soluções rápidas e práticas para responder às necessidades do momento, pois houve situações em que foi necessário afastar móveis, sacos e outros objetos do caminho para chegarmos à pessoa, houve outras em que foi necessário retirarmos um quadro de uma parede para pendurarmos um soro e administramos terapêutica e outras onde com um cabide de roupa fizemos um suporte de soro. Para mim este foi um dos IBE's que mais desenvolvi neste contexto, e dava por vezes por mim a pensar "Eu nunca me iria lembrar de o fazer", o que contribuiu para um grande crescimento pessoal e profissional, pois não deixamos de prestar cuidados de qualidade por não termos os mesmos recursos que no contexto inter-hospitalar, apenas nos adaptamos. Outro dos IBE's que para mim foi fundamental, e onde notei uma grande melhoria e evolução neste contexto, foi a Observação. Quando me refiro à observação não é só naquilo que diz respeito ao estado clínico da pessoa, mas também a todo o seu ambiente envolvente, à dinâmica familiar existente, pois tudo isto nos ajuda a termos uma perceção maior de quem é aquela pessoa e a sua família, que meios ela dispõe e que cuidados de saúde lhe poderão ser prestados naquele momento, assim como que tipo de informações podem ser transmitidas e mais importante que isso, o modo de as transmitir de forma a que a informação dada seja compreendida e entendida na sua totalidade. Uma das saídas que tive, foi para um senhor de 82 anos em crise convulsiva, e quando chegamos deparámo-nos com uma habitação pequena, mas completamente remodelada e estruturada face às necessidades daquela pessoa, para além de que o senhor tinha em cima de uma mesa ao seu lado uma chapa identificativa onde constavam os seus dados, os contactos de emergência da filha e da neta e os seus antecedentes pessoais, e sempre que o senhor saía de casa levava a chapa com ele ao pescoço. Desta observação concluí que estava perante uma família preocupada e cuidadosa com aquele senhor e com o seu bem-estar, e que apesar de poucos recursos económicos, segundo o que nos foi transmitido, faziam de tudo o que estava ao alcance para que aquele senhor tivesse o máximo de qualidade de vida possível. No que

diz respeito à observação do estado clínico das pessoas em situação crítica, já mencionei acima algumas situações que ocorreram ao longo do período de estágio neste contexto, como o caso do senhor que estava a desenvolver um quadro séptico e que através da observação direta assim que cheguei à porta do quarto pude constatar pelos sinais que o mesmo apresentava, como a coloração da pele, os olhos e mucosas e a diaforese presente. O mesmo sucedeu, por exemplo, com a senhora que mencionei acima com o diagnóstico de EAM, à chegada e através da observação foi imediatamente compreensível de que a senhora tinha um quadro sintomático compatível com EAM e o ECG e restante monitorização veio confirmar.

No que diz respeito à componente ética dos cuidados, recordo uma situação em que fomos chamados por um quadro de dispneia numa senhora de 96 anos, e quando chegamos ao lar onde residia percebemos que a senhora já se encontrava acamada há alguns anos e que tinha iniciado durante a manhã desse dia um quadro de dispneia, objetivada com um oxímetro que as cuidadoras do lar lho tinham colocado. Decorrida a avaliação da senhora, e após falarmos em equipa decidimos que o melhor para ela, visto estar em fim de vida e não beneficiar de mais cuidados para além de cuidados de conforto, o médico transmitiu a decisão de equipa às duas cuidadoras que se encontravam com a senhora sendo que uma delas era a enfermeira que presta cuidados no lar. A segunda cuidadora demonstrou-se pouco confortável com o que foi transmitido referindo que por desconhecimento não saberia como agir se a senhora precisasse de outro tipo de cuidados, ao que eu interfeirei e expliquei-lhe que para a senhora, na fase em que a mesma se encontrava, não seria de todo benéfico estar a transferi-la para o hospital onde a iriam colocar numa maca, muito possivelmente mais desconfortável do que a cama onde ela se encontrava, e que iria acabar por morrer sozinha, num ambiente desfavorável ao fim de vida e que não teria a capacidade de prouwer com tanta eficácia o conforto que a senhora precisaria. Expliquei-lhe que a senhora iria precisar de que a mantivessem quente, confortável e sem grandes intervenções invasivas, como a aspiração de secreções de que era submetida constantemente, sendo que o médico ainda acrescentou que a senhora teria pouco tempo de vida e que para nós enquanto equipa não seria correto retirá-la do conforto de um sítio seu conhecido, com pessoas que a conhecem e que sabem o que a mantém mais confortável. Após esta explicação, a segunda cuidadora ficou mais à vontade com a decisão e também contribuiu significativamente para isto o facto de a enfermeira dizer-lhe que ficaria durante mais algum tempo e lhe daria todo o apoio. Esta foi das situações que mais me comoveu e que mais sentido deu ao que chamamos cuidado

diferenciado, pois não importam só as intervenções realizadas para socorrer uma Pessoa em SC, importa muito mais o assegurar da dignidade e do respeito em fim de vida. O que procurámos enquanto equipa foi dar o máximo de dignidade, respeitando e valorizando a vida e a qualidade de vida daquela senhora em fim de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p. 80-83).

Para ilustrar o desenvolvimento da competência supramencionada, chamo a texto uma situação em que fomos chamados porque uma senhora de 73 anos com uma fístula arteriovenosa recente estava com hemorragia ativa. Começo por referir que a habitação onde a senhora se encontrava era de difícil acesso e como habitava sozinha demorou algum tempo a chegar até à porta. Percecionámos uma senhora idosa obesa com pouca mobilidade, encontrando-se hemodinamicamente estável e sem hemorragia ativa. Enquanto aguardávamos a chegada da ambulância, ajudei a senhora a trocar de camisa de noite dado a que usava estar suja de sangue, tendo previamente realizado um penso simples com compressas e ligaduras de modo a proteger o canal e aproveitei para sugerir que sempre que chamar a ambulância era bom deixar a porta entreaberta para um mais rápido acesso. Como tinha contactado o filho e este viria a caminho, a senhora solicitou-me que falasse com ele ao telefone a informar de que a mãe se encontrava bem e qual seria o hospital para onde esta iria. De seguida, dirigimo-nos para a ambulância sendo que a senhora teve de ir pelo próprio pé, pois devido à configuração do local não era possível que a ambulância fosse até à porta, existiam várias escadas até à ambulância e não era possível que a senhora fosse em cadeira de rodas, pelo que foi amparada por mim e pela médica, com o auxílio da sua canadiana. Talvez devido a todo este esforço feito, a hemorragia fica novamente ativa, sendo bastante abundante, e a senhora refere que se sente fraca e que acha que vai perder consciência, daí que rapidamente a colocamos na ambulância deitada na maca, começando de imediato a fazer-lhe compressão no local da fístula enquanto o colega ia buscar o garrote tipo CAT para lhe colocarmos. Com a colocação do torniquete a senhora ficou muito queixosa, pois referia que lhe estávamos a apertar muito o braço e que estava a começar a deixar de sentir as extremidades, o que a assustava, sendo que eu lhe expliquei que sem a colocação do torniquete era impossível pararmos a hemorragia e conseguimos que ela não se sentisse a perder a consciência. Com o torniquete colocado, era prioritário avaliar novamente os sinais vitais, que até ao momento de chegada ao hospital, o seu perfil era tendencialmente hipotensivo daí que se procedeu à canalização de uma veia periférica e início de fluidoterapia EV. Após a estabilização e monitorização da senhora no local, esta foi transportada para o

Serviço de Urgência da unidade hospitalar, tendo, à chegada, sido solicitado para reencaminhar a senhora a outra unidade hospitalar para poder ser de imediato intervencionada pela cirurgia vascular. A senhora estava muito renitente face a uma nova intervenção cirúrgica, referindo medo de não sobreviver à intervenção. Expliquei a importância desta intervenção, e pareceu-me ter sido convincente pelo que a senhora pede novamente para falar com o filho, o que lhe foi concedido, tendo ficado mais tranquila. Quando chegamos ao hospital de destino, e já com a doente na cama, foi decisão da equipa da VMER ficar junto da doente até a equipa médica chegar, apesar de a hemorragia estar controlada. Entretanto, transmiti aos colegas as informações tanto relacionadas com a situação de doença como a envolvência e comunicação tida com o filho, tendo informado do nome e número de telemóvel do mesmo. Nesta situação supramencionada é possível identificar-se várias das unidades de competência que fazem parte integrante das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, tais como: “*Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica*” – após identificar o problema, neste caso a hemorragia, que levaria a uma instabilidade hemodinâmica, adotei vários procedimentos para minimizar e antecipar os potenciais focos de instabilidade, tendo várias ações eficientes quer para o controlo da hemorragia quer para a estabilização hemodinâmica da senhora; “*Garante a administração de protocolos terapêuticos complexos*” – após a identificação do problema, a prioridade passou por intervir nas complicações que surgiram derivadas da hemorragia, tais como, deitar a senhora na maca da ambulância, canalizar-lhe um acesso venoso para iniciar fluidoterapia com vista a uma estabilização hemodinâmica eficiente, com supervisão e avaliação constante; “*Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, otimizando as respostas*” e “*Assiste a pessoa, família/cuidador nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e/ou falência orgânica*” – atendendo à situação acima descrita, foi notório a preocupação, a ansiedade, o receio e o medo desta senhora em relação ao seu estado de saúde, daí ter-me focado no seu bem-estar emocional. Para esta senhora era muito importante que o filho soubesse que ela estava bem e onde ela iria ficar, tendo sido muito significativo para a mesma ter falado com o filho... serenou e ficou mais tranquila e conseqüentemente com menos queixas álgicas; “*Gere a comunicação interpessoal que fundamenta a relação terapêutica com a pessoa, família/cuidador face à situação de alta complexidade do seu estado de saúde*” e “*Gere o*

estabelecimento da relação terapêutica perante a pessoa, família/cuidador em situação crítica e/ou falência orgânica”- Como já mencionei acima no caso da jovem de nacionalidade chinesa em crise convulsiva, por vezes torna-se necessário adotar estratégias de comunicação diferentes das que estamos acostumados de modo a que a mensagem que queremos transmitir seja passada mas acima de tudo compreendida, e não só no extra-hospitalar como em contexto hospitalar deparo-me com muitos casos em que o idioma é diferente e são necessárias estratégias para que a comunicação seja possível.

Na segunda competência definida no Regulamento n.º 429/2018 “2 – Dinamiza a resposta em situações de emergência, exceção e catástrofe, da concepção à ação;” entende-se como emergência aquela em que a pessoa sofre uma agressão por parte de qualquer fator, que lhe cause perda de saúde, de forma abrupta e violenta, afetando ou ameaçando a integridade de um ou mais órgãos, estando a pessoa em risco de vida. Por seu lado, diz-se que estamos perante uma situação de exceção quando há um desequilíbrio entre as necessidades e os recursos que estão disponíveis, sendo que irá exigir uma atuação, reorganização, gestão e estruturação dos recursos humanos e materiais, assim como das próprias vítimas (Regulamento n.º 429/2018). Uma das primeiras coisas que os colegas tiveram o cuidado de me explicar e fazer com que cumprisse e fizesse cumprir foram as condições de segurança, que são essenciais para qualquer prestação de cuidados, e são cruciais quando falamos em prestação de cuidados extra-hospitalar. Durante as 80h de estágio, em todas as saídas que tive, equacionava sempre se as condições de segurança estavam asseguradas e tive duas situações onde as mesmas, por motivos diferentes, em alguns momentos estiveram comprometidas. Relevo o enorme cuidado e zelo que todos os elementos das diferentes equipas, tiveram comigo em garantir a minha segurança. Ilustrativo disso foi uma situação em que fomos chamados devido a uma eletrocussão num homem de 35 anos. Quando íamos a caminho fomos contactados pelo médico regulador do CODU que nos transmite que afinal seria uma tentativa de suicídio e que estariam na habitação, para além do senhor e da esposa, duas crianças menores. À nossa chegada o senhor estava deitado no chão com um cabo à volta do pescoço e encontrava-se junto dele outro homem que nos foi dito que seria um vizinho. Quando nos aproximamos para iniciarmos a avaliação à vítima e iniciarmos a prestação de cuidados, o senhor levanta-se de repente e vem na nossa direção com agressividade ao que nós tivemos que correr para a porta e fechar a mesma, pois ele queria sair para a rua e ir à procura dos filhos e da mulher, os quais já tinham sido afastados para que as crianças não assistissem à nossa intervenção. Tratava-se de uma família de etnia

cigana, a residir numa habitação precária com poucas condições de segurança e higiene, onde residia este casal com os dois filhos menores e pelo que nos foi transmitido pela esposa, após uma discussão do casal onde a mesma refere ter dito que iria sair de casa com os dois filhos o senhor tentou o suicídio ao colocar um cabo em volta do pescoço e atá-lo a uma estrutura frágil de metal que se encontrava na habitação. Nesta situação, como mencionado no início desta reflexão, a equipa teve a preocupação de dividir tarefas, sendo que eu me encarregaria de ficar com as crianças e a mãe das mesmas e a restante equipa se encarregaria dos cuidados ao senhor. Quando chegámos vi que as crianças já se encontravam na rua com a mãe e rodeadas de alguns vizinhos. Questionei se ela e as crianças estavam bem e reforcei a importância de se manterem afastados. Quando entrei na casa deparei-me com várias garrafas espalhadas por todo o lado, tendo coincidindo com o ato de agressividade acima mencionado. Ao percebermos que o senhor não se encontrava em perigo de vida e que provavelmente estaria alcoolizado, a enfermeira fez a chamada para assegurar de que a polícia se encontrava a caminho e aguardamos a sua chegada, sendo que ainda fizemos mais duas tentativas para entrar dentro da casa, mas ambas sem sucesso tendo mesmo que por três vezes sido necessário impedi-lo de sair de casa à procura dos filhos. Enquanto aguardávamos a chegada dos agentes de autoridade aproveitei para falar com a esposa do senhor, que estava constantemente a tentar aproximar-se da porta de casa com os filhos, e explicar-lhe que para as crianças não iria ser benéfico verem o pai naquela situação e que se mantivesse o mais afastada possível. Esta situação foi uma das que mais me marcou neste contexto, onde inicialmente tínhamos recebido a chamada para uma eletrocussão que passou a uma tentativa de suicídio, contudo, no local identificámos que as potenciais vítimas seriam aquelas duas crianças, pelo ambiente familiar a que estariam expostas, e possivelmente também a mãe, apesar de ela negar atos de violência doméstica. Aqui, o meu foco de atenção foi a segurança e bem-estar daquelas crianças.

Outra situação, para a qual fomos chamados, foi para um homem de 34 anos que tinha caído de uma altura de 10 metros numa obra, percebendo-se uma situação de trauma. Assim que chegámos o responsável da obra disponibilizou-nos capacetes de proteção para colocarmos, pois, para aceder ao local onde se encontrava a vítima teríamos que entrar na obra. O enfermeiro alertou-me para as questões de segurança e para eu ter cuidado no que poderia tocar ou pisar. Quando chegámos ao local onde se encontrava a vítima percebemos que tinha caído pois a plataforma suspensa onde a mesma se encontrava cedeu o que provocou a queda de sensivelmente 10 metros. A vítima encontrava-se em decúbito ventral

e para a passarmos a decúbito dorsal procedeu-se à estabilização da cervical pela médica sendo que os restantes elementos procedemos à rotação do corpo da vítima em bloco. Procedemos à avaliação XABCDE (NAEMT, 2019), tendo em conta que ao cair muito possivelmente a vítima embateu violentamente com a cabeça, pescoço e tronco no pavimento e tendo em consideração a altura de que o mesmo caiu. Assim, determinou-se que a equipa se iria dividir para uma intervenção o mais célere possível, sendo verificado inicialmente que a vítima não apresentava nenhum local com hemorragia ativa observável. Posteriormente, a médica e o enfermeiro ocuparam-se da permeabilidade da via aérea com colocação de tubo endotraqueal para ventilação invasiva dando eu apoio na preparação e administração de fármacos para sedo-analgesia antes do procedimento. Após a estabilização da mesma procedeu-se ao seu transporte para a ambulância sendo necessário uma coordenação de toda a equipa presente (médica, enfermeiros e técnicos), de modo que não houvesse intercorrências ao nível da estabilização da vítima até ao local onde se encontrava a ambulância.

Durante o período de estágio não presenciei nenhuma situação com cenário de multivítimas, contudo pedi a um dos colegas que me explicasse o modo de atuação no local e que me mostrasse onde poderia encontrar o material para a realização da triagem primária e secundária de vítimas. Foi-me explicado de que o primeiro meio que chega ao local é o que vai iniciar a delimitação do perímetro de segurança, quem vai pedir reforços e quem iniciará a triagem das vítimas de forma a determinar o nível de urgência, a garantir uma assistência o mais precoce possível e com a iniciação de manobras “life-saving” quando se justifique. Isto porque, num cenário de multivítimas os recursos existentes têm e devem ser criteriosamente utilizados, de forma que não se tornem rapidamente finitos e seja possível um maior controlo de gastos e recursos. A triagem facilita ainda no controlo do fluxo de vítimas, na documentação das mesmas, na determinação das áreas de vigilância e cuidados onde posteriormente os profissionais serão divididos por áreas de assistência (INEM, 2012b, 2012a). A triagem primária das vítimas deverá ser realizada de modo que seja possível triar num menor espaço de tempo o máximo de vítimas possíveis, seguindo-se o método START (Simple Triage and Rapid Treatment), sendo utilizados três discriminadores para o efeito: se a vítima anda ou está ferida; se a vítima respira e qual a sua frequência respiratória; e se a vítima tem pulso palpável e qual a sua frequência cardíaca. Assim, com base nos discriminadores acima mencionados, as vítimas são agrupadas em quatro categorias diferentes, de acordo com os fluxogramas de triagem, sendo colocado um cartão de cor

respetiva junto à vítima para que seja visível aos profissionais de saúde com que tipo de vítima se estão a confrontar. As categorias são: Prioridade 1 (cor vermelho) – vítima emergente, Prioridade 2 (cor amarelo) – Vítima grave, Prioridade 3 (cor verde) – vítima não grave e quando a vítima se encontra morta coloca-se o cartão com o preto (INEM, 2012b, 2012a). Estes cartões fazem parte do material existente em cada ambulância e também na VMER. A triagem secundária trata-se de um processo contínuo, com o intuito de triar de forma mais precisa um maior número de vítimas, baseando-se no Triage Revised Trauma Score (TRTS) que consiste na avaliação de três variáveis fisiológicas sendo elas a frequência respiratória, o estado de consciência e a Pressão Arterial Sistólica (PAS). Como não me foi possível experienciar numa situação semelhante com multivítimas neste contexto, tentei informar-me ao máximo junto dos colegas que já as viveram e experienciaram assim como procurar informações, nomeadamente no manual do INEM de Situação de Exceção, de modo a obter mais conhecimentos e esclarecimentos sobre esta temática.

CONCLUSÃO

Ao longo deste percurso de aprendizagem, foram várias as experiências e vivências que contribuíram para a aquisição de competências especializadas.

As atividades desenvolvidas nos contextos de estágio foram apresentadas detalhadamente neste relatório, assim como o modo como cada uma delas contribui para a aquisição e consolidação de competências especializadas fundamentais na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica.

Apresento ainda de que forma o referencial teórico de Madeleine Leininger influenciou o meu pensamento e a minha ação durante todo este percurso, ao sublinhar que cada pessoa é um ser singular com características e especificidades próprias inerentes ao contexto ambiental, político, cultural e social em que o mesmo está inserido, e que para um cuidado único, singular, individualizado e holístico devemos ter em conta todos estes aspetos, integrando-os e respeitando-os na nossa prática profissional.

Demonstro neste relatório as competências de enfermeiro especialista adquiridas, através da partilha da análise crítico-reflexiva das situações vividas em contexto de estágio. Considero que a minha prática de cuidados foi norteada com recurso à mais recente evidência, integrando na mesma um pensamento científico e questionador que me permitiu fundamentar a minha tomada de decisão de modo a uma ação especializada.

Ao longo deste percurso foi para mim visível a transformação de uma enfermeira que se sentia insegura e que era iniciada na profissão para uma enfermeira mais segura, mais confiante e com mais certezas... mas ainda com muitas dúvidas. Este foi um caminho de crescimento quer pessoal quer profissional, sendo que há áreas específicas que ainda carecem da minha parte de um maior cuidado, estudo e integração de modo a dar uma resposta especializada e diferenciada na minha prática de cuidados, nomeadamente no cuidado especializado à Pessoa em Situação Crítica.

A *scoping review* elaborada permitiu-me não só a demonstração de competências de mestre, assim como reunir num só documento a evidência disponível e atualizada acerca dos rituais de morte nas cinco religiões com maior expressão no mundo, tendo sido capaz de sistematizar os diversos rituais pertencentes a cada uma das religiões de modo que os enfermeiros e restantes profissionais de saúde ao fazerem a leitura do artigo fiquem

sensibilizados e sejam propulsores no seu cumprimento e respeito pelos mesmos, pois os cuidados são integrantes, não se limitando à realização de técnicas e ações repetidas, mas sim à diferenciação de acordo com cada pessoa, fazendo enaltecer a singularidade de cada um.

No final deste percurso, mantenho o interesse e desejo de continuar a investir na minha formação e na minha profissionalização, não só para satisfação e gosto pessoal, mas principalmente para estar apta e competente no satisfazer das necessidades de cuidados que cada pessoa e sua família apresentem, tendo como farol a excelência do cuidado e mantendo o desejo de continuar a ser diferente e a prestar cuidados singulares, únicos e com sentido, pois considero, que só assim nos poderemos denominar enfermeiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Shahri, M. Z. (2016). Islamic theology and the principles of palliative care. *Palliative and Supportive Care*, 14(6), 635–640. <https://doi.org/10.1017/S1478951516000080>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito* (1ª Edição).
- Bloomer, M. J., & Hons, M. N. (2013). Ensuring cultural sensitivity for Muslim patients in the Australian ICU : Considerations for care. *Australian Critical Care*, 26(4), 193–196. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2013.04.003>
- Camelo, S. H. H., & Angerami, E. L. S. (2013). *PROFESSIONAL COMPETENCE: THE BUILDING OF CONCEPTS AND STRATEGIES DEVELOPED BY HEALTH SERVICES AND IMPLICATIONS FOR NURSING*. 22(2), 552–560.
- Carey, S. M., & Cosgrove, J. F. (2006). Cultural issues surrounding end-of-life care. *Current Anaesthesia and Critical Care*, 17(5), 263–270. <https://doi.org/10.1016/j.cacc.2006.10.002>
- Chakraborty, R., El-Jawahri, A. R., Litzow, M. R., Syrjala, K. L., Parnes, A. D., & Hashmi, S. K. (2017). A systematic review of religious beliefs about major end-of-life issues in the five major world religions. *Palliative and Supportive Care*, 15(5), 609–622. <https://doi.org/10.1017/S1478951516001061>
- Costa, F. F., Prudente, G. M., Gomes, A. C. B., Deus, S. D., Castilho, T. C., & Sampaio, R. A. (2021). A eficácia da aplicação do protocolo de Manchester na classificação de risco em unidades de pronto atendimento: Uma revisão sistemática. *Rev Saúde Mult*, 9(1), 78–82.
- Despacho n.º 13427/2015 de 20 de novembro. (2015). Definir quais os serviços de urgência que constituem os pontos da Rede de Referenciação de Urgência/Emergência. *Diário Da República II Série, N.º 228 (13-10-2015)*, 33814–33816.
- Despacho n.º 18777/2009, 32958 (2009).
- Dias, P. R. C. (2010). RITOS E RITUAIS - VIDA , MORTE E MARCAS CORPOR AIS : A IMPORTÂNCIA DESSES SÍMBOLOS PAR A A SOCIEDADE. *VIDYA*, 29(2),

71–86.

- Dimond, B. (2004). Disposal and preparation of the body: different religious practices. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 13(9), 547–549.
<https://doi.org/10.12968/bjon.2004.13.9.12969>
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge - Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories* (2ª Edição).
- Gabbay, E., & Fins, J. J. (2019). Go in Peace: Brain Death, Reasonable Accommodation and Jewish Mourning Rituals. *Journal of Religion and Health*, 58(5), 1672–1686.
<https://doi.org/10.1007/s10943-019-00874-y>
- Gatrad, R., & Sheikh, A. (2002a). Palliative care for Muslims and issues after death. *International Journal of Palliative Nursing*, 8(12), 594–597.
<https://doi.org/10.12968/ijpn.2002.8.12.10977>
- Gatrad, R., & Sheikh, A. (2002b). Palliative care for Muslims and issues before death. *International Journal of Palliative Nursing*, 8(12), 594–597.
<https://doi.org/10.12968/ijpn.2002.8.12.10977>
- Guilouski, B., & Costa, D. R. (2012). *Ritos e rituais*.
- Hoorn, S., Elbers, P. W., Girbes, A. R., & Tuinman, P. R. (2016). Communicating with conscious and mechanically ventilated critically ill patients : a systematic review. *Critical Care*, 1–14. <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1483-2>
- INEM. (2012a). *EMERGÊNCIAS TRAUMA* (1ª Edição).
- INEM. (2012b). *Situação de Exceção* (1ª Edição).
- Kovács, M. J. (2005). *Educação para a Morte*. 25(3), 484–497.
- Lalani, N., & Ali, G. (2020). Methodological and ethical challenges while conducting qualitative research on spirituality and end of life in a Muslim context : a guide to novice researchers. *International Journal of Palliative Nursing*, 26(7), 362–370.
- Leininger, M. (2002). Culture Care Theory : A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. *Journal of Transcultural Nursing*.
<https://doi.org/10.1177/10459602013003005>

- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). *The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions : Explanation and Elaboration*. 6(7).
<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>
- Madrean Schober. (2020). *Guidelines on Advanced Nursing Practice* (ICN - International Council of Nurses (ed.)). https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN_Report_EN_WEB.pdf
- McFarland, M. R., & Wehbe-Alamah, H. B. (2019). Leininger's Theory of Culture Care Diversity and Universality: An Overview With a Historical Retrospective and a View Toward the Future. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(6), 540–557.
<https://doi.org/10.1177/1043659619867134>
- Miklancie, M. A. (2007). Caring for patients of diverse religious traditions: Islam, a way of life for Muslims. *Home Healthcare Nurse*, 25(6), 413–417.
<https://doi.org/10.1097/01.NHH.0000277692.11916.f3>
- Mohkamsing-den Boer, E., & Zock, H. (2004). Dreams of passage: An object-relational perspective on a case of a Hindu death ritual. *Religion*, 34(1), 1–14.
<https://doi.org/10.1016/j.religion.2003.11.002>
- NAEMT. (2019). *PHTLS - Soporte Vital de Trauma Prehospitalario* (J. e B. Learning (ed.); 9 Edición).
- Narayan, M. C. (2006). Caring for patients of diverse religious traditions: Catholicism. *Home Healthcare Nurse*, 24(3), 183–186. <https://doi.org/10.1097/00004045-200603000-00013>
- Nunes, P. S. O. (2021). *Prática Avançada de Enfermagem em Portugal: Uma análise da Aceitabilidade*. Universidade Nova de Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. <https://www.ptonline.com/articles/how-to-get-better-mfi-results>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*.
- Pattison, N. (2008). Care of patients who have died. *Nursing Standard*, 22(28), 42–48.

- Pereira, A. T. G., Fortes, I. F. L., & Mendes, J. M. G. (2013). Comunicação De Más Notícias: Revisão Sistemática Da Literatura. *Rev Enferm UFPE on Line*, 7(1), 227–262. <https://doi.org/10.5205/reuol.3049-24704-1-LE.0701201331>
- Piccoli, T., Nunes, S. F. L., Tramontina, P. C., Oliveira, R. J. T. de, Santos, E. K. A. dos, & Lúcia Narazeth Amante. (2015). *Refletindo sobre algumas teorias de enfermagem a partir do modelo de avaliação de Meleis*. 20(2), 437–442. <https://doi.org/10.5380/ce.v20i2.37891> ;
- Puchalski, C. M., Dorff, R. E., & Hendi, I. Y. (2004). Spirituality, religion, and healing in palliative care. *Clinics in Geriatric Medicine*, 20(4), 689–714. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2004.07.004>
- Puchalski, C. M., & O'Donnell, E. (2005). Religious and spiritual beliefs in end of life care: How major religions view death and dying. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*, 9(3), 114–121. <https://doi.org/10.1053/j.trap.2005.06.003>
- Regulamento n.º 124/2011, 8656 (2011).
- Regulamento n.º 140/2019, 4744 (2019).
- Regulamento n.º 429/2018, (2018).
- Sarhill, N., Legrand, S., Islambouli, R., Davis, M. P., & Walsh, D. (2001). The terminally ill Muslim: Death and dying from the Muslim perspective. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 18(4), 251–255. <https://doi.org/10.1177/104990910101800409>
- Serrano, M. T. P., Costa, A. da S. M. C., & Costa, N. M. V. N. (2011). Cuidar em Enfermagem : como desenvolver a (s) competência (s). *III Serie - n.º3*, 15–23.
- Silva, D., & Emídio, M. (2021). Comunicação de Más Notícias. In *Enfermagem de Urgência e Emergência* (1ª Edição, Issue July, pp. 423–426). LIDEL.
- Smith-Stoner, M. (2005). End-of-Life Needs of Patients Who Practice Tibetan Buddhism. *JOURNAL OF HOSPICE AND PALLIATIVE NURSING*, 7(4), 228–233.
- Smith-Stoner, M. (2006). Caring For Patients Of Diverse Religious Traditions - Considerations For Buddhist Clients In Home Care. *Home Health Care Nurse*, 24(7), 459–466.

Venhorst, C. (2012). Islamic death rituals in a small town context in the Netherlands:

Explorations of a common praxis for professionals. *Omega (United States)*, 65(1), 1–10. <https://doi.org/10.2190/OM.65.1.a>

Vilelas, J. M. S., & Janeiro, S. I. D. (2012). *TRANSCULTURALIDADE : O ENFERMEIRO COM COMPETÊNCIA CULTURAL*. 16(1), 120–127.

Xavier, M., Miziara, C., & Miziara, I. (2014). Terminalidade da vida: questões éticas e religiosas sobre a ortotanásia. *Saúde, Ética & Justiça*, 19(1), 26–34.

Yasien-Esmael, H., & Rubin, S. S. (2005). The meaning structures of Muslim bereavements in Israel: Religious traditions, mourning practices, and human experience. *Death Studies*, 29(6), 495–518.

<https://doi.org/10.1080/07481180590962668>

<https://www.pewresearch.org/religion/2012>

<https://www.ine.pt/religiao>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Protocolo da *Scoping Review*

1 – Título

Intervenção de enfermagem nos rituais das cinco religiões com maior expressão no mundo: um protocolo de revisão *scoping*

2 – Questão Revisão

→ Qual a evidência disponível acerca dos rituais de morte nas cinco religiões com maior expressão no mundo?

3 – Objetivos

→ Identificar os rituais presentes em cada uma das cinco religiões com maior expressão no mundo;

→ Identificar qual poderá ser a intervenção do enfermeiro em cada um dos rituais identificados;

4 – Introdução

A morte é consequência própria da vida humana, não sendo possível dissociá-la do espaço social que todos nós partilhamos. Esta existe desde o princípio do mundo, sendo considerada por muitos um tema sagrado e não discutível. Ao longo dos anos as opiniões e conceitos foram sendo alterados através de aspetos filosóficos, sociais, religiosos, biológicos, legais ou culturais. Assim, a morte passou a ser entendida como um processo de morrer e não apenas como um acontecimento isolado (Xavier et al., 2014).

À ideia de morte está associado um conjunto de conceções relacionadas às experiências, histórias de vida e vivências de cada indivíduo numa determinada cultura. Assim, os significados individuais que são atribuídos ao conceito de morte têm relação com a idade, experiências familiares diante da perda, a crença religiosa, a fé, a cultura, bem como as convicções e valores pessoais e sociais (Kovács, 2005).

A cultura é definida como o conjunto de valores, crenças, normas e práticas de vida de um determinado grupo, aprendidos, partilhados e transmitidos que orientam o pensamento, decisão e ação, de forma padronizada (Leininger, 2002). Assim, cabe aos enfermeiros a responsabilidade própria de se capacitarem de modo a prestarem cuidados culturalmente competentes fazendo respeitar o que está presente no Artigo 103.º do Código Deontológico da OE, que refere que o enfermeiro tem o dever de respeitar a integridade biopsicossocial, cultural e espiritual de cada pessoa (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

A diversidade cultural do cuidado indica a variação de significados, padrões, valores ou símbolos de cuidado que são culturalmente originários dos Homens para garantir o seu bem-estar ou aperfeiçoamento de uma condição ou para enfrentar a morte, sendo assim, definido cuidado cultural como aquele em que os valores, crenças e expressões padronizadas auxiliam, facilitam, sustentam ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter o seu bem-estar, saúde, lidar com a doença ou a morte (Leininger, 2002).

No sistema cultural, a religião fornece respostas e sentido à vida para quem procura. A religiosidade permite à pessoa compreender os significados dos eventos como algo parte de um propósito maior, mediante a crença de que nada acontece por acaso, dando sentido e significado aos acontecimentos (Xavier et al., 2014). A religião diz respeito a um sistema fixo de compromissos ideológicos, onde podem ou não estar presentes alguns elementos pessoais dinâmicos, enquanto que a espiritualidade é a parte subjetiva da experiência da religião em cada pessoa (Lalani & Ali, 2020).

Inerente ao contexto cultural e religioso estão presentes diversos rituais que lhes conferem uma identidade e estilo próprios. Estão presentes em todas as culturas e podem ou não possuir cariz religioso (Guilouski & Costa, 2012). Pode-se ainda afirmar, que um ritual tem importante significância no que diz respeito à demonstração de sentimentos coletivos como símbolos míticos, ou determinantes de alguma essência religiosa (Dias, 2010).

O ritual é uma ação procedida por consequências reais, possuindo uma linguagem única e obedecendo a uma lógica, tendo finalidade, estrutura e causa, acrescentado aos participantes um resultado real. Os rituais são apreendidos, repetidos e repassados, de indivíduo para indivíduo, de geração para geração, tendo como função manter a cultura integrada e estabelecer ligações com o passado dos indivíduos envolvidos (Dias, 2010).

Salientar que os ritos remetem para o ato de travessia de fronteiras, seja fisicamente ou em algum aspeto da vida social do indivíduo. Assim, os rituais propiciam diversas passagens sendo uma delas a morte (Dias, 2010).

Os enfermeiros têm o dever de considerar a relação existente entre a pessoa de quem cuidam e a sua cultura, religião e/ou espiritualidade, respeitando e acolhendo as ideias e experiências que estes vivenciaram ao longo da sua vida, de modo a contribuírem para um cuidado mais humanizado, holístico e congruente. Os Artigos 102.º e 108.º do Código Deontológico referem que o enfermeiro tem o dever de respeitar e fazer respeitar as opções culturais e

religiosas da pessoa e criar condições para que a mesma as possa exercer, assim como, defender e promover o direito da pessoa à escolha do local onde quer morrer e das pessoas que estarão junto dela, e por fim devem respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

No decorrer do meu percurso profissional e pessoal constatei a extrema preocupação, por parte dos enfermeiros, com a pessoa em fim de vida, assim como sua respectiva família, no que diz respeito ao alívio da dor e sofrimento físico. No entanto, considero que por vezes não é dada a devida atenção à vertente espiritual do sofrimento, sendo esta parte integrante da pessoa e/ou família. Para que o cuidar seja culturalmente congruente é fundamental que o enfermeiro esteja desperto para esta rede complexa de crenças de modo a respeitar a pessoa como um todo e que o cuidado prestado seja efetivamente individualizado, único e holístico. A nossa exigência, enquanto enfermeiros, deverá ir muito mais além da competência técnica e científica exigida, tendo que abarcar a competência cultural. Sendo responsabilidade do enfermeiro os cuidados que antecedem a morte assim como os cuidados ao corpo pós-morte, julgo pertinente o conhecimento acerca de como são realizados estes cuidados nas cinco religiões com maior expressão no mundo.

5 – Critérios de Inclusão e Exclusão

A pesquisa desenvolvida será de acordo com a questão de investigação, anteriormente apresentada, e com os objetivos do estudo, de acordo com a metodologia PCC, sendo que “P” se refere à população em estudo, “C” refere-se ao conceito em estudo e o “C” refere-se ao contexto em estudo.

Tabela 1

<p>“P” – População</p> <p>Irão estar incluídas todas as palavras que definem as cinco religiões com maior expressão no mundo;</p>	<p>“Islam”; “Islam religion”; “Muslim”; “Islamic”; “Judaism”; “Jewish”, “Jews” “Judaism religion”; “Buddhism”; “Buddhism religion”; “Buddhist” “Hindu”; “Hinduism religion”; “Christianity”; “Catholicism”; “Catholic church”; “Catholic”; “Christian”; “Catholic religion”; “Religion”; “Religions of the world”.</p>
--	---

<p>“C” – Conceito</p> <p>Irão estar incluídas todas as palavras relativas ao conceito em estudo, neste caso relacionadas com a cultura, morte, rituais, crenças, práticas e espiritualidade;</p>	<p>“Islam beliefs and practices”; “Islam beliefs”; “Islam traditions”; “Islam practices”; “Islam death rituals”; “Islam culture”; “Muslim culture”; “Muslim beliefs and practices”; “Muslims beliefs on death”; “Muslim beliefs”; “Muslim practices”; “Muslim death”; “Muslim health care beliefs and practices”; “Islam health care beliefs and practices”; “Judaism beliefs and practices”; “Judaism beliefs”; “Judaism practices”; “Judaism health care beliefs and practices”; “Judaism death rituals”; “Judaism culture”; “Judaism death”; “Judaism traditions”; “Judaism beliefs on death”; “Jewish culture”; “Jewish beliefs”; “Jewish traditions”; “Jewish practices”; “Jewish beliefs and practices”; “Jewish death rituals”; “Jewish death”; “Jewish health care beliefs and practices; "Jewish beliefs ”n death"; “Buddhism beliefs and practices”; “Buddhism beliefs”; “Buddhism practices”; “Buddhism culture”; “Buddhism death”; “Buddhist death ritual”; “Buddhism tradition”; “Buddhism beliefs on death”; “Buddhism health care beliefs and practices”; “Buddhism rituals”; “Buddhism death rituals”; “Buddhist death”; “Hinduism beliefs and practices”; “Hinduism death rituals”; “Hinduism death”; “Hinduism beliefs”; “Hinduism culture”; “Hinduism practices”; “Hinduism tra”itions”; “</p>
---	---

	Hinduism beliefs on death”; “Hinduism health care beliefs and practices”; “Christian death rituals”; “Christian death”; “Christian culture”; “Christian beliefs”; “Christian practices”; “Christian beliefs and practices”; “Christian beliefs on death”; “Christian tradition”; “Christian health care beliefs and practices”; “Christianity beliefs”; “Christianity death rituals”; “Christianity death”; “Christianity rituals”; “Christianity beliefs on death”; “End of life”; “End of life care”; “Postmortem”; “Postmortem care”; “Postmortem care: providing”; “Rituals”; “Tradition”; “Culture”; “Death”; “Spirituality”; “Spiritual care”; “Attitude to death”; “Death practical procedures”; “Dying”; “Mourning rituals”; “Mourning”; “Mourning death”; “Burial practices”; “Burial rituals”; “Burial traditions”; “Burial”; “Body”; “Burial body”.
“C” - Contexto	Por não ser aplicável a este estudo, o Contexto encontra-se omissos;

→ ***Critérios de Inclusão e de Exclusão***

Tabela 2

	Critérios Inclusão	Critérios Exclusão
Língua em que o Artigo está escrito	Português, Inglês e Espanhol;	Todas as outras línguas faladas no Mundo

População Estudo	<ul style="list-style-type: none"> - Muçulmanos, Judeus, Hindus, Cristãos, Budistas independentemente das suas idades; - Qualquer pessoa e sua família que pratique as religiões mencionadas 	<p>Artigos que mencionem o aspeto cultural referente ao continente ou país de origem das pessoas.</p> <p>Artigos que mencionem qualquer outra religião</p>
Ano do Estudo	Qualquer estudo publicado independentemente do seu ano de publicação	_____

6 – Estratégia de Pesquisa

A scoping review tem tido crescentemente mais destaque no que diz respeito à síntese de evidências em saúde. Este tipo de revisão tem como objetivo o mapeamento da literatura num determinado campo de interesse, sobretudo, quando não existem revisões publicadas acerca do tema em estudo (Salvador et al., 2021).

A sistematização da scoping Review é baseada no referencial do JBI (Joanna Briggs Institute) e utiliza a mnemónica PCC (population, concept, contexto), orientados num protocolo de pesquisa com o intuito de avaliar evidências emergentes, esclarecer conceitos ou definições, analisar como estão sendo conduzidas pesquisas numa determinada área de conhecimento, identificação de fatores relacionados com um determinado tema, subsidiar a realização de revisões sistemáticas e identificar e analisar lacunas do conhecimento científico (Salvador et al., 2021).

O presente trabalho teve início com uma pesquisa preliminar em várias bases de dados científicas, com o intuito de identificar o “estado da arte” no que diz respeito aos rituais realizados por cada uma das cinco religiões com maior expressão no mundo. Assim, foi possível identificar o modo como a informação respeitante a estes rituais se encontrava dispersa e com diversas lacunas de informação e conhecimento no que diz respeito a estes rituais, sendo ainda possível identificar que algumas religiões como o islamismo possuem uma maior quantidade de evidência comparativamente a qualquer outra religião abordada. A primeira etapa da revisão iniciou-se com a identificação e seleção das palavras de busca

usadas nos bancos de dados. De seguida, procedeu-se a análise das palavras do texto contidas no título, resumo e termos de índice utilizados para descrever os artigos relevantes. Posteriormente, utilizaram-se as palavras-chave e termos indexados (Tabela 1) para pesquisar na base de dados, sendo as mesmas combinadas com os operadores booleanos AND e OR.

As bases de dados selecionadas para a pesquisa foram a B-ON, SciELO e Google Académico.

Serão incluídos estudos publicados em língua portuguesa, inglesa e castelhana. Não foi considerado qualquer período de modo que seja possível uma maior abrangência relativamente ao número de artigos disponíveis.

7 – Seleção de Estudos

A seleção dos estudos irá ser realizada por dois investigadores independentes através da leitura dos títulos e resumos dos artigos, cumprindo os critérios de elegibilidade previamente definidos. Os estudos potencialmente relevantes serão recuperados na íntegra com leitura de texto completo, sendo este processo realizado por cada investigador de forma independente. As discordâncias que possam surgir relativamente à pertinência de inclusão de determinado artigo para a revisão será resolvida através de discussão acerca dos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos e, se necessário, recorrer-se-á a um terceiro investigador, que procederá à leitura do texto na íntegra e fará a sua avaliação de modo independente. Por último, o processo de seleção dos artigos será apresentado em fluxograma, com base no PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews e Meta-Analysis), contemplando o número total de referências encontradas, quantos artigos foram excluídos nas várias etapas do processo de seleção e quantos estudos foram incluídos na revisão.

8 – Extração de Dados

Nas scoping reviews, o processo de extração de dados providencia ao leitor uma descrição sumária lógica dos resultados obtidos, alinhados com o objetivo(s) e questão (ões) definidas no protocolo da scoping (Aromataris & Munn, 2020).

Assim, na fase de extração de dados será utilizado um instrumento denominado tabela de extração, elaborado especificamente para esse fim, onde estarão registados os principais

dados recolhidos por cada investigador após a leitura integral de cada artigo selecionado, de acordo com os objetivos e questão de investigação definidos previamente. Este instrumento irá contemplar o título dos artigos selecionados, o seu autor (es), os objetivos do estudo e os principais dados a serem recolhidos. Quaisquer divergências de opinião quanto à extração de dados que possam surgir durante este processo entre os dois revisores será sempre solicitado o parecer de um terceiro revisor, quando os dois primeiros não chegarem a consenso.

9 - Síntese Dados

Os dados serão apresentados de forma narrativa após a seleção e análise dos mesmos, no sentido de ser mais facilitador para o enquadramento dos mesmos relativamente à questão de investigação e objetivos definidos.

Referências Bibliográficas

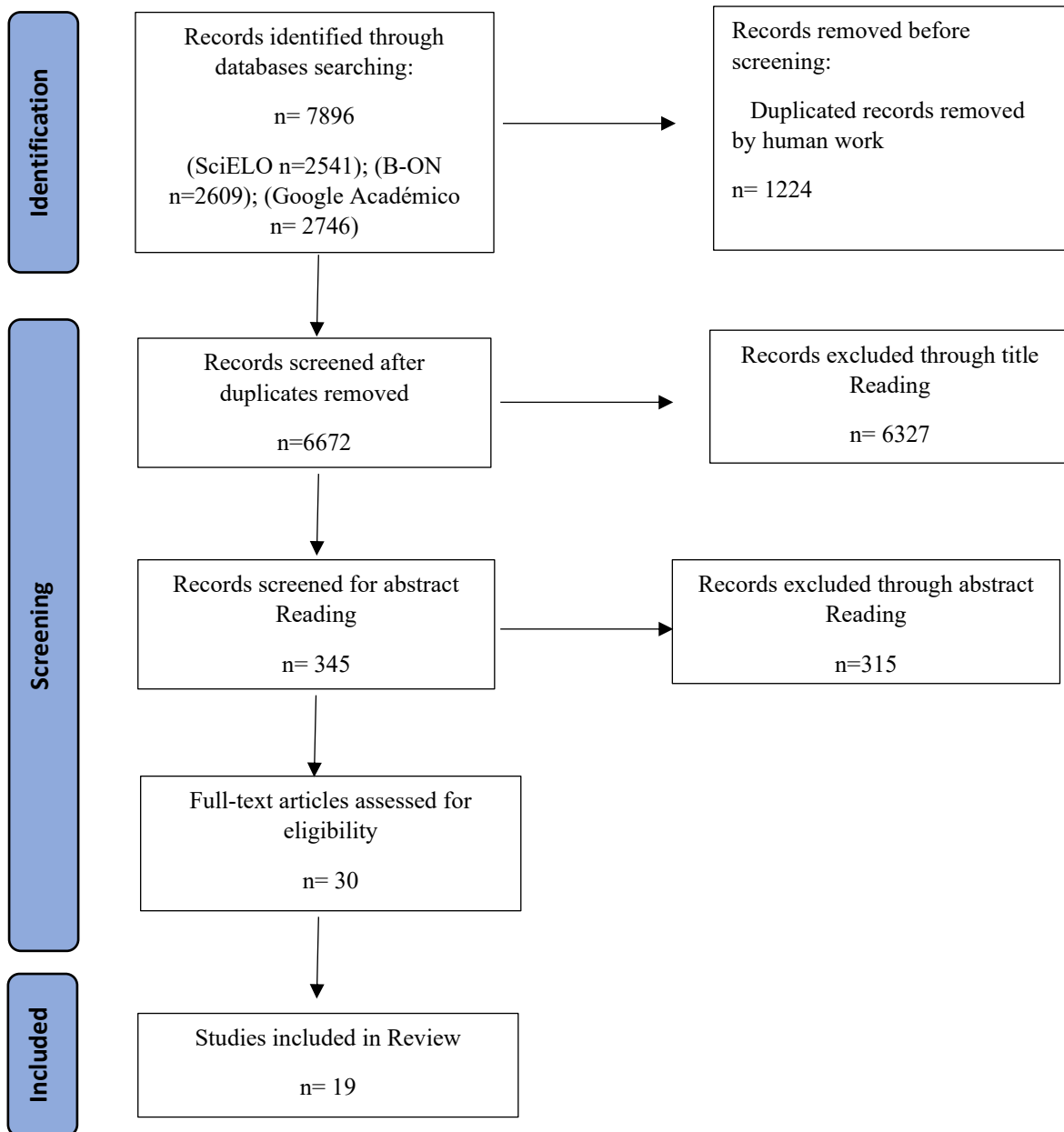
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis. In *JBI Reviewer's Manual* (Issue February). <https://doi.org/10.46658/jbirm-17-08>
- Dias, P. R. C. (2010). RITOS E RITUAIS - VIDA , MORTE E MARCAS CORPOR AIS : A IMPORTÂNCIA DESSES SÍMBOLOS PAR A A SOCIEDADE. *VIDYA*, 29(2), 71–86.
- Guilouski, B., & Costa, D. R. (2012). *Ritos e rituais*.
- Kovács, M. J. (2005). *Educação para a Morte*. 25(3), 484–497.
- Lalani, N., & Ali, G. (2020). Methodological and ethical challenges while conducting qualitative research on spirituality and end of life in a Muslim context : a guide to novice researchers. *International Journal of Palliative Nursing*, 26(7), 362–370.
- Leininger, M. (2002). Culture Care Theory : A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices. *Journal of Transcultural Nursing*. <https://doi.org/10.1177/10459602013003005>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*.
- Salvador, P. T. C. de O., Alves, K. Y. A., Costa, T. D. da, Lopes, R. H., Oliveira, L. V. e, & Rodrigues, C. C. F. M. (2021). Contribuições da scoping review na produção da

área da saúde: reflexões e perspectivas. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção Da Saúde*, 6, 1–8. <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20210058>

Xavier, M., Miziara, C., & Miziara, I. (2014). Terminalidade da vida: questões éticas e religiosas sobre a ortotanásia. *Saúde, Ética & Justiça*, 19(1), 26–34.

APÊNDICE II – PRISMA

Identification of studies via databases and registers



APÊNDICE III – Tabelas Extração da *Scoping Review*

Título Artigo	Autor(es)	Ano Publicação	Objetivo(s)	Principais Resultados
<p>“Caring For Patients of Diverse Religious Traditions: Catholicism”</p>	<p>Mary Curry Narayan</p>	<p>2006</p>	<hr/>	<p>→”Pacientes gravemente doentes podem desejar receber o sacramento da extrema unção. Durante este ritual, o padre unge o doente com óleo, que significa o perdão dos pecados e permite entrar no reino dos céus. Não é necessário, e muito menos recomendado, que se espere até que a pessoa esteja em fim de vida para receber esta unção.”.</p> <p>→”Paciente católicos podem receber os sacramentos da reconciliação, eucaristia e extrema unção e encontrar nestes o consolo que necessitam. Durante a reconciliação o paciente irá querer estar sozinho com o padre enquanto pede perdão a Deus pelos pecados cometidos.”</p>
<p>“Go in Peace: Brain Death, Reasonable Accommodation and Jewish Mourning Rituals”</p>	<p>Ezra Gabbay Joseph J. Fins</p>	<p>2019</p>	<hr/>	<p>→Os rituais incluem um período de preparação para o funeral por parte da família do falecido, denominado de <i>Animut</i>.</p> <p>→É realizado um rasgão na roupa dos familiares como manifestação da perda de um ente querido.</p> <p>→A purificação do corpo fica ao encargo de membros especializados pertencentes a esta religião.</p> <p>→Deve ser evitado tocar no corpo após a morte, de modo que o mesmo não seja considerado impuro.</p> <p>→O corpo, cajo seja necessário ser tocado, deverá ser feito com o máximo de respeito.</p>
			<p>Preparar os profissionais de saúde de modo que sejam capazes de entender as necessidades e antecipar o cuidado que os pacientes</p>	<p>→A condição ideal para que a morte ocorra passa por conseguirem estar totalmente conscientes da experiência da morte num ambiente silencioso enquanto completam algumas práticas especiais como a transferência da consciência.</p> <p>→Não é benéfico a presença de familiares e amigos que estejam a</p>

<p>“End-of-Life Needs of Patients Who Practice Tibetan Buddhism”</p>	<p>Marilyn Smith-Stoner</p>	<p>2005</p>	<p>praticantes do budismo poderão precisar</p>	<p>chorar e a perturbar o estado de espírito do paciente quando a morte é iminente e imediatamente após a mesma.</p> <p>→ Não é incomum que os familiares e amigos deixem o quarto onde está a pessoa em fim de vida de modo a não perturbarem o seu estado meditativo.</p> <p>→ Deverá ser mantido um altar com fotos e relíquias religiosas. O altar pode incluir incenso e velas.</p> <p>→ O paciente deve especificar quem querará presente no momento de morte. Podendo não estar ninguém presente por vontade da pessoa de modo a não perturbar o seu estado de espírito.</p> <p>→ A transferência de consciência é a chave para uma “boa morte”. Assim, a pessoa deverá ser perturbada o mínimo possível, evitando tocar nas suas mãos e na parte inferior do corpo</p> <p>→ Deverá tocar-se gentilmente no topo da cabeça da pessoa enquanto a morte ocorre para que o seu foco seja atraído para cima.</p> <p>→ Deixar o corpo imperturbável durante o máximo tempo possível após a morte ocorrer.</p>
<p>“Caring for Patients of Diverse Religious Traditions: Considerations for Buddhist Clients in Home Care”</p>	<p>Marilyn Smith-Stoner</p>	<p>2006</p>	<p>Apresentar uma visão geral das várias escolas budistas de modo a ajudar os enfermeiros a entender como devem responder às necessidades dos pacientes budistas</p>	<p>→ Os budistas apreciam que o corpo seja deixado imperturbável até que seja determinado se a consciência da pessoa já abandonou o corpo</p> <p>→ O corpo deverá permanecer imperturbável caso seja necessário realizar alguns rituais ou orações de modo a completar a transferência da consciência</p> <p>→ As imagens de Buda que a pessoa possa usar como joias devem permanecer com a pessoa o máximo de tempo possível e deverão ser tratadas com respeito</p> <p>→ Muitos budistas mantêm altares com fotografias e estatuas especiais diretamente relacionadas com a religião. Estes altares podem ainda</p>

				<p>incluir velas e incenso, flores, sinos e preparados de ervas.</p> <p>→O ambiente onde a pessoa está inserida deverá ser o mais pacífico possível e que seja possível realizar as suas práticas diárias de oração e meditação;</p> <p>→É importante perceber se a pessoa tem um professor budista que irá participar no cuidado espiritual ao mesmo.</p>
<p>“Dreams of passage: Na object-relational perspective on a case of a Hindu death ritual”</p>	<p>Elizabeth Mohkamsingden Boer</p> <p>Hetty Zock</p>	<p>2004</p>	<p>Demonstrar a utilidade da teoria objeto-relações no estudo da religião</p>	<p>→Os rituais de morte Hindu ocorrem durante um período relativamente longo. Este período pode ser dividido em nove etapas que incluem a preparação da pessoa para a morte, os rituais executados no momento de morte, a preparação do corpo após a morte, a procissão fúnebre até à cremação do corpo, colocação do corpo no crematório, os rituais realizados para o espírito do falecido e as cerimónias que marcam o fim do tempo de impureza e o fim do luto.</p> <p>→Os rituais de morte deverão ser executados na perfeição, caso contrário o falecido permanecerá para sempre como <i>preta</i> e nunca se tornará <i>pitr</i>.</p>
<p>“Palliative care for muslims and issues before death”</p>	<p>AR Gatrad</p> <p>A Sheikh</p>	<p>2002</p>	<p>_____</p>	<p>→Para os muçulmanos, cuidar dos familiares em fim de vida é da responsabilidade da família</p> <p>→Deverá ser providenciado um local onde seja possível que a pessoa receba os familiares e amigos e que seja possível, se necessário, realizarem orações em conjunto</p> <p>→Membros da família mais próxima estarão à cabeceira da pessoa a recitar passagens do Alcorão de modo a transmitir paz e serenidade ao coração do ente querido.</p> <p>→Facilitar o uso de objetos relacionados com a prática da oração como esteiras, paus de</p>

				<p>incenso, contas de oração e uma bússola que oriente para Meca</p> <p>→ Os muçulmanos rezam cerca de cinco vezes ao dia. Antes de qualquer oração é realizado um ritual de limpeza. Caso seja possível deverá ser providenciada uma garrafa de água junto da pessoa para que a mesma consiga realizar o ritual de limpeza</p> <p>→ Se possível, caso a pessoa não consiga sair da cama, a mesma deverá ser direcionada no sentido de Meca, de modo a facilitar a prática da oração</p> <p>→ Durante os últimos momentos de vida, a pessoa é encorajada por familiares e amigos a recitar o <i>Shahadah</i> em árabe e a beber a água sagrada proveniente de Zam Zam. A água de Zam Zam é dada a beber à pessoa ou aplicada em várias partes do corpo.</p>
<p>“Palliative care for Muslims and issues after death”</p>	<p>AR Gatrad A Sheikh</p>	<p>2002</p>		<p>→ Quando more um muçulmano os olhos e boca devem ser fechados, os seus membros endireitados e a cabeça voltada em direção a Meca</p> <p>→ Deverá ser assegurado que os pés não estarão voltados para Meca</p> <p>→ Idealmente o corpo deverá ser cuidado por alguém do mesmo género a não ser que o falecido ainda não tenha atingido a idade da puberdade</p> <p>→ A limpeza do corpo deverá demorar cerca de 1h e o mesmo será envolvido em três peças de roupa branca</p>
			<p>Descrever a fé islâmica no que diz respeito aos ensinamentos islâmicos, crenças e práticas comuns, considerando o impacto que têm sobre a perceção de doença, unidade familiar,</p>	<p>→ As famílias muçulmanas possuem um forte sentido de compromisso relativamente aos seus familiares, especialmente em alturas de doença, internamento e fim de vida. Os membros de uma família muçulmana esperam que seja possível visitar o seu familiar quando este está internado com o intuito de cuidar da saúde física, emocional e espiritual do mesmo.</p>

<p>“Ensuring cultural sensitivity for Muslim patients in the Australian ICU: Considerations for care</p>	<p>Melissa J. Bloomer Abbas Al-Mutair</p>	<p>2013</p>	<p>tomadas de decisão e preferências no cuidar, particularmente em fim de vida numa UCI.</p>	<p>→Quando o fim de vida se aproxima os muçulmanos esperam conseguir estar num estado de auto-controlo, aceitação e oração →Acreditam que um muçulmano consegue estar próximo de Deus através da oração e da leitura do Alcorão, sendo estas as suas prioridades em fim de vida →Quando não há disponibilidade de estar presente um líder espiritual ou religioso pertencente ao hospital onde a pessoa está internada, deverá ser facilitado à família que o seu próprio líder espiritual esteja presente e que seja incluído nas decisões de fim de vida →Os familiares vão querer estar presentes nos últimos momentos da pessoa em fim de vida →Os muçulmanos acreditam na <i>Shahadtain</i>, testemunho da sua fé, como uma declaração de que a pessoa entra no paraíso após a sua morte. No caso de não ser possível realizar este testemunho de fé, a preparação espiritual da pessoa deverá ser feita com outros rituais →A pessoa em fim de vida deverá ser orientada voltada em direção a Meca →Após a morte o corpo deverá ser cuidado com o máximo de respeito e cuidado, pois acreditam que a alma da pessoa é capaz de sentir dor até ao momento do enterro →Alguns familiares poderão crer realizar o <i>Ghusul</i>, que é um ritual de limpeza especial, que consiste em cobrir a pessoa com uma peça branca denominada <i>Kafan</i> e realizar algumas orações →Os olhos da pessoa deverão ser fechados, o maxilar deverá ser fechado com um pano branco e os membros colocados direitos</p>
				<p>→O ritual de purificação do falecido deve ser realizado por um</p>

<p>“Islamic Death Rituals In A Small Town Context In The Netherlands: Explorations Of A Common Praxis For Professionals”</p>	<p>Claudia Venhorst</p>	<p>2012</p>	<hr/>	<p>muçulmano que conheça os procedimentos →O corpo deverá ser sempre lavado por pessoas do mesmo gênero, contudo é permitido que as esposas lavem o corpo dos seus maridos. É permitido que o corpo de uma criança seja lavado por um adulto do sexo oposto →O ritual de purificação do corpo é realizado de acordo com a lei islâmica. Primeiro as impurezas são removidas do corpo. É recomendado a realização do <i>wudu</i>, que consiste na lavagem das mão e braços acima dos cotovelos, pés, face, pescoço e orelhas, e lavar o nariz e boca com água antes do <i>ghusl</i>, que é a lavagem completa do corpo. →O corpo deverá ser lavado em número impar, podendo ser três, cinco ou sete vezes →A água para a purificação deverá ser misturada com perfume, ervas, água de rosas ou cânfora →No final da lavagem o corpo é seco e são colocados vários algodões nos diversos orifícios corporais →O corpo é envolvido em roupa branca simples, três no caso de ser homem e cinco se for mulher, simbolizando a igualdade de todos perante Deus →Todos os procedimentos devem ser realizados com cuidado e respeito, pois acreditam que a pessoa ainda sente</p>
<p>“The Meaning Structures of Muslim Bereavements in Israel: Religious Traditions, Mourning Practices, and Human Experience”</p>	<p>Hend Yasien-Esmael Simon Shimshon Rubin</p>	<p>2006</p>	<p>Demonstrar como o Sistema de crenças, rituais de morte e o poder da perda podem criar uma mistura experimental que</p>	<p>→A preparação do corpo para o enterro envolve diversos elementos, como a lavagem do corpo. O corpo é lavado por alguém de confiança, que respeite a privacidade do mesmo. →Após a lavagem, denominada de <i>wudu</i>, o corpo é levado para a mesquita onde é realizado a lavagem final do corpo</p>

			não é monolítica nem estereotipada	<p>→Na água é adicionado perfume</p> <p>→O corpo é envolvido por peças grandes o suficiente para que seja possível cobrir todo o corpo e de preferência de cor branca. O corpo de um homem é envolvido três vezes e o de uma mulher cinco vezes</p>
<p>“Islamic theology and the principles of palliative care”</p>	<p>Mohammad Zafir Al-Shahri</p>	<p>2016</p>		<p>→Normalmente, um membro da família, considerado sábio e conhecedor da lei islâmica, fica à cabeceira da pessoa em fim de vida e fala-lhe da generosidade de Alá e ajuda na recitação da <i>shahadah</i></p> <p>→Pessoas em fim de vida que estejam conscientes devem realizar as suas orações em direção a Meca. Se não for possível, será bastante apreciado pela família, que a cama da pessoa seja voltada em direção a Meca</p> <p>→De acordo com os ensinamentos islâmicos o corpo da pessoa deve ser tratado com dignidade e respeito.</p> <p>→Imediatamente após a morte os olhos deverão ser fechados, remoção de aparelhos e dispositivos médicos e o corpo coberto por um lençol liso branco</p>
<p>“Caring for patients of diverse religious traditions: Islam, a way of life for Muslims”</p>	<p>Margaret A. Miklancie</p>	<p>2007</p>		<p>→Quando um muçulmano está em fim de vida os familiares reúnem-se à sua cabeceira para facilitar a passagem da mesma para a outra vida. Realizam a leitura de várias passagens do Alcorão para guiar e confortar a pessoa em fim de vida</p> <p>→Os familiares preferem que a cabeça e os pés da pessoa fiquem virados em direção a Meca</p> <p>→Depois da morte o corpo é lavado e deverá ser realizada por um membro da família do mesmo sexo.</p> <p>→Após a lavagem do corpo o mesmo é coberto por um lençol branco</p>
				<p>→Família e amigos incentivam a pessoa em fim de vida a proclamar a sua fé a Alá, pedindo perdão por</p>

<p>“The terminally ill Muslim: Death and dying from the Muslim perspective”</p>	<p>Nabeel Sarhill</p> <p>Susan LeGrand</p> <p>Ramez Islambouli</p> <p>Mellar P. Davis</p> <p>Declan Walsh</p>	<p>2001</p>	<p>todo o mal que fizeram em vida a outras pessoas. As orações deverão ser realizadas com a pessoa voltada em direção a Meca</p> <p>→Após a morte, a face deverá ser voltada em direção a Meca, os braços e pernas deverão ser endireitados com os dedos atados juntos. A boca e os olhos são fechados. As roupas devem ser removidas por alguém do mesmo gênero e o corpo deverá ser coberto por um lençol branco e iniciar os preparativos para o ritual de purificação do corpo</p> <p>→As mulheres, habitualmente são vestidas da cabeça aos pés com a exceção da face, os homens são cobertos da cintura até aos joelhos</p> <p>→Na lavagem do corpo deverão ser usadas luvas e esponja</p> <p>→A lavagem inicia-se na zona do períneo e depois realizar o <i>wazu</i>, ritual de lavagem realizado antes de todas as orações que consiste na lavagem da cara, orelhas, testa, braços, mãos e pés. De seguida o corpo é virado para o lado esquerdo e água morna é espalhada pelo lado direito e posteriormente ao contrário</p> <p>→Este ritual de lavagem é realizado três vezes e muitas vezes é adicionada à água alguns perfumes</p> <p>→Os homens deverão ser lavados por homens, contudo se não houver nenhum homem familiares mulheres do falecido poderão fazê-lo. Se não houver nenhuma destas mulheres disponíveis o corpo não deverá ser lavado</p> <p>→As mulheres serão lavadas apenas por mulheres, nem o marido pode lavar o seu corpo a não ser que não esteja nenhuma mulher disponível</p> <p>→Posteriormente o corpo é envolvido num lençol branco denominado <i>caffan</i>, sendo que os</p>
--	---	-------------	--

				homens usam três peças e as mulheres cinco
“A systematic review of religious beliefs about major end-of-life issues in the five major world religions”	Rajshekhhar Chakraborty Areej R. El-Jawahri Mark R. Litzow Karen L. Syrjala Aric D. Parnes Shahrukh K. Hashmi	2017	O objetivo deste estudo é examinar as religiões e crenças espirituais de seguidores das cinco maiores religiões mundiais sobre as principais situações médicas em fim de vida	→Os muçulmanos precisam de alguém próximo, seja familiar ou amigo, presente à cabeceira durante o final da sua vida para recitar textos do Alcorão →Os budistas consideram que a preparação para um estado de mente pacífico e estar na presença de familiares são componentes importantes para uma morte pacífica →Para os muçulmanos é importante que seja possível continuarem a realizar as orações mesmo em fim de vida →Os familiares de uma pessoa muçulmana irão querer que a sua cabeça esteja voltada em direção a Meca e expressarão vontade em estarem no quarto com a pessoa a realizar as suas orações diárias →Budistas irão desejar realizar os seus rituais religiosos como meditação, oração, cânticos e introspeção
“Disposal and preparation of the body: different religious practices”	Bridgit Dimond	2004	Considerar as diversas formas que as diferentes religiões prestam cuidados ao corpo, sendo considerado de uma grande ajuda e utilidade que os enfermeiros conheçam as diferentes religiões e os seus princípios	→No caso de existir um padre no hospital este deverá ser informado e requisitado no caso da pessoa pretender, de modo a que os sacramentos sejam realizados (Cristãos) →Após a morte, os cristãos normalmente são tapados, sendo previamente colocados os braços e pernas esticados ao longo do corpo →Dois dos rituais que normalmente os cristãos desejam receber antes da morte é a Extrema Unção e o Sacramento da Reconciliação →No caso dos judeus, quando o fim de vida está próximo deverá ser chamado um Rabbi ao hospital →O corpo não deverá ser tocado até que os familiares ou alguém responsável pela Sinagoga local chegue

				<p>→Após a morte, os olhos deverão ser fechados, o corpo é deitado no chão e coberto. Deverão ser acesas velas perto do corpo e o mesmo nunca deverá ser deixado sozinho até ao enterro</p> <p>→No caso de um muçulmano se encontrar em fim de vida, o Imam deve ser chamado ao local de forma a realizar em conjunto com a pessoa e/ou familiares as últimas orações</p> <p>→Após a morte o corpo não deverá ser tocado</p> <p>→O corpo deverá ficar voltado em direção a Meca</p> <p>→No caso de uma pessoa hindu se encontrar em fim de vida deverá ser chamado o sacerdote hindu, no caso do mesmo estar indisponível, qualquer pessoa poderá ler passagens do Bhagavad-Gita, se for desejo da pessoa em fim de vida</p> <p>→A pessoa em fim de vida é colocada com a cabeça virada para Este. Uma lamparina deverá ser colocada perto da cabeça e a pessoa é aconselhada a concentrar-se no seu mantra. É colocada na testa da pessoa cinzas sagradas ou pasta de sândalo. São recitados alguns versos védicos e algumas gotas de leite, água do rio Ganges ou outra água sagrada são colocadas dentro da boca da pessoa</p> <p>→A lamparina é mantida junto da cabeça da pessoa e é queimado incenso. É atado um lenço debaixo do queixo e em cima da cabeça. Os polegares são atados juntos assim como os primeiros dedos de cada pé.</p> <p>→Quando ocorre a morte as fotos religiosas são voltadas viradas para a parede e os espelhos são cobertos</p> <p>→No budismo não existem grandes regras dogmáticas sobre quais os cuidados ao corpo, pois o mais importante é o estado da mente da pessoa no momento da sua morte</p>
--	--	--	--	--

<p>“Cultural issues surrounding end-of-life care”</p>	<p>S. M. Carey J. F. Cosgrove</p>	<p>2006</p>	<p>→No fim de vida é importante para os budistas tempo para a meditação que trará a iluminação espiritual →Irão querer ter incenso a queimar no quarto e a família poderá querer lavar o corpo após a morte →Para os hindus, o ritual de lavagem do corpo fornece, física e espiritualmente, a limpeza desejada →O tempo reservado para a oração e meditação é importante →Objectos religiosos como fotografias, contas de oração ou amuletos deverão ser deixados junto da pessoa →Poderá ser dada à pessoa em fim de vida água do rio Ganges →Profissionais, que não sejam hindus, poderão tocar no corpo desde que usem luvas ou o mesmo esteja coberto →A família irá querer realizar o ritual de lavagem do corpo e deitá-lo no chão após a morte com incenso a queimar →Para os muçulmanos ter o apoio da família e amigos é muito importante, pois providenciam suporte emocional no fim de vida →A face da pessoa em fim de vida deverá ser voltada para Meca e algumas passagens do Alcorão serão recitadas à pessoa, no caso desta não as conseguir ler →Pessoas não muçulmanas deverão tocar no corpo após a morte apenas com o uso de luvas →No judaísmo não existem últimos rituais de grande importância a serem desempenhados, mas poderá ser requisitada a visita de um Rabi e a leitura de salmos e orações serem recitadas pela família ou pela pessoa em fim de vida →Tradicionalmente o corpo de um judeu é deixado intacto por cerca de 8 minutos com uma pena sobre a boca e o nariz de forma a confirmar a morte</p>
--	---------------------------------------	-------------	---

				<p>→Após a confirmação da morte a boca é fechada unindo com um lenço e os braços são colocados de lado junto ao corpo</p> <p>→O corpo é colocado no chão, com os pés a apontar para a porta com uma vela junto à cabeça. O corpo não deve ser deixado sozinho até ao funeral</p>
<p>“Care of patients who have died”</p>	<p>Natalie Pattinson</p>	<p>2008</p>	<p>Providenciar os passos envolvidos na preparação do corpo após a morte</p>	<p>→Para os budistas é importante permitir que haja privacidade para meditação e/ou cânticos</p> <p>→O estado de mente das pessoas à volta da pessoa em fim de vida deve ser calmo e pacífico, pois os budistas acreditam que terá impacto no seu renascimento</p> <p>→Deve ser verificado com a família antes de se proceder à lavagem do corpo</p> <p>→No caso de serem necessárias algumas orações o corpo da pessoa não deverá ser tocado ou movido durante cerca de 1h</p> <p>→Para os católicos é importante que o padre administre os sacramentos da Extrema unção e da confissão antes da morte</p> <p>→No caso de um padre não estar disponível, um enfermeiro poderá rezar o Pai Nosso e fazer o sinal da cruz na testa da pessoa, caso esta deseje</p> <p>→O Sacramento da Extrema Unção deve ser administrado assim que houver oportunidade na pessoa em fim de vida</p> <p>→Para os católicos não existe nenhuma oposição em que pessoas não-católicas toquem nos seus corpos</p> <p>→Os familiares podem desejar que um crucifixo seja colocado ao pescoço ou enrolado no pulso da pessoa</p> <p>→Para os hindus poder morrer em casa com privacidade e dignidade, no seio da sua família e em oração é de extrema importância. Caso tal</p>

				<p>não seja possível, poderá ser facultado um espaço reservado e mais privado para que as orações sejam ditas</p> <p>→Se a pessoa em fim de e/ou família desejarem deve ser contacto um sacerdote hindu para a realização de rituais e bênçãos e a leitura do Bhagavad Gita</p> <p>→Idealmente, e no caso de existir, o filho mais velho da pessoa em fim de vida deverá estar presente no momento de morte</p> <p>→É colocada água do rio Ganges ou manjerição sagrado é colocado na boca da pessoa por um familiar. Os familiares podem ainda desejar queimar algum incenso</p> <p>→Para a lavagem do corpo, os enfermeiros devem obter o consentimento da família e usar luvas, sendo que idealmente o corpo não deverá ser lavado pelos profissionais de saúde</p> <p>→Após a morte os olhos deverão ser fechados, o maxilar é fechado e o corpo é envolvido num lençol</p> <p>→Se a pessoa tiver objetos religiosos consigo estes não devem ser removidos ou tocados</p> <p>→Após a morte, o corpo de um muçulmano não deverá ser tocado durante cerca de 30 minutos</p> <p>→Os enfermeiros poderão voltar o corpo em direção a Meca, no caso de não haver familiares presentes</p> <p>→As passagens do Alcorão devem ser recitadas por um familiar ou pelo imam</p> <p>→Muitas famílias preferem que a lavagem do corpo ocorra na mesquita. Se tal não for possível, os profissionais que lavarem o corpo têm que ter autorização da família e deverão usar luvas</p> <p>→No caso da família não querer que o corpo seja lavado no hospital, deverá o corpo da pessoa ser endireitado, fechado o maxilar e os</p>
--	--	--	--	---

				<p>olhos, e envolver o corpo num lençol branco</p> <p>→Após a morte de uma pessoa judaica deverá ser aberta uma janela, que simbolicamente representa a partida da alma para o paraíso</p> <p>→Após a morte é usual esperar-se alguns minutos antes de ser colocada uma pena junto aos lábios e ao nariz para perceber se ainda há respiração</p> <p>→Para os enfermeiros tocarem no corpo após a morte deverão usar luvas. O corpo não deve ser despido nem lavado, pois isto ocorre antes do enterro</p> <p>→Após a morte os olhos devem ser fechados, o corpo da pessoa é endireitado colocando os pés juntos e os braços alinhados ao lado do corpo. Cobrir o corpo com um lençol branco</p> <p>→Os pés da pessoa deverão ficar a apontar para a porta</p>
<p>“Spirituality, religion and healing in palliative care”</p>	<p>Christina M. Pulchalski</p> <p>Rabbi Elliot Dorff</p> <p>Imam Yahya Hendi</p>	<p>2004</p>	<p>_____</p>	<p>→O único ritual específico pertencente ao Judaísmo é o <i>tzidduk há-din</i>, uma oração dita pelo ou para a pessoa em fim de vida, onde é pedido o perdão a Deus e a aceitação do julgamento de Deus</p> <p>→Após a morte de um judeu, um membro da família deve fechar os olhos. A modéstia é mantida mesmo após a morte, por isso os homens lidam com o corpo de um homem e as mulheres com o corpo de uma mulher</p> <p>→O corpo de um judeu é lavado com propósito higiénico e ritualístico, num processo denominado <i>tohorah</i>, e depois são tapados com um lençol de linho denominado <i>takhrikhin</i></p> <p>→O corpo não deve permanecer nunca sozinho após a morte ficando sempre alguém responsável pelo mesmo, <i>shomer</i></p>

				<p>→No cristianismo pessoas que estejam doentes ou em fim de vida é comum receberem o Sacramento da Eucaristia, assim como o Sacramento da Extrema Unção em pessoas gravemente doentes ou em fim de vida</p> <p>→Outro ritual católico denomina-se <i>viaticum</i>, que significa “no caminho contigo”. Este ritual inclui a leitura das escrituras bíblicas, renovação dos votos batismais, a troca do sinal da paz e receber a comunhão</p> <p>→Na tradição islâmica quando uma pessoa está em fim de vida é comum que os familiares e amigos estejam presentes ao seu lado</p> <p>→Alguma destas pessoas presentes que seja conhecedora da fé islâmica poderá ministrar alguns sacramentos como a recitação da <i>shahadah</i>, que é o testemunho de fé islâmico</p> <p>→Quando a pessoa morre os seus olhos devem ser gentilmente fechados e devem ser ditas várias orações</p>
<p>“Religious and spiritual beliefs in end-of-life care: how major religions view death and dying”</p>	<p>Christina M. Puchalski</p> <p>Edward O’Donnell</p>	<p>2005</p>		<p>→Os budistas praticam meditação como modo de atingir um estado mais elevado de iluminação, de nominado de nirvana;</p> <p>→A prática de meditação permite o afastamento do sofrimento, principalmente no momento de fim de vida;</p> <p>→A prática da meditação, promove o bem-estar, bem como a cura no fim de vida, durante a vida e em qualquer período de doença vivida, reduzindo o stress e envolvendo a mente no processo de cura de maneira positiva;</p> <p>→Os budistas praticam ainda, a recitação de sutras e mantras, assim como, o uso de amuletos e adivinhação;</p> <p>→Os budistas encaram a morte como parte natural da vida. Acreditam na reencarnação,</p>

				<p>encarando a morte como uma transição;</p> <p>→Para muitos cristãos a doença é uma oportunidade de purificação e redenção e para outros é apenas uma parte da natureza com que cada pessoa terá que enfrentar;</p> <p>→Os cristãos guiam-se pelo exemplo da vida de cristo, que mostra que a dor e o sofrimento, e até a morte, podem ser transcendidos, havendo assim esperança para a humanidade;</p> <p>→Através da oração, os cristãos que estão em processo de doença, encontram alívio no seu sofrimento e dá ao cristão a coragem de encarar a doença com a crença de que não está sozinho;</p> <p>→Para os cristãos, a morte é uma passagem para outro lado, outra vida, a vida Eterna;</p> <p>→A relação estabelecida entre os cristãos com Deus através da graça de Jesus Cristo e do Espírito Santo continua durante toda a vida e ainda, após a morte;</p> <p>→Antes da morte, alguns rituais de oração poderão ser recitados;</p> <p>→O Sacramento da Extrema Unção é um sinal da presença de Deus na vida da pessoa em condição de doença ou em fim de vida, sendo considerado como uma fonte de graça divina e força;</p> <p>→Outro ritual executado é o <i>Viaticum</i>, que consiste numa série de orações e bênçãos para a passagem da morte para a Vida Eterna, juntamente com o momento da Comunhão;</p> <p>→Para os hindus, o objetivo da prática da meditação e do yoga, é alcançar o ponto de viragem das ligações à família e à sociedade, para a devoção às práticas religiosas;</p> <p>→O objetivo do Yoga é a união entre mente e corpo, através da</p>
--	--	--	--	--

				<p>disciplina do corpo, mente e valores éticos;</p> <p>→O ciclo de vida hindu rege-se por um ritmo dinâmico, definido por vários rituais especiais, denominados de Sacramentos de Passagem;</p> <p>→Os rituais de morte hindu envolvem uma procissão para a cerimónia de cremação do corpo;</p> <p>→Para um hindu idoso ou um hindu em fim de vida, o movimento para o <i>moksha</i>, que é a libertação dos ciclos de nascimentos e renascimentos, torna-se o mais importante no momento de fim de vida;</p> <p>→A crença na reencarnação é prevalente nos hindus e afeta nas decisões que estes tomam em fim de vida;</p> <p>→Existem cinco pilares em que a fé islâmica é assente, sendo um deles, rezar cinco vezes por dia após realizar a limpeza do corpo;</p> <p>→No islamismo, mesmo que a pessoa peque a vida inteira, pode procurar o perdão de Deus mesmo em fim de vida;</p> <p>→Os acessórios religiosos que a pessoa possua não podem ser removidos sem a permissão da mesma;</p> <p>→No islamismo, existem rituais de orações sagradas que são recitadas antes da morte, assim como certos sacramentos;</p> <p>→Estas orações são denominadas <i>Sahadah</i> ou testemunho da fé e crença em um único Deus;</p> <p>→Quando a pessoa morre os seus olhos são fechados e as orações são ditas pela família;</p> <p>→No judaísmo, existem rituais específicos para o manuseio do corpo de uma pessoa doente, em fim de vida ou morta;</p> <p>→Na tradição judaica, o perdão é algo que é merecido. Existe um</p>
--	--	--	--	---

				<p>processo específico denominado <i>teshuvah</i> que ajuda a pessoa a procurar o perdão dos outros e de Deus;</p> <p>→No judaísmo, o corpo é considerado uma criação de Deus. Os judeus têm o dever de procurar a cura e aliviar o sofrimento, sendo que esta crença influencia o modo de tratamento do corpo;</p> <p>→A limpeza do corpo de um judeu é um sinal importante de honra à criação de Deus;</p> <p>→O corpo morto é considerado o mais impuro de todos os corpos;</p> <p>→O modo como os judeus encaram a morte varia bastante, sendo sempre importante questionar a pessoa e/ou família sobre o que fazer;</p> <p>→Perto da morte, a única oração exigida aos judeus é denominada <i>tzidduk hadin</i>, que é dita por ou pela pessoa, com o intuito de pedir o perdão de Deus e aceitar o Seu julgamento;</p> <p>→Depois da morte, os rituais incluem a lavagem do corpo, a recitação de orações pela pessoa que permaneceu junto ao corpo durante a noite e um enterro dentro de três dias;</p>
--	--	--	--	---

APÊNDICE IV – Resumo dos resultados da *scoping review* apresentado nas XI Jornadas Nacionais e IX Jornadas Internacionais da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

**XI Jornadas Nacionais de Enfermagem e IX Jornadas
Internacionais de Enfermagem
8 de junho 2022**

Formulário de submissão

Colocar no Assunto do email: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NOS RITUAIS DE MORTE NAS CINCO RELIGIÕES COM MAIOR EXPRESSÃO DO MUNDO – UMA REVISÃO SCOPING
--

Título: INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NOS RITUAIS DE MORTE NAS CINCO RELIGIÕES COM MAIOR EXPRESSÃO DO MUNDO – UMA REVISÃO SCOPING
--

Autoria(s):

JOANA SOUSA SANTOS ⁽¹⁾ , SANDRINA BENTO ⁽²⁾ , MANUELA MADUREIRA ⁽³⁾ , ISABEL RABIAIS ⁽⁴⁾
--

Afiliação do(s) autor(es):

⁽¹⁾ Estudante do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Universidade Católica Portuguesa, Instituto Ciências da Saúde, Lisboa
--

⁽²⁾ Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela Universidade Católica Portuguesa, Lisboa
--

⁽³⁾ Doutora em Enfermagem, Professora Auxiliar na Universidade Católica Portuguesa, Instituto Ciências da Saúde, Lisboa
--

⁽⁴⁾ Doutora em Enfermagem, Professora Auxiliar na Universidade Católica Portuguesa, Instituto Ciências da Saúde, Lisboa
--

Contacto do primeiro autor: joana.f.sousa96@gmail.com

Resumo:

Introdução: A preparação do corpo é o último cuidado realizado pelo enfermeiro à pessoa que cuidou em vida (Salomé et al., 2009). Na maioria das religiões, a preparação do corpo é precedida de diversos rituais que dão significado e sentido à morte. O ritual é uma ação governada por regras, em ocasiões significativas para as pessoas (Parkin, 2015).
--

Objetivo: Mapear a extensão, variedade e natureza da evidência acerca dos rituais de morte nas cinco religiões com maior expressão no mundo.

Método: Recorreu-se às bases de dados B-ON, Google Académico e SciELO. Utilizou-se como descritores DeCS: “rituais”/”rituals”, “espiritualidade”/”spirituality”, “religião”/”religion” e como termos de pesquisa: “islamismo”, “catolicismo”, “hinduísmo”, “budismo” e “judaísmo” e operacionalizados com os operadores booleanos “OR” e “AND”. Partindo da questão de revisão “Qual a evidência disponível acerca dos rituais de morte nas cinco religiões com maior expressão no mundo?”. Foram definidos critérios de inclusão de acordo com o acrónimo PCC: População (P)
--

– muçulmanos, católicos, hindus, budistas e judeus; Conceito (C) – rituais, preparação do corpo após a morte e religião; Contexto (C) - omissos, não se aplica à questão em estudo.

Resultados: Foram identificados 7896 artigos e incluídos 19 para análise.

Islamismo: Sakrat (bebe ou aplica no corpo a água sagrada de Zam Zam); manter o corpo intocável por 30 minutos; cabeça é orientada em direção a Meca; Ghushl, ritual de lavagem do corpo; o corpo é envolvido em 3 peças se for homem e em 5 se for mulher;(Al-Shahri, 2016; Bloomer & Hons, 2013; Carey & Cosgrove, 2006; Chakraborty et al., 2017; Gatrad & Sheikh, 2002b, 2002a; Miklancie, 2007)

Hinduísmo: colocada água do rio Ganges e folhas de manjerição na boca da pessoa; altar com lamparina a óleo ou velas, incenso e estatuetas do Deus; as contas de oração ficam junto da pessoa; após a morte o corpo é colocado no chão;(Dimond, 2004; Mohkamsing-den Boer & Zock, 2004; Pattison, 2008; Puchalski & O'Donnell, 2005).

Budismo: a pessoa quer estar consciente do momento da morte e em meditação; ambiente silencioso e sem familiares; altar com flores, objetos e fotos religiosas, incenso, velas e sinos; o corpo não deverá ser importunado pelo menos durante 1h;(Carey & Cosgrove, 2006; Chakraborty et al., 2017; Pattison, 2008; Smith-Stoner, 2005, 2006).

Judaísmo: perto do momento da morte é recitada a oração *tzidduk hadin*; abrir uma janela para a libertação da alma; após a morte, esperar 8 minutos e colocar uma pena sobre a boca ou nariz para averiguar a respiração; o corpo não deverá ser lavado e é colocado no chão com um lençol branco e liso;(Carey & Cosgrove, 2006; Dimond, 2004; Gabbay & Fins, 2019; Pattison, 2008; Puchalski et al., 2004; Puchalski & O'Donnell, 2005).

Catolicismo: é ministrado por um padre o Sacramento da Reconciliação e/ou o da Extrema Unção; poderá ainda ser ministrado o Sacramento da Comunhão; ocorre o *viaticum* (renovação votos batismais e os Sacramentos mencionados); altar com imagens religiosas; o corpo é envolto num lençol branco;(Dimond, 2004; Narayan, 2006; Pattison, 2008; Puchalski et al., 2004; Puchalski & O'Donnell, 2005).

Conclusão: É evidente a atribuição, geralmente, de maior importância aos rituais e momentos que antecedem a morte, do que à preparação do corpo. Ciente da importância que os rituais têm na aceitação da morte, os enfermeiros devem desenvolver e aprofundar as suas competências culturais de modo a estarem capacitados para a prestação de um cuidado holístico e culturalmente congruente. Considera-se importante a realização de mais estudos sobre o impacto destas intervenções ao nível do bem-estar emocional na pessoa e família.

Referências Bibliográficas

- Al-Shahri, M. Z. (2016). Islamic theology and the principles of palliative care. *Palliative and Supportive Care*, 14(6), 635–640. <https://doi.org/10.1017/S1478951516000080>
- Bloomer, M. J., & Hons, M. N. (2013). Ensuring cultural sensitivity for Muslim patients in the Australian ICU : Considerations for care. *Australian Critical Care*, 26(4), 193–196. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2013.04.003>
- Carey, S. M., & Cosgrove, J. F. (2006). Cultural issues surrounding end-of-life care. *Current Anaesthesia and Critical Care*, 17(5), 263–270. <https://doi.org/10.1016/j.cacc.2006.10.002>
- Chakraborty, R., El-Jawahri, A. R., Litzow, M. R., Syrjala, K. L., Parnes, A. D., & Hashmi, S. K. (2017). A systematic review of religious beliefs about major end-of-life issues in the five major world religions. *Palliative and Supportive Care*, 15(5), 609–622. <https://doi.org/10.1017/S1478951516001061>
- Dimond, B. (2004). Disposal and preparation of the body: different religious practices. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 13(9), 547–549. <https://doi.org/10.12968/bjon.2004.13.9.12969>
- Gabbay, E., & Fins, J. J. (2019). Go in Peace: Brain Death, Reasonable Accommodation and Jewish Mourning Rituals. *Journal of Religion and Health*, 58(5), 1672–1686. <https://doi.org/10.1007/s10943-019-00874-y>
- Gatrad, R., & Sheikh, A. (2002a). Palliative care for Muslims and issues after death. *International Journal of Palliative Nursing*, 8(12), 594–597. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2002.8.12.10977>
- Gatrad, R., & Sheikh, A. (2002b). Palliative care for Muslims and issues before death. *International Journal of Palliative Nursing*, 8(12), 594–597. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2002.8.12.10977>
- Miklancie, M. A. (2007). Caring for patients of diverse religious traditions: Islam, a way of life for Muslims. *Home Healthcare Nurse*, 25(6), 413–417. <https://doi.org/10.1097/01.NHH.0000277692.11916.f3>
- Mohkamsing-den Boer, E., & Zock, H. (2004). Dreams of passage: An object-relational perspective on a case of a Hindu death ritual. *Religion*, 34(1), 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.religion.2003.11.002>
- Narayan, M. C. (2006). Caring for patients of diverse religious traditions: Catholicism. *Home Healthcare Nurse*, 24(3), 183–186. <https://doi.org/10.1097/00004045-200603000-00013>
- Parkin, D. J. (2015). Ritual. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences: Second Edition*, 20, 717–720. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.12141-5>
- Pattison, N. (2008). Care of patients who have died. *Nursing Standard*, 22(28), 42–48.
- Puchalski, C. M., Dorff, R. E., & Hendi, I. Y. (2004). Spirituality, religion, and healing in palliative care. *Clinics in Geriatric Medicine*, 20(4), 689–714. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2004.07.004>
- Puchalski, C. M., & O'Donnell, E. (2005). Religious and spiritual beliefs in end of life care: How major religions view death and dying. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*, 9(3), 114–121. <https://doi.org/10.1053/j.trap.2005.06.003>
- Salomé, G. M., Cavali, A., & Espósito, V. H. C. (2009). Sala de emergência: o cotidiano das vivências com a morte e o morrer pelos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(5), 681–686. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672009000500005>
- Smith-Stoner, M. (2005). End-of-Life Needs of Patients Who Practice Tibetan Buddhism. *JOURNAL OF HOSPICE AND PALLIATIVE NURSING*, 7(4), 228–233.
- Smith-Stoner, M. (2006). Caring For Patients Of Diverse Religious Traditions - Considerations For Buddhist Clients In Home Care. *Home Health Care Nurse*, 24(7), 459–466.

APÊNDICE V – Poster apresentado nas XI Jornadas Nacionais e IX Jornadas Internacionais da Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NOS RITUAIS DAS CINCO RELIGIÕES COM MAIOR EXPRESSÃO DO MUNDO – UMA REVISÃO SCOPING

Joana Sousa Santos (1), Sandrina Berto (2), Manuela Madureira (3), Isabel Rabiães (4)

(1) – Estudante Mestrado Enfermagem Médico-cirúrgica na Universidade Católica Portuguesa, Lisboa

(2) – Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica pela Universidade Católica Portuguesa, Lisboa

(3,4) – Doutora em Enfermagem, Professora Auxiliar, Instituto Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

INTRODUÇÃO

A preparação do corpo é o último cuidado realizado pelo enfermeiro à pessoa que cuidou vida. Na maior parte das religiões a preparação do corpo é precedida de diversos rituais que dão significado e sentido à morte. O ritual é uma ação governada por regras, em ocasiões significativas para as pessoas.

OBJETIVO

Mapear a extensão, variedade e natureza da evidência acerca dos rituais de morte nas cinco religiões com maior expressão no mundo.

MÉTODOS

- Bases Dados: BON, SciELO e Google Académico;
- Descritores DeCS: "Rituais (Ritual)", "Religião (Religion)" e "Espiritualidade (Spirituality)";
- População (P) Muçulmanos, Hindus, Católicos, Judeus e Budistas; Conceito (C) Rituais, Cuidados Pós-morte, Religião;
- Contexto (C) - omissos, não se aplica à questão em estudo;
- Identificados 7896 artigos e selecionados 19;



Sakrat beber/aplicar o corpo a água sagrada de Zam Zam;
Corpo inteiro por 30 minutos
Cabeça é orientada em direção a Meca;
Ghusl, ritual de lavagem do corpo. Corpo é envolvido em 3 peças se for homem e em 5 se for mulher
(Al-Shahit, 2016; Bloomer & Hons, 2013; Casey & Cosgrove, 2006; Chakraborty et al., 2017; Miklancic, 2007)



Padre ministra os Sacramentos da Reconciliação, da Extrema Unção e da Comunhão Viaticum (renovação votos batismais e os Sacramentos mencionados)
Altar com imagens religiosas
Corpo é envolto em lençóis brancos
(Narayan, 2006; Pattison, 2008; Puchalski & O'Donnell, 2005)



Colocada água do rio Ganges e folhas de manjeriça na boca da pessoa
Altar com lamparina a óleo ou velas, incenso e estatuetas do Deus;
Contas e oração ficam juntas na pessoa
Após a morte o corpo é colocado no chão;
(Pattison, 2008; Puchalski & O'Donnell, 2005)

Perto do momento da morte é recitada a oração *tzidduk hadin*
Abrir uma janela para a libertação da alma; Após a morte, esperar 8 minutos colocar uma pena sobre a boca ou nariz para averiguar a respiração
O corpo não deverá ser lavado e é colocado no chão com um lençol branco liso
(Casey & Cosgrove, 2006; Gabbay & Fins, 2019; Pattison, 2008; Puchalski & O'Donnell, 2005)

A pessoa quer estar consciente do momento da morte em meditação
Ambiente silencioso sem familiares
Altar com flores, objetos e fotos religiosas, incenso, velas e sinos
O corpo não deverá ser importunado pelo momento durante 1h
(Chakraborty et al., 2017; Pattison, 2008; Smith-Stoner, 2006)

CONCLUSÃO

É evidente a atribuição, geralmente, de maior importância aos rituais e momentos que antecedem a morte, do que à preparação do corpo. Ciente da importância que os rituais têm na aceitação da morte, os enfermeiros devem desenvolver e aprofundar as suas competências culturais de modo a estarem capacitados para a prestação de um cuidado holístico e culturalmente congruente.

Al-Shahit, M. Z. (2016). Islamic theology and the principles of palliative care. *Palliative and Supportive Care*, 14(6), 635-640. <https://doi.org/10.1017/S1472565416000069>
Boomer, M. J., & Hons, M. N. (2013). Ensuring cultural sensitivity for Muslim patients in the Australian ICU: Considerations for care. *Australian Critical Care*, 26(4), 193-196. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2013.03.003>
Casey, S. M., & Cosgrove, J. F. (2006). Cultural issues surrounding end-of-life care. *Current Anesthesia and Critical Care*, 17(5), 263-270. <https://doi.org/10.1016/j.cacc.2006.10.002>
Chakraborty, R., El-Jawhri, A. R., Litrov, M. R., Srijata, K. L., Parnes, A. D., & Haslam, S. K. (2017). A systematic review of religious beliefs about major end-of-life issues in the five major world religions. *Palliative and Supportive Care*, 15(5), 609-622. <https://doi.org/10.1017/S1472565416000116>
Gabbay, E., & Fins, J. J. (2019). Go in Peace: Brain Death, Reasonable Accommodation and Jewish Mourning Rituals. *Journal of Religion and Health*, 58(5), 1672-1686. <https://doi.org/10.1007/s12153-019-0937-z>
Narayan, M. C. (2006). Caring for patients of diverse religious traditions. *Catholicism Home Healthcare Nurse*, 24(3), 163-166. <https://doi.org/10.1097/NH.0b013e3180100000>
Smith-Stoner, M. (2006). Caring For Patients Of Diverse Religious Traditions: Considerations For Buddhist Clients In Home Care. *Home Health Care Nurse*, 24(7), 459-466.
Puchalski, C. M., & O'Donnell, E. (2005). Religious and spiritual beliefs in end of life care: How major religions view death and dying. *Techniques in Regional Anesthesia and Pain Management*, 9(3), 114-121. <https://doi.org/10.1016/j.trap.2005.07.004>
Pattison, N. (2008). Care of patients who have died. *Nursing Standard*, 22(28), 42-48.
Miklancic, M. A. (2007). Caring for patients of diverse religious traditions: Islam a way of life for Muslims. *Home Healthcare Nurse*, 25(6), 413-417. <https://doi.org/10.1097/01.NHH.0000277692.19161.6d>

ANEXOS

ANEXO I – Menção Honrosa recebida no âmbito das XI Jornadas Nacionais de Enfermagem e IX Jornadas Internacionais de Enfermagem com a divulgação do poster científico intitulado “Intervenção de Enfermagem nos rituais das cinco religiões com maior expressão do mundo – Uma Revisão Scoping”



Certificado

Certifica-se que o Póster "INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NOS RITUAIS DE MORTE NAS CINCO RELIGIÕES COM MAIOR EXPRESSÃO DO MUNDO - UMA REVISÃO SCOPING", elaborado por Joana Sousa Santos, Manuela Madureira, Sandrina Bento & Isabel Rabiais, obteve uma **Menção Honrosa**, no Concurso de Pósteres das XI Jornadas Nacionais e IX Jornadas Internacionais de Enfermagem intituladas "Uma Enfermagem a Criar Futuro no Presente", organizadas pela Escola de Enfermagem de Lisboa do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, que decorreram no dia 8 de junho de 2022.

Prof.ª Doutora Patrícia Pontífice Sousa
Coordenadora do CLE da EEL-ICS-UCP

Prof.ª Doutora Amélia Simões Figueiredo
Diretora da EEL-ICS-UCP

