



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

---

LISBOA · PORTO

# **CUIDAR DE ENFERMAGEM PROMOTOR DA DIGNIDADE E DO CONFORTO**

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

Por,

Catarina Eufémia da Silva Ramos, 192015056

Lisboa, 2017





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

---

LISBOA·PORTO

**CUIDAR DE ENFERMAGEM PROMOTOR  
DA DIGNIDADE E DO CONFORTO**  
CARING FOR NURSING PROMOTER  
OF DIGNITY AND CONFORT

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

Por,

Catarina Eufémia da Silva Ramos, 192015056

Sob Orientação da Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa

Lisboa, 2017



*“Só quando tomarmos consciência do nosso papel,  
por mais pequeno que seja, é que podemos ser felizes,  
viver e morrer em paz porque  
o que dá sentido à vida dá sentido à morte.”*

Antoine de Saint-Exupéry



## **AGRADECIMENTOS**

Para a realização deste relatório, que constitui o culminar de um longo percurso, foram diversas as pessoas que contribuíram para que o pudesse concluir, a todas dedico o meu agradecimento.

Agradeço à Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa por toda a sua dedicação e amizade, apoio e disponibilidade demonstrada ao longo dos estágios e orientação durante a realização deste relatório, bem como pelo saber e rigor, estímulo e entusiasmo com que me tem presenteado.

Agradeço às Direções das Instituições onde foram realizados os estágios, bem como aos Enfermeiros Orientadores pela sua dedicação e disponibilidade para comigo, pela transmissão e partilha de conhecimentos e competências. Dedico, igualmente, um reconhecimento às equipas que me receberam pela colaboração, incentivo e por promoverem a minha integração.

Agradeço à Universidade Católica Portuguesa - Instituto Ciências da Saúde - pelas condições proporcionadas e aos meus colegas da especialidade pela partilha de conhecimentos e experiências, bem como pelos momentos de convívio.

Por último, mas não menos importante, agradeço à minha família.

Aos meus pais por todo o amor, compreensão, generosidade e motivação que me sempre me transmitiram!

Ao meu irmão pelo carinho e incentivo!

À minha madrinha pela mulher que é e pelo amor que me dá desde sempre!

Ao meu marido pelo amor, paciência e confiança que me passou durante este período!

A vocês dedico este trabalho!



## **RESUMO**

Este relatório pretende demonstrar de forma crítica e reflexiva as competências adquiridas ao longo dos estágios, tal como a sua importância no desempenho de funções enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

No decorrer dos estágios, foram prestados cuidados especializados à pessoa em situação crítica e à sua família, fomentou-se a formação em serviço, sublinhando a importância da integração precoce de ações paliativas e orientação da pessoa para cuidados paliativos, independentemente do ambiente em que a pessoa se encontre.

O estágio referente ao Módulo I foi realizado num Serviço de Urgência Geral de um Hospital do distrito de Lisboa, permitindo mobilizar e adquirir conhecimentos e competências na área nos cuidados prestados à pessoa em estado crítico nas diferentes áreas da urgência.

O estágio relativo ao Módulo II decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos de um Hospital do distrito de Lisboa, possibilitando o aprofundamento de conhecimentos e competências, bem como a comunicação na área de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família.

O Módulo III que corresponde ao estágio opcional foi efetuado numa unidade de apoio domiciliário de Cuidados Paliativos.

Durante a realização dos três módulos dos estágios, emergiu a importância da formação relativa à necessidade de promoção da implementação precoce de ações paliativas, bem como reflexão sobre questões éticas relacionadas com a temática.

**Descritores:** Pessoa em situação crítica, cuidados paliativos, conforto, dignidade



## **ABSTRACT**

This report aims to demonstrate under a critical and reflective way the skills acquired over the training program, and their importance in the performance of duties as a Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing.

During the training program, care was provided to specialized patient in critical condition and his family, emphasizing the importance of early integration of palliative actions and guidance of the person for palliative care, regardless of the context in which the person Meet.

The training program referring to Module I was done at the Emergency Department of the Hospital next to Lisbon, allowing mobilize and acquire knowledge and skills need to provide special care to critically ill patients in different fields of urgency.

For the Module II, the training program took place in the Intensive Care Unit of the Hospital next to Lisbon, allowing mobilize and deepen knowledge and skills in the area of providing care and communication to the patient in critical condition and his family.

Module III corresponded to an optional internship that focused on home care unit of Palliative Care.

During the course of the three modules, emerged the importance of training on the need to promote the early implementation of palliative actions, as well as reflection on ethical issues related to the subject emerged.

**Keywords:** Person in critical condition, palliative care, comfort, dignity



## **LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS, SÍMBOLOS E ACRÓNIMOS**

% - por cento

BPS – Behavioral Pain Scale

CI - Cuidados Intensivos

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CP - Cuidados Paliativos

DGS - Direção Geral de Saúde

OE - Ordem dos enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PAI - Pneumonia Associada à Intubação

PNCP - Plano Nacional de Cuidados Paliativos

REPE - Regulamento para a Prática de Enfermagem

SO - Sala de observação

SU - Serviço de Urgência

SUG - Serviço de Urgência Geral

UAD – Unidade de Apoio Domiciliário

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIP – Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente

VMER – Viatura Médica de Emergência e Reanimação

VMI – Ventilação Mecânica Invasiva



## Índice de Figuras

Figura 1 - Fonte: Cuidado paliativo - Particularidades em UTI (Cremesp, 2008)

xxxix



## **Índice de Tabelas**

**Tabela 1 - Sistematização da análise dos artigos selecionados**

**xxviii**



## Índice

INTRODUÇÃO .....	xxi
2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS AO LONGO DO ESTÁGIO.....	xxxvii
2.1 – Módulo III: Opcional .....	xxxix
2.2 – Módulo II: Cuidados Intensivos .....	lii
2.3 – Módulo I: Urgência.....	lx
CONCLUSÃO .....	lxxi
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	lxxv
APÊNDICES.....	lxxxv
Apêndice II - Plano da Ação de Formação – “Intervenções de Enfermagem promotoras da dignidade da pessoa em Cuidados paliativos”.....	xciii
Apêndice III - Ação de Formação - “Intervenções de Enfermagem promotoras da dignidade da pessoa em Cuidados paliativos” .....	xcvii
Apêndice IV - Plano da Ação de Formação - “Dos Intensivos aos Paliativos – Decisões éticas em Fim de Vida” .....	cxiii
Apêndice V - Ação de formação - “Dos Intensivos aos Paliativos - Decisões éticas em Fim de Vida” .....	cxvii
Apêndice VI - Avaliação da ação de formação - “Dos Intensivos aos Paliativos - Decisões éticas em Fim de Vida” .....	cxix
Apêndice VII - Plano da ação de formação - “Abordagem Paliativa em contexto de Urgência – Controlo de náuseas e Vômitos” .....	cxv
Apêndice VIII - Ação de formação - “Abordagem Paliativa em contexto de Urgência – Controlo de náuseas e Vômitos” .....	cxix
Anexo I – Modelo de Preservação da Dignidade .....	clvii
Anexo II– Behavioral Pain Scale .....	clxi
Anexo III – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton – Versão Original .....	clxv



## **INTRODUÇÃO**

A Enfermagem evolui no sentido de uma intervenção cada vez mais responsável, humanizada e fundamentada, de forma a prestar cuidados de qualidade, preservando a dignidade da pessoa. Para tal, o profissional de enfermagem deve manter continuamente a aquisição de competências e habilidades específicas, que lhe permitam atuar de forma especializada, autónoma e em equipa multidisciplinar.

Aos enfermeiros, pelo seu papel social, são exigidos cuidados de qualidade, baseados numa intervenção holística e sistemática centrada na pessoa cuidada. São cuidados que envolvem necessariamente o saber (conhecimento), saber fazer (capacidades), saber aprender (evolução das situações e a permanente atualização e adaptação às mesmas) e saber ser (atitudes e comportamentos). De acordo com Dias (2004) “a interação destes saberes com a evolução social, a atualização de conhecimentos e a adaptação às novas exigências das situações de trabalho, podem levar ao desenvolvimento de competências (Saber Transformar)”.

A Enfermagem, de acordo com o Regulamento para o Exercício Profissional da Enfermagem (REPE) (artigo 4.º, n.º 1), é “a profissão que na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.”

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2009), o Enfermeiro Especialista é aquele que visualiza as respostas humanas da pessoa relativamente aos processos de vida, aos problemas de saúde e adaptação ao grau de necessidades da pessoa, aplicando um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, um julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção. Sendo o Ser Humano o objeto de trabalho da profissão de Enfermagem, a avaliação que o Enfermeiro faz acerca da sua capacidade de adaptação à doença ou vulnerabilidade de acordo com o desequilíbrio e com a incapacidade para se autocuidar é crucial (Meleis, 2010), pois permite o ajustamento ou adaptação à nova situação

ou circunstância (Abreu, 2007).

Este relatório está inserido no plano de estudos do Curso de Mestrado de Natureza Profissional na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Católica Portuguesa, constituiu um documento descritivo-reflexivo sobre as atividades desenvolvidas ao longo dos três módulos da unidade curricular estágio. Pretende refletir as competências para a assistência de Enfermagem Avançada à pessoa adulta ou idosa em situação crítica.

Ao longo deste relatório o objeto do trabalho da profissão de Enfermagem será referido como pessoa, que de acordo com Wesley (1997) constitui-se como o “recetor dos cuidados de enfermagem, nas suas distintas dimensões física, espiritual, psicológico e sociocultural, podendo contemplar a um individuo, uma família ou uma comunidade”.

Os estágios realizados tiveram como base os projetos elaborados no início de cada um, para a realização dos mesmos foram mobilizadas as competências definidas pela OE no Regulamento das Competências comuns do Enfermeiro Especialista e no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à pessoa em situação crónica e paliativa.

A prática clínica foi desenvolvida sempre com o objetivo de proporcionar à pessoa e sua família o melhor estado de conforto e bem-estar atendendo à manutenção do seu sentido de dignidade. Para tal, foi necessário embeber a prática em alguns conceitos provenientes em algumas Teorias de Enfermagem, em particular, a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define os Cuidados Paliativos (CP) do seguinte modo: “palliative care improves the quality of life of patients and families who face life-threatening illness, by providing pain and symptom relief, spiritual and psychosocial support to from diagnosis to the end of life and bereavement” (OMS, 2016).

A “dignidade humana é universal e comum a todas as pessoas”, sendo esta a base do artigo primeiro da Declaração Universal dos Direitos do Homem, aprovada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1948. Se a dignidade é transversal a todos os seres humanos, a mesma deve ser valorizada, em especial quando a pessoa se encontra em situação de maior fragilidade, como é o caso da pessoa em CP.

As pessoas em CP, e as respetivas, famílias merecem cuidados competentes e culturalmente congruentes nesta fase de sofrimento da sua vida. Os enfermeiros, como sustentáculo, deste tipo de cuidados devem cada vez mais implementar intervenções especializadas que sejam promotoras e preservadoras da dignidade da pessoa cuidada. Tendo em vista o alívio do seu sofrimento e a promoção do seu conforto.

Deste modo, o fio condutor dos projetos desenvolvidos nos três estágios, relaciona-se com a temática do Cuidar de Enfermagem promotor da dignidade e do conforto, independentemente do ambiente no qual a pessoa se encontra.

O Módulo III – corresponde ao estágio opcional, foi o primeiro a ser efetuado e desenvolveu-se numa unidade de apoio domiciliário (UAD) de CP, decorreu no período entre vinte e seis de abril e dezasseis de junho de 2016. A seleção deste campo de estágio relacionou-se com o fato do ambiente constituir um dos elementos do metaparadigma da Enfermagem, definindo-se como “Todas as condições internas e externas, as circunstâncias e as influências que afetam as pessoas” (Wesley, 1997).

O Módulo II – Cuidados Intensivos (CI), desenrolou-se numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI)/ Unidade de Cuidados Intermédios Polivalente (UCIP), o segundo a ser realizado, ocorreu no período de um de setembro a vinte e seis de outubro de 2016. A seleção deste campo de estágio relacionou-se com o fato de possibilitar um leque abrangente de experiências de modo a fomentar a aquisição e/ou desenvolvimento de competências no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica, por ser uma unidade com uma multiplicidade de situações clínicas, entre elas: pós-operatórios imediatos, complicações cirúrgicas, instabilidade hemodinâmica, insuficiência respiratória.

O Módulo I – Urgência, foi efetuado num Serviço de Urgência Geral (SUG), o terceiro a ser realizado e ocorreu num Hospital do distrito de Lisboa no período entre dia vinte e sete de outubro e vinte e um de dezembro de 2016. O SUG onde decorreu o estágio é um Serviço de Urgência (SU) do foro médico-cirúrgico o que me possibilitou intervir em situações clínicas relevantes à prática de Enfermagem.

Ao longo deste relatório pretendo apresentar as atividades desenvolvidas nos três estágios de forma a descrever, não só o meu crescimento profissional, mas também o desenvolvimento das minhas competências enquanto futura enfermeira especialista.

Este relatório encontra-se organizado em quatro capítulos: no primeiro surge uma revisão sistemática da literatura, que procura dar resposta à problemática identificada nos estágios: quais as intervenções promotoras da dignidade da pessoa em cuidados paliativos, de forma a contribuir para novas linhas de investigação e fundamentação teórica sobre o tema. No segundo capítulo será efetuada uma análise crítica e reflexiva sobre as atividades desenvolvidas durante os períodos de estágio, encontrando-se dividida em três subcapítulos, organizados de acordo com a ordem temporal pela qual foram realizados: estágio módulo III, estágio módulo II e estágio módulo I. No terceiro capítulo surge a conclusão do trabalho e no último são apresentadas as referências bibliográficas utilizadas

para a realização do mesmo de acordo com as normas para elaboração de referências bibliográficas e citações da American Psychological Association.

## **1. REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

### **Enquadramento teórico**

A European Association for Palliative Care refere na Carta de Praga que os Cuidados Paliativos são “cuidados interdisciplinares e dirigem-se tanto ao doente, como à família e comunidade” (Carta de Praga, 2014). O mesmo documento salienta ainda que, “os cuidados paliativos consistem em disponibilizar o mais básico conceito de cuidar: aquilo que se deve proporcionar para satisfazer as necessidades individuais dos doentes, independentemente do local onde seja cuidado seja no seu domicílio ou numa instituição de saúde”.

A Enfermagem, de acordo com o Regulamento para o Exercício Profissional da Enfermagem (artigo 4.º, n.º 1), é “a profissão que na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível.” (REPE,1998).

De acordo, com a alínea a) do nº 1 do Artigo 97.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros os seus membros devem: “Exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem.” (Diário da República, 2015)

O nº 1 do Artigo 99.º refere, ainda que, “As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.” (Diário da Republica, 2015)

Torna-se, por conseguinte, fundamental adquirir profundo conhecimento acerca das intervenções promotoras da dignidade da pessoa em cuidados paliativos.

Quando se referem intervenções para promover a dignidade da pessoa tem-se em vista resultados sensíveis, ganhos em saúde e num grande desafio para os enfermeiros, exigência para a excelência e segurança dos cuidados às pessoas (Amendoeira, et al, 2013).

Segundo Chochinov & Chochinov (2002), as pessoas consideram o sentir a paz

espiritual, o alívio do seu sofrimento e o estreitamento das relações com os familiares as facetas mais importantes do cuidado em fim de vida. De forma clara se compreende que as intervenções em Cuidados Paliativos se estendem para além do controlo da dor e da gestão dos sintomas até à resposta ao amplo e complexo mundo das necessidades expressas (Brown, Johnston & Ostlund, 2011).

Dada a complexidade das necessidades da pessoa e família em Cuidados Paliativos, o profissional de saúde deve aliar a mestria técnica às competências relacionais e humanizadoras. Apenas, desta forma, poderá identificar e compreender as vontades/ desejos da pessoa/família alvo dos cuidados, de forma, a atempadamente delinear um plano de intervenção para as satisfazer. Considerando sempre a multiculturalidade. Por conseguinte, unicamente, através deste caminho a dignidade inerente ao ser humano poderá ser preservada.

Chochinov (2012) defende a importância de usar o momento de cuidar para conhecer, reforçar e sempre que possível reafirmar a personalidade da pessoa. Emergem assim uma dimensão da dignidade que se constrói na dinâmica relacional.

Por conseguinte, o respeito, em todas as circunstâncias, pela dignidade da pessoa e a implementação de intervenções promotoras da mesma, constituem um meio para aliviar o sofrimento, nomeadamente, a nível psicossocial e existencial, vivenciado por pessoas em Cuidados Paliativos.

## **Metodologia**

O presente artigo resulta de uma revisão integrativa da literatura e foi efetuada de acordo com os métodos propostos por Sousa, Silva e Carvalho (2010). As autoras consideram que “a revisão integrativa emerge como uma metodologia que proporciona a síntese do conhecimento e a incorporação da aplicabilidade dos resultados de estudos significativos na prática” (Sousa, Silva e Carvalho, 2010). Consideram ainda que constitui um instrumento da prática baseada na evidência.

A opção por uma revisão integrativa relaciona-se com o fato da mesma constituir a “mais ampla abordagem metodológica referente às revisões, permitindo a inclusão de estudos experimentais e não-experimentais para uma compreensão completa do fenómeno analisado.” (Sousa, Silva e Carvalho, 2010)

O objetivo do presente artigo é sintetizar o conhecimento existente acerca das intervenções promotoras da dignidade do adulto e idoso em cuidados paliativos.

Considerando-se a conceção da temática em estudo, formulou-se a seguinte questão

PEO (Patient + Exposure + Outcome): Quais as intervenções promotoras da dignidade do adulto/ idoso em cuidados paliativos?

Os critérios de exclusão de artigos foram:

- Artigos cuja população alvo integre crianças ou adolescentes;
- Artigos que integrem na população alvo adultos/ idosos sem acompanhamento por cuidados paliativos;
- Artigos cujas intervenções não sejam relacionadas com a dignidade.

Como critérios de inclusão definiram-se os seguintes:

- Artigos de acesso integral;
- Artigos redigidos em Português, Inglês e Espanhol;
- Artigos cuja população alvo das intervenções sejam adultos ou idosos;
- Artigos relativos a estudos de metodologia qualitativa.

Para a colheita de dados nas bases de dados foram utilizados os seguintes descritores (*DeCS*) – palliative care, terminal care, nurs\* e as *palavras-chave*: Interventions e Dignity.

A fonte de pesquisa utilizada foi a base de dados científica EBSCOhost. Da pesquisa efetuada no dia 25.05.2016 obteve-se um total de 44 artigos. Após realizada exclusão dos repetidos obteve-se uma amostra de 36 artigos.

Efetuada, primariamente, uma análise do título e resumo excluindo-se 10 artigos pela população-alvo não corresponder aos critérios de inclusão definidos; excluído 1 artigo por não ter acesso ao texto integral e excluídos 22 artigos por não focarem intervenções promotoras da dignidade. Deste modo, seleccionaram-se 3 artigos para análise integral.

## Resultados

Na seguinte tabela encontra-se sistematizada a análise efetuada a cada um dos três referidos artigos (Tabela 1).

**Tabela 1 - Sistematização da análise dos artigos selecionados**

Artigo	“Identifying care actions to conserve dignity in end-of-life care”
Ano	2011
Autor (es)	Hilary brown, Bridget Johnston, Ulrika Ostlund
Revista	British Journal of Community Nursing Vol 16 nº 5
Palavras – Chave	Dignidade, cuidados em fim de vida, comunicação, focus group
Tipo de estudo	Qualitativo e descritivo
Tamanho da amostra	14 enfermeiras de saúde comunitária, 3 enfermeiras de cuidados gerais, 8 pessoas e 5 cuidadores
Intervenções promotoras da dignidade	<i>Descontrolo de sintomas</i> - Estabelecer contato precoce, a fim de conhecer bem a pessoa e a sua família; - O enfermeiro deve usar ferramentas de avaliação e guidelines para proporcionar ajuda; - Ajudar as pessoas a estabelecer metas realistas e fornecer os equipamentos, conforme necessário.

Intervenções promotoras da dignidade	<p><i>Perspetivas de conservação da Dignidade</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O enfermeiro deve comunicar com a família e pessoa de forma a manter a normalidade;</li> <li>- Dar permissão para estar triste;</li> <li>- Ajudar as pessoas a gerir o que lhes é importante;</li> <li>- Os enfermeiros devem ser capazes de satisfazer pedidos específicos.</li> </ul> <p><i>Inventário da Dignidade Social</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser sensível às necessidades de privacidade da pessoa;</li> <li>- Manter atitude de respeito quando da prestação de cuidados</li> <li>- Ajudar as pessoas a lidar com as constantes mudanças.</li> </ul>
Artigo	“Supporting dignified dying in the Philippines”
Ano	2011
Autor (es)	Ardith Z Doorenbos, Carmencita Abaquin, Margot E Perrin, Linda Eaton, Araceli O Balabagno, Tessa Rue, Rita Ramos
Revista	Internacional Journal of Palliative Nursing
Palavras – Chave	Morrer com dignidade, Filipinas, Intervenções, Conselho internacional de enfermagem
Tipo de estudo	Estudo qualitativo e transversal
Tamanho da amostra	230 enfermeiros

Intervenções promotoras da dignidade	<p>Estabelecer a confiança</p> <p>Proteger os direitos das pessoas</p> <p>Estabelecer relação empática</p> <p>Manter a dignidade e a privacidade</p> <p>Proteger a confidencialidade</p> <p>Assegurar a continuidade dos cuidados</p> <p>Proporcionar privacidade</p> <p>Avaliar o status respiratório</p> <p>Efetuar terapia de fluidos ou electrólitos</p> <p>Colaborar com o médico.</p>
Artigo	“Nursing interventions to promote dignified dying in four countries”
Ano	2007
Autor (es)	Amy Coenen, Ardith Z. Doorenbos, and Sarah A. Wilson
Revista	Oncology Nursing Forum
Tipo de estudo	Estudo qualitativo e transversal
Tamanho da amostra	Estudo Transversal 560 enfermeiros: Etiópia (14), Índia (229), Quênia (36), Estados Unidos da América (281)
Intervenções promotoras da dignidade	<p><i>Preocupações relacionadas com a doença</i></p> <p>Intervenções para reduzir os sintomas e promover o conforto:</p> <p>Identificam como sintoma que exige alívio mais frequente a dor, de seguida dispneia e náuseas. Identificam intervenções específicas:</p> <p>Administração de analgésicos,</p> <p>Garantir permeabilidade da via aérea;</p> <p>Aspiração das vias aéreas;</p> <p>Administração de oxigénio conforme necessário;</p>

<p>Intervenções promotoras da dignidade</p>	<p>Administração de morfina para reduzir desconforto respiratório;</p> <p>Intervenções gerais (referidas pelos enfermeiros de todos os países):</p> <p>Alívio da dor;</p> <p>Proporcionar alívio da dor;</p> <p>Ajudar a superar a dor;</p> <p>Promover o conforto.</p> <p>Controlar da ansiedade;</p> <p>Controlar a dispneia;</p> <p>Controlar a dor;</p> <p>Controlar os sintomas.</p> <p>Usar técnicas de relaxamento, massagem, massagens nas costas, aromaterapia, e toque terapêutico;</p> <p>Implementar medidas de conforto gerais, tais como tomar banho, necessidades de higiene, cuidados à boca e posicionamentos confortáveis.</p> <p><i>Reportório de conservação da dignidade</i></p> <p>Intervenções de garantia psicológica e conforto espiritual:</p> <p>Manter a esperança ou fé e sentimentos;</p> <p>Facilitar o trabalho de luto e reminiscência;</p> <p>Estimular a autonomia e controlo, permitindo que as pessoas participem no seu tratamento, cuidados e decisões.</p> <p>Intervenções específicas para promover a autonomia:</p> <p>Manter as pessoas envolvidos nas decisões de tratamento; Permitir o controlo da pessoa;</p> <p>Fazer cumprir os desejos da pessoa;</p> <p>Ajudar as pessoas a cumprir os seus últimos desejos.</p> <p>A nível das preocupações espirituais identificam:</p> <p>Proporcionar conforto espiritual;</p> <p>Proporcionar apoio espiritual.</p>
---	---

	<p>Identificam, ainda, intervenções relacionadas com a oração:</p> <p>Rezar com a pessoa e familiares;</p> <p>Rezar para a pessoa;</p> <p>Cantar orações;</p> <p>Promover o "conforto da palavra de Deus”;</p> <p>Possibilitar a presença de mentores espirituais: padres, pastores, capelães, membros do clero, ou outros líderes espirituais.</p> <p>Intervenções relacionadas com preocupações culturais (de acordo as crenças/ valores de cada país):</p> <p>Familiares oferecerem Tulsi Patra (folhas de planta Tulsi);</p> <p>Oferta de orações ou Bhajams (canções usadas para orações e devoções) e shlokas leitura [(ersos usados para orações e devoções) de Bhagwat Geeta;</p> <p>Familiares oferecerem gangatal (água do rio Ganges) para ter uma morte pacífica.</p> <p>Promover o conforto com a palavra de deus;</p> <p>Aconselhar que a morte não é o fim da vida, mas um começo de vida para os cristãos;</p> <p>Garantir que ele aceitou cristo e se arrependeu dos seus pecados a Deus;</p> <p>Encorajar a aceitação da vontade de Deus;</p> <p>Aceitar Jesus Cristo e orar ao Senhor Jesus;</p> <p>Orar ao deus em que a pessoa acredita.</p>
--	---

*Inventário da dignidade Social*

Intervenções focadas na família:

Prestar apoio à família;

Promover a presença de membros da família encorajando-os a envolverem-se nos cuidados;

Educar e explicar à família sobre a condição da pessoa;

Ajudar a aceitação dos membros da família da morte e da crença na vida após a morte.

Intervenções ambientais:

Preservar a privacidade;

Promover um ambiente acolhedor, uma sala silenciosa, visitas do animal de estimação, e música suave e iluminação;

Promover um ambiente de paz e cantar canções favoritas.

Tratar cada pessoa com honra e respeito;

Ouvir com interesse;

Ouvir a sua história;

Efetuar escuta atenta e escuta profunda.

Intervenções que demonstram o respeito do indivíduo:

Tentar cumprir / atender aos desejos da pessoa;

Manter a confidencialidade;

Dar amor, honestidade, compaixão e respeito das tradições culturais, religiosas ou pessoais;

Evitar transmitir stress à pessoa;

Oferecer respeito humano;

Oferecer carinho;

Permitir de forma compassiva que a pessoa expresse a sua tristeza;

Estar com a pessoa;

Estar à beira do leito da pessoa a morrer;

Manter uma presença ativa.

## Discussão dos Resultados

A análise dos referidos artigos permitiu sintetizar várias intervenções de enfermagem promotoras da dignidade do adulto e idoso em cuidados paliativos. Após análise dos modelos teóricos constata-se de que as mesmas podem ser agrupadas nas três categorias delineadas no Modelo de Preservação da Dignidade (Chochinov et al, 2002) o qual se baseou num estudo qualitativo em pessoas em fim de vida e descreve três temas e respetivos subtemas:

- Preocupações relacionadas com a doença: organizado segundo o nível de independência e perturbações relativas aos sintomas, estas preocupações resultam diretamente da experiência de doença;
- Repertório de preservação da dignidade: consiste nas perspetivas que os doentes têm de si próprios e que os ajudam a salvaguardar a sua sensação de dignidade e as práticas que os doentes usam para manter ou sustentar a sua sensação de dignidade face a doenças com risco de vida;
- Inventário da dignidade social: composto pelos vários “fatores externos ao doente, que influenciam a natureza e a qualidade da interação com os outros de tal modo que a dignidade é ou aumentada ou minada” (McClement et al, 2004).

Esta subdivisão irá ser utilizada para a presente discussão dos resultados.

As preocupações relacionadas com a doença englobam o nível de independência e as preocupações físicas e psicológicas e referem-se às preocupações que decorrem diretamente da experiência da doença naquela pessoa.

Ao analisar os artigos pode-se destacar a nível das preocupações físicas as intervenções e vigilância e controlo de sintomas (nomeadamente, dor e dispneia), frequente avaliação dos mesmos e intervenções de promoção de cuidados de conforto (Coenen, Doorenbos & Wilson, 2007).

Nas preocupações de âmbito psicológico os enfermeiros devem assumir uma postura de apoio, escuta ativa e estabelecimento de relação empática (Brown, Johnston & Ostlund, 2011; Doorenbos et al, 2011; Coenen, Doorenbos & Wilson, 2007).

De salientar, que esclarecimentos de quaisquer dúvidas relacionadas com a doença ou outros aspetos devem ser atempadamente efetuados, bem como a transmissão de informação sobre os cuidados prestados (Brown, Johnston & Ostlund, 2011).

O reportório de conservação da dignidade engloba, de acordo com o Modelo de Chochinov, as perspetivas de conservação da dignidade e práticas de conservação da

dignidade.

Em relação às perspectivas de conservação da dignidade salientam-se as seguintes intervenções: demonstrar interesse sobre os aspetos da vida da pessoa que a mesma mais valoriza (Coenen, Doorenbos & Wilson, 2007); encarar em todas as circunstâncias a pessoa com respeito e estima, fomentar a sua participação em atividades às quais atribua significado e propósito, envolver a pessoa no tratamento e decisões de cuidados (Coenen, Doorenbos & Wilson, 2007); promover a realização de atividades que potenciem o seu conforto (meditação, oração, leitura, ouvir música) (Coenen, Doorenbos & Wilson, 2007); considerar os pontos de vista da pessoa e satisfazer os seus pedidos específicos (Brown, Johnston & Ostlund, 2011; Coenen, Doorenbos & Wilson, 2007).

Ao se atender às práticas de conservação da dignidade destacam-se as seguintes intervenções: possibilitar à pessoa manter/ participar na sua rotina diária, realizando atividades que lhe proporcionem conforto; permitir acompanhamento espiritual e ter a presença do seu guia espiritual sempre que solicitar; promover a manutenção das suas práticas culturais e espirituais (Coenen, Doorenbos & Wilson, 2007).

Por último, analisam-se as intervenções relacionadas com o inventário da dignidade social. Destacam-se: preservar a privacidade da pessoa (Brown, Johnston & Ostlund, 2011; Doorenbos et al, 2011); possibilitar receber visitas em horário alargado e o envolvimento de uma rede de apoio ampla (Coenen, Doorenbos & Wilson, 2007); tratar a pessoa como digna de honra, estima e respeito (Coenen, Doorenbos & Wilson, 2007); adotar uma postura de disponibilidade e promover a partilha e discussão de preocupações relacionadas com a sobrecarga das suas pessoas mais significativas; incentivar a resolução de assuntos; facilitar a comunicação entre os membros da família; proporcionar espaço para a discussão de temas relacionados com diretivas antecipadas de vontade, realização de testamento ou, mesmo, planeamento do funeral (Coenen, Doorenbos & Wilson, 2007).

De referir que as intervenções a implementar devem sempre considerar a multiculturalidade as necessidades particulares de cada pessoa em cada situação específica de cuidados.

Uma das limitações sentidas na realização desta pesquisa prende-se com o fato de existirem poucos artigos diretamente relacionados com intervenções de enfermagem. Outra dificuldade a salientar foi o curto período temporal para efetuar a pesquisa, que inviabilizou a integração de outros documentos. Outra limitação foi a dificuldade de acesso a documentos com texto integral.

## Conclusão

O aumento da longevidade, e o incremento das doenças crônicas e progressivas, bem como, as alterações na rede familiar, têm tido impacto crescente na organização dos sistemas de saúde e nos recursos especificamente destinados às pessoas com doenças crônicas. Com as alterações demográficas ocorridas em toda a Europa, os Cuidados Paliativos terão uma importância crescente.

Os enfermeiros firmam-se como um grupo profissional de suma importância na prestação de Cuidados Paliativos. Além disso, os profissionais de enfermagem, desde sempre, que têm por finalidade dos seus cuidados a promoção da qualidade de vida da pessoa e sua família.

As necessidades relacionam-se com a subjetividade e vastidão do conceito. No âmbito dos cuidados paliativos, prendem-se com a consolidação de conhecimentos teóricos e práticos para responder às particularidades de cada pessoa no que diz respeito à promoção e manutenção da dignidade em fim de vida.

A vulnerabilidade das pessoas constitui, igualmente, um assunto de extrema importância, sobretudo na área dos cuidados paliativos. Neste contexto a dignidade é passível de ser facilmente deteriorada, este fato relaciona-se com as perdas que uma doença terminal pode provocar. Os profissionais de saúde têm o dever de colocar a dignidade como foco de diagnóstico, instituir intervenções direcionadas e avaliar a ação das mesmas através de indicadores de saúde.

A análise dos artigos e a discussão de resultados possibilitou efetuar uma síntese das intervenções de enfermagem promotoras da dignidade da pessoa em cuidados paliativos. Por conseguinte, o objetivo inicialmente delineado foi alcançado.

A síntese realizada assume-se como uma mais-valia para a prestação de cuidados de saúde, potenciando a qualidade dos cuidados prestados. Possibilita aos profissionais uma intervenção baseada em evidência e permite, aos mesmos, identificar de forma mais clara as intervenções promotoras da dignidade da pessoa em cuidados paliativos.

No futuro, torna-se imprescindível a aposta na investigação de modo a promover o desenvolvimento dos cuidados especializados à pessoa em cuidados paliativos. Os resultados obtidos podem, ainda, constituir uma forma de orientar medidas políticas na área da saúde voltadas para a promoção da dignidade da pessoa em cuidados paliativos.

## **2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS AO LONGO DO ESTÁGIO**

“A perícia desenvolve-se quando o clínico testa e refina propostas, hipóteses e as expectativas fundadas sobre os princípios, em situações da prática real” (Benner, 2001), o desenvolvimento de competências em contexto de estágio, ganha especial relevância.

Enquanto enfermeira, entendo o desenvolvimento contínuo de competências na área da Especialização em Enfermagem Médico – Cirúrgica, como o caminho para assegurar cuidados especializados à pessoa e sua família.

No presente capítulo é efetuada uma reflexão crítica acerca das atividades desenvolvidas em cada momento de estágio e a sua importância no desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista. Desta forma, são elaborados três subcapítulos, de acordo com o campo de estágio em questão e a ordem temporal de realização dos mesmos.

De salientar que, no início de cada estágio foi elaborado um projeto do mesmo, definidos objetivos geral e específicos de acordo com as competências definidas pelo Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Católica Portuguesa, e de forma a ir de encontro ao REPE (Decreto-lei nº 161/96 de 4 de setembro com alterações do Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril) e do Estatuto da OE inserido no Código Deontológico de Enfermagem (Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro).

O desenvolvimento tecnológico e o aumento da esperança média de vida aumentaram o número de pessoas com doenças incuráveis, progressivas e avançadas, fazendo dos CP um direito, para promoção do bem-estar e alívio do sofrimento. Apesar do seu avanço a nível mundial, ainda existem lacunas a nível nacional e dificuldades éticas e clínicas ao nível da tomada de decisão nos tratamentos de pessoas em fase paliativa.

No Plano Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) (2016) são referidos como “cuidados intensivos de conforto”. O mesmo plano consagra que os CP destinam-se “ao doente (e família) que, cumulativamente: têm prognóstico de vida limitado; têm intenso sofrimento; têm problemas e necessidades de difícil resolução que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar.”

“Os cuidados paliativos são simultaneamente uma filosofia de cuidados e um sistema organizado e altamente estruturado para a prestação de cuidados tecnicamente competentes, incluindo no modelo médico tradicional os objetivos de promoção de qualidade de vida do doente e sua família, assim como o apoio na tomada de decisão e disponibilização de oportunidades para o crescimento pessoal, com adequada sensibilização emocional e cultural. São de tal forma importantes que podem e devem ser implementados concomitantemente com terapêutica dirigida à cura/doença” (Capelas e Coelho, 2014).

O fim de vida do homem possui um valor inestimável que não é inferior a nenhuma outra fase da vida humana, reivindicando-se por isso, uma maior humanização do processo de morrer.

Aristóteles abordou inicialmente o conceito de Dignidade, segundo o mesmo, a dignidade do homem seria proporcional à sua capacidade de pensar e conduzir a própria existência desde a razão.

É de salientar que os enfermeiros são “gente que cuida de gente” pelo que, as capacidades técnicas, são insuficientes. É imprescindível que os enfermeiros desenvolvam uma vertente humanizadora, tal como refere Jean Watson, temos de tratar-nos com gentileza e dignidade para podermos olhar os outros com gentileza e dignidade.

Chochinov desenvolveu estudos na área da Dignidade. Os seus contributos constituem, indiscutivelmente, um avanço científico na preservação e promoção da dignidade. A elaboração do Modelo da Dignidade em Fim de Vida do autor e a elaboração da Terapia da Dignidade vêm dar resposta à angústia psicossocial e existencial de pessoas em fim de vida, que é de particular interesse no contexto dos CP.

Considero, relevante salientar que um dos elementos do Modelo de Preservação da Dignidade de Chochinov (ANEXO I) consiste, precisamente, na procura de conforto espiritual. Além disso, o sofrimento físico e psicológico experienciado por pessoas em CP, encontra-se muitas vezes relacionado com sentimentos de medo, incerteza, angústia que são potenciadores de desconforto. O alívio dos mesmos, através da implementação de intervenções promotoras da dignidade, favorece o conforto e segurança da pessoa.

A palavra conforto deriva do latim “*confortare*”, que representa dar força, vigor e energia, tornar forte, fortalecer e revigorar (Pinto & Conceição, 2008; Apóstolo, 2009).

Nos anos 90 a enfermeira Katherine Kolcaba desenvolve a teoria do conforto. Kolcaba dedicou-se à elucidação da origem e do significado do termo conforto com a finalidade de esclarecer o seu uso na prática, pesquisa e teoria de enfermagem.

Katherine Kolcaba concluiu que o conforto apresenta três sentidos:

- Calma - o estado de tranquilidade ou satisfação;
- Alívio – o estado de ter um desconforto específico aliviado;
- Transcendência – o estado no qual alguém está acima dos problemas ou dor.

Ao longo dos três estágios, os projetos realizados e implementados em cada campo em específico, apesar de se adequarem ao contexto relacionaram-se com o Cuidar de Enfermagem promotor da dignidade e do conforto, visando-se a integração precoce dos CP em diferentes contextos de cuidar de enfermagem, promovendo a mudança de paradigma (Figura 1).

Figura 1: Modelos de prestação de Cuidados

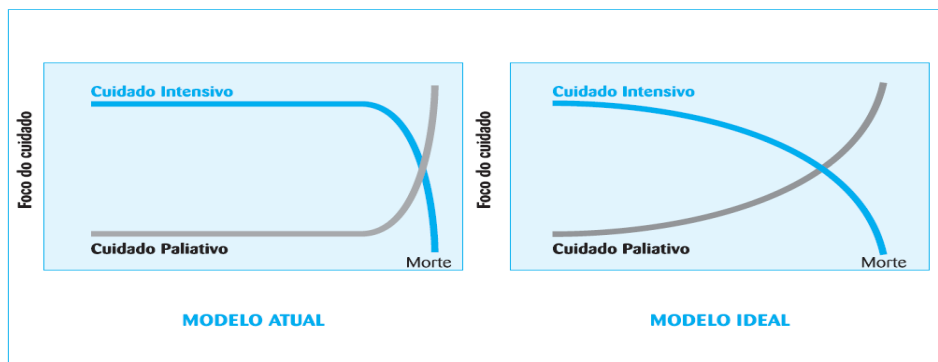


Figura 1 - Fonte: Cuidado paliativo - Particularidades em UTI (Cremesp, 2008)

## 2.1 – Módulo III: Opcional

O estágio relativo ao módulo III – opcional realizou-se numa UAD em CP, a qual tem por missão prestar cuidados ativos, coordenados e globais a pessoas e suas famílias em situação de sofrimento decorrente de doença avançada e progressiva, com a finalidade de promover o seu bem-estar e qualidade de vida. Estes cuidados são prestados no domicílio, iniciando-se na admissão da pessoa e sua família e estendendo-se ao período do luto. Tem por objetivos:

- Prestar CP à pessoa e suas famílias, assegurando cuidados médicos e de enfermagem no domicílio;
- Apoiar psico-emocionalmente a pessoa, a família e/ou cuidadores;

- Articular os cuidados médicos e de enfermagem prestados à pessoa e família com os demais serviços do instituição e recursos existentes na comunidade;
- Assegurar o atendimento telefónico por linha direta durante o horário de funcionamento do serviço;
- Divulgar os objetivos e natureza da UAD pelos serviços da instituição;
- Realizar formação em CP dirigida aos profissionais da Instituição;
- Fazer investigação clínica de acordo com a sua área de atuação.

Um estudo epidemiológico veio evidenciar o local de preferência de morte em Portugal. Sendo que mais de 85% da população tem como preferência morrer em casa (51%) ou numa unidade de CP (36%), mas mais de 60% morre em hospitais/clínicas (Gomes, Sarmiento, Ferreira, & Higginson, 2013).

A prestação deste tipo de cuidados no domicílio permite à pessoa manter-se a viver em sua casa, conservar as suas memórias, beneficiar de cuidados, manter os laços sociais, não se sentir só e ter apoio das pessoas significativas (Fabregas, 2002 como referido em Silva, 2006).

#### *Objetivos do estágio e atividades desenvolvidas*

Delineei como objetivo geral desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação paliativa e sua família em contexto da UAD.

Para atingir este objetivo identifiquei dois objetivos específicos, que de seguida serão analisados, referindo-se as atividades realizadas para os atingir e, paralelamente, relacionando com as competências adquiridas.

#### **Objetivo específico 1 - Prestar cuidados especializados à pessoa/ família em CP em contexto domiciliário.**

Para efetuar a prestação de cuidados houve necessidade de primariamente integrar a equipa multidisciplinar. Por conseguinte, foram efetuadas as seguintes atividades: ler documentação relativa à missão, valores, objetivos e dinâmica de funcionamento da equipa; consultar normas institucionais; consultar o Manual da qualidade; assistir e participar na

reunião multidisciplinar diária; assistir e colaborar nas visitas domiciliárias; assistir e colaborar ao acolhimento de uma pessoa/ família à UAD.

O fato de ter efetuado estas atividades permitiu-me compreender alguns aspetos, nomeadamente os critérios de admissão de pessoas a esta unidade, os quais são: estar inscrito na instituição; ter doença em fase avançada e progressiva e necessitar de CP; ter mais de 18 anos; residir na cidade de Lisboa; preferencialmente dispor de um cuidador principal identificado e aceitar o apoio da UAD. As pessoas são referenciadas pelo médico assistente, de seguida, é efetuada uma verificação dos critérios acima descritos. Posteriormente, a pessoa e/ou família é contactada para se agendar a primeira visita. São priorizadas as pessoas de acordo com o descontrolo sintomático/situações clínicas complexas e a proximidade da morte.

Ao longo das várias semanas de estágio, ao colaborar com a UAD, tive possibilidade de compreender que a sua intervenção é global, ou seja, considera todos os aspetos da vida da pessoa e/ou família. Perante a especificidade da situação vivencial das pessoas pude desempenhar as funções de colher dados sobre a pessoa, o seu ambiente físico e social de forma a identificar as suas necessidades globais, avaliar e monitorizar sintomas, executar intervenções de enfermagem adequadas a cada pessoa e sua família e avaliá-las. Para além disso, desempenhar funções de informar, educar e orientar a família e a pessoa de forma a prevenir crises, exaustão do cuidador/familiar e processos de luto patológico. Por conseguinte, consegui, em colaboração com todos os profissionais da equipa, ***desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente.***

O percurso efetuado no decorrer deste estágio nem sempre se vislumbrou emocionalmente tranquilo. Apesar, de fazer o exercício de me imaginar no lugar dos pais, filhos, irmãos, maridos ou esposas, e outros, que tive oportunidade de acompanhar, será que consigo de algum modo sequer me aproximar dos sentimentos que verdadeiramente os assolam? A reflexão foi, efetivamente, uma constante durante as semanas de estágio na UAD. Abreu (2007) refere que o pensamento reflexivo contribui para uma ideia mais informada, e uma ação futura mais consistente constituindo o suporte para a afirmação da identidade profissional.

A prática reflexiva tem por objetivos: identificar necessidades/novas oportunidades de aprendizagem; identificar o melhor modo de aprender; identificar novos caminhos de ação; explorar soluções alternativas para a resolução de problemas; desenvolver a nível pessoal e profissional; escapar à prática rotineira; consciencializar as consequências dos atos; demonstrar as competências a terceiros; construir teorias a partir de observações; tomar

decisões ou resolver incertezas; emancipar o empowerment do próprio (Jasper, 2003).

Um dos aspetos sobre o qual dediquei a minha reflexão foi a humanização dos cuidados. Pode parecer redundante referir que os cuidados prestados a um ser humano devem ser humanizados. Contudo, o desenvolvimento técnico gera, por vezes, um ambiente desumano em que a dignidade da pessoa cuidada é colocada em segundo plano. Mas, afinal, o que é humanizar? De acordo com Barchifontaine é “garantir à palavra a sua dignidade ética”. Neste sentido, para que o sofrimento humano e as perceções da dor ou de prazer sejam humanizados, é preciso que as palavras que a pessoa expressa sejam reconhecidas pelo outro. A humanização depende da nossa capacidade de falar e de ouvir, depende do diálogo com os nossos semelhantes.

Recordo a interação com os pais de um jovem com uma doença oncológica, que promoveu em mim *reflexão sobre a minha prática, de forma crítica*.

Na interação com esses pais, tornou-se clara a importância de disponibilizar tempo para dialogar – para escutar e falar – como meio de conhecer o outro, apreender as suas necessidades/ desejos e expectativas e assim delinear uma adequada intervenção.

Os enfermeiros têm um papel central na prestação de CP, ajudar as pessoas a viver com a sua dignidade intacta constitui um importante componente deste tipo de cuidados especializados. Para conservar a dignidade os enfermeiros devem delinear e implementar intervenções específicas, tendo como impacto pretendido a preservação do sentido de dignidade da pessoa e da sua família, a qual deve ser ativamente incorporada nos cuidados.

A família é universal, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem 2 (CIPE2) define-a como uma unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior do que a soma das partes (OE, 2011). Saliento que as famílias se encontram em evolução contínua, num movimento recíproco, interativo e dinâmico.

A família é o lugar onde cada um dos seus elementos procura o equilíbrio, o apoio necessário para as dificuldades que surgem ao longo da vida. Além disso, os membros da família conhecem os gostos, preferências, desejos, preocupações da pessoa alvo de cuidados. A doença de um elemento da família é também doença familiar, em que todos sentem os efeitos do sofrimento e da dor, pelo que, para a equipa da UAD a unidade a tratar constituiu a pessoa e a família.

Pude, igualmente, refletir sobre a árdua tarefa que constitui cuidar de pessoa em CP, existe todo um conjunto de situações a gerir: terapêutica, posicionamentos, alimentação,

cuidados de higiene, possível descontrolo de sintomas, a falta de apoio, assistir ao sofrimento da pessoa cuidada, etc. Todos estes aspetos constituem uma carga de trabalho físico imensa e afeta emocionalmente qualquer pessoa. Naturalmente, que as dúvidas, anseios e medos são muitos e surgem constantemente.

Cuidar da família da pessoa em CP passa, sobretudo, por saber ouvir (ativamente), mostrar disponibilidade e compreensão. É, também, essencial avaliar a capacidade física, psíquica, emocional e socioeconómica da família, avaliação essa que deve ser periódica, uma vez que as condições podem-se alterar ao longo do tempo.

De salientar que, “The quality of life of members of someone who is dying is thus intimately connected to the care and well-being of their loved one” (McClement et al., 2007).

Deste modo, e de acordo com o referido anteriormente, considero que ao intervir na satisfação da família, aliviando o seu sofrimento e dignificando-a promovemos o conforto e segurança da pessoa cuidada e a preservamos a sua dignidade.

A reflexão sobre esta situação e a literatura que consultei fizeram-me compreender algumas intervenções imprescindíveis neste tipo de situações tão ricas de emoção, permitindo-me enaltecer a importância de algumas: fomentar a escuta ativa – o tempo gasto na escuta nunca é perdido; aliar à mestria técnica competências relacionais e humanizadoras; de promover a prestação de cuidados em parceria, ou seja, estar ao lado da pessoa; encarar a família como a continuidade da pessoa alvo dos cuidados e integra-la na equipa multidisciplinar; identificar de forma clara as necessidades/ expectativas/ desejos da pessoa e da sua família; valorizar a árdua tarefa que os cuidadores diariamente efetuam com sucesso; implementar intervenções promotoras da dignidade da pessoa e sua família em cuidados paliativos (A pessoa existe além da doença!). Este fato, possibilitou-me ***demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na minha área de especialização.***

Cada homem vive a sua doença de uma maneira única e intransmissível, e vivenciam muitas vezes problemas de ordem psicológica, ou mesmo social ou espiritual. Tal como, refere Cassel (1991) “Os corpos não sofrem, as pessoas sofrem.”

A dignidade fornece uma moldura central que pode conduzir o profissional, a pessoa e a família a definir objetivos e considerações terapêuticas fundamentais do fim de vida.

O sofrimento destas pessoas advém de alguns aspetos como são, perda de autonomia e dependência de terceiros, sintomas mal controlados, alterações da imagem corporal, perda do sentido da vida, perda de dignidade, perda de papéis e estatuto, perda de regalias económicas, alterações nas relações interpessoais, modificação das expectativas e planos futuros e abandono (McClement et al., 2007).

Como forma de dar resposta a estes problemas existe o Modelo de Preservação da Dignidade de Chochinov et al (2002), o qual pode ser considerado como um modelo de intervenção em CP, com a finalidade de ajudar a pessoa a sentir-se valorizada até ao fim. A Terapia da dignidade é algo muito complexo, para a sua implementação é necessário que diversos fatores estejam presentes.

Ao estar consciente deste aspeto procurei ao longo do meu percurso constituir a dignidade como um foco da minha atenção e atempadamente, implementar intervenções específicas com a finalidade de a promover e/ou preservar. Durante o meu percurso percebi que a sua implementação, não é linear e reveste-se de extrema complexidade. Considero que, deste modo, **demonstrei compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência.** Saliento, que o processo de enfermagem constitui o esquema subjacente que propicia ordem e direção ao cuidado de enfermagem, afirmando-se como uma atividade individual deliberada, na qual a prática é abordada de maneira ordenada e sistemática (George, 2000).

Como referi, anteriormente, a implementação de intervenções promotoras da dignidade não é isenta de dificuldades, uma delas relaciona-se com a imprevisibilidade associada aos CP. As pessoas em CP possuem uma elevada complexidade clínica e a realização de intervenções complexas relacionadas com a promoção da dignidade nem sempre é possível. Fato que tive possibilidade de verificar.

Nestas situações, o profissional deve ter em mente que existe um vasto conjunto de intervenções pontuais que quando instituídas produzem ganhos em saúde, embora as mesmas não se revistam de um objetivo final maior.

Os enfermeiros na sua vivência diária, devem agir com intencionalidade, devem ter em mente que promover e preservar a dignidade reside, muitas vezes, no valor de pequenos atos silenciosos e dignificadores que tecem a vida de todos os que estão envolvidos no cuidado.

Além disso, devem procurar na sua intervenção satisfazer as necessidades identificadas pela pessoa alvo dos cuidados. Tendo que, em todas as decisões de cuidado que realiza ter em consideração os princípios éticos. Apesar de delinear mentalmente a intervenção antes de cada visita domiciliária, nem sempre foi possível a sua implementação. Por conseguinte, foram efetuadas frequentes adaptações de modo a não interferir com a qualidade dos cuidados especializados prestados pela equipa, mas sobretudo para não abalar a qualidade de vida da pessoa. Deste modo, **avaleiei a adequação dos diferentes métodos de análise de situações imprevistas e complexas, no âmbito da minha área de especialização.**

Saliento o princípio da beneficência e o da não maleficência. A beneficência tem sido associada à excelência profissional desde os tempos da medicina grega, e está expressa no Juramento de Hipócrates: “Usarei o tratamento para ajudar os doentes, de acordo com minha habilidade e julgamento e nunca o utilizarei para prejudicá-los” (Hipócrates, 1992). Beneficência quer dizer fazer o bem. De uma maneira prática, isto significa que o profissional tem a obrigação moral de agir para o benefício do outro.

De acordo com o princípio da não maleficência, o profissional de saúde tem o dever de, intencionalmente, não causar mal e/ou danos à pessoa. Considerado por muitos como o princípio fundamental, tem suas raízes em uma máxima que preconiza: “cria o hábito de duas coisas: socorrer (ajudar) ou, ao menos, não causar danos” (Costa & Oselka, 1998).

## **Objetivo específico 2 - Contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, relacionados com a preservação e promoção da dignidade da pessoa da pessoa e sua família em cuidados paliativos em contexto domiciliário.**

Um estudo sobre a eficácia da terapia da dignidade no sofrimento psicossocial de pessoas em fim de vida no contexto de cuidados paliativos (Julião, 2014) validou a eficácia da mesma no alívio de sintomas depressivos e ansiosos; eficácia no alívio do sofrimento psicossocial e existencial e ainda, alívio do sofrimento relacionado com a perda da dignidade e na melhoria da qualidade de vida.

Considero, relevante salientar que um dos elementos do Modelo de Preservação da Dignidade de Chochinov consiste, precisamente, na procura de conforto espiritual. Além disso, o sofrimento físico e psicológico experienciado por pessoas em CP, encontra-se muitas vezes relacionado com sentimentos de medo, incerteza, angústia que são potenciadores de desconforto. O alívio dos mesmos, através da implementação de intervenções promotoras da dignidade, favorece o conforto e segurança da pessoa.

O Modelo da Dignidade proposto por Chochinov et al (2002) sugere, ainda, que a elaboração de um legado descreve o sentimento de conforto, consolação e propósito sentido pelas pessoas ao deixarem algo duradouro e transcendente à sua própria morte. O fim da vida é ultrapassado através do sentimento de continuidade e de valorização pessoal. Muitas pessoas estimulam intuitivamente a sua dignidade, criando uma narrativa verbal da sua vida.

Na interação, em específico com uma pessoa acompanhada pela UAD procurei realizar um leque de intervenções promotoras da dignidade, verificar a sua influência na pessoa e

transmiti-lo à equipa.

Além disso, realizei um documento que espelha o seu percurso de vida. A bibliografia acerca de métodos para a realização deste tipo de documentos é escassa. Inicialmente senti algumas dúvidas acerca da construção do mesmo, que se foram dissipando à medida que informações foram recolhidas e clarificando-se na minha mente a forma de o documentar. As sessões de orientação tutorial também foram fundamentais para me auxiliar a planear o caminho a seguir.

De seguida descrevo as intervenções que se tornaram mais expressivas e que constituíram o meu foco mais diferenciado. Saliento, ainda, que algumas intervenções implementadas não se encontram diretamente relacionadas com um problema existente ou necessidade identificada que permita formular um diagnóstico de enfermagem. Considero que a preservação e promoção da dignidade deve integrar de forma consistente a ação do enfermeiro, o mesmo não deve instituir as mesmas apenas quando existe uma deterioração evidente da mesma.

As intervenções descritas estão de acordo com a linguagem utilizada no caderno temático da OE – “Cuidados Paliativos para uma morte digna” que se baseou no Modelo de Preservação da Dignidade (Chochinov, 2002; Chochinov 2006; Chochinov et al. 2002). Verifiquei a necessidade acrescentar algumas intervenções não identificadas no documento referido, que considere pertinentes implementar.

O controlo da dor insere-se nas necessidades de conforto físico, identificadas por Kolcaba. Neste âmbito, foram instituídas as seguintes intervenções:

- *Avaliar perceção da pessoa à dor, o significado que lhe atribui;*
- *Informar sobre tratamentos farmacológicos e não farmacológicos;*
- *Avaliar o controlo da dor;*
- *Avaliar a dor;*
- *Colaborar com o médico;*
- *Consultar para a gestão da dor;*
- *Implementar linhas de orientação face à dor.*

A partilha de momentos significativos do percurso de vida ou dos momentos que considera mais relevantes na sua vida é algo muito íntimo e provoca uma cascata de sentimentos e emoções. Daí a relevância do estabelecimento anterior de uma relação de ajuda e identificação do profissional como um membro da equipa.

O estabelecimento de uma relação de ajuda visa promover um maior bem-estar da pessoa em sofrimento, e diferencia-se por um conjunto de atitudes consideradas fundamentais para que essa ajuda se torne efetiva.

No decorrer deste processo o profissional deve sentir o mundo privado da pessoas como se fosse seu, mas sem nunca perder a qualidade do ‘como se’” (Rogers, 1957). A relação de ajuda pode ser considerada um “instrumento” válido, útil e com fidelidade comprovada num processo de cuidados de enfermagem.

“Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projeto de saúde” (Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2001). O relacionamento humano é em si mesmo uma forma de cuidar que envolve valores, intenções, conhecimento, empenho e ações como defende Jean Watson (1988).

O enfermeiro deve estar em contacto com o aqui e agora da pessoa identificando o(s) sentido(s) da comunicação. Daí a importância de estabelecer uma comunicação clara, empática, sem juízos de valor e sem recurso a termos técnicos.

A implementação de uma comunicação eficaz é cada vez mais reconhecida como uma ferramenta essencial na clínica (Gysels, Richardson, Higginson, 2005), sendo a comunicação efetiva entre o técnico de saúde e a pessoa uma “ferramenta” clínica central.

De acordo, com o acima explanado foram implementadas as intervenções:

- *Estabelecer confiança;*
- *Avaliar as crenças, valores e desejos individuais;*
- *Apoiar as crenças;*
- *Proteger as crenças culturais;*
- *Proteger as crenças religiosas.*

Antes de qualquer procedimento, o profissional deve informar a pessoa acerca das intervenções, dos seus objetivos, possíveis riscos e consequências. Muitas instituições solicitam assinatura da pessoa num documento a declarar o seu consentimento quando se tratam de procedimentos de carácter mais invasivo. Contudo, considero que mais relevante que uma assinatura num documento é que o profissional garanta que a pessoa compreende verdadeiramente os procedimentos que irão ser realizados.

Segundo Fortes (1998), a informação é a base da fundamentação das decisões autónomas dos utentes, necessária para que a pessoa possa consentir ou recusar-se a medidas ou procedimentos de saúde propostos.

A garantia da obtenção do consentimento esclarecido relaciona-se com o respeito pelo princípio da autonomia. A autonomia é a capacidade de uma pessoa para decidir fazer ou buscar aquilo que ela julga ser o melhor para si mesma. Para tal são necessárias duas condições:

- capacidade para agir intencionalmente, o que pressupõe compreensão, razão e deliberação para decidir coerentemente entre as alternativas que lhe são apresentadas;
- liberdade, no sentido de estar livre de qualquer influência controladora para esta tomada de posição (Beauchamp, 1994).

Este princípio está eticamente fundamentado na dignidade da pessoa humana. Por conseguinte, tive necessidade de:

- Explicar a finalidade da intervenção;
- Transmitir à pessoa de que apenas partilha o que for seu desejo;
- Informar de que se não for sua vontade, a mesma seria respeitada e que nunca iria ter interferência com a continuação da qualidade dos cuidados prestados pela equipa da UAD;
- Garantir confidencialidade das informações que partilhar e possíveis imagens;
- Informar de que o documento a desenvolver no final lhe seria entregue e não divulgado sobre nenhuma outra forma;
- Dar tempo para a pessoa refletir e decidir.

A pessoa em causa compreendeu as informações transmitidas e deu o seu consentimento de forma verbal. Ao considerar todos estes aspetos pude:

- *Envolver no processo de tomada de decisão;*
- *Apoiar no processo de tomada de decisão.*

Baseando-me na Terapia da Dignidade de Chochinov e adaptando-me à situação específica delineei as seguintes questões:

- Quais os momentos mais relevantes/ importantes da sua vida?
- Quando avalia o seu percurso de vida de que tem mais orgulho?
- O que quer reter da sua vivência com o seu familiar?

As informações recolhidas foram obtidas através de conversa informal ao longo das várias interações, ou seja, sem um guião.

Promover a reflexão sobre o passado, sobre experiências marcantes, pude observar, que possibilita à pessoa sentir emoções importantes como esperança, alegria e felicidade. Rever a vida como uma história é sustentar o imaginário, ao relembrar histórias pode reviver boas sensações que experimentou antes em conjunto com a família/ pessoas significativas.

Com as informações obtidas pude elaborar um documento para entregar à pessoa (APÊNDICE I). A criação de um legado significa posteridade, um marco na sua vida e do cuidador.

O documento criado foi enriquecido com algumas fotografias. As fotografias ajudam a retratar o seu percurso e reforçar sucessos do passado e os bons momentos passados na companhia dos seus familiares antes da doença.

Outro apontamento importante a fazer é o de que verifiquei a necessidade de integrar de forma veemente o cuidador informal em todo o processo e no documento final. Uma vez que o mesmo é de suma importância para a pessoa e, como forma, de valorizar a sua árdua tarefa de cuidar.

Ao analisar a necessidade de conforto psicoespiritual e as intervenções referidas compreende-se que ambas têm como resultado o fortalecimento do significado de vida da pessoa. Neste âmbito, foram reforçadas as intervenções:

- *Reforçar a identidade pessoal;*
- *Reforçar as capacidades;*
- *Reforçar os sucessos.*

O planeamento e o percurso efetuado durante as semanas de estágio, que culminou com a entrega do referido documento à pessoa e sua família, foi repleto de surpresas, alguns obstáculos e com necessidade de reformulação dos planeamentos efetuados. Contudo, consegui **tomar iniciativas e ser criativa na interpretação e resolução de problemas na minha área de especialização.**

Neste percurso foi, igualmente, essencial avaliar os ganhos em saúde para a pessoa e sua família. Tive necessidade de consultar bibliografia sobre o tema de modo a avaliação a minha intervenção. Este fato permitiu-me **zelar pelos cuidados prestados na minha área de especialização.**

Os ganhos em saúde são entendidos como resultados positivos em indicadores de saúde, e incluem referências sobre a respetiva evolução. Traduzem-se por ganhos em anos de vida, pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, pela

diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde (Plano Nacional de Saúde, 2012-2016).

Os ganhos obtidos com as intervenções implementadas relacionam-se com a redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde.

A OE definiu os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem o que configura um enorme desafio – quer pelo reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos, quer pela inerente e vantajosa necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros. Os enunciados descritivos, de seguida referidos, devem constituir um instrumento importante que ajude a precisar o papel do enfermeiro junto das pessoas alvo dos cuidados, dos outros profissionais, do público e dos políticos (Padrões de Qualidades dos Cuidados de Enfermagem, 2001).

- A satisfação do cliente;
- A promoção da saúde;
- A prevenção de complicações;
- O bem-estar e os autocuidados;
- A readaptação funcional;
- A organização dos cuidados de saúde.

A Mesa do colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica desenvolveu uma proposta de regulamento dos padrões de qualidade da especialidade de enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (janeiro, 2014). Nesse documento referem os seguintes enunciados descritivos:

- A satisfação do doente e família;
- A promoção da qualidade de vida, bem-estar e alívio do sofrimento;
- A prevenção de complicações;
- A Readaptação funcional às perdas sucessivas;
- Organização dos cuidados de enfermagem.

Ao analisar as intervenções efetuadas e o documento relativo aos padrões de qualidade, os ganhos em saúde obtidos enquadram-se na promoção da qualidade de vida, bem-estar e alívio de sintomas.

As intervenções efetuadas permitiram à pessoa o controlo da dor. Possibilitaram, ainda, desfocar a sua atenção das preocupações relacionadas com o seu estado de saúde. Por

exemplo, promover a recordação de momentos marcantes durante a realização de um tratamento a uma ferida permitiu à pessoa abstrair-se do tratamento que lhe estavam a realizar e das preocupações relacionadas com a sua lesão cutânea. Um momento potencialmente gerador de ansiedade torna-se num momento completamente diferente, no qual a pessoa revive momentos felizes que já passaram e permite encurtar a sensação de tempo vivenciado pela pessoa quando efetuam o tratamento.

A pessoa ao perceber que as suas ações do passado e o que construiu é reconhecido por terceiros, fá-lo sentir-se valorizado. “O importante é que as pessoas percebam que ainda contam” (Chochinov, 2007). Isso permite melhorar o seu sentido de vida, aumentar a sua autoestima e reduzir sentimentos de impotência face à doença.

O que pude observar foi a tranquilidade no olhar, o sorriso, a satisfação e entusiasmo ao partilhar a sua memória do passado, indicadores do seu conforto físico e mental apesar da doença.

Todo o percurso efetuado foi partilhado com a equipa multidisciplinar e, também, com alguns estudantes de licenciatura que se encontravam a realizar Ensino Clínico na UAD (APÊNDICE II). A partilha foi efetuada no dia catorze de junho de 2016, pelas 09horas e teve duração de 20min (APÊNDICE III). Pude, deste modo, ***comunicar os resultados da minha prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas.***

Foi essencial o feedback transmitido pelos profissionais. Transmitiram-me que, pela sua avaliação, as intervenções implementadas contribuíram de forma inequívoca para aumentar o sentido de dignidade da pessoa e o seu conforto.

Além disso, pude partilhar com a equipa literatura pertinente sobre o tema que poderá ser consultada no futuro e contribuir para aquisição de conhecimentos teórico-práticos sobre o tema de futuros enfermeiros e, deste modo, ***exercer supervisão do exercício profissional na minha área de especialização e colaborar na integração de novos profissionais.***

A supervisão de cuidados em enfermagem constitui “... um processo dinâmico, interpessoal e formal de suporte, acompanhamento e desenvolvimento de competências profissionais, através da reflexão, ajuda, orientação, e monitorização, tendo em vista a qualidade dos cuidados de enfermagem, segurança dos utente e satisfação profissional” (Maia e Abreu, 2003).

## **2.2 – Módulo II: Cuidados Intensivos**

O estágio Módulo II – UCI/UCIP, decorreu num Hospital no distrito de Lisboa no período de um de setembro a vinte e seis de outubro de 2016. A UCI/UCIP encontra-se localizada no terceiro piso do referido Hospital, tendo capacidade para receber oito pessoas com necessidade de CI (sendo que destas três permitem isolamento) e dez com necessidade de cuidados e vigilância intermédia. Este serviço recebe pessoas em situação crítica provenientes do SU, bloco operatório, serviço de internamento e do ambulatório acompanhados pela Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER), desta forma pode ser considerado um serviço polivalente no que respeita à existência das várias especialidades, tanto médicas como cirúrgicas.

As UCI constituem-se como um serviço de internamento especial, cujos esforços da equipa concentram-se no atendimento às pessoas com potencial de recuperação, mas que necessitam de supervisão e de técnicas especializadas, usando recursos para a manutenção da vida, como fármacos, próteses e dispositivos eletrónicos. A pessoa em estado crítico é aquela que apresenta instabilidade de uma ou mais funções vitais, que se encontra na iminência de apresentar alguma alteração hemodinâmica, que tem condições clínicas graves sendo necessário vigilância e controlo mais frequentes e rigorosos, associados a tratamentos de maior complexidade, de carácter invasivo ou não (Thelan, 2008).

A pessoa em estado crítico inserida numa UCI necessita de apoio contínuo e específico, cuidados especializados e sistemáticos, prestados por uma equipa multidisciplinar. O enfermeiro como membro integrante da equipa possui um papel determinante para a recuperação da pessoa em risco de vida. O que lhe exige uma constante atualização de conhecimentos técnico-científicos permanentemente atualizados, dedicação, apoio emocional, psicológico, social e espiritual.

Cuidar de uma pessoa em fim de vida numa UCI constitui um desafio. A abordagem da pessoa requer sistematização, discernimento, conhecimento técnico-científico, reflexão crítica e tomada de decisão com rapidez e eficácia.

Quando a cura não é possível face à evolução da doença e existe impossibilidade de sobrevivência, a vulnerabilidade e o sofrimento adquirem diferentes dimensões visto que a sua vivência será personificada naquela pessoa com uma história de vida, existência e com determinados recursos intrínsecos, para lidar com a incerteza. As doenças e a sua evolução prolongada podem despertar importantes desafios existenciais para as pessoas, famílias e cuidadores.

De seguida serão especificadas as atividades efetuadas para atingir os objetivos delineados, relacionando-os com as competências de enfermeiro especialista.

### *Objetivos do estágio e atividades desenvolvidas*

Delineei como objetivo geral desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crítica. Para atingir este objetivo identifiquei dois objetivos específicos.

#### **Objetivo específico 1 - Prestar cuidados especializados à pessoa/ família em cuidados intensivos numa UCI.**

Em primeiro lugar é necessário integrar a equipa multidisciplinar, para tal tive necessidade de ler documentação relativa à missão, valores, objetivos e dinâmica de funcionamento da equipa; consultar normas institucionais, protocolos da UCI e Política da qualidade, conhecer horário das visitas. Além disso, é necessário conhecer a estrutura física do serviço e em específico a organização de recursos materiais e de terapêutica numa UCI. Nesta fase, foi essencial o meu empenho para me integrar na equipa. Saliento, igualmente, a importância da intervenção de todos os seus membros na minha integração, respondendo às minhas questões, esclarecendo as minhas dúvidas e possibilitando a minha intervenção em procedimentos ou em situações específicas de uma UCI, contribuindo para a minha aquisição de competências. Deste modo, consegui ***demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.***

Dada a especificidade e complexidade de uma UCI foram inúmeras as vezes em que me deparei com situações clínicas novas, com procedimentos de enfermagem que nunca efetuei e com outros que não conhecia. Este fato exigiu de mim uma contínua pesquisa de conhecimento científico atualizado, o que me permitiu adquirir novas competências e munir-me de conhecimento para abordar e discutir alguns temas com a equipa multidisciplinar e com a orientadora de estágio.

Um desses procedimentos, foi a extubação orotraqueal de pessoas em situação crítica. Suspender a ventilação mecânica invasiva (VMI) pode ser mais difícil do que mantê-la.

Constitui um processo que ocupa cerca de 40% do tempo total da ventilação mecânica (Esteban, 1994; Esteban, 2002). Alguns autores descrevem o desmame como a "área da penumbra da terapia intensiva" e que, mesmo em mãos especializadas, pode ser considerada uma mistura de arte e ciência (Milic-Emili, 1986).

Em relação aos cuidados gerais pré-extubação a literatura recomenda que antes de proceder à extubação, a cabeceira da pessoa deve ser elevada, mantendo-se uma angulação entre 30 e 45°. Também é indicado a aspiração da via aérea antes da extubação. A existência de secreções e a incapacidade de eliminá-las através da tosse são fatores que contribuem de maneira importante para o insucesso da extubação orotraqueal, mesmo após um teste de respiração espontânea bem sucedido (Khamiees M, Raju P, DeGirolamo A, Amoaeng-Adjepong Y, Manthous CA, 2001). Aspirar as vias aéreas antes da extubação tem como objetivo diminuir a quantidade de secreções nas vias aéreas baixas e retirar as secreções que se acumulam, evitando a sua aspiração para os pulmões. A elevação da cabeceira visa, por sua vez, diminuir a probabilidade da pessoa aspirar conteúdo gástrico. Desta forma pretende-se diminuir as possibilidades de infecção respiratória (Bauer TT, Ferrer R, Angrill J, Schultze-Werninghaus G, Torres A, 2000).

Outro aspeto que suscitou a minha pesquisa e que tive oportunidade de discutir com a orientadora, numa das várias sessões de orientação tutorial efetuadas, é o uso de corticoterapia sistémica profilática para evitar estridor após extubação orotraqueal e a necessidade de re-intubação. Pude verificar de que esta prática não se verifica na UCI na qual realizei o estágio, mas tenho conhecimento de que é realizado em outras UCI. A literatura refere que a sua prática não é recomendada para adultos. Os estudos realizados até ao momento não respaldam o uso de corticoterapia sistémica para prevenção do estridor pós-extubação e para a necessidade de re-intubação em pacientes adultos (Meade MO, Guyatt GH, Cook DJ, Sinuff T, Butler R, 2001).

Durante o estágio, tive possibilidade de efetuar a extubação orotraqueal com sucesso. É fundamental o enfermeiro atuar de acordo com a prática baseada na evidência e, por conseguinte, prestar cuidados de qualidade e contribuir para transição de saúde/ doença que a pessoa vive. Em situações que potenciaram o surgimento de dúvida demonstrei capacidade de *formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em Enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica.*

A pesquisa em enfermagem constitui um fundamento para a prática baseada em evidências, que para Galvão, Sawada e Rossi (2002), é o cuidado guiado por meio de resultados de pesquisas, consenso de especialistas ou a combinação de ambos para guiar a

tomada de decisão clínica.

Numa UCI a comunicação com a pessoa e sua família ganha especial relevância. Durante o meu percurso desenvolvi várias atividades relacionadas com este aspeto, saliento duas: estabelecer relação de ajuda com a pessoa e sua família e assistir e colaborar ao acolhimento de uma pessoa/ família na UCI.

As pessoas internadas em CI pressupõem cuidados de maior responsabilidade pela necessidade de substituição integral dos cuidados. Por conseguinte, torna-se essencial explicar às famílias todo o ambiente da UCI, adequando a comunicação a cada uma em específico. De acordo com Campos (2014), a família, atualmente, não é apenas constituída pelas tradicionais famílias nucleares, podendo estas ser caracterizadas pelos laços afetivos, legais ou pelo desenvolvimento familiar, sendo importante identificar qual a unidade familiar do cliente quando este vivencia uma transição no processo saúde-doença (Meleis, 2010).

A comunicação assume-se de tal forma uma competência vital que permite o início e a continuidade da relação terapêutica. A comunicação constitui um processo interpessoal complexo, envolve trocas verbais e não-verbais de informação, ideias, comportamentos e relacionamentos. É um ato de partilha, “atividade ou inatividade, palavras ou silêncios, tudo possui um valor de mensagem” (Watzlavick, 2002).

Todos os enfermeiros devem ter boas competências na área da comunicação tais como humildade, paciência, transparência, segurança e boa didática (Moritz *et al*, 2008). A comunicação é considerada como uma das principais componentes na abordagem das pessoas com doenças crónicas, em estado crítico irreversível e com necessidade de CP, podendo mesmo ser, a única intervenção a oferecer (Puntillo e Mc Adam, 2006). A competência na comunicação deveria fazer parte do arsenal terapêutico das equipas: possui eficácia paliativa reduzindo rapidamente os sintomas sem efeitos colaterais.

Ao longo do estágio pude observar que a comunicação constitui uma das preocupações dos profissionais da equipa da UCI. Nomeadamente, após a entrada de uma pessoa na UCI é efetuado um acolhimento à família, em que é explicado o estado geral da pessoa; demonstrada disponibilidade para esclarecer dúvidas, ouvir questões, ansiedades, vontades; explicado o ambiente técnico e abordagem profissional da UCI. Além disso, sempre que se verificava alteração do estado clínico da pessoa ou a proximidade da morte era uma realidade a atenção à família redobrava.

O processo de comunicação numa UCI envolve a pessoa alvo dos cuidados, família ou pessoas significativas e todos os membros da equipa (médicos, enfermeiros, assistentes

operacionais, terapeutas, sacerdote e outros). O fato de serem tantos os intervenientes torna o processo ainda mais complexo, salienta-se que todos têm um papel distinto e fundamental. O processo comunicacional enfermeiro-pessoa exige treino e perícia por parte do profissional; habilidades que permitem transmitir sentimentos, esclarecer o que pensam as pessoas e suas famílias, perceber as angústias que atravessam os longos dias de internamento (Reinke *et al*, 2009).

As pessoas em internamento numa UCI devido à sua condição clínica complexa e, muitas vezes, instável encontram-se sobre monitorização tecnológica das suas funções vitais (muitas máquinas, alarmes, ruído dos profissionais) e de complexas intervenções terapêuticas. Quando conscientes, todo o ambiente envolvente provoca sentimentos de insegurança e medo relativamente ao prognóstico o que pode despoletar reações de agitação, choro ou até mesmo silêncio. Que devem ser atempadamente identificados pelos profissionais. Ao considerar todos estes aspetos na minha prática pude ***demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.***

Ressalvo ainda que, de acordo com Deodato (2014), apesar de a principal fonte de preocupação do Enfermeiro ser o respeito pela pessoa e pela sua dignidade, este tem ainda a obrigação de proteger os familiares, recebendo destes influências culturais, tais como o respeito pelas crenças e a existência de obrigações familiares por cumprir, que afetam a decisão ética em Enfermagem. O ambiente de uma UCI é bastante específico e controlado, nomeadamente em relação às visitas. A norma da instituição é uma visita entre as 16h e as 20h. Contudo, durante as semanas de estágio foi possível participar de tomadas de decisões éticas, em situações de previsibilidade de morte ou de alteração do estado clínico da pessoa, foi possibilitado a adequação do horário e do número de visitas às necessidades da pessoa e sua família. Portanto, ***pude tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais e éticas.***

Deodato (2014) afirma que o Enfermeiro assume um papel relevante garantindo a manutenção dos direitos da pessoa, criando condições para a concretização de algumas atividades.

A prestação de cuidados numa UCI exigiu-me, igualmente, que demonstra-se competências para colaborar ou efetuar técnicas invasivas, saliento: colocação de cateter venoso central e cateter arterial, entubação orotraqueal, técnicas de substituição renal, nomeadamente a hemodiafiltração. Tive necessidade de recorrer aos conhecimentos

adquiridos no curso base e pós-graduado, à prática profissional e a pesquisa bibliográfica na procura da prestação de cuidados especializados.

Uma das situações mais frequentes na UCI é ter a pessoa em situação crítica se encontrar submetida a VMI. Esta foi uma área, como referi anteriormente, que tive necessidade de explorar devido à minha lacuna em competências na prestação de cuidados de enfermagem a pessoas submetidas a VMI. Por conseguinte, adquiri conhecimentos teóricos e competências práticas sobre modos ventilatórios, preparação de material e colaboração no processo de entubação, desmame ventilatório e extubação orotraqueal.

Uma das minhas preocupações, de modo mais específico, relacionou-se nos cuidados de enfermagem para prevenção da pneumonia associada à intubação (PAI). A PAI é a infeção adquirida em UCI mais frequente, sendo responsável por aumento de dias de ventilação mecânica, de internamento em UCI e hospitalar, de uso de antimicrobianos e de mortalidade (Melsen WG, Rovers MM, Groenwold RH, et al, 2013). Tive oportunidade de consultar diversa literatura sobre o tema. Saliento as intervenções destacadas pela proposta de norma, em discussão pública, da Direção de Geral de Saúde (DGS), 2015, as quais devem ser implementadas de forma integrada:

- Rever, reduzir e, se possível, parar diariamente a sedação, maximizando a titulação do seu nível ao mínimo adequado ao tratamento e documentar no processo clínico;
- Discutir e avaliar diariamente a possibilidade de desmame ventilatório e/ou extubação, com formulação diária de plano de desmame/extubação, registado no processo clínico;
- Manter a cabeceira do leito em ângulo  $\geq 30^\circ$ , evitar momentos de posição supina e realizar auditoria diária ao cumprimento desta medida, registando no processo clínico;
- Realizar higiene oral com gluconato de cloro-hexidina a 0,2%, pelo menos 3 vezes por dia, em todos os doentes, com idade superior a 2 meses, que previsivelmente permaneçam na UCI mais de 48 horas e documentar no processo clínico;
- Manter circuitos ventilatórios, substituindo-os apenas quando visivelmente sujos ou disfuncionantes;
- Manter pressão do balão do tubo endotraqueal entre 20-30 cm H<sub>2</sub>O.

Tive oportunidade de colocar estas intervenções em prática na UCI e desse modo, ***gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e de vida, e da minha formação pós-graduada.***

Após estas pesquisas e análise das instruções de trabalho do serviço, foi-me possível aplicar e garantir que a pessoa a quem prestava cuidados recebia não só cuidados de enfermagem de qualidade, mas também alicerçados em conhecimentos de prática avançada.

O que apenas é possível por *manter de forma contínua e autónoma, o meu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.*

A avaliação do quinto sinal vital, a dor, configura-se como um desafio em pessoas submetidas a VMI. Contudo é essencial para a implementação de intervenções que visem diminuir e/ou anular a dor, de forma a promover o conforto da pessoa.

Kolcaba (2003) refere que o conforto é um resultado essencial nos cuidados de saúde e constitui um estado holístico e complexo em que os aspetos do conforto são percebidos simultaneamente pelos recetores dos cuidados. Considera, ainda, que os cuidados de conforto requerem um processo de ações que confortam a pessoa, exige uma avaliação do resultado obtido da intervenção realizada. Isto porque, segundo esta teórica, a obtenção ou aumento de conforto deverá ser um processo contínuo que só ficará completo quando temos em conta o método e o resultado (Apóstolo, 2009). Sousa (2012) considera conforto como o objetivo do cuidado de saúde, sendo por isso, o objetivo da Enfermagem.

Na UCI, onde o estágio se desenrolou, o conforto da pessoa constitui uma preocupação dos profissionais, assim a avaliação da dor da pessoa ventilada não é descurada. Não sendo possível a aplicação da escala numérica da dor, pela pessoa se encontrar sedada ou com baixo *score* na Escala de Coma de Glasgow, é efetuada a avaliação através da utilização da escala comportamental da dor ou Behavioral Pain Scale (BPS) (ANEXO II). Para o controlo eficaz da dor e de acordo com a avaliação efetuada a cada pessoa em específico, tive possibilidade de implementar não só medidas farmacológicas, de acordo com a prescrição médica, mas também medidas não farmacológicas, tais como o posicionamento, a massagem terapêutica e comunicação terapêutica e apoio emocional. Assim, *demonstrei consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização.*

**Objetivo específico 2 - Contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, relacionados com a dignidade e o fim de vida da pessoa da pessoa e sua família em cuidados intensivos numa UCI.**

As UCI's dispõem do arsenal tecnológico e de profissionais especializados necessários para salvar vidas. Contudo, por vezes a cura e/ou recuperação não é possível. Quando isso acontece é necessário incrementar medidas que visem a promoção do conforto da pessoa. Torna-se assim, pertinente, abordar o tema CP.

A necessidade de utilizar medidas paliativas na UCI surgiu a partir de um estudo sobre a elevada prevalência de dor e do controlo inapropriado de sintomas, assim como do sofrimento e da angústia, quer seja para a pessoa quer seja para a equipa. A investigação americana SUPPORT (*Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment*, 1995) identificou, avaliou e elaborou estratégias para melhorar a capacidade de decisão, reduzir a frequência do uso de suporte mecânico, minimizar a dor e evitar o prolongamento do processo do morrer na UCI.

Após abordar o tema de forma informal com alguns membros da equipa e discuti-lo com a orientadora, pude perceber que a temática dos CP era pertinente e de grande interesse para a equipa. O que me permitiu *identificar necessidades formativas na minha área de especialização*. O segundo passo foi delinear de modo mais específico a abordagem a efetuar acerca do tema.

No decorrer dos primeiros turnos percebi que os profissionais se deparavam frequentemente com decisões éticas complexas. A instituição de ações/ cuidados paliativos e a identificação de medidas fúteis devem ser estabelecidas de forma consensual pela equipa multidisciplinar e em consonância com a pessoa (se capaz), familiares ou o seu representante legal.

Contudo, a decisão objetiva das ações paliativas a instituir e dos tratamentos de suporte de vida a suspender não é isenta de dificuldades: Manter ou suspender a VMI? Manter ou suspender a alimentação/ hidratação artificial? Qual a pertinência de efetuar um exame ou tratamento? Será que uma UCI é o ambiente adequado para uma pessoa com determinadas necessidades de cuidados?

Deste modo, a opção foi por abordar o tema: “Dos intensivos aos Paliativos – Decisões éticas em fim de Vida” (APÊNDICE IV).

Foram selecionadas duas datas distintas, efetuada promoção da ação de formação (APÊNDICE V) junto dos membros da equipa, de modo a que o máximo de membros possível tivesse oportunidade de participar e dar o seu contributo para a reflexão sobre o tema. Para efetuar a ação de formação tive necessidade de efetuar pesquisa bibliográfica sobre o tema apresentando dados mais recentes e dados da prática baseada em evidência.

A ação de formação foi realizada nos dias três e doze de outubro de 2016, no total assistiram à mesma dez enfermeiros. Foram abordados de forma mais específica os temas da futilidade terapêutica e da alimentação/ hidratação em fim de vida.

De forma a avaliar a importância da formação, foi aplicado um questionário existente na instituição em (APÊNDICE VI), em que 80% dos inquiridos considera o interesse

dos conteúdos como muito bom e 20% excelente, 60% considera a ação de formação muito útil e 40% considera-a excelente relativamente à sua utilidade, 40% recomendaria muito a formação a outro e 60% recomendá-la-ia por ser excelente.

A formação pretendeu, igualmente, proporcionar a partilha de experiências pelos profissionais, promover a reflexão diária sobre o tema e colaborar para o processo de toma de decisão complexo com que diariamente se deparam. Sempre com a certeza de que, “os juízos práticos não são verdadeiros nem falsos, são prováveis e, portanto, imprecisos, o que torna as sessões de discussão de casos clínicos indispensáveis, para que se tomem decisões mais prudentes perante situações particulares e não intemporais, através de uma racionalidade dialética” (Neto, 2010). Na formação tive possibilidade de *comunicar aspetos complexos e de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros como ao público em geral.*

A formação em Enfermagem apresenta-se como fundamental na melhoria da qualidade dos cuidados prestados, exigindo aos formandos atualização constante sobre as temáticas do dia-a-dia (Pinto, 2015).

A formação efetuada foi bastante positiva e uma mais-valia para todos os que nela participaram, uma vez que permitiu melhorar os cuidados de enfermagem prestados. Além disso, ao longo do estágio por diversas vezes foram discutidas em equipa os benefícios e/ou malefícios de determinada decisão para a pessoa e família alvo dos cuidados, situações em que pude *produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que me deparo.*

### **2.3 – Módulo I: Urgência**

O Hospital onde realizei o estágio relativo ao módulo Urgência é um Hospital em Parceria Público-Privada, cujo SU integra a Urgência Geral, a Urgência Pediátrica e a Urgência Obstétrica.

De acordo com a Direção-Geral de Saúde (2001), o referido Hospital integra um Serviço de Urgência Médico-Cirúrgica, sendo por isso o primeiro nível de acolhimento das situações de urgência/emergência integrado na Rede Hospitalar Urgência/Emergência. Estas unidades são diferenciadas e devem estar instaladas em hospitais gerais de nível não inferior a hospital distrital.

Um SUG é todo o serviço de saúde equipado para avaliar e tratar situações de doença de início recente e grave, em que o cidadão comum considera necessária a observação por um médico em consulta urgente e não programada. Os serviços de urgência são divididos em duas áreas de atuação, assim podem ser considerados Serviços de Urgência Médico-Cirúrgica e Serviços de Urgência Polivalente (DGS, 2001).

Os serviços de urgência são multidisciplinares e multiprofissionais e têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergências médicas (Diário da República - Despacho Normativo nº11/2002). Os enfermeiros que desempenham funções nestes serviços têm como dever saber dar resposta a situações urgentes e emergentes de saúde. A resolução desses problemas de saúde pode implicar cuidados mínimos ou medidas de reanimação, ensino à pessoas e à família e encaminhamento adequado após a alta (Sheehy,2001).

A enfermagem de urgência é pluridimensional, define-se pela diversidade de conhecimentos, de pessoas e de processos de doença. O enfermeiro de urgência necessita de ter a capacidade ímpar de avaliar, intervir e cuidar quer de forma mais geral, quer de forma mais específica.

A abordagem de pessoas em fim da vida num serviço de urgência e emergência representa um grande desafio para a equipa multidisciplinar. O ambiente de um SUG constitui um local adverso para o cuidado paliativo de pessoas portadoras de doenças avançadas, progressivas e ameaçadoras da vida, como neoplasias malignas, doenças neurodegenerativas avançadas (nomeadamente, síndromes demenciais, doença de Parkinson, esclerose lateral amiotrófica), e toda uma variedade de insuficiências orgânicas crónicas avançadas (insuficiência cardíaca, doença pulmonar obstrutiva crónica, insuficiência renal e hepática).

### *Objetivos do estágio e atividades desenvolvidas*

O objetivo geral delineado foi: desenvolver competências científicas, técnicas, éticas, relacionais no âmbito da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação crítica. A reflexão crítica sobre situações do dia-a-dia foi determinante para o concretizar. Por conseguinte, fundamentar as minhas intervenções de enfermagem com evidência científica foi determinante para promover o meu autodesenvolvimento pessoal e profissional de forma autónoma.

Seguidamente, será efetua um análise critico-reflexiva semelhante à realizada para o módulo III e II.

### **Objetivo 1 – Prestar cuidados especializados à pessoa/idoso e sua família/pessoa significativa no serviço de urgência.**

Para a concretização deste objetivo, foi necessário proceder à integração no SUG e executar as seguintes atividades: conhecer a dinâmica do circuito da pessoa no SUG; conhecer as diversas valências integradas no SUG e as atividades a desenvolver em cada local; consultar normas institucionais e protocolos do SUG; compreender a metodologia de trabalho e o modo de realização dos registos informáticos relativos à prestação dos cuidados de enfermagem. Dada a existência de múltiplas valências num SUG a integração foi realizada de forma faseada e, de acordo, com os objetivos delineados e com a organização do SU nos turnos que realizei.

Seguidamente, serão abordadas as diferentes valências, as principais atividades realizadas e relacionando com as competências desenvolvidas.

### **Posto de triagem**

Durante o percurso no estágio de urgência, tive a oportunidade de colaborar na triagem em alguns turnos. Foi importante para compreender quais os principais motivos de ida das pessoas ao SUG, como é efetuada a sua admissão e qual o seu percurso no SUG. Neste hospital, está implementada a Triagem de Manchester, sendo que este facto implica que todos os Enfermeiros tenham formação acerca do procedimento, de forma a que cada um realize uma correta e célere triagem das pessoas. Neste sector, com o apoio e supervisão da enfermeira orientadora, avaliei as pessoas pela perceção dos seus sintomas, respondendo ao fluxograma e atribuindo a pulseira correspondente ao seu nível de prioridade. Foi possível prestar cuidados diferenciados, na identificação do problema e encaminhando da pessoa para o balcão (medicina ou cirurgia) mais adequado à sua necessidade. Na triagem o enfermeiro deve ter a capacidade de ouvir as queixas das pessoas, mas o mais importante é interpretá-las, de modo a não atribuir prioridades inadequadas, o que nem sempre se afigura uma tarefa fácil. Foram várias as situações difíceis de avaliar. Nomeadamente, quando os sintomas descritos não apresentam evidência aquando da observação da pessoa.

Outras situações de difícil manejo relacionam-se com pessoas que apresentam queixas com evolução de várias semanas, sendo que recorreram ao SU sem terem sentido agravamento da mesma. Sempre que foi possível, orientou-se as pessoas para o correto uso dos SU.

Um enfermeiro que se encontra no posto de triagem, além de dominar o algoritmo da Triagem de Manchester, deve desenvolver capacidades de análise e interpretação das necessidades de forma a dar resposta adequada a cada situação. Assim, tive oportunidade de *avaliar a adequar diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada.*

## **Balcão**

No balcão, as pessoas admitidas possuem a prioridade “Urgente” ou “Muito Urgente”, correspondente às cores amarelo e laranja na triagem de Manchester. As pessoas são encaminhadas para este posto após a observação médica, para que seja administrada terapêutica, efetuada colheita de espécimes como sangue, urina, secreções brônquicas e/ou outros. Antes de proceder à chamada da pessoa, tinha oportunidade de ler no seu processo clínico informático o registo efetuado na triagem e o registo médico. Deste modo, antes de contatar com a pessoa tinha conhecimento da sua queixa, do possível diagnóstico e dos seus antecedentes clínicos. Em caso de uma prescrição acometer dúvidas, tratei de esclarecer com a enfermeira orientadora e equipa médica, que mostraram disponibilidade para o seu esclarecimento. Outra das minhas preocupações, dada a elevada afluência ao SU e a rapidez de atendimento das pessoas, foi, antes de realizar qualquer procedimento, identificar corretamente a pessoa (dois primeiros e dois últimos nomes/ data de nascimento) com a pessoa e/ou pulseira de identificação. Bem como, a validação junto da mesma da existência ou não de alergias conhecidas.

A maioria dos turnos que realizei do SUG desenvolveram-se no balcão. Profissionalmente, foi bastante positivo, devido à multiplicidade de situações clínicas que surgiram. Além disso, as pessoas do foro ortopédico, nomeadamente, trauma dos membros, politraumatizados e Traumatismo Crânio-encefálico são orientados para balcão enquanto aguardam cirurgia ou transferência para outra instituição hospitalar. Apesar do SUG no qual realizei o estágio não ter urgência psiquiátrica, as pessoas que ali recorriam com patologia deste foro, também, aguardavam encaminhamento em balcão.

Durante a minha colaboração com a equipa multidisciplinar no setor do balcão deparei-

me com a realidade que estes profissionais encaram diariamente: pessoas e/ou familiares agitados ou agressivos. Avaliar e lidar com uma pessoa agitada, potencialmente agressiva ou francamente violenta são tarefas complexas que exigem dos profissionais habilidades diversas. Ferrinho et al. (2003) conclui que de todos os profissionais de saúde, os que trabalham em psiquiatria e em urgência são os mais vulneráveis a ser vítimas de agressão.

Perante a realidade da ocorrência de comportamento agressivo para com os enfermeiros particularmente nos serviços de urgência os procedimentos de atuação adotados nestas situações assumem extrema importância. Assim, é relevante saber como os enfermeiros reagem perante a ocorrência de comportamento agressivo, pois só sabendo como eles reagem é possível adequar procedimentos de forma a lidar com este tipo de comportamentos.

Marques e Mendes (2003) identificaram várias estratégias para lidar com situações de violência, nomeadamente, as centradas nos comportamentos (imobilização física, administração de fármacos, confronto físico, isolamento), as centradas nas cognições (utilizando a persuasão), as centradas nas emoções (incluem o alheamento e o controlo emocional) e centradas no suporte social (estas incluem o pedido de colaboração por parte do utente). As estratégias centradas nos comportamentos foram, as que tiveram um maior número de indicadores e em menor número foram mencionadas as centradas nas cognições e emoções.

A admissão num hospital para algumas pessoas assinala um momento de rutura da sua vida habitual, transportando-as para um acontecimento simultaneamente estranho e assustador. É um momento que suscita, sem dúvida, emoções fortes que de acordo com Goleman (1997) interferem com a clareza de pensamentos e com a memória. Segundo o autor, as pessoas emocionalmente abaladas não conseguem ouvir, recordar e aprender de forma clara. Daí a necessidade na comunicação interpessoal de informações de acordo com necessidades expressas, com linguagem acessível e repetida sempre que necessário.

Além disso, o contexto de um SU ao constituir um espaço portador de normas, modelos e rituais de interação interfere com as relações das pessoas que comunicam.

A comunicação é um veículo para o estabelecimento duma relação terapêutica. Riley (2004) enuncia os seguintes tópicos numa relação terapêutica:

- Escuta – comunicação não-verbal em que o enfermeiro comunica o seu interesse pelo utente;
- Silêncio – de forma não-verbal o enfermeiro comunica a sua aceitação;
- Orientação – ajuda a pessoa a saber o que espera dele;

- Comentários abertos – permite à pessoa selecionar quais os temas que considera mais relevantes e encoraja-o a prosseguir;
- Redução de distância – comunica de forma não-verbal que quer estar próximo;
- Consideração – demonstra a importância do papel da pessoa na relação;
- Recapitulação – solicita a validação da interpretação da mensagem;
- Reflexão – tenta demonstrar à pessoa a importância das suas próprias ideias, sentimento e interpretações;
- Clarificação – demonstra o desejo do enfermeiro em compreender o outro;
- Validação consensual – demonstra o desejo em compreender a comunicação da pessoa;
- Focalização – orienta a conversa para o tópico de importância;
- Síntese – ajuda a pessoa a separar o material relevante do irrelevante; serve como revisão e termo de relação;
- Planificação – reitera o papel da pessoa na relação.

Naturalmente, que aplicar os tópicos acima descritos numa urgência sobrelotada na qual os enfermeiros são solicitados a todos os minutos para inúmeras ocorrências não se adivinha uma tarefa fácil. De seguida refiro algumas formas de ultrapassar as dificuldades descritas na literatura e que pude colocar em prática:

- Hostilidade: o enfermeiro ao cuidar de alguém que o trata com hostilidade não pode negligenciar os cuidados a prestar. Todos devem ser cuidados de forma segura com respeito e dignidade. Considerar a situação sob o ponto de vista da pessoa, para além da sua própria perspectiva pode contribuir para a assertividade. É claro, que quando se é tratado com hostilidade o impulso será ter um comportamento semelhante. Daí a necessidade de ver a pessoa como alguém que precisa de cuidados, fazendo-o sentir que está em segurança.
- Angústia - Pessoas que se sentem angustiadas com grande labilidade emocional exprimem a sua angústia de forma verbal e não-verbal. Uma das maiores dificuldades do enfermeiro é manter a sua sensibilidade para com os outros, de uma maneira afetiva, sem se deixar abater nem perder a sua objetividade, aqui deve responder com carinho e procurar gerar no utente pensamentos positivos.

Efetivamente, os enfermeiros ao passar mais tempo junto das pessoas têm a oportunidade de serem facilitadores da comunicação. O calor humano une as pessoas, não só comunica por si, como enriquece outros comportamentos facilitadores da comunicação como o respeito, genuinidade e empatia, essenciais para construir uma relação de ajuda,

independentemente da idade, cultura, sexo ou origem/etnia. O calor humano é demonstrado através da postura, um sorriso, um contacto visual direto, um toque.

A passagem por este posto, constituiu uma mais-valia no meu percurso, pela multiplicidade de situações vividas. Foi um sector que exigiu grande pesquisa bibliográfica da minha parte, de forma a dar resposta às situações que foram sendo expostas, tendo-me sido dada a possibilidade de *incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências*.

Sendo a abordagem da pessoa agitada e/ou agressiva uma constante na prestação de cuidados à pessoa em contexto de SU, tive, ainda, a oportunidade de *participar e promover a investigação em serviço na área de especialização*. Dado que pude discutir com alguns membros da equipa alguns aspetos da literatura sobre o tema, promovendo momentos de partilha de experiências, reflexão sobre o assunto, sobre as intervenções a implementar em cada situação específica e sobre formas de atualizar continuamente as competências nesta área do saber.

## **Sala de Reanimação**

A sala de reanimação é o posto no SUG onde a instabilidade hemodinâmica das pessoas é mais frequente e têm necessidade de assistência médica emergente. As pessoas que dão entrada na sala de reanimação podem vir da rua, ser identificada necessidade de atuação imediata na triagem e daí serem encaminhados para a sala de reanimação ou virem acompanhados pela VMER, sem obrigatoriedade de passar pela triagem.

A minha colaboração com a equipa na sala de reanimação começou pelo meu empenho em conhecer a mesma: organização dos carros de emergência, localização da terapêutica e do material, monitores e ventiladores existentes, bem como conhecer o seu modo de funcionamento. É, também, de responsabilidade do enfermeiro afeto à sala de reanimação verificar a mala de transporte e o carro de reanimação da sala de observação (SO). Tive oportunidade, por várias vezes efetuar a verificação da sala de reanimação, preenchendo a check-list existente para o efeito, como forma de garantir de que estavam reunidas as condições necessárias para abordagem da pessoa em estado crítico, a qualquer momento.

Na sala de reanimação deparei-me com várias situações clínicas, realço algumas delas: pessoas em edema agudo do pulmão, com alteração do estado neurológico, politraumatizados que chegavam imobilizados em plano duro e colar cervical, tendo sido

feita avaliação pelo cirurgião de apoio, e outras. Foi sem dúvida uma oportunidade de atuação numa diversidade de situações que exigem atuação rápida de todos os profissionais, que contribuíram para o desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista.

Assim, na minha passagem pela sala de reanimação tive a oportunidade de ***demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da minha área de especialização.***

### **Sala de Observação**

Na SO, são admitidas pessoas que pela sua instabilidade hemodinâmica, precisam de maior vigilância e cuidados mais frequentes, por essa razão, não podem ser transferidos para o internamento no imediato. Contudo, quando não há vagas no internamento, as pessoas permanecem na SO por um período mais alargado apesar, de não ser considerado o correto, é a solução encontrada em situações de grande afluência.

A pessoa admitida na SO pode ser proveniente do balcão ou da sala de reanimação. O Enfermeiro procede ao acolhimento, recolha de dados e observação da pessoa.

Nesta sala é possível manter a pessoa em maior vigilância, nomeadamente, monitorização de sinais vitais e cardíaca. Era também frequente a realização de procedimentos invasivos, tais como entubação orotraqueal, colocação de cateter venoso central ou realização de punção lombar.

Percebi, ainda, preocupação dos profissionais em abordar com as famílias o horário das visitas e a dinâmica da SO. Aqui, tal como no restante SUG é importante manter o apoio à pessoa significativa, explicando os procedimentos, a atuação e expectativas de evolução da situação clínica da pessoa. Pude, em especial quando a pessoa era proveniente da sala de reanimação, ***abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na minha área de especialização.***

Gostaria, ainda, de realçar que durante as semanas de estágio no SU pude constatar que são várias as pessoas que apresentam necessidades paliativas que não estão satisfeitas. O Enfermeiro Especialista, como membro essencial ao funcionamento do SUG, deve analisar estas situações de modo a adequar a prestação de cuidados a cada pessoa e colaborar na discussão multidisciplinar do encaminhamento mais adequado de cada pessoa. Segundo Sapeta (2011) “...é a enfermeira a que permanece mais tempo, demonstra maior proximidade e disponibilidade pessoal face às necessidades dos doentes em fim de vida...”.

Ainda que a principal finalidade dos SUG seja atender e manter a vida das pessoas em situações agudas, o restabelecimento da sua saúde, a redução das incapacidades e a inversão do processo de morte (Bailey et al., 2011), também é, igualmente verdade que os profissionais tanto cuidam de pessoas em situação aguda como de pessoas com doença crónica incurável e em fim de vida que não beneficiam dos “procedimentos de ressuscitação”, mas de cuidados ou ações paliativas.

O SU é um dos locais da primeira avaliação da pessoa e da priorização das suas necessidades. Perante esta abordagem, a pessoa constrói o seu quadro percetual não só da doença, mas, também como sobre a forma como vive o papel de pessoa doente. Esta conceptualização prolongar-se-á pelo percurso de doença e/ou recuperação da ameaça vivida e regulará a capacidade de adesão aos regimes terapêuticos propostos. Assim, a competência com que os profissionais de saúde abordam a pessoa, como identificam as suas necessidades e priorizam as intervenções reflete-se na pessoa não só em ganhos imediatos de saúde, mas também, na forma como esta pessoa irá ter capacidade de interpretar e procurar os seus ganhos de saúde (Ekwall, Gerdtz, & Manias, 2008, Bechtal, 2005).

Seguindo este fio condutor considero que a sinalização precoce das pessoas com necessidades paliativas e a instituição das mesmas ainda no SUG poderá influenciar a abordagem efetuada à pessoa no futuro em outros contextos e poderá determinar um caminho de minimização do seu sofrimento, controlo sintomático eficaz e consequentemente promoção da sua qualidade de vida.

Outra competência que tive possibilidade de desenvolver foi a de *gerir cuidados na minha área de especialização e de liderar equipas de prestação de cuidados especializadas na minha área de especialização*. Muitas vezes, os enfermeiros especialistas desempenham funções de liderança de equipa.

No SUG nos turnos da manhã e da tarde, há sempre um enfermeiro responsável pelo serviço e, em todos os turnos, um chefe de equipa. Tive possibilidade de colaborar com estes profissionais e de compreender a dinâmica das suas funções. O responsável de serviço realiza funções do foro administrativo, nomeadamente, confirmação de estupefacientes, realização de pedidos de material extra, de reparações e gestão do horário da equipa de enfermagem e de assistentes operacionais. O Enfermeiro chefe de equipa tem como funções a gestão da equipa (distribuindo cada elemento no seu posto), a gestão dos internamentos (quando se sabe que uma pessoa tem alta para o internamento é ele que faz a comunicação com o serviço

de internamento para atribuição de uma unidade), encaminhamento para dietista ou assistente social.

Liderar uma equipa constitui, sem dúvida, um desafio. O qual se adensa em ambientes de maior tensão, como o caso de um SUG. Quer o chefe de equipa quer o responsável de serviço deparam-se diariamente com situações complexas nas quais têm de intervir, tais como, divergências entre profissionais, conflitos com entre profissionais e pessoas e/ou familiares.

Liderar significa enfrentar a mudança, implica visão e envolvimento e a influência de um grupo para alcançar determinados objetivos (Robbins, 2004). O mesmo autor considera que administração relaciona-se com a concretização de planos e estruturas organizacionais; implica monitorização, avaliação e a implementação da visão estratégica dos líderes.

**Objetivo 2 - Contribuir para a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem, relacionados com o conforto da pessoa/idoso e sua família/ pessoa significativa no serviço de urgência.**

Com as alterações demográficas a que as populações estão atualmente sujeitas impõe-se um novo paradigma aos profissionais do SUG. Deixam-se de realizar tantos atos heroicos de “salvamento de vidas” para se atuar de forma menos tecnicista e mais humanista. A pessoa é entendida no seu todo, portadora de doença crónica e, na maioria das vezes, terminal.

O desafio é o envolvimento pessoal do enfermeiro para com a pessoa, uma vez que a morte fica, assim, mais próxima dos profissionais (Reynaert et al., 2006). Nem todas as pessoas que procuram os serviços de urgência necessitam de abordagem curativa ou de intervenção de suporte de vida. Muitas apresentam-se com doença crónica que necessitam de cuidados que poderiam ser prestados noutra contexto, se existissem as estruturas físicas e equipas de profissionais necessárias de forma a satisfazer as necessidades desta população.

Por este motivo e por, em conversa com o orientador de estágio, compreender que se trata de uma temática pertinente atualmente e para a equipa, optou-se por manter o fio condutor dos restantes estágios e efetuar uma formação com o tema: “Abordagem paliativa em contexto de urgência – controlo de náuseas e vómitos” (APÊNDICE VII).

As náuseas e vómitos constituem um dos dez sintomas que integram a Escala de avaliação de sintomas de Edmonton (ANEXO III). De acordo com o Manual de Cuidados Paliativos, a prevalência é de 30 e 70% (consoante os estudos): 62% de náuseas e vómitos

em doentes oncológicos corresponde a cerca de 40% nas últimas 6 semanas de vida (Reuben e mor, 1986). A prevalência da náusea crónica na doença terminal varia entre 42 e 60 %, sendo que 30 a 32% desenvolvem vômitos (Hernando et al, 2001). Constituem um sintoma com grande expressão e profundas implicações no quotidiano das pessoas com doença avançada e das suas famílias requer pela sua complexidade uma abordagem interdisciplinar! Pude, deste modo, ***promover a formação em serviço na minha área de especialização.***

Para Alarcão e Rua (2005) as competências dos enfermeiros devem basear-se em algumas características, uma das quais consiste “na capacidade de analisar os fenómenos e acontecimentos criticamente, de tomar decisões, de agir perante o inesperado e de trabalhar em equipas multidisciplinares”. De acordo com os mesmos autores as competências podem dividir-se em competências cognitivas, técnicas e comunicacionais.

Por conseguinte, é fundamental que o profissional de enfermagem seja capaz de avaliar a pessoa de quem cuida e de adequar a sua intervenção à mesma, independentemente do contexto em que a mesma se encontre. A formação prevista (APÊNDICE VIII) tinha o propósito de dotar os profissionais de competências teóricas e práticas sobre o tema, através da abordagem da fisiopatologia, etiologia, avaliação clínica, tratamento farmacológico e não farmacológico do referido sintoma. Além disso, tinha a finalidade de sensibilizar os profissionais para o desenvolvimento de ações paliativas em contexto de urgência e promover a mudança de atitude face às pessoas em fim de vida e atendendo às suas famílias.

O estágio de SU decorreu no período do Plano de Contingência Nacional. Este fato aliado à elevada afluência ao SU e à sobrecarga física e emocional a que a equipa multidisciplinar está sujeita impossibilitou a realização da formação. No entanto, as informações foram transmitidas aos profissionais ao longo dos turnos, em momentos de maior tranquilidade e, inclusive, com maior proximidade e com discussão de alguns casos clínicos. Optou-se, também, por disponibilizar a formação em suporte informático nos computadores do serviço para que possa ser consultada quando necessário pelos profissionais.

Apesar da formação não se ter realizado de modo formal, considero que o objetivo foi atingido, pois consegui transmitir a minha mensagem e promover a reflexão sobre o tema junto da equipa, ***promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros Enfermeiros.***

## CONCLUSÃO

Ao analisar o percurso efetuado ao longo dos três estágios considero que os objetivos que delineei foram alcançados, culminando no amadurecimento e aprofundamento do espírito crítico, capacidade reflexiva e criativa, para o planeamento, aplicação de conceitos e intervenções.

O fato da formação teórica se completar com o Estágio revelou-se de suma importância para a aquisição e aprofundamento de conhecimentos bem como para o desenvolvimento de competências inerentes ao título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Toda a aprendizagem ao longo deste caminho foi possível devido às equipas que me receberam, às instituições que me permitiram a realização dos estágios, à orientação da Professora Patrícia Pontífice e, igualmente, devido ao meu esforço, dedicação, e empenho necessários ao mesmo.

Saliento, do mesmo modo, o fato de ter realizado estágio em campos tão distintos e com equipas multidisciplinares com características e dinâmicas próprias contribuíram de modo determinante para o desenvolvimento e aperfeiçoamento das competências técnico-científicas, relacionais e comunicacionais que são inerentes ao Enfermeiro Especialista.

O primeiro estágio realizado numa UAD centrou-se na compreensão do fim de vida e proporcionou-me ampliar o horizonte da compreensão sobre a dignidade.

A European Association for Palliative Care menciona que “os cuidados paliativos consistem em disponibilizar o mais básico conceito de cuidar: aquilo que se deve proporcionar para satisfazer as necessidades”. Os CP afirmam a vida e consideram a morte como um processo natural; não antecipam nem adiam a morte. Propõem-se a preservar e garantir a melhor qualidade de vida possível até à morte (Carta de Praga, 2014).

Considero que morrer com dignidade passa por ser respeitado em pleno como ser humano em todas as suas dimensões. Dada a complexidade das necessidades da pessoa e família em CP, o profissional de saúde deve aliar a mestria técnica às competências relacionais e humanizadores. Apenas, desta forma, poderá identificar e compreender as vontades/ desejos da pessoa/família alvo dos cuidados, de forma, a atempadamente delinear um plano de intervenção para as satisfazer, considerando sempre a multiculturalidade.

Por conseguinte, considero que, unicamente, através deste caminho a dignidade inerente ao ser humano poderá ser preservada.

O estágio relativo ao Módulo II desenrolou-se numa UCI/UCIP. O desenvolvimento técnico gera, por vezes, um ambiente em que o conforto da pessoa é colocado em segundo plano, ou seja, em que a dignidade é desvalorizada. Além disso, quando a intervenção de âmbito curativo não produz qualquer alteração no quadro clínico de uma pessoa, cujo estado de irreversibilidade é definitivo, torna-se urgente proporcionar um outro tipo de assistência às pessoas. Muitas vezes estes quadros clínicos irreversíveis são acompanhados de uma enorme dor e sofrimento que contribuem para a perda de qualidade de vida, os CP procuram travá-los. Contudo, a decisão objetiva das ações paliativas a instituir e dos tratamentos de suporte de vida a suspender não é isenta de dificuldades. Durante o estágio verifiquei que os profissionais deparam-se com dilemas éticos diariamente. Daí a importância a atualização científica e da reflexão sobre os mesmos.

Por último, o estágio relativo ao módulo de urgência foi realizado num SUG, o que constituiu um verdadeiro desafio, impondo conhecimentos e competências a vários níveis. As pessoas em SUG, e as respetivas, famílias merecem cuidados competentes, especializados e até tecnologicamente avançadas que permitam dar resposta à alteração súbita do seu estado de saúde que os conduziu à urgência. Contudo, merecem, igualmente, cuidados culturalmente congruentes com a fase de sofrimento da sua vida. Os enfermeiros, como pilar, da equipa multidisciplinar devem procurar cada vez mais implementar intervenções especializadas que sejam promotoras e preservadoras da dignidade da pessoa cuidada, tendo em vista o alívio do seu sofrimento e a promoção do seu conforto.

Como referido, anteriormente, os objetivos propostos foram atingidos, contudo o percurso não foi isento de dificuldade ou obstáculos. As 180 horas em contexto de estágio foram insuficientes para aprofundar a diversidade de problemas de saúde e processos de vida, bem como, às transições que os indivíduos e famílias estão sujeitas ao longo do seu ciclo de vida.

O processo complexo, que este relatório documenta, foi desenvolvido deste o primeiro dia em que me apresentei enquanto profissional de enfermagem e vai continuar no futuro. Permanece a inquietação relativa a tantas problemáticas que surgem da prática e que exigem a busca por conhecimentos científicos atualizados. Promovendo a minha autonomia, desempenho consciente e responsabilidade profissional. Desta forma comprometo-me a não terminar aqui a minha procura constante pela melhoria dos cuidados de saúde prestados

à pessoa e sua família, através da reflexão contínua e promoção de formação em serviço em contexto de trabalho.

Concluo que, deve constituir uma preocupação do enfermeiro especialista assegurar que os cuidados prestados a cada pessoa se adequam às reais necessidades de cada uma. Assim, os cuidados prestados devem visar, não só o prognóstico, mas igualmente as possibilidades de tratamento e os valores/ preferências da pessoa e sua família:

- 1) Prioridade aos cuidados curativos em que as ações paliativas tencionam minimizar o sofrimento causado pelos tratamentos e pela doença;
- 2) Prioridade aos cuidados paliativos: recorre-se a cuidados curativos se estes beneficiam o estado geral do doente e não provocarem desconforto;
- 3) Cuidados paliativos exclusivos aplicam-se a doentes em fase terminal de vida em que os cuidados priorizam o conforto e a qualidade de vida (Neves Forte, 2010).

Em suma, os CP devem ser equacionados com base nas necessidades da pessoa e não apenas no prognóstico da situação clínica, pelo que deveriam ser introduzidos em fases precoces da doença, qualquer que ela seja, desde que exista intenso sofrimento (Doyle, 2004).

Lucília Nunes, refere no Caderno temático da OE, que “A finitude inevitável do ser humano, que todos partilhamos, materializa-se, muitas vezes, em situações que requerem CP, que suportem e melhorem qualidade de vida, previnam e aliviem o sofrimento.”

Na caminhada para a melhoria dos cuidados, a vertente humanista tem vindo a reafirmar-se como a essência do cuidar, inscrevendo-se em todos os momentos de interação.

**"Cuidar... É ajudar a viver"** (Marc Oraison, 1964 citado por Lazure, 1994).



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2003). Supervisão, qualidade e ensinos clínicos: que parcerias para a excelência em saúde. Coimbra. Formasau
- Abreu, W. (2007). *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico*. Coimbra: Formasau Formação e Saúde.
- Amendoeira, J.; et al. (2013). Auto cuidado gestão do regime terapêutico – Intervenção do Enfermeiro: uma revisão sistemática da literatura. *Revista da UIIPS, vol.1*
- Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência. 2ª Série (9)*, 61-67
- Bailey, C. et al (2011). *Trajectories of End-of-Life Care in the Emergency Department. Annals of Emergency Medicine*
- Barbosa, A; Neto, I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Ed. Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Bauer TT, Ferrer R, Angrill J, Schultze-Werninghaus G, Torres A. (2000). Ventilator-associated pneumonia: risk factors and microbiology. *Semin Respir Infect.*
- Bechtal, I. (n.d.). *Common Themes for Improving Emergency Department patient Satisfaction, 2(M)*.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.

- Brown, H., Johnston, B., Ostlund, U. (2011). Identifying care actions to conserve dignity in end-of-life care. *British Journal of Community Nursing*, 16(5), 238–45. Retrieved 25 de Maio de 2016 from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21642928>
- Cassel. E. J. (1991). *The nature of suffering and goals of medicine*. New York: Oxford University Press.
- Chaney M.A., Nikolov M.P., Blakeman B., Bakhos M., Slogoff S. (1998). *Pulmonary effects of methylprednisolone in patients undergoing coronary artery bypass grafting and early tracheal extubation*. *Anesth Analg*.
- Capelas, M., Coelho S. (2014). *Pensar a organização de serviços de cuidados paliativos. Cuidados Paliativos*. Vol.1, nº1.
- Chochinov, H. *et al.* – Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Social Science and Medicine*. Vol.54. 2002b, p.433-443
- Chochinov, H. M., & Chochinov, P. (2002). *Tema: questões éticas: dignidade*.
- Chochinov, H. M. – Dignity-conserving care – a new model for palliative care. *JAMA*. Vol.287, nº17. 2002a, p.2253-2260.
- Chochinov, H. M. – Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End-of-Life Care. *Cancer Journal for Clinicians*. Vol.56, nº2. 2006, p.84-3
- Chochinov HM. Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care. *CA Cancer J Clin* 2006 Mar-Apr;56(2):84-103.
- Chochinov, H. M. – Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *BMI*. Vol.335. 2007, p.184-187
- Chochinov, H. *et al.* - The patient dignity inventory: a novel way of measuring dignity-related distress in palliative care. *J Pain Symptom Manage*. Vol.36, nº6. 2008, p.559-

Chochinov, H. *et al.*, - The effect of the dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *Lancet Oncol.* Vol.12, nº8. 2011, p.753-762

Chochinov, H. M. (2012). *Dignity Therapy*. Oxford: Oxford University Press.

Chochinov, H. M. – Dignity in Care: Time to Take Action. *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol.6, nº5. 2013, p.736-759

Coenen, A., Doorenbos, A. Z., Wilson S. A. (2007) Nursing interventions to promote dignified dying in four countries. *Oncology Nursing Forum*, Vol 34, No 6

Conceição, A.; Pinto, V. (2008). Os enfermeiros na espiral do conforto. *Revista Sinais Vitais*. (80), 5-12.

Darmon, J.Y. et al (1992). *Evaluation of risk factors for laryngeal edema after tracheal extubation in adults and its prevention by dexamethasone*. A placebocontrolled, double-blind, multicenter study. *Anesthesiology*.

Declaração Universal dos Direitos do Homem (Publicada no Diário da República, I Série A, nº 57/78, de 9 de Março de 1978)

Deodato, S. (2014). *Decisão ética em Enfermagem – Do problema aos fundamentos*. Coimbra: Almedina Editora. ISBN: 978-972-405-226-7.

Dias, J. M. (2004). *Formadores: que desempenho*. Lisboa: Lusociência: edições técnicas e científicas Lda, ISBN 972-8383-75-4.

Doorenbos, A. Z., Abaquin, C., Perrin, M. E., Eaton L., Balabagno A. O., Rue T., Ramos, R. (2011). Supporting dignified dying in the Phipippines. *International Journal of Palliative Nursing*, Vol 17, No 3

Doyle, D. et al (2004). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3<sup>a</sup> ed. London: Oxford University Press

- Ekwall, A., Gerdtz, M., & Manias, E. (2008). The influence of patient acuity on satisfaction with emergency care: perspectives of family, friends and carers. *Journal of Clinical Nursing*
- Enfermagem, C. I. de. (2010). *Cuidados paliativos para uma morte digna - Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*
- Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Aprovado pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro)
- Esteban A, Alia I, Ibanez J, Benito S, Tobin MJ. (1994). *Modes of mechanical ventilation and weaning. A national survey of Spanish hospitals. The Spanish Lung Failure Collaborative Group. Chest.*
- Esteban A, et al (2002) *Mechanical Ventilation International Study Group. Characteristics and outcomes in adult patients receiving mechanical ventilation: a 28-day international study. JAMA.*
- European association for palliative care: Carta de Praga. (2014). Acedido Maio, 25, 2016 em <http://www.apcp.com.pt/noticias/cuidados-paliativos-um-direito-humano-carta-de-praga.html>
- Forte, D. N. (2010). *Cuidados paliativos na UTI*. Jornal da AMIB, nº 55.
- Fortes (1998). *Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos*. São Paulo: Ed. Pedagógica e Universitária
- Galvão, C.M., Sawada, N.O. & Rossi, L.A. (2002). A prática baseada em evidências: considerações teóricas para a sua implementação na Enfermagem Peri-operatória. *Rev. Latino-am Enfermagem*, 10 (5), 690-695.
- George, J. B. (2000). *Teorias de Enfermagem – dos fundamentos à prática profissional*. Artmed editora, 4ª edição.

- Gomes, B., Sarmiento, V. P., Ferreira, P. L., & Higginson, I. (2013). *Estudo Epidemiológico dos Locais de Morte em Portugal em 2010 e Comparação com as Preferências da População Portuguesa*. *Revista Científica Da Ordem Dos Médicos*, 26(4), 327–334.
- Hayashi, Y. et al (2013). *Toward improved surveillance: the impact of ventilator-associated complications on length of stay and antibiotic use in patients in intensive care units*. *Clin Infect Dis*
- Julião, M. – Eficácia da Terapia da Dignidade no Sofrimento Psicossocial de doentes em Fim de Vida seguidos em Cuidados Paliativos: Ensaio Clínico Aleatorizado e Controlado [repositório aberto] [em linha]. 2014. [disponível em: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/11700/1/ulsd068781\\_td\\_Miguel\\_Juliao.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/11700/1/ulsd068781_td_Miguel_Juliao.pdf)]
- Khamiees, M., Raju, P., DeGirolamo, A., Amoateng-Adjepong, Y., Manthous, C.A. (2001). *Predictors of extubation outcome in patients who have successfully completed a spontaneous breathing trial*. *Chest*.
- Kolcaba, K. Y., & Kolcaba, R. J. (1991). An Analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16(11), 1301-1310.
- Kolcaba, K. Y. (1991). A taxonomic structure for the concept comfort. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), 237-240.
- Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178-1184.
- Kolcaba, K. (1995). Comfort as process and product, merged in holistic nursing art. *Journal of Holistic Nursing*, 13(2), 117-131.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company, New York.

- Kolcaba, K. (2010). An introduction to comfort theory. In *The comfort line*. Retrieved November 10, 2010, from <http://www.thecomfortline.com/>
- Lazure, H. (1994). *Viver a Relação de Ajuda: abordagem teórica e prática de um critério de competência da enfermeira*. Lisboa: Lusodidata. ISBN: 972-95399-5-2.
- Mairis, E. (1994). Concept clarification in professional practice: dignity. *J. Adv Nurs*
- Marques, M., & Mendes, A. (2003). *A percepção da violência em Psiquiatria: perspectiva dos enfermeiros. Referência*
- McClement, S., Chochinov, H. M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L. J., & Harlos, M. (2007). Dignity therapy: family member perspectives. *Journal of Palliative Medicine*, 10(5), 1076–82. doi:10.1089/jpm.2007.0002
- Meade, M.O., Guyatt, G.H., Cook, D.J., Sinuff, T., Butler, R. (2001) *Trials of corticosteroids to prevent postextubation airway complications*. *Chest*.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Nova York: Springer Publishing Company. ISBN 978-0-8261-0535-6.
- Melsen WG, Rovers MM, Groenwold RH, et al. *Attributable mortality of ventilator-associated pneumonia: a meta-analysis of individual patient data from randomised prevention studies*. *Lancet Infect Dis* 2013;13(8):665–671.
- Merriam Webster Dictionary. (2016) Definição de Dignidade. Acedido Maio, 25, 2016 em <http://www.merriam-webster.com/dictionary/dignity>
- Milic-Emili J. Is weaning an art or a science? *Am Rev Respir Dis*. 1986;134(6):1107-8.
- Moritz, R. *et al* (2008). Terminalidade e cuidados paliativos na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, nº 20 (4), pp. 422-428.

Neto, I. G. (2004). Para além dos Sintomas: A dignidade e o sentido da vida na prática dos cuidados paliativos. IN I. G. Neto, H.-H. Aitken & T. Paldron, A dignidade e o sentido de vida. Cascais: Pergaminho

Neto I.; *et al.* (2014). A propósito da criação da competência de medicina paliativa. *Cuidados paliativos*, vol.1, nº1.

Neves forte, D. (2010). Cuidados paliativos na UTI. *Jornal da AMIB*, nº 55.

Nunes, L., et al (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidades dos cuidados de enfermagem – enquadramento concetual e enunciados descritivos*

Ordem dos Enfermeiros – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. 2010. [Consult. 2011]. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122\\_2011\\_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf)

Ordem dos Enfermeiros – Regulamento das Competências Específicas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. 2010. [Consult. 2011]. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124\\_2011\\_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf)

Ordem dos Enfermeiros - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. 1998. [Consult. 2011]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2014). *Proposta de regulamento dos padrões de qualidade da especialidade de Enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa*

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *CIPE<sup>®</sup> Versão 2001 – Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem*. Conselho Internacional de Enfermeiros. ISBN 978-92-95099-18-0.

Organização mundial de saúde: WHO definition of Palliative Care. (2016). Acedido Maio, 20, 2016, em <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

Paulo (CREMESP) (2008). Cuidado paliativo. São Paulo. Acedido Setembro, 20, 2016, em [http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro\\_cuidado%20paliativo.pdf](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/publicacoes/pdf/livro_cuidado%20paliativo.pdf)

Pinto, P. (2015). Formação: uma narrativa para a prestação de cuidados de Enfermagem. *Nursing.pt*. Acedido Outubro, 25, 2016 em <http://www.nursig.pt/formacao-uma-narrativa-para-a-prestacao-de-cuidados-de-enfermagem/>

Plano Nacional de Cuidados Paliativos – Circular Normativa nº 14. Acedido Maio, 25, 2016 em [http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano\\_Nacional\\_CP\\_Circular\\_Normativa\\_\(DG\\_S\\_13-7-2004\).pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_Circular_Normativa_(DG_S_13-7-2004).pdf)

Pontífice, P. (2012). *A Natureza do processo de conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar. Construção de uma teoria explicativa*. Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de doutor em Enfermagem. Acedido novembro, 19, 2015, em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/12685/1/Tese%20Doutoramento%20-%20Patr%C3%ADcia%20Pont%C3%ADfice%20Sousa.pdf>

Puntillo, K.A., MC Adam, J.L. (2006) – Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: challenges and opportunities for moving forward. *Crit Care Med*, 34 (11 Suppl)

Reinke, L.F. *et al* (2009). Nurses' Identification of Important yet Under-Utilized End-of-Life Care

- Reynaert, M. et al. (2006) - *La fin de vie au Service des Urgences: Pourquoi? Comment?*  
Louvain Medical
- Riley, J. B. (2004). *Comunicação em enfermagem*. Loures: Lusociência.
- Robbins, S. (2004). *Comportamento Organizacional*. 4.<sup>a</sup> Edição. Pearson.
- Sapeta, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: O processo de interação enfermeiro-doente*.  
Loures: Lusociência.
- Sheehy's, S.(2001). *Enfermagem de Urgência: da teoria à prática*. Brasil: Lusociência,  
4<sup>a</sup> ed. .
- Silva, J.F. (2006). *Quando a vida chega ao fim – expectativas do idoso hospitalizado e família*. Loures: Lusociência
- Souza M. T., Silva M. D., Carvalho R. (2010) *Revisão integrativa: o que é e como fazer?*  
Revista Einstein
- Thelan, L. et al (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos*. Lisboa: Lusodidacta.
- The *SUPPORT* (The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risk of Treatments) (1995). Principal Investigators: a controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients. *JAMA*, 274(20), pp. 1591-1598.
- Universidade Católica Portuguesa: Guia de estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem  
Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica
- Vallverdu, I., Calaf, N., Subirana, M., Benito, S., Mancebo, J. (1998). *Clinical characteristics, respiratory functional parameters, and outcome of a two-hour T-piece trial in patients weaning from mechanical ventilation*. *Am J Respir Crit Care Med*.

Watson, J. (1988). *Enfermagem Pós-Moderna e Futura – Um novo paradigma da enfermagem*. Lusociência. 2002. ISBN: 972-8383-37-1

Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar – uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência

Watzlavick, P. (2002). *Pragmática da comunicação humana*. Lisboa: Editorial Presença.

Yalden B.J., McCormack B.(2010) *Constructions of dignity. Apre-requisite for flourishing in the workplace?* Int J Older People Nurs

## APÊNDICES



## **Apêndice I - Documento do legado**





*Um jovem . . .*

Empenhado

Inovador

Esforçado

"Bonito"

*Uma família . . .*

58 anos de casamento!

"Sempre fizemos todos os sacrifícios um pelo outro"



*Uma companheira . . .*

Dedicada

Atenta

Zelosa

Dinâmica



## *Uma referência para filhos e netos...*

Pela transmissão de valores!

Pela sua riqueza intelectual e cultural!

Pelo amor!

## *Uma carreira profissional...*

*Percurso de 50 anos a exercer Direito das Sociedades*

Reconhecimento de uma vida pautada por valores:

Respeito pelo próximo

Espírito inovador

Igualdade



“Um dos melhores advogados de Lisboa”

Humildade

Preocupação com sociedade

Sentido de justiça

Honra

Viva uma vida boa e honrada. Assim, quando você ficar mais velho e pensar no passado, poderá obter prazer uma segunda vez!

H. Jackson Brown Jr.

**Apêndice II - Plano da Ação de Formação – “Intervenções de Enfermagem promotoras da dignidade da pessoa em Cuidados paliativos”**



**Tema:** “Intervenções de Enfermagem promotoras da dignidade da pessoa em Cuidados paliativos”

**Data:** 14.06.2016

**Hora:** às 9h

**Duração:** 20 minutos

**Destinatários:** Equipa multidisciplinar

**Local:** Sala de Reuniões do Unidade de Apoio Domiciliário de Cuidados Paliativos

<b>Objetivo</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Equipamento</b>	<b>Avaliação</b>
- Contribuir para a melhoria dos cuidados de Enfermagem e desenvolvim ento profissional dos Enfermeiros.	- Aumentar conhecimento s teórico-práticos da equipa sobre o tema - Promover reflexão sobre o tema - Potenciar a implementar deste tipo de intervenções por parte da equipa	- A Teoria da Dignidade - A Teoria do Conforto - Intervenções promotoras dignidade da pessoa em Cuidados Paliativos e a sua relação com os ganhos em saúde e os padrões de qualidade	Expositiva Participativa	Computador Videoprojector	Nível, satisfação no final da formação; Feedback dos profissionais



**Apêndice III - Ação de Formação - “Intervenções de Enfermagem promotoras da dignidade da pessoa em Cuidados paliativos”**



## Intervenções de Enfermagem promotoras da dignidade da pessoa em Cuidados paliativos

Local de Estágio: UAD de CP

Catarina Ramos

Sob orientação da Prof. Doutora Patrícia Pontífice de Sousa

Lisboa, Junho de 2016

## Pertinência do tema

- ∞ A aposta na área dos Cuidados Paliativos (CP) é, atualmente indiscutível. O aumento da longevidade, e o incremento das doenças crónicas e progressivas, bem como, as alterações na rede familiar, têm tido impacto crescente na organização dos sistemas de saúde e nos recursos especificamente destinados aos doentes crónicos (PNCP, 2004)
  
- ∞ O sofrimento destes doentes advém de alguns aspectos como são, perda de autonomia e dependência de terceiros, sintomas mal controlados, alterações da imagem corporal, perda do sentido da vida, perda de dignidade, perda de papéis e estatuto, perda de regalias económicas, alterações nas relações interpessoais, modificação das expectativas e planos futuros e abandono (McClement et al., 2007).
  
- ∞ O enfermeiro, como sustentáculo dos CP, deve procurar constituir a dignidade como um foco da sua atenção e atempadamente, implementar intervenções específicas com a finalidade de a promover e/ou preservar.



## Escolha do local de estágio

**Ambiente** → Constitui um dos elementos do metaparadigma da Enfermagem  
→ “Todas as condições internas e externas, as circunstâncias e as influências que afetam as pessoas”. (Wesley, 1997)

A prestação deste tipo de cuidados no domicílio permite à pessoa manter-se a viver em sua casa, conservar as suas memórias, beneficiar de cuidados, manter os laços sociais, não se sentir só e ter apoio das pessoas significativas

(Fabregas, 2002 como referido em Silva, 2006).

## Cuidados Paliativos (CP)

*“palliative care improves the quality of life of patients and families who face life-threatening illness, by providing pain and symptom relief, spiritual and psychosocial support to from diagnosis to the end of life and bereavement”*

(OMS, 2016).

Programa Nacional de  
Cuidados Paliativos



“cuidados intensivos de conforto”

# A dignidade

Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) artigo I

“Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos.”

Artigo 99.º do Código Deontológico do enfermeiro

“As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.”

# Terapia da Dignidade

- ❖ Existe uma associação entre um baixo sentido de dignidade e a depressão, ansiedade, desejo de morrer, desesperança, sensação de fardo para os outros, e uma pobre qualidade de vida.
- ❖ Morrer com dignidade é percebido com um cariz subjectivo, a procura da dignidade envolve vários aspectos do cuidado em fim de vida e as intervenções terapêuticas são frequentemente envoltas de incerteza.

Chochinov & Chochinov (2002)

Dar resposta à angústia psicossocial e existencial de doentes em fim de vida, que é de particular interesse no contexto de cuidados paliativos.

## Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba

O conforto é um resultado essencial nos cuidados de saúde e constitui um estado holístico e complexo em que os aspetos do conforto são percebidos simultaneamente pelos recetores dos cuidados.

Kolcaba, 2003

Três dimensões:

- ⇒ Calma - o estado de tranquilidade ou satisfação;
- ⇒ Alívio - o estado de ter um desconforto específico aliviado;
- ⇒ Transcendência - o estado no qual alguém está acima dos problemas ou dor.

## Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba

Necessidades de conforto podem ser experienciadas em quatro contextos



Kolcaba, 1991

As pessoas em CP possuem uma elevada complexidade clínica e a realização de intervenções complexas relacionadas com a dignidade nem sempre é possível.



Promover e preservar a dignidade reside, muitas vezes, no valor de pequenos atos silenciosos e dignificadores que tecem a vida de todos os que estão envolvidos no cuidado.

## A pessoa alvo dos cuidados

Utente do sexo masculino, de 83 anos de idade, advogado.  
Diagnóstico de Cancro da próstata com metastização óssea com cerca de 20 anos de evolução.  
Reside com esposa, tem 2 filhos e 5 netos.

### Dignidade afetada por:

- ❖ Dor
- ❖ Ansiedade (“Não percebo, sempre fui uma pessoa calma e agora fico nervoso”)
- ❖ Identidade pessoal

## Intervenções

Avaliar percepção da pessoa à dor, o significado que lhe atribui;  
Informar sobre tratamentos farmacológicos e não farmacológicos;  
Avaliar o controlo da dor;  
Avaliar a dor;  
Colaborar com o médico;  
Consultar para a gestão da dor;  
Implementar linhas de orientação face à dor.

- ❖ O controlo da dor insere-se nas necessidades de **conforto físico**.

## Intervenções

Estabelecer confiança  
Avaliar as crenças, valores e desejos individuais  
Apoiar as crenças  
Proteger as crenças culturais  
Proteger as crenças religiosas

- ❖ O estabelecimento de uma relação de ajuda visa promover um maior bem-estar do doente em sofrimento, e diferencia-se por um conjunto de atitudes consideradas fundamentais para que essa ajuda se torne efectiva.
- ❖ No decorrer deste processo o profissional deve sentir o mundo privado do doente como se fosse seu, mas sem nunca perder a qualidade do “como se”. (Rogers, 1957).



- ❖ A relação de ajuda pode ser considerada um “instrumento” válido, útil e com fidelidade comprovada num processo de cuidados de enfermagem.
- ❖ “Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objectivo ajudar o cliente a ser proactivo na consecução do seu projecto de saúde” (Padrões de qualidade dos Cuidados de Enfermagem, 2001, pág. 12).

## Intervenções

**ENVOLVER NO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO**  
**APOIAR NO PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO**

- ❖ A informação é a base da fundamentação das decisões autónomas dos utentes, necessária para que possa consentir ou recusar-se a medidas ou procedimentos de saúde propostos. (Fortes, 1998)

A autonomia é a capacidade de uma pessoa para decidir fazer ou buscar aquilo que ela julga ser o melhor para si mesma. Para tal são necessárias duas condições:

- capacidade para agir intencionalmente, o que pressupõe compreensão, razão e deliberação para decidir coerentemente entre as alternativas que lhe são apresentadas;
- liberdade, no sentido de estar livre de qualquer influência controladora para esta tomada de posição (Beauchamp, 1994).

## Intervenções

REFORÇAR A IDENTIDADE PESSOAL  
REFORÇAR AS CAPACIDADES  
REFORÇAR OS SUCESSOS

- ❖ Quais os momentos mais relevantes/ importantes da sua vida?
- ❖ Quando avalia o seu percurso de vida de que tem mais orgulho?
- ❖ O que quer reter da sua vivência com o seu familiar?

- ❖ Rever a vida como uma história é sustentar o imaginário, ao lembrar histórias pode reviver boas sensações que experimentou antes em conjunto com a família/ pessoas significativas.
- ❖ Ao analisar a necessidade de **conforto psicoespiritual** e as intervenções referidas compreende-se que ambas têm como resultado o fortalecimento do significado de vida do indivíduo.



## Ganhos em saúde

- ❖ Resultados positivos em indicadores da saúde, e incluem referências sobre a respetiva evolução;
- ❖ Traduzem-se por ganhos em anos de vida, pela redução de episódios de doença ou encurtamento da sua duração, pela diminuição das situações de incapacidade temporária ou permanente, pelo aumento da funcionalidade física e psicossocial e, ainda, pela redução do sofrimento evitável e melhoria da qualidade de vida relacionada ou condicionada pela saúde.

(Plano Nacional de Saúde, 2012-2016)

## Padrões de Qualidade

Configuram um enorme desafio – quer pelo reflexo na melhoria dos cuidados de enfermagem a fornecer aos cidadãos, quer pela inerente e vantajosa necessidade de reflectir sobre o exercício profissional dos enfermeiros. Os enunciados descritivos, de seguida referidos, devem constituir um instrumento importante que ajude a precisar o papel do enfermeiro junto das pessoas alvo dos cuidados, dos outros profissionais, do público e dos políticos.

(Padrões de Qualidades dos Cuidados de Enfermagem, 2001)

A Mesa do colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica desenvolveu uma proposta de regulamento dos padrões de qualidade da especialidade de enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (Janeiro, 2014). Nesse documento referem os seguintes enunciados descritivos:

- ⇒ A satisfação do doente e família;
- ⇒ **A promoção da qualidade de vida, bem-estar e alívio do sofrimento;**
- ⇒ A prevenção de complicações;
- ⇒ A Re-adaptação funcional às perdas sucessivas;
- ⇒ Organização dos cuidados de enfermagem.

Promover a recordação de momentos marcantes durante a realização de um tratamento a uma ferida permitiu ao utente abstrair-se do tratamento que lhe estavam a realizar e das preocupações relacionadas com a sua lesão cutânea.

O que pude observar foi a tranquilidade no olhar, o sorriso, a satisfação e entusiasmo ao partilhar a sua memória do passado, indicadores do seu conforto físico e mental apesar da doença.

A valorização da dignidade do doente promove o seu sentido de pessoa atribuindo sentido ao seu conforto.

A intervenção de quem cuida deve ultrapassar o alívio físico pois, a experiência de conforto é influenciada pela relação estabelecida entre o cuidador e quem é cuidado (Ribeiro, 2012).

“O importante é que as pessoas percebam que ainda contam”  
(Chochinov, 2007)



*“Com a morte de cada homem termina um universo cultural específico,  
mais ou menos rico mas sempre original e irrepetível.*

*O que o homem deixa quando morre – os seus escritos, os objectos culturais que  
criou, a memória da sua palavra, dos seus gestos ou do seu sorriso naqueles que com  
ele viveram, os filhos que gerou – tudo exprime uma realidade que está para além do  
corpo físico que esse homem usou para viver o seu limitado tempo pessoal de ser  
homem”*

*In Viver, envelhecer e morrer com dignidade*  
(<http://www.danielserrao.com/>)



## Referências bibliográficas

Chochinov, H. M., & Chochinov, P. (2002). *Tema: questões éticas: dignidade*, 287(17),1-2.

Chochinov, H. M. – Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *BMI*. Vol.335. 2007, p.184-187

Chochinov, H. M. – Dignity-conserving care – a new model for palliative care. *JAMA*. Vol.287, nº17. 2002a, p.2253-2260.

Enfermagem, C. I. de. (2010). *Cuidados paliativos para uma morte digna - Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*

Fortes (1998). *Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos*. São Paulo: Ed. Pedagógica e Universitária

Kolcaba, K. Y., & Kolcaba, R. J. (1991). An Analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16(11), 1301-1310.

Kolcaba, K. Y. (1991). A taxonomic structure for the concept comfort. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), 237-240.

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

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: WHO definition of Palliative Care. 2016 [em linha: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>] [consultado: 25 maio 2016].

Ribeiro, P. C. (2012). *A NATUREZA DO PROCESSO DE CONFORTO DO DOENTE IDOSO CRÓNICO EM CONTEXTO HOSPITALAR- Construção de uma teoria explicativa- Projecto integrado de vivência e cuidado co-criado*. Instituto de Ciências da Saúde. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.

### Leis

Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Aprovado pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro)

Declaração Universal dos Direitos do Homem (Publicada no Diário da República, I Série A, n.º 57/78, de 9 de Março de 1978)

*Muito Obrigada!!!*





**Apêndice IV - Plano da Ação de Formação - “Dos Intensivos aos Paliativos –  
Decisões éticas em Fim de Vida”**



**Tema:** “Dos Intensivos aos Paliativos - Decisões éticas em Fim de Vida”

**Data:** 03.10.2016 e 12.10.2016

**Hora:** às 9h

**Duração:** 20 minutos

**Destinatários:** Equipa multidisciplinar

**Local:** Sala de Reuniões da Unidade de Cuidados Intensivos

<b>Objetivo</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Metodologi</b>	<b>Equipamento</b>	<b>Avaliação</b>
- Contribuir para a melhoria dos cuidados de Enfermagem e desenvolvimento profissional dos Enfermeiros.	- Aumentar conhecimentos teórico-práticos da equipa sobre o tema - Promover reflexão sobre o tema - Potenciar, no futuro, o contributo dos enfermeiros da equipa nos processos de tomada de decisão	- Cuidados Paliativos em UCI - Futilidade terapêutica - Alimentação e hidratação em fim de vida - Processo de tomada de decisão em saúde	Expositiva Participativa	Computador Videoprojector	Nível, satisfação no final da formação: Questionário de Satisfação da Sessão de Formação.



**Apêndice V - Ação de formação - “Dos Intensivos aos Paliativos - Decisões éticas em Fim de Vida”**



# Dos Intensivos aos Paliativos - Decisões Éticas em Fim de Vida

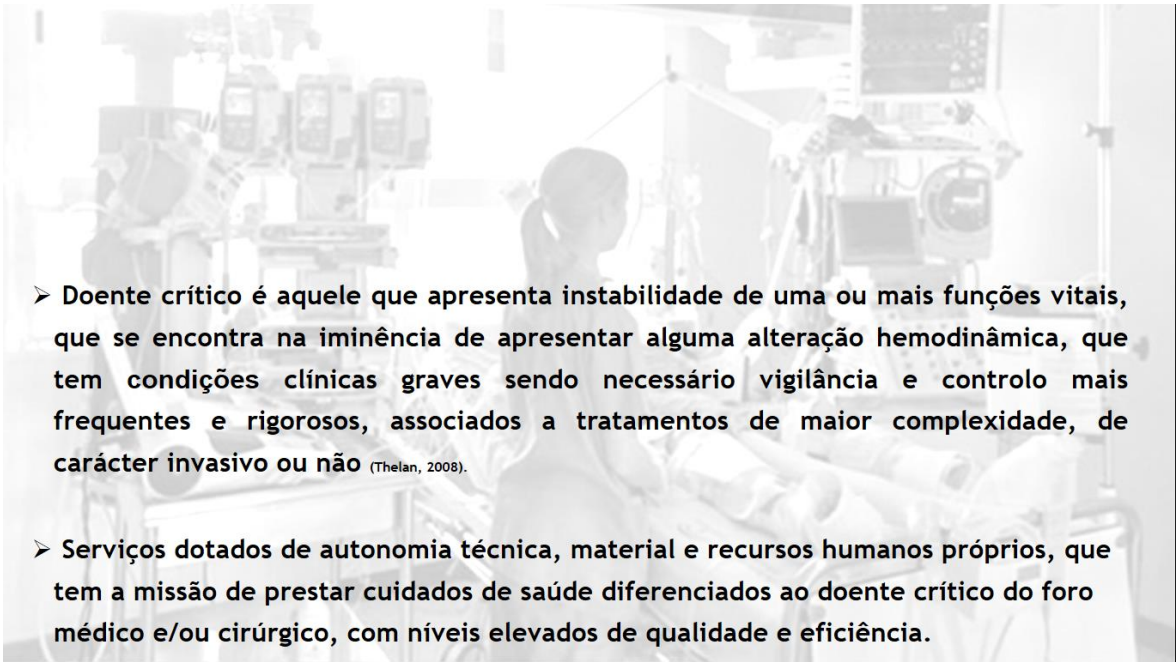
UCI

Catarina Ramos

Sobre Orientação da Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa

Outubro, 2016





- Doente crítico é aquele que apresenta instabilidade de uma ou mais funções vitais, que se encontra na iminência de apresentar alguma alteração hemodinâmica, que tem condições clínicas graves sendo necessário vigilância e controlo mais frequentes e rigorosos, associados a tratamentos de maior complexidade, de carácter invasivo ou não (Theilan, 2008).
- Serviços dotados de autonomia técnica, material e recursos humanos próprios, que tem a missão de prestar cuidados de saúde diferenciados ao doente crítico do foro médico e/ou cirúrgico, com níveis elevados de qualidade e eficiência.

Quando a cura não é possível face à evolução da doença e existe impossibilidade de sobrevivência, a vulnerabilidade e o sofrimento adquirem diferentes dimensões

Cuidar de uma pessoa em fim de vida numa UCI constitui um desafio. A abordagem da pessoa requer sistematização, discernimento, conhecimento técnico-científico, reflexão crítica e tomada de decisão com rapidez e eficácia.

“Até quando se deve avançar nos procedimentos de suporte de vida?”

“Em que momento se deve proceder à suspensão de medidas invasivas e de suporte de vida guiados por índices prognósticos ou por modelos de ética ou moralidade?”

A Medicina Intensiva tem sido ávida em incorporar cuidados cada vez mais tecnológicos (Soares, 2007).

A medicina moderna passou a subestimar o conforto do doente terminal impondo-lhe uma longa e sofrida agonia, adiando a sua morte à custa do insensato e prolongado o sofrimento.

### Cuidados Paliativos

“palliative care improves the quality of life of patients and families who face life-threatening illness, by providing pain and symptom relief, spiritual and psychosocial support from diagnosis to the end of life and bereavement” (OMS, 2014).

### Ações Paliativas

“Qualquer medida terapêutica, sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente. As ações paliativas são parte integrante da prática profissional, qualquer que seja a doença ou a fase da sua evolução.”( PNCP)

A necessidade de utilizar medidas paliativas na UCI surgiu a partir de um estudo sobre a elevada prevalência de dor e do controlo inapropriado de sintomas, assim como do sofrimento e da angústia, quer seja para a pessoa quer seja para a equipa.

A investigação americana SUPPORT (*Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatment*, 1995) identificou, avaliou e elaborou estratégias para melhorar a capacidade de decisão, reduzir a frequência do uso de suporte mecânico, minimizar a dor e evitar o prolongamento do processo do morrer na UCI.

### Cuidados Paliativos numa UCI ...

- Cuidados prestados ao doente crítico em fase terminal, quando a cura é inatingível e, portanto, deixa de ser a finalidade da prestação de cuidados. O objetivo principal é o bem-estar da pessoa, permitindo-lhe uma morte digna e tranquila.
- A instituição de ações/ cuidados paliativos e a identificação de medidas fúteis devem ser estabelecidas de forma consensual pela equipa multidisciplinar em consonância com a pessoa (se capaz), familiares ou o seu representante legal.

# Futilidade Terapêutica

“todas as prescrições do quotidiano que são feitas sem fundamento, inseridas por vezes em protocolos aplicados sem adaptação ao caso concreto, assim como todos os gestos que apenas geram consumos sem justificação, induzem sequências de exames desligadas do verdadeiro interesse da pessoa ou perseguem novidades sem reconhecimento científico seguro. Futilidade e erro estão, por conseguinte, fortemente associados ...”

ARS Norte, 2011

Ofende o valor fundamental da própria  
Constituição da República - a dignidade da  
pessoa humana.



## Limitar tratamento - *withholding*



Não instituir uma nova terapêutica, admitindo que o doente provavelmente irá morrer sem o tratamento em questão.

## Retirar tratamento - *withdrawal*



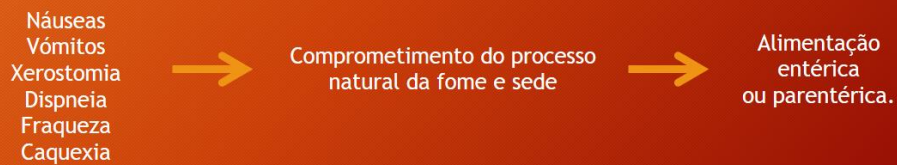
Cessaçã o e remoçã o de todo o tratamento com a intençã o explícita de não substituir por terapêutica equivalente, admitindo que a pessoa provavelmente irá morrer sem o tratamento em questão.



eticamente não existe uma diferença sustentável entre suspensão e abstenção terapêutica contudo, esta indefinição pode conduzir a um excesso de tratamentos em alguns casos e a atrasos na implementação de medidas de conforto mais adequadas em pacientes terminais, cujo percurso clínico vai terminar em morte inevitável.

## Alimentação e Hidratação em Fim de Vida

- Satisfação de necessidades básicas do ser humano e que, proporcionam conforto e bem-estar, essencial à sua sobrevivência.
- As pessoas que vivenciam doenças prolongadas, e que têm necessidade de CP, experienciam muitas alterações fisiológicas associadas aos tratamentos e ao próprio curso da doença.





- É consenso da parte de alguns autores que a privação de ingestão oral de líquidos aumenta a produção do corpo de opióides endógenos que criam um estado de euforia e tem sido associada com uma redução da dor (Bennett, 2000 e Pasman et al., 2005 cit. Furhman, 2008);
- A administração de líquidos via endovenosa pode ter um impacto negativo na qualidade de vida através do aumento da secreção pulmonar, débito urinário, náuseas, vômitos e edema (Fine, 2006 e McCallum et al., 2006, cit Furhman, 2008);
- A nutrição parentérica está associada a um aumento quatro vezes maior de infecções sistêmicas, associadas à presença do Cateter Venoso Central e alterações orgânicas múltiplas como metabólicas, comportamentais, respiratórias, gástricas, intestinais e circulatórias (Matias, 2003).

- Outros autores alegam que a retirada do tratamento nutricional é insustentável e deveria ser evitada. Para alguns eticistas católicos, enquanto o doente não estiver em agonia, e desde que não sejam causados danos físicos, deve ser alimentado e hidratado. (Passini e Drame, 2005)
- Elliott et al. (2006) é a favor da alimentação em fim de vida, defendendo que de entre as leis de uma alimentação balanceada e completa, a lei da adequação é priorizada por considerar as necessidades do indivíduo, suas preferências e seus hábitos alimentares fundamentais, tanto para o controle dos sintomas quanto para garantir satisfação.



## Processo de tomada de decisão em Saúde

Os juízos práticos não são verdadeiros nem falsos, são prováveis e portanto imprecisos, o que torna as sessões de discussão de casos clínicos indispensáveis, para que se tomem decisões mais prudentes perante situações particulares e não intemporais, através de uma racionalidade dialéctica (Neto, 2010)



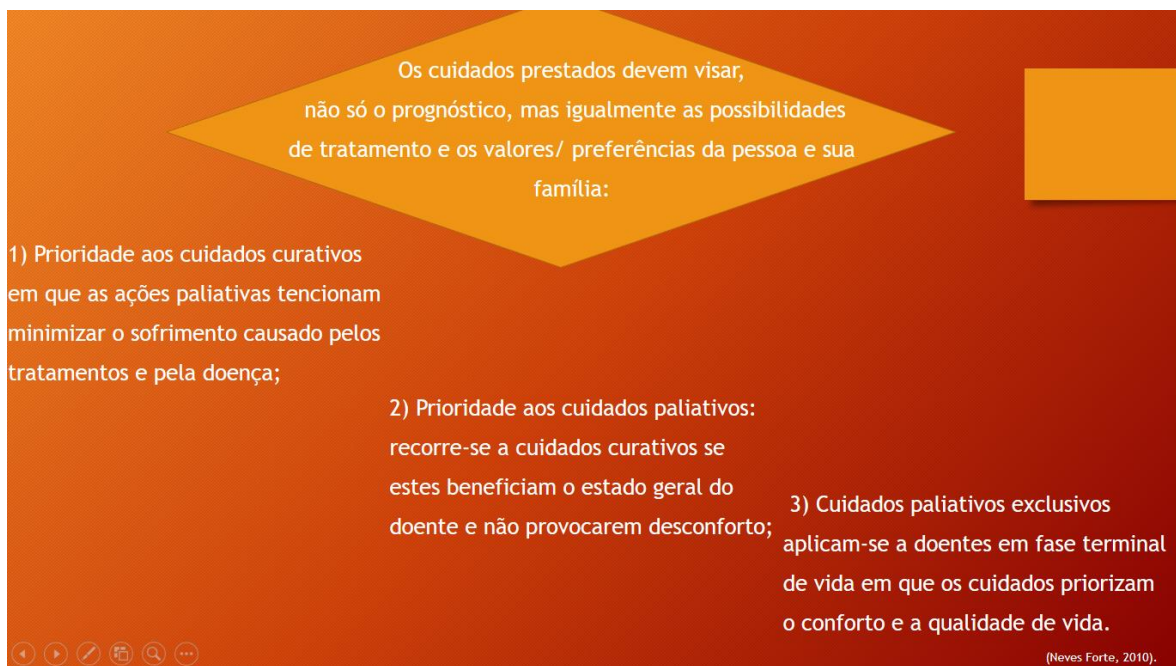
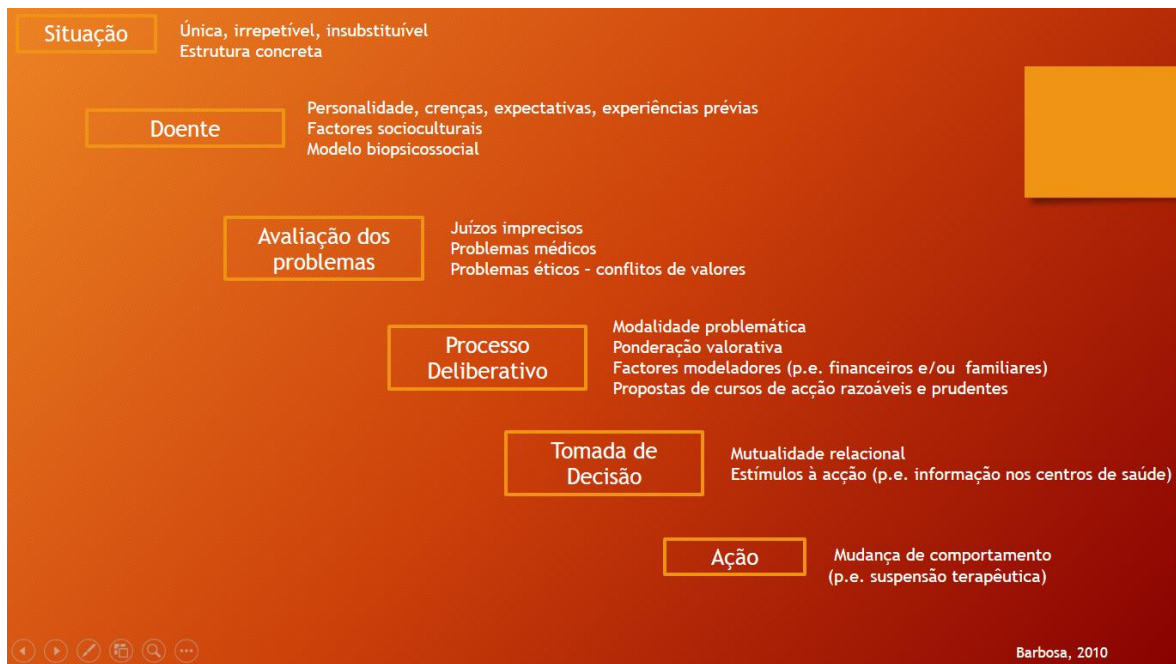
Para decidir o que é mais correcto e melhor numa determinada situação, devem articular-se três vectores:

- Ética
- Razão
- Emoção

No processo de decisão, cada uma destas vertentes pode ter pesos distintos, de acordo com a pessoa e com as circunstâncias, podendo originar situações de difícil interpretação por parte da equipa clínica.

Nunes, 2011





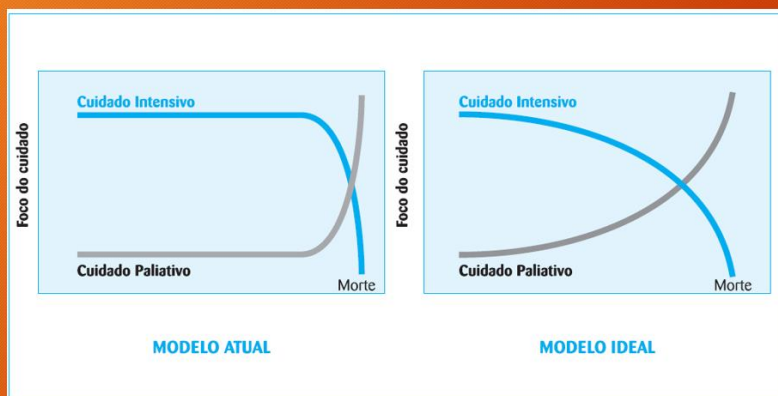


Figura 1: Modelos de prestação de cuidados  
 Fonte: Cuidado paliativo - Particularidades em UTI (Cremesp, 2008) p.183

## Bibliografia

Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem - análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, 2ª Série (9), 61-67

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.  
 Barbosa A, Neto IG. Manual de Cuidados Paliativos. 2a edição. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010.

Capelas, M., Coelho S. - Pensar a organização de serviços de cuidados paliativos. *Cuidados Paliativos*. Vol.1, nº1, 2014, p.17-26

Concelção, A.; Pinto, V. (2008). *Os enfermeiros na espiral do conforto*. *Revista Sinais Vitais*. (80), 5-12.

Doyle, D. et al (2004). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3ª ed. London: Oxford University Press

EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE: Carta de Praga. 2014. [em linha].  
<http://www.aepc.com.pl/noticias/cuidados-paliativos-um-direito-humano-carta-de-praga.html>

disponível:

Jacobson N. Dignity and health: a review. *Soc Sci Med* 2007 Jan;64(2):292-302.

Kolcaba, K. Y., & Kolcaba, R. J. (1991). An Analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16(11), 1301-1310.

Kolcaba, K. Y. (1991). A taxonomic structure for the concept comfort. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), 237-240.

Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178-1184.

Kolcaba, K. (1995). Comfort as process and product, merged in holistic nursing art. *Journal of Holistic Nursing*, 13(2), 117-131.

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

Kolcaba, K. (2010). An introduction to comfort theory. In *The comfort line*. Retrieved November 10, 2010, from <http://www.thecomfortline.com/>

Neto, I. G. (2004). Para além dos Sintomas: A dignidade e o sentido da vida na prática dos cuidados paliativos. IN I. G. Neto, H.-H. Altken & T. Paldron, *A dignidade e o sentido de vida*. Cascais: Pergaminho



ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. 2010. [Consult. 2011]. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/Regulamento127\\_2011\\_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/Regulamento127_2011_CompeticenciasComunsEnfEspecialista.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento das Competências Específicas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. 2010. [Consult. 2011]. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/Regulamento%20124\\_2011\\_CompeticenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/Regulamento%20124_2011_CompeticenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. 1998. [Consult. 2011]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>  
Paulo (CREMESP) (2008). Cuidado paliativo. São Paulo. (acedido on-line)

Plano Nacional de Cuidados Paliativos - Circular Normativa nº 14. Disponível em [http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano\\_Nacional\\_CP\\_Circular\\_Normativa\\_DGS\\_13-Z-2004.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_Circular_Normativa_DGS_13-Z-2004.pdf)

Soares, M. (2007). *Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na Unidade de Terapia Intensiva*. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, Nº 19 (4), pp. 481-484.

Thelan, L. et al (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos*. Lisboa: Lusodidacta.

Universidade Católica Portuguesa: **Guia de organização e apresentação de projeto de estágio em contexto de Mestrados Multidisciplinares - versão aprovada em 10/11/2015**

Universidade Católica Portuguesa: **Guia de estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica**

#### Legislação e Normas consultadas

Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Aprovado pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro)

Declaração Universal dos Direitos do Homem (Publicada no Diário da República, 1ª Série A, n.º 57/78, de 9 de Março de 1978)

Documento de orientação da ARS Norte de 21.09.2011 após "Seminário sobre Futilidade Terapêutica e o papel das Comissões de Ética para a Saúde"

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Aprovado pelo Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro alterado pelo Decreto-lei n.º 104/98, de 21 de Abril)

Neves forte, Daniel (2010). *Cuidados paliativos na UTI*. *Jornal da AMIB*, nº 55.

Nunes R, Pereira de Melo H. *Testamento Vital*. Coimbra: Almedina Faculdade de Direito da Universidade Nova de Lisboa; 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: WHO definition of Palliative Care. 2014 [em linha: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>] [consultado: 12 out. 2014].



**Obrigada!**



**Apêndice VI - Avaliação da ação de formação - “Dos Intensivos aos Paliativos -  
Decisões éticas em Fim de Vida”**



Nome da Ação	“Dos Intensivos aos Paliativos - Decisões éticas em Fim de Vida”				
<p><i>O objetivo deste questionário é conhecer a sua avaliação sobre diversos aspetos da ação de formação a que assistiu. Por favor, marque a pontuação que melhor reflete a sua opinião.</i></p> <p><b><u>Este questionário é anónimo.</u></b></p>					
1. Ação de Formação	Insuficiente	A Melhorar	Bom	Muito Bom	Excelente
1.1 - Objetivos do Programa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%	70%	20 %
1.2 - Interesse dos Conteúdos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	80%	20 %
1.3 - Utilidade da Ação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60 %	40 %
1.4 - Utilidade do curso em relação às expectativas iniciais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%	60 %	30 %
1.5 - Tempo de duração	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	50 %	20 %	30 %
1.6 - Opinião global sobre a Ação de formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	90 %	10%
1.7 - Recomendação do curso a outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40%	60 %
2. Eficácia dos Formadores	Insuficiente	A Melhorar	Bom	Muito Bom	Excelente
2.1 - Capacidades didáticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60 %	40 %
2.2 - Conhecimento da matéria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	60 %	40 %
2.3 - Capacidade para criar um ambiente participativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10%	50%	40%

<b>3. Preparação e Organização da Ação</b>	<b>Insuficiente</b>	<b>A Melhorar</b>	<b>Bom</b>	<b>Muito Bom</b>	<b>Excelente</b>
3.1 – Informação prévia sobre o tema da ação de formação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30%	50%	20%
3.2 – Instalações e Meios Audiovisuais	<input type="checkbox"/>	30%	10%	50%	10%
3.3 – Disponibilização de Documentação	<input type="checkbox"/>	20%	50%	30%	<input type="checkbox"/>

**Apêndice VII - Plano da ação de formação - “Abordagem Paliativa em contexto de Urgência – Controlo de náuseas e Vômitos”**



**Tema:** “Abordagem Paliativa em contexto de Urgência – Controlo de náuseas e Vómitos”

**Data:** 20.12.2016

**Hora:** às 15h30min

**Duração:** 20 minutos

**Destinatários:** Equipa multidisciplinar

**Local:** Sala de Reuniões do Serviço de Urgência Geral

<b>Objetivo</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Equipamento</b>	<b>Avaliação</b>
- Contribuir para a melhoria dos cuidados de Enfermagem e desenvolvimento profissional dos Enfermeiros.	- Aumentar conhecimento teórico-práticos da equipa sobre o tema - Promover reflexão sobre o tema - Fomentar a implementar de ações paliativa	- A pessoa com necessidades paliativas em contexto de SU - Controlo de náuseas e vómitos: fisiopatologia, etiologia, avaliação clínica, tratamento farmacológico e não farmacológico.	Expositiva Participativa	Computador Videoprojector	Feedback dos profissionais do SU



**Apêndice VIII - Ação de formação - “Abordagem Paliativa em contexto de Urgência  
– Controle de náuseas e Vômitos”**



## Abordagem Paliativa em contexto de Urgência

SUG

Catarina Ramos

Sobre Orientação da Professora Doutora Patrícia Pontífice de Sousa

Novembro/Dezembro, 2016

Alterações demográficas



Novo paradigma aos profissionais do SUG



Deixam-se de realizar tantos atos heróicos de “salvamento de vidas” para se atuar de forma menos tecnicista e mais humanista. A pessoa é entendida no seu todo, portadora de doença crónica e, na maioria das vezes, terminal.

A abordagem de pessoas em fim da vida num serviço de urgência e emergência representa um grande desafio para a equipa multidisciplinar.



O ambiente de um SUG constitui um local adverso para o cuidado paliativo de pessoas portadoras de doenças avançadas, progressivas e ameaçadoras da vida, como neoplasias malignas, doenças neurodegenerativas avançadas e toda uma variedade de insuficiências orgânicas crónicas avançadas.

## Cuidados Paliativos

“palliative care improves the quality of life of patients and families who face life-threatening illness, by providing pain and symptom relief, spiritual and psychosocial support to from diagnosis to the end of life and bereavement” (OMS, 2014).

## Ações Paliativas

“Qualquer medida terapêutica, sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente. As ações paliativas são parte integrante da prática profissional, qualquer que seja a doença ou a fase da sua evolução.” PNCP

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS-r)		
Por favor, circule o número que melhor descreve como você está se sentindo agora		
Sem Dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Dor Possível
Sem Cansaço	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Cansaço Possível
Cansaço = falta de energia		
Sem Sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Sonolência Possível
Sonolência = sentir-se com sono		
Sem náusea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior náusea possível
Com apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Apetite Possível
Sem Falta de Ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Falta de Ar Possível
Sem Depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Depressão Possível
Depressão = sentir-se triste		
Sem Ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Ansiedade Possível
Ansiedade = sentir-se nervoso		
Com Bem-Estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Mal-estar Possível
Bem-Estar/Mal-Estar = como você se sente em geral		
Sem _____	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior _____ possível
Outro problema (por exemplo, prisão de ventre)		

## Náuseas e Vômitos

A prevalência é de 30 e 70% (consoante os estudos): 62% de náuseas e vômitos em doentes oncológicos corresponde a cerca de 40% nas últimas 6 semanas de vida.

Reuben e mor, 1986

A prevalência da náusea crônica na doença terminal varia entre 42 e 60 %, sendo que 30 a 32% desenvolvem vômitos.

Hernando et al, 2001

Sintoma com grande expressão e profundas implicações no cotidiano das pessoas com doença avançada e das suas famílias requer pela sua complexidade uma abordagem interdisciplinar!

## Náusea



Activação de limiar baixo do processo do vómito, que dá origem a reacções de abrandamento ou cessação da motilidade gástrica e retroperistálise do duodeno, podendo ser acompanhada de vómitos.

## Náusea Crónica



Persiste num período superior a uma semana, na ausência de uma causa bem definida e limitada, como a QT ou RT.

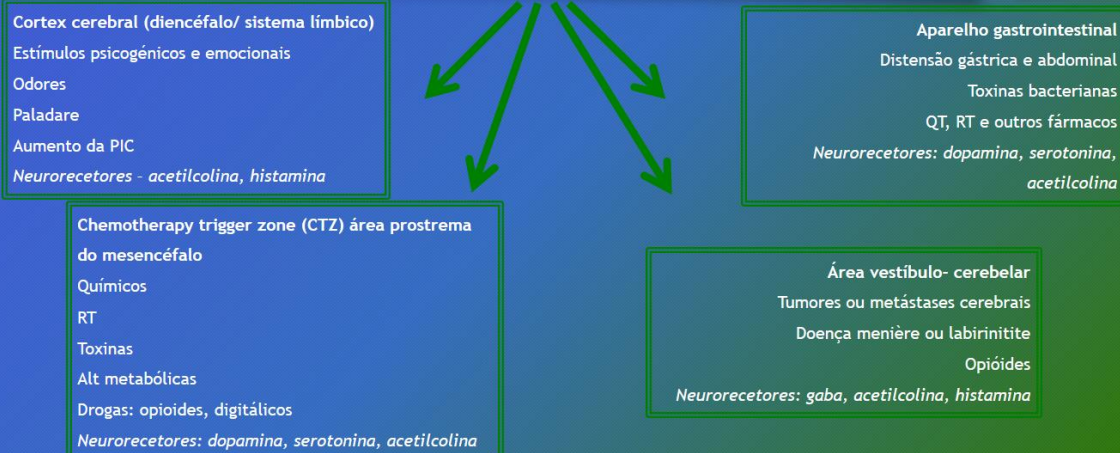
Sintoma subjectivo desagradável e por isso difícil de ser definido e avaliado, podendo interferir na manifestação vários factores, nomeadamente de carácter psicológico.

## Vómito



Ato final de um processo complexo, que termina com a expulsão do conteúdo gástrico.

## Fisiopatologia - Centro do Vómito (tronco cerebral)



# Etiologia

- Única etiologia, ou como resultado de várias causas, definindo uma síndrome multifactorial.

Doyle, 1996; pereira e bruera, 1996; dickman, littlewood & Varga, 2002

## Causas psicológicas

- Ansiedade
- Medo
- Experiências anteriores
- Alt comportamento alimentar

## Fármacos

- Opióides
- AINE
- Anticonvulsivantes
- Antidepressivos
- QT

## Disfunção SNA

- Má nutrição
- Síndrome paraneoplásico
- Lesão direta do tumor
- Lesões secundárias (QT)
- HIV

## Alt. metabólicas

- Insuficiência hepática
- Hipercalemia
- Hipernatremia
- Hiponatremia

Aumento da PIC

## Obstipação

- Distensão abdominal
- Retenção urinária
- Estimulação vagal

## Obstrução intestinal

- Imobilidade
- Diminuição ingestão alimentar
- Desidratação
- Disfunção SNA

## Avaliação Clínica

### 1. Caracterização do episódio de náuseas e vômitos

Recorrer a escalas e registos escritos que permitam monitorizar de forma sistemática e rigorosa a evolução dos sintomas e a resposta à terapêutica.

### 2. Relacionar o episódio de náuseas e vômitos com outros sintomas

A abordagem do sintoma deve ser multidimensional para que se possam definir as melhores estratégias terapêuticas (Pereira e Bruera, 1996)

### 3 - História clínica, exame físico e ECD

- A caracterização engloba - volume, aspeto, frequência e ritmo, variação no tempo, factores desencadeantes, de agravamento, de alívio.
- Resposta a intervenções clínicas.
- Esclarecer alterações do trato intestinal- regurgitação, hematemeses, obstipação, obstrução intestinal)

Examinar	Procurar sinais de:
Boca e orifaringe	Mucosite, outras infecções
Abdómen	Hepatomegália, sons intestinais anómalos, movimentos peristálticos, distensão abdominal, ascite
Reto	Impato retal
Pele e mucosas	Hidratação, icterícia
Exame neurológico	Metástases cerebrais
Fundo ocular	HTA Intracraniana

## Tratamento

Etiologia multifactorial - eliminação das causas subjacentes



- Considerar rotação de opióides
- Rever terapêutica
- Corrigir alterações metabólicas
- Profilaxia da obstipação
- Considerar RT ou corticoterapia no caso de metástases cerebrais



# Terapêutica farmacológica

Local/ Tipo de ação	Grupo farmacêutico	Nome	Dose	Observações
<p>Ação central:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actua na CTZ</li> <li>• Eficaz nos vômitos induzidos por drogas ou ações metabólicas</li> </ul>	Neurolépticos (antagonistas da dopamina)	Haloperidol	PO - 2 a 5mg, à noite ou 2id SC - 1,5 a 5mg, à noite ou 2id PSC - 2,5-10mg/24H	Fármaco padrão em CP
		Clorpromazina	PO - 25-50mg, 6 a 8h	Mais sedativo Menos efeitos extra-piramidais Maior ação colinérgica Não pode se administrada SC
		Levomepromazina	PO - 6,25mg à noite ou 2id + SOS SC - 6,25-12,5mg, 1 a 2id PSC - 6,25-25mg/24h	Maior efeito sedativo Contra-indicado o uso co Inibidores da MAO

Local/ Tipo de ação	Grupo farmacêutico	Nome	Dose	Observações
<p>Ação central:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Actua na CTZ</li> <li>• Eficaz nos vômitos induzidos por drogas ou ações metabólicas</li> </ul>	Anti-histaminicos	Prometazina		
	Efeito sobre o aparelho vestibular e o centro do vômito			
	Anti-muscarínicos	Butilescopolamina	PO - 10 a 30mg, 3id SC - 10 a 30mg, 3id PSC - 20 a 60mg/24h	Não atravessa barreira hematoencefálica. Não causa sonolência.
	Ação relaxante muscular e propriedades anti-secretoras			
	Úteis nas cólicas e obstrução intestinal			

Local/ Tipo de ação	Grupo farmacêutico	Nome	Dose	Observações
<p>Ação periférica:</p> <p>Aumentam peristaltismo Favorecem o esvaziamento gastrointestinal</p>	Procinéticos	Domperidona	PO - 10 a 20mg, 6/6h-8/8h Retal - 60mg	Atua sobre o enchimento gástrico Não atravessa barreira hematoencefálica. Causando menos efeitos extra-piramidais
		Cisapride	PO - 10 a 20mg, dose inicial e manter 6/6h-8/8h	Aumenta atividade propulsora do intestino

Local/ Tipo de ação	Grupo farmacêutico	Nome	Dose	Observações
Ação Mista  Efeito sinérgico: Central e periférico	Antagonista dos receptores D2 - útil na gastroparésia	Metoclopramida	PO - 10 a 20mg, 4/4h-6/6h SC - 10 a 20mg, 4/4h-6/6h PSC - 30 a 80mg/24h	Efeitos extrapiramidais raros, comuns em mulheres jovens
	Antagonistas dos receptores 5HT3	Ondasetron Granisetron Tropisetron		Náuseas induzidas por QT

Local/ Tipo de ação	Grupo farmacêutico	Nome	Dose	Observações
Ação não esclarecida	Costicosteróides Obstipação refratária Aumento edema peri-tumoral e astenia	Dexametasona	PO - 2 a 4mg/ dia dose inicial SC - 2 a 4mg/dia, dose inicial Pode atingir 16mg/dia	1mg de dexametasona corresponde a 7,5mg de prednisolona

## Terapêutica farmacológica

- Utilizar VO, SC ou retal.
- Evitar via IM ou IV serem mais incomodas e não mais eficaz.

### 1ª etapa

Metoclopramida 10mg PO  
ou SC 4/4h + 10mg PO ou  
SC SOS h/h



### 2ª etapa

Metoclopramida 10mg PO  
ou SC 4/4h + 10mg PO ou  
SC SOS h/h

Haloperidol  
2-5mg PO à noite + 5mg  
PO SOS ou 2.5mg SC em  
bólus + 2.5-10mg Perfusão  
SC/24h



## Terapêutica farmacológica

### 3ª etapa

Metoclopramida 60 a 120 mg SC/24h

#### Haloperidol

2-5mg PO à noite + 5mg PO SOS ou  
2.5mg SC em bólus + 2.5-10mg Perfusão  
SC/24h

#### Butilescopolamina

10mg PO ou SC (2id ou 3id) - se cólica  
abdominal ou secreções  
gastrointestinais abundantes



### 4ª etapa

Dexametasona 8-16mg PO ou SC (1-3id) -  
considerar redução da dose ao fim de 7  
dias

Cisapride 20mg PO 2id

Levomepromazina 12.5 - 25 mg PO ou  
6.25-12.5mg SC em bólus à noite + SOS

Ondasetron 8mg PO 2id ou 16mg retal id  
(náusea refratária)



## Tratamento não farmacológico

- Manter um ambiente confortável e evitar odores de alimentos;
- Garantir tranquilidade e evitar o clima de tensão, especialmente na altura das refeições;
- Fazer pequenas refeições, com boa apresentação e ajustados ao gosto do doente;
- Dieta com baixo teor de gordura, evitar condimentos excessivos ou picantes;
- Tentar alimentos secos e de fácil digestão;
- Ingestão adequada de líquidos por VO ou SC;
- Manter boa higiene oral.

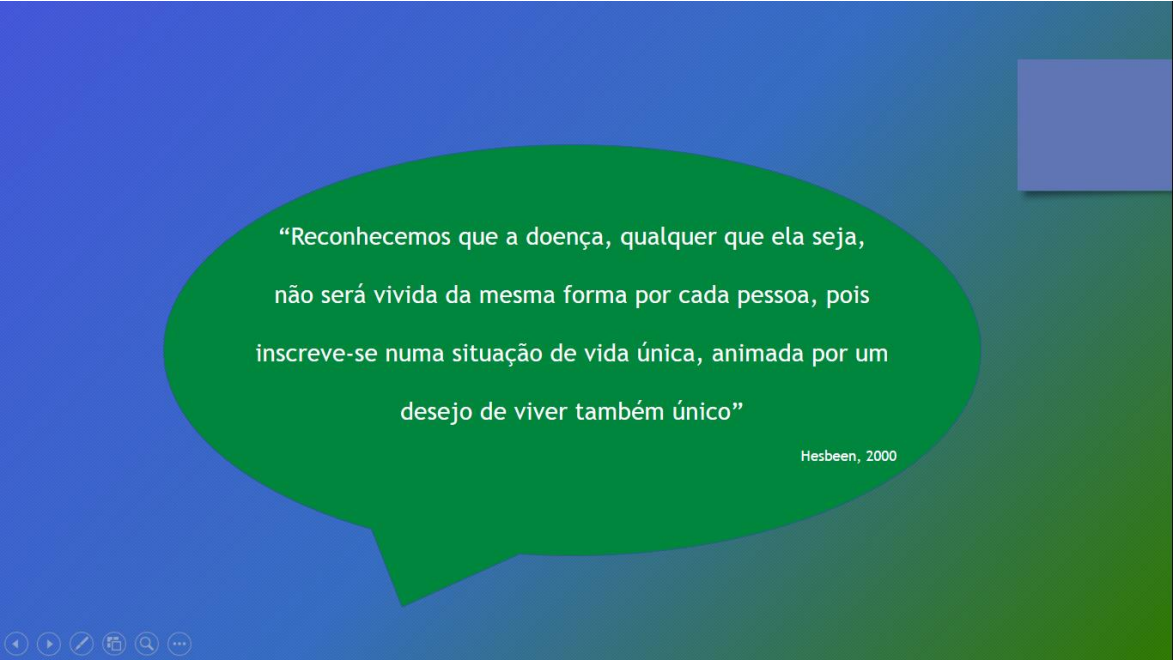


- O uso de SNG deve ser para casos extremos como obstruções completas com distensão abdominal;
- Massagem (embora não esteja documentado o seu efeito benéfico no controlo destes sintomas);
- Acupunctura;
- Estimulação elétrica transcutânea.

# Bibliografia

- Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem - análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*. 2ª Série (9), 61-67
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto.
- Capelas, M., Coelho S. - Pensar a organização de serviços de cuidados paliativos. *Cuidados Paliativos*. Vol.1, nº1, 2014, p.17-26
- Conceição, A.; Pinto, V. (2008). *Os enfermeiros na espiral do conforto*. *Revista Sinais Vitais*. (80), 5-12.
- Diário da República –Série-B Nº 55 – Despacho Normativo nº11/2002 - Serviço de Urgência. 6 de Março, p1865-1866, disponível on-line em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/80AB4DCF-68B8-4164-B377C43313140CB97070112301129.pdf>, consultado a dia 20/09/2011.
- Doyle, D. et al (2004). *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. 3ª ed. London: Oxford University Press
- EUROPEAN ASSOCIATION FOR PALLIATIVE CARE: Carta de Praga. 2014. [em linha], [http://www.apcp.com.pt/noticias/cuidados\\_paliativos\\_um\\_direito\\_humano\\_carta\\_de\\_praga.html](http://www.apcp.com.pt/noticias/cuidados_paliativos_um_direito_humano_carta_de_praga.html) disponível:
- Jacobson N. Dignity and health: a review. *Soc Sci Med* 2007 Jan;64(2):292-302.
- Kolcaba, K. Y., & Kolcaba, R. J. (1991). An Analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16(11), 1301-1310.
- Kolcaba, K. Y. (1991). A taxonomic structure for the concept comfort. *Image: Journal of Nursing Scholarship*, 23(4), 237-240.
- Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178-1184.
- Kolcaba, K. (1995). Comfort as process and product, merged in holistic nursing art. *Journal of Holistic Nursing*, 13(2), 117-131.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Springer Publishing Company, New York.
- Kolcaba, K. (2010). An introduction to comfort theory. In *The comfort line*. Retrieved November 10, 2010, from <http://www.thecomfortline.com/>
- Neto, I. G. (2004). Para além dos Sintomas: A dignidade e o sentido da vida na prática dos cuidados paliativos. IN I. G. Neto, H.-H. Aitken & T. Paldron, A dignidade e o sentido de vida. Cascais: Pergaminho

- Neves forte, Daniel (2010). *Cuidados paliativos na UTI*. *Jornal da AMIB*, nº 55.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: WHO definition of Palliative Care. 2014 [em linha]: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [consultado: 12 out. 2014].
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. 2010. [Consult. 2011]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/Lei%2012%202011%20CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento das Competências Específicas em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. 2010. [Consult. 2011]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/Lei%200%20124%202011%20CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf>
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. 1998. [Consult. 2011]. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Paulo (CREMESP) (2008). *Cuidado paliativo*. São Paulo. (acedido on-line)
- Plano Nacional de Cuidados Paliativos - Circular Normativa nº 14. Disponível em [http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano\\_Nacional\\_CP\\_-\\_Circular\\_Normativa\\_\(DGS\\_13-7-2004\).pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano_Nacional_CP_-_Circular_Normativa_(DGS_13-7-2004).pdf)
- Sheehy, S. (2001). *Enfermagem de Urgência- Da teoria à prática*. 4ª Edição Lusociência, ISBN-972-8383-16-9.
- Soares, M. (2007). *Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na Unidade de Terapia Intensiva*. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, Nº 19 (4), pp. 481-484.
- Thelan, L. et al (2008). *Enfermagem de Cuidados Intensivos*. Lisboa: Lusodidacta.
- Universidade Católica Portuguesa: **Guia de organização e apresentação de projeto de estágio em contexto de Mestrados Multidisciplinares - versão aprovada em 10/11/2015**
- Universidade Católica Portuguesa: **Guia de estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem Área de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica**
- Legislação e Normas consultadas**
- Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, alterado e republicado pela Lei nº 111/2009 de 16 de Setembro)
- Declaração Universal dos Direitos do Homem (Publicada no Diário da República, I Série A, n.º 57/78, de 9 de Março de 1978)
- Documento de orientação da ARS Norte de 21.09.2011 após "Seminário sobre Futilidade Terapêutica e o papel das Comissões de Ética para a Saúde"
- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Aprovado pelo Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de Abril)



“Reconhecemos que a doença, qualquer que ela seja,  
não será vivida da mesma forma por cada pessoa, pois  
inscreve-se numa situação de vida única, animada por um  
desejo de viver também único”

Hesbeen, 2000

## **ANEXOS**



## **Anexo I – Modelo de Preservação da Dignidade**



<b>Principais categorias, temas e subtemas da dignidade</b>		
<b>Preocupações relacionadas com a doença</b>	<b>Repertório de preservação da dignidade</b>	<b>Inventário da Dignidade Social</b>
<p>Nível de independência</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- acuidade cognitiva</li> <li>- capacidade funcional</li> </ul> <p>Perturbações relacionadas com os sintomas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perturbações físicas</li> <li>- Perturbações psicológicas</li> </ul> <p>incerteza médica</p> <p>ansiedade relativamente à morte</p>	<p>Perspectivas de conservação da dignidade</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- continuidade do (próprio eu)</li> <li>- preservação de papéis</li> <li>- possibilidade de sucessão / legado</li> <li>- manutenção do orgulho próprio</li> <li>- esperança</li> <li>- autonomia/ controlo</li> <li>- resiliência / espírito combativo</li> </ul> <p>Práticas de conservação da dignidade</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- viver no momento</li> <li>- manter-se a normalidade</li> <li>- procurar conforto espiritual</li> </ul>	<p>Limites de privacidade</p> <p>Apoio social</p> <p>Teor dos cuidados</p> <p>Preocupações com o período após a morte</p>

Fonte: caderno temático da Ordem dos Enfermeiros – Cuidados paliativos para uma morte digna – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem adaptado a partir de Chochinov HM, Kristjanson, Hack TF, Hassard T, MsClement S, Harlos M (2006). Dignity in the Terminally Ill: Revisited Journal of Palliative care



## **Anexo II– Behavioral Pain Scale**



## Behavioral Pain Scale (BPS) 3-12

Item	Description	Score
Facial expression	Relaxed	1
	Partially tightened (eg, brow lowering)	2
	Fully tightened (eg, eyelid closing)	3
	Grimacing	4
Upper limbs	No movement	1
	Partially bent	2
	Fully bent with finger flexion	3
	Permanently retracted	4
Compliance with ventilation	Tolerating movement	1
	Coughing but tolerating ventilation for most of the time	2
	Fighting ventilator	3
	Unable to control ventilation	4

Payen JF, et al. *Crit Care Med.* 2001;29(12):2258-2263.

Fonte: <http://image.slidesharecdn.com/bogotasedation052110-100724183319-phpapp01/95/bogota-sedation052110-6-728.jpg?cb=1279996496>



**Anexo III – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton – Versão Original**



## Edmonton Symptom Assessment System

Please circle the number that best describes your symptoms in the last 24 hours:

No Pain	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst Pain Imaginable
No Fatigue	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst Fatigue Imaginable
No Nausea	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst Nausea Imaginable
No Depression	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst Depression Imaginable
No Anxiety	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst Anxiety Imaginable
No Drowsiness	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst Drowsiness Imaginable
Best Appetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst Appetite Imaginable
Best Feeling Of Well-being	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst Feeling of Well-being
No Shortness Of Breath	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst Shortness of Breath Imaginable
Best Sleep	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Worst sleep Imaginable

