



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

---

LISBOA · PORTO

## **CRESCER EM ENFERMAGEM**

### **O Percurso para a Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

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

Vera Sofia da Silva Azevedo

Porto – julho de 2018





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

---

LISBOA · PORTO

## **CRESCER EM ENFERMAGEM**

**O Percurso para a Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

## **GROWING IN NURSING**

**The Path to Specialization in Medical-Surgical Nursing**

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

Por: Vera Sofia da Silva Azevedo

Sob a orientação de: Professora Doutora Patrícia Coelho

Porto – julho de 2018



## Resumo

A realização deste relatório surge no âmbito da unidade curricular de Relatório do Mestrado em Enfermagem, integrado no Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Universidade Católica do Porto, do Instituto de Ciências da Saúde após a realização de estágio no Serviço de Urgência, Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorádica e no serviço de Cuidados Paliativos em dois hospitais da zona norte de Portugal. Traduz o desenvolvimento, a aquisição e a integração de conhecimentos para a prestação de cuidados especializados na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa adulta e idosa com doença grave ou em estado crítico, crónica com doença incapacitante e paliativa.

Este relatório tem como objetivos: descrever as atividades desenvolvidas ao longo dos módulos de estágio; demonstrar as competências adquiridas, assim como a identificação de problemas de saúde e desenvolvimento de soluções eficazes; refletir sobre as competências adquiridas, assim como a identificação de problemas de saúde e desenvolvimento de soluções eficazes; obter o Grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Encontra-se estruturado tendo em conta os quatro Domínios de Competências Comuns aos Enfermeiros Especialistas. Foi utilizado o método descritivo tendo sempre em conta uma análise crítica e refletiva das atividades desenvolvidas tendo como base a fundamentação científica.

As aprendizagens nos módulos de estágio traduziram-se na realização de um trabalho “Cuidados a ter com Dreno Torádico” de forma a uniformizar os cuidados no Serviço de Urgência relativamente a este cuidado. Considerou-se pertinente compreender as estratégias de  *coping*  e dificuldades dos enfermeiros perante a morte nos diferentes módulos, tendo aplicado o questionário “O Enfermeiro perante a morte”. Ao longo do meu percurso elaborei um trabalho intitulado “O Vivenciar da Morte” onde exponho um quadro teórico desta temática e posteriormente o tratamento de dados decorrente da análise do questionário. Por fim, e tendo por base este trabalho, efetuei um artigo intitulado “Estratégias de  *coping*  utilizadas pelos enfermeiros para lidar com o processo de morrer”. Este artigo foi enviado para a Revista Cuidados Paliativos e foi aceite para publicação.

Com a elaboração deste relatório espero conseguir transmitir de forma clara, o meu percurso neste estágio demonstrando a partilha de conhecimentos vivenciada.

**Palavras-chave:** Enfermeiro, Especialista, Doente Crítico, Doente Crónico, Cuidados de Enfermagem



## **Abstract**

This report was created within the scope of the curricular unit of the Master's Degree in Nursing, integrated in the Master's Degree in Nursing, with Specialization in Medical-Surgical Nursing, of the *Universidade Católica do Porto do Instituto de Ciências da Saúde*, after completing the internship in the Service of Urgency, Unit of Intensive Care of Cardiothoracic Surgery and in the service of Palliative Care in two hospitals of the northern zone of Portugal. It translates the development, acquisition and integration of knowledge for the provision of specialized care in the area of Medical-Surgical Nursing to the adult and elderly person with severe or critical illness, chronic with incapacitating and palliative disease.

This report aims to: describe the activities developed throughout the internship modules; demonstrate the acquired skills, as well as the identification of health problems and the development of effective solutions; reflect on acquired skills, identify health problems and develop effective solutions; to obtain the Master's Degree in Nursing with Specialization in Medical-Surgical Nursing.

It is structured considering the four Competency Domains Common to Specialist Nurses. Was used the descriptive method, always considering a critical and reflective analysis of the activities developed based on the scientific basis.

The improvement opportunities found in the internship modules were translated into the work "Care of the Thoracic Drain" in order to standardize the care in the Emergency Department. It was considered relevant to understand coping strategies and difficulties faced by nurses towards death in the different modules, having applied the questionnaire "The nurse towards death". Throughout my course I wrote a book entitled "The Experiencing of Death", where I present a theoretical framework of this subject and then the processing of data resulting from the analysis of the questionnaire. Finally, and based on this work, I wrote the article entitled "Coping strategies used by nurses to deal with the dying process". This article has been submitted to the magazine Palliative Care and was accepted for publication.

With the preparation of this report, I hope to be able to clearly convey my experience at this stage, demonstrating the sharing of knowledge.

**Keywords:** Nurse, Specialist, Critical Patient, Chronic Patient, Nursing Care



*“Faz aquilo em que acreditas e acredita naquilo que fazes.  
Tudo o resto é perda de energia e de tempo.”*

*Nisargadatta*



## ***AGRADECIMENTOS***

*Agradeço aos hospitais e aos serviços onde pude realizar os módulos de Estágio.*

*Aos enfermeiros orientadores dos locais de Estágio, pela receptividade e pela disponibilidade e partilha de conhecimentos.*

*Um muito obrigado à Professora Doutora Patrícia Coelho, pela sua preocupação, pelo seu empenho, orientação, amizade, os conselhos e a sua infinita disponibilidade, e por ser uma inspiração.*

*Aos meus pais, por durante este percurso ter havido a necessidade de sacrificar tempo com eles, e por todo o seu apoio e compreensão.*

*Ao meu Marido, pelo apoio incondicional, compreensão, paciência, por me incentivar quando me apetecia desistir e por estar sempre presente na minha vida.*



### **Lista de Abreviaturas/Siglas**

AVC – Acidente vascular Cerebral

BO – Bloco Operatório

B-On – Biblioteca do Conhecimento Online

CA – Cateter Arterial

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CEC – Circulação Extracorporal

CI – Cuidados Intensivos

CIPE – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

CP – Cuidados Paliativos

CT – Cirurgia Cardiorácica

CVC – Cateter Venoso Central

CVCTi – Cateter Venoso Central totalmente implantado

CVP – Cateter Venoso Periférico

DGS – Direção Geral de Saúde

EAM – Enfarte Agudo do Miocárdio

EAPC – *European Association of Palliative Care*

EE – Enfermeiro Especialista

EEMC – Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica

ERC – Enterobacteriáceas resistentes aos carbapenemos

ESAS – *Edmonton Symptom Assessment System*

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados em Saúde

ICN – International Council of Nurses

ICS – Instituto de Ciências da Saúde

INCS – Infecção Nosocomial Cuidados de saúde

INFUCI – Inventário das Necessidades da Família na Unidade de Cuidados Intensivos

KPC – *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase*

MEEMC – Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização Médico-Cirúrgica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAV – Pneumonia associada ao ventilador

PNCI – Programa Nacional de Controlo da Infecção

PPCIRA – Programa Nacional de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência a Antimicrobianos

R1 – Reanimação 1

RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SLED – Diálise sustentada de baixa eficiência

SPIKES – *A Six-Step Protocol for Delivering Bad News*

TAVI – Implementação de válvula aórtica transcater

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCICT – Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiotorácica

UCP – Universidade Católica Portuguesa

VVAVC – Via Verde Acidente Vascular Cerebral

VVC – Via Verde Coronária

## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO .....	15
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	19
2.1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal .....	20
2.2. Melhoria Contínua da Qualidade .....	28
2.3. Gestão de Cuidados.....	39
2.4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais .....	44
3. CONCLUSÃO .....	61
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	65
APÊNDICES .....	77
APÊNDICE I – Apresentação Modulo I – Serviço de Urgência .....	79
APÊNDICE II – Trabalho “Cuidados a ter com Drenos Torácicos” .....	87
APÊNDICE III – Trabalho “O Vivenciar da Morte”.....	107
APÊNDICE IV – Artigo “Estratégias de coping utilizadas pelos Enfermeiros para lidar com o processo de morrer” .....	195



## 1. INTRODUÇÃO

A Enfermagem, como ciência e profissão, tem vindo a criar o seu próprio saber, transformando a tradição da arte na ciência do cuidar. Os cuidados de saúde tornam-se cada vez mais exigentes, por isso faz todo o sentido evoluir na prestação de cuidados e em adquirir novas competências em enfermagem.

Senti que este seria o momento de solidificar as competências adquiridas no meu percurso profissional e adquirir novas, que me permitam prestar cuidados de enfermagem diferenciados. Por esse motivo resolvi frequentar o Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (MEEMC), tendo por base o processo de Bolonha. Este encontra-se previsto nos termos do Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, alterado pelo Decreto-Lei n.º 107/2008 de 25 de junho, pelo Decreto-Lei n.º 230/2009 de 14 de setembro, pelo Decreto-Lei n.º 115/2013 de 7 de agosto e pelo Decreto-lei n.º 63/2016 de 13 de setembro. É um modelo de ensino baseado no desenvolvimento de competências, onde a metodologia de aprendizagem tem por base a promoção da reflexão crítica, a procura do autoconhecimento, o que permite desenvolver a autonomia e a responsabilidade.

A realização deste relatório surge no âmbito do MEEMC, da Universidade Católica Portuguesa (UCP), do Instituto de Ciências da Saúde (ICS), inserido na unidade curricular com o mesmo nome, para a obtenção do grau de Mestre.

O presente relatório visa cumprir os seguintes objetivos:

- Descrever as atividades desenvolvidas ao longo dos módulos de estágio;
- Demonstrar as competências adquiridas, assim como a identificação de problemas de saúde e desenvolvimento de soluções eficazes;
- Refletir sobre as competências adquiridas, assim como a identificação de problemas de saúde e desenvolvimento de soluções eficazes;
- Obter o Grau de Mestre em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Encontrando-me a exercer funções no serviço de Cirurgia Cardiorácica de um hospital da zona norte de Portugal há cerca de 10 anos, pareceu-me mais do que adequado escolher esta instituição para realizar o módulo de estágio I e II. Sendo que este hospital reúne todas as condições para aprofundar conhecimentos e desenvolver competências na área da EEMC.

No meu contexto de trabalho sou confrontada constantemente com a necessidade de prestar cuidados a doentes críticos, porém por vezes existe também a necessidade de prestar cuidados a doentes em fim de vida, num contexto de insuficiência cardíaca em que a medicina nada mais poderá fazer em termos de cuidados curativos. Sentindo a dificuldade e a necessidade de prestar cuidados de qualidade nesta vertente de doente crítico e doente em fim de vida, tornou-se claro a escolha do módulo opcional enveredando pelos cuidados paliativos (CP). A escolha da instituição prendeu-se com o fato de ter elementos com experiência demonstrada na área e começar a ser uma referência da zona norte em CP.

O módulo I do estágio foi realizado num SU de um hospital da zona norte de Portugal, entre o período de 2 de maio a 24 de junho de 2017. Escolhi este campo de estágio pelo fato de ser considerado uma referência na zona norte do país, e por funcionar de acordo com os requisitos legais como um SU polivalente, tendo também valências altamente diferenciadas, funcionando com uma urgência de nível II, ou seja, polivalente, que recebe qualquer tipo de doente em estado crítico e que se encontra sob abrangência de várias especialidades médicas.

O módulo II foi realizado na UCICT do mesmo hospital, entre o período de 18 de setembro de 2017 a 4 de novembro de 2017. A opção deste campo de estágio prende-se com o fato de eu trabalhar com doentes com as mesmas patologias, mas num pós operatório mais tardio. Sendo assim este campo de estágio será uma mais valia para o meu desenvolvimento profissional como futura EMC.

O estágio no SU e na UCICT permitiram-me conhecer as políticas internas de prestação de cuidados, gestão, supervisão, formação e investigação de outros serviços com os quais trabalho em intercolaboração.

O módulo III foi realizado no serviço de CP, de outro hospital da zona norte de Portugal, entre o período de 6 de novembro de 2017 e 11 de janeiro de 2018.

A opção deste campo de estágio prende-se com o fato de ser uma área que me suscita alguma curiosidade e pelo fato de as aulas de Enfermagem em Fim de Vida me terem despertado uma forma de abordar o fim de vida com uma visão totalmente diferente. E independente do serviço onde estamos, contactamos sempre com pessoas que de alguma forma necessitam de cuidados paliativos.

A morte, apesar de ser algo inevitável, continua a ser um grande mistério. Representa o acontecimento em que a vida termina, levando a várias reações emocionais quer para o doente que está prestes a morrer, quer para a sua família e para os profissionais de saúde que lhe prestam cuidados. A morte consiste assim num processo biológico mas com uma forte componente social, emocional e espiritual. Visto os enfermeiros serem os profissionais de saúde que vivenciam mais direta e imediatamente o processo de morte de alguém, era para mim fulcral frequentar um estágio que me ajudasse a adquirir competências nesta área.

Cada módulo de estágio decorreu sobre a tutoria de um Enfermeiro Mestre e Especialista (EE) em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que foi antecipadamente definido pelos enfermeiros chefes de cada serviço, de acordo com os critérios da UCP. Tive ao longo deste percurso a orientação da Professora Doutora Patrícia Coelho, que me auxiliou e orientou ao longo deste percurso.

A metodologia utilizada será descritiva e crítico reflexiva, com recurso à pesquisa bibliográfica em bases de dados indexadas, nomeadamente na B-On (Biblioteca do Conhecimento Online), no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), na EBSCOhost e no Google Académico, e à mobilização de conceitos adquiridos na componente teórica do MEEMC.

O presente relatório será dividido tendo em conta os domínios de competências comuns do EE e tendo sempre como base o regulamento 124/2011 dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica da OE.

Optei por dividir o documento em três partes: início com uma breve introdução, depois o desenvolvimento e por fim a conclusão. O desenvolvimento encontra-se organizado pelos diferentes domínios comuns do EE: da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados; e do desenvolvimento de aprendizagens profissionais. São expostas as situações detetadas como problema e as

respetivas estratégias implementadas para a sua resolução, visando sempre o pensamento crítico e reflexivo.

Esta divisão parece-me a mais adequada para a reflexão sobre o meu percurso no estágio como futura EE, já que me permite organizar as atividades desenvolvidas e os objetivos atingidos no âmbito de cada domínio.

No SU elaborei um trabalho intitulado “Cuidados a ter com Drenos Torácicos” e realizei um protocolo intitulado “Introdução e Remoção de Dreno Torácico”, com o objetivo de uniformização de cuidados de enfermagem.

Ao longo dos três estágios apliquei o questionário “O Enfermeiro perante a morte” cuja coautora foi a Mestre Bárbara Costa, tendo este, após consentimento da autora, sido adaptado para os diferentes módulos de estágio.

Ao longo do meu percurso elaborei um trabalho intitulado “O Vivenciar da Morte” onde exponho um quadro teórico acerca desta temática e posteriormente o tratamento de dados decorrente da análise do questionário. Por fim, e tendo por base este trabalho, efetuei um artigo intitulado “Estratégias de *coping* utilizadas pelos enfermeiros para lidar com o processo de morrer”. Este artigo foi enviado para a Revista Cuidados Paliativos e foi aceite para publicação.

Com a elaboração deste relatório espero conseguir transmitir, de forma clara, o meu percurso neste estágio evidenciando a partilha de conhecimentos vivenciada.

## 2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Sendo que a minha área de trabalho é o doente cirúrgico e que sempre foi a área que me despertou maior interesse, esta seria a mais apropriada para a especialização. Facto que se foi confirmando ao longo de todo este percurso, uma vez que cada vez mais me identifico com esta temática.

Para a Ordem dos Enfermeiros (2010), o EE mobiliza conhecimentos e competências de forma a dar resposta à pessoa em situação crítica, crónica e paliativa, tendo sempre por base uma visão holística.

Tendo em conta o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (2011), englobado na especialidade Médico-Cirúrgica, a pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Esta pessoa necessita de cuidados diferenciados, com os objetivos de prever e detetar precocemente as complicações em tempo útil.

Ao EE compete mobilizar informação científica, técnica e relacional baseada na prática clínica diária e tendo em conta o regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, (2010), Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, o que traduz um conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

Por vezes, apesar de todos os esforços, não conseguimos que o doente recupere totalmente ficando com incapacidades/problemas crónicos. Por esse motivo torna-se pertinente ter em conta o Regulamento das Competências Específicas o Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (2011), englobado na especialidade Médico-Cirúrgica, no qual verificámos que este é o enfermeiro que cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos cuidadores e seus familiares,

diminuindo o seu sofrimento e maximizando a qualidade de vida, de forma a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

Os pilares fundamentais dos cuidados paliativos assentam no controlo dos sintomas, no suporte psicológico, emocional e espiritual, mediante uma comunicação eficaz e terapêutica.

Para a realização deste estágio foram definidos antecipadamente objetivos específicos bem como de estratégias para a execução dos mesmos. Segundo Carpenito (1997) os objetivos de enfermagem são enunciados que nos demonstram a responsabilidade profissional do enfermeiro tendo em conta as ações efetuadas.

Com o decorrer dos estágios, fui adquirindo competências, ultrapassando dificuldades e consolidando conhecimentos.

No final do módulo I - SU, foi apresentado à turma no decorrer de uma Orientação tutorial as atividades desenvolvidas assim como as competências adquiridas neste módulo (Apêndice I).

A organização deste capítulo prende-se com os quatro domínios de competências comuns ao EE, para assim termos uma mais fácil orientação das atividades desenvolvidas e das competências adquiridas.

## 2.1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Ao longo do estágio houve a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre princípios deontológicos e ético-legais de forma a dar resposta aos problemas ético-legais com que me ia deparando.

O objetivo que esteve presente ao longo da minha prestação de cuidados foi **tomar decisões fundamentadas, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas**. Por esse motivo, para além da capacidade de integrar conhecimentos tentei refletir sobre implicações e responsabilidades profissionais, éticas e sociais.

O direito ao cuidado é o que move a profissão de enfermagem, segundo Thompson *et al* (2004), os enfermeiros têm o dever legal do cuidar, sendo este um contrato implícito

entre os doentes e os seus familiares, sendo o seu não cumprimento eticamente condenável e alvo de processo judicial.

Ao refletir sobre a responsabilidade profissional, ética e legal na prestação dos meus cuidados de Enfermagem, torna-se imperativo refletir sobre os quatro princípios da bioética: autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça. Estes princípios surgem para nortear as ações dos profissionais de saúde visando o respeito pela individualidade e dignidade do ser humano.

O respeito pela dignidade humana não é somente um princípio que norteia os cuidados de Enfermagem, mas é visto como um princípio moral básico, encontrando-se consagrado no artigo 1º da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1978), em que todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos.

Também a Constituição da República Portuguesa, artigo 1º (pág. 18) refere que “Portugal é uma República soberana, baseada na dignidade da pessoa humana e na vontade popular e empenhada na construção de uma sociedade livre, justa e solidária”

Com o intuito de prestar cuidados de Enfermagem de qualidade, torna-se fundamental debruçar-me sobre o Código Deontológico de Enfermagem (CDE) (2015). Um dos princípios gerais (artigo 99º), prende-se com a preocupação na defesa da liberdade e dignidade tanto da pessoa como do Enfermeiro.

Ao longo do estágio, tive a oportunidade de prestar cuidados com vista a respeitar os princípios éticos, a respeitar os valores pessoais e tradições culturais, garantir a informação ao doente e família mantendo sempre a confidencialidade e a segurança da informação e do doente e promover a privacidade do doente.

No que concerne ao respeito pela intimidade do doente, o artigo 107º do CDE (2015), diz-nos que devemos respeitar a intimidade da pessoa e proteger a sua vida privada e da sua família. Em relação ao SU, ao falarmos da privacidade do doente temos de falar das instalações físicas, pois neste serviço estão intimamente ligados uma vez que estas não são as mais adequadas. O espaço é pequeno para a afluência diária de doentes que se dirigem ao SU.

Segundo a carta dos direitos do doente internado (2011), embora as urgências não constituam um internamento, recomenda-se que a privacidade e o respeito pelo pudor sejam garantidos. No entanto, quando temos instalações em que podem estar 40 doentes e

existem apenas 6 boxes com cortinas, como ultrapassar esta questão? O que os enfermeiros fazem para conseguir assegurar a privacidade, e eu própria também fiz por diversas vezes, é a deslocação de doentes que se encontram nas boxes para outro local, para assim conseguir colocar o doente a quem se vai realizar algum procedimento mais invasivo, como por exemplo uma algaliação ou entubação nasogástrica, num local com mais privacidade. Contudo, quando a afluência é elevada e existem macas dispersas, é muito difícil para os enfermeiros conseguirem trabalhar.

Também ao longo do estágio na UCICT tive de arranjar estratégias para promover a privacidade do doente, pois apesar da UCICT ser um serviço relativamente novo, cada unidade deveria estar equipada com cortinas, e por vezes isso não se verificava quando as mesmas iam para a lavandaria para desinfetar. Este serviço, como consiste numa unidade aberta, os doentes encontram-se mais expostos, sendo as unidades separadas apenas por cortinas (exceto duas camas que são de isolamento). No entanto, foram alguns os turnos em que as unidades dos doentes não possuíam cortinas ou estas não eram suficientes para promover a sua privacidade durante os procedimentos. Nestes casos solicitava sempre lençóis para conferir privacidade durante todos os cuidados de enfermagem, promovendo a comunicação e mantendo a dignidade da pessoa. Tenho de referir que esta situação foi transitória, uma vez que no final do estágio todas as unidades se encontravam com as devidas cortinas.

Também refleti sobre o mesmo nos CP. Apesar de ser um serviço relativamente novo e cada doente ter o seu quarto, tive de ter em consideração que muitas vezes os familiares que se encontravam com o doente não eram aqueles mais próximos. Por esse motivo tinha de ter em atenção o tipo e quantidade de informação que o doente queria que fosse transmitida. Por isso tive de criar estratégias para comunicar com o doente sem a visita se aperceber, ou em último caso pedir a esta para aguardar no corredor.

Ao longo do estágio conferi privacidade durante todos os cuidados de enfermagem, promovendo a comunicação e mantendo a dignidade da pessoa, tendo especial atenção ao momento do autocuidado de higiene pois era aquele cuidado em que os doentes sentiam maior pudor e se sentiam mais fragilizados. Como enfermeira tive sempre o cuidado de pedir autorização antes de expor e tocar no corpo do doente, pois o fato de se encontrar despido traduz-se em desconforto e/ou vergonha. No entanto, este pouco questiona essa invasão porque já assume que é necessária, não se sentindo constrangido por isso.

O estudo de Puplim e Sawada (2009), evidenciou quatro categorias importantes para a privacidade do doente: a dignidade e respeito, intimidade e toque, autonomia e o espaço pessoal e territorial. Relativamente a estas quatro categorias, no decorrer das minhas ações tive sempre patente o respeito pelas mesmas e pelo doente, uma vez que privacidade física está interligada com dignidade e respeito.

Tendo em conta o estudo de Soares e Agnol (2011) os pontos mais sensíveis em termos de constrangimento, desconforto e insegurança durante o internamento é o momento da exposição do corpo para os cuidados de higiene ou tratamento, e a postura inadequada da equipa de enfermagem, como efetuar comentários em voz alta sobre assuntos que só dizem respeito ao doente.

Durante todo o estágio atuei de acordo com a ética e deontologia profissional envolvendo sempre que possível o doente no processo de cuidados, respeitando os seus direitos, autonomia, dignidade, privacidade, assim como as crenças e valores. Ao longo da minha prestação como EE tive sempre a preocupação de informar o doente de todas as intervenções de enfermagem que teria de realizar, obtendo desta forma o seu consentimento livre e esclarecido para essas intervenções.

Tendo por base a Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina (2001), qualquer intervenção de Enfermagem carece do consentimento livre e esclarecido do doente. Este deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo da intervenção, bem como às suas consequências e riscos.

Durante o meu percurso atuei sempre tendo por base o direito do doente à sua livre escolha, estabelecendo uma comunicação eficaz, compreensível e clara, para que a informação fosse validada pelo doente de forma a este decidir de forma autónoma, livre e esclarecida, adequando sempre a informação e o discurso ao doente que se encontrava comigo naquele momento, respeitando a sua autonomia e dignidade humana.

Porém, nas situações em que não era possível obter o consentimento livre e esclarecido por parte do doente devido ao seu estado clínico, baseei a minha prática clínica de acordo com o consentimento presumido, nomeadamente na UCICT, devido à cirurgia a que foram submetidos, muitos doentes encontravam-se desorientados e pouco colaborantes e outros encontram-se sedados/curarizados, por esse motivo o consentimento é essencialmente presumido.

Torna-se imperativo conhecer a vontade prévia do doente e no caso de não existirem Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), nomeadamente em forma de testamento vital, e o doente não nos ter conseguido demonstrar a sua vontade, a família traduz-se numa aliada.

O testamento vital é um documento onde a pessoa pode descrever os cuidados de saúde que pretende ou não receber, no caso de se encontrar incapaz de expressar a sua vontade pessoal e autonomamente. Este documento pode ser revogável ou modificável em qualquer momento, pelo seu autor, permitindo também a nomeação de um procurador de cuidados de saúde (SNS, 2017).

Pela DAV, no capítulo II, artigo 2º, o doente pode expressar a sua vontade antecipada consciente, livre e esclarecida de não ser submetido a tratamentos de suporte que apenas visem retardar o processo natural de morte. Da mesma forma pode expressar a sua vontade de receber cuidados paliativos adequados ao respeito pelo seu direito a uma intervenção no sofrimento devido a uma doença grave ou irreversível, em fase avançada, incluindo uma terapêutica sintomática apropriada.

No caso dos CP, devido à própria doença crónica que os doentes padecem e ao seu estado muitas vezes agónico, o consentimento que até uma certa altura era livre e informado pode passar a ser presumido, pois o estado do doente pode deteriorar-se rapidamente sem que consigamos saber antecipadamente os seus anseios. Sempre que possível tentámos saber os desejos do doente assim como as suas expectativas e medos, de forma a que na altura em que o mesmo não esteja capaz, consigamos proporcionar os cuidados que ele desejaria, respeitando a sua autodeterminação e autonomia.

Tendo em conta o Código Penal Português (1995), o consentimento presumido é equiparado ao consentimento efetivo, pois atua no pressuposto de que se o doente estivesse capaz nos daria o seu consentimento livre, por este motivo o profissional de saúde atua sempre no pressuposto do benefício para o doente.

No decorrer deste estágio tive a oportunidade de atuar em situações de emergência e por esse motivo o consentimento informado transforma-se em consentimento presumido em que os cuidados prestados são efetuados tomando como princípio o benefício direto do doente. Tendo estes pressupostos em mente, as minhas atividades foram sempre justificadas, tendo sempre por base o melhor benefício para o doente (Deodato, 2012).

No que concerne à passagem de turno segundo OE (2001), é um momento de reunião da equipa de enfermagem, de forma a assegurar a continuidade de cuidados, pela transmissão verbal de informação, tendo como finalidade a promoção da melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Sendo este um momento de análise das práticas de cuidados e de formação.

Em relação ao SU a passagem de turno era realizada no sector onde o enfermeiro se encontrava. A informação é transmitida em frente aos doentes, estando grande parte deles conscientes e orientados e podendo assim ouvir informação clínica que não a sua. Sempre que era eu a proceder à passagem de turno, efetuava em frente ao próprio doente e num tom de voz baixo, e qualquer informação mais “sensível” chamava o colega à parte para posteriormente lhe transmitir a informação. Sendo uma oportunidade de melhoria, interpelei a tutora sobre esta questão. Esta informação foi transmitida e discutida com a equipa de enfermagem, tendo os mesmos começado a ter esta postura na transmissão de informação dos doentes.

No que concerne ao sigilo profissional, este método de passagem de turno não promove o sigilo profissional visto que há doentes que poderão ouvir informação relevante que não lhes diz respeito.

Em relação aos CP encontrei a mesma dificuldade de manter o sigilo profissional uma vez que a passagem de turno é realizada numa sala que não está equipada para o efeito, uma vez que esta é ocupada pelos colegas de medicina. A sala onde os enfermeiros dos CP passam o turno é também a sala onde se encontram os estupefacientes e os carros de medicação. Por esse motivo, sempre que era necessário a utilização de algum deste material, a nossa passagem de turno era interrompida, tanto por assistentes operacionais, enfermeiros ou estudantes do curso de Licenciatura de Enfermagem.

Reportando ao CDE, no artigo 106º os Enfermeiros só podem partilhar a informação pertinente com aqueles que estão implicados no plano terapêutico. Não é por ser profissional de saúde, ou mesmo familiar, que tem o direito a ter acesso à informação do doente que é propriedade do mesmo.

Para colmatar esta dificuldade sugeri realizar a passagem de turno no gabinete médico, visto que os turnos são de 12 horas e nos momentos da passagem de turno não se encontram médicos a utilizar a sala. A tutora ficou de expor esta mudança ao Enfermeiro chefe e aos médicos com o intuito de alterarem a sala. Como até ao término do módulo a sala

mantinha-se a mesma, uma sugestão que expus para colmatar este problema foi colocar o carro de medicação da área da medicina na zona de trabalho e comunicar aos Assistentes Operacionais para não usarem a sala, visto que esta também é utilizada para guardar os seus bens pessoais. Esta solução foi considerada e até ao final do estágio tivemos muito menos interrupções. Sempre que fui eu a proceder à passagem de turno, e sempre que alguém que não estava relacionado diretamente com o doente entrava na sala, eu interrompia o meu discurso e esperava que a pessoa se retirasse.

Na UCICT a passagem de turno é realizada numa sala contígua ao espaço da Unidade, com vidros amplos para desta forma os Enfermeiros conseguirem manter vigilância contínua dos doentes e os seus dados hemodinâmicos. Por esse motivo, apesar da passagem não ser feita na unidade do doente torna-se desta forma fácil identificar o doente ao qual vamos prestar cuidados. Relativamente ao sigilo profissional, este método de passagem de turno promove o sigilo profissional.

No SU, algo que me chamou a atenção foi o fato de existir uma folha A4 na maca do doente com informação sigilosa acerca do mesmo, como por exemplo a identificação do mesmo e o motivo pelo qual se encontra internado. De acordo com CDE (2015), toda a informação acerca do doente e sua família independentemente da fonte é confidencial. Coloquei esta questão à tutora sobre a quebra de sigilo e privacidade do doente, e dei como solução colocar apenas o número da maca para assim conseguirmos identificar com mais facilidade o doente. Esta minha proposta, até ao término do módulo, encontrava-se a ser analisada. Outro aspeto sobre o qual me debrucei foi o fato de haver doentes internados em macas. Segundo a carta dos direitos do doente internado (2011) não é tolerável, salvo por período curto nunca superior a 24 horas, a permanência de doentes em macas durante o internamento. Porém, o que se observa no SU é que os doentes se encontram em macas por períodos muito superiores a 24 horas. Dado tratar-se de um problema institucional, fui falar com o enfermeiro chefe que me garantiu que era um problema identificado e que estavam a fazer todos os possíveis para colmatar esta dificuldade, nomeadamente o internamento de doentes noutras valências que não as correspondentes à sua patologia.

No decorrer deste percurso analisei e refleti criticamente sobre a correção da minha prática e do que observava, quanto aos valores éticos, deontológicos e jurídicos, com a finalidade de fundamentar decisões, atendendo às evidências científicas e às suas responsabilidades sociais, éticas e deontológicas tendo por base a legislação existente.

No decorrer do meu estágio na UCICT e nos CP tive a oportunidade de verificar que a família é algo muito valorizado pela equipa de Enfermagem e pelos outros profissionais de saúde. Verifiquei que o acolhimento à família é realizado de forma calorosa, onde o enfermeiro que se encontra com o doente se apresenta como o prestador de cuidados naquele turno, mostrando disponibilidade, informando da condição do doente e do que poderão encontrar, e respondendo a questões de forma segura reduzindo a ansiedade da família e quando certas questões eram da competência médica encaminhavam para o mesmo.

Na UCICT tive em mente as necessidades da família tendo por base o Inventário das necessidades da família na Unidade de Cuidados Intensivos (INFUCI), que nos revela que a segurança, a informação, a proximidade e o conforto são as necessidades mais destacadas (Campos, 2014). Verifiquei que a altura das visitas era importante para os doentes, pois a família era geradora de bem-estar, ajudava a minimizar os medos e inseguranças, fornecendo apoio emocional. Após a visita os doentes ficavam mais colaborantes e mais calmos.

Em relação ao SU a família é muitas vezes deixada para segundo plano, apesar de estar contemplado na Lei n.º 33/2009, o direito de acompanhamento dos utentes no SU. Devido às elevadas taxas de afluência, os familiares tinham de ser convidados a sair pois o acompanhamento já comprometia as condições e requisitos técnicos da prestação de cuidados. Em relação à informação aos doentes e familiares sobre os recursos a que podem ter acesso, bem como sobre a sua aquisição, foi algo que me debrucei ao longo do estágio.

Devo referir um caso nos CP em que após a minha análise verifiquei que o familiar não se encontrava bem a nível psicológico, em negação sobre o estado de saúde do seu ente querido, encontrando-se fechado para conversar com a equipa de enfermagem. Proporcionei-lhe a hipótese de conversar com a psicóloga de serviço, proposta esta que foi prontamente aceite pelo mesmo e, após essa conversa, o familiar encontrava-se mais aberto ao diálogo com os enfermeiros e começou lentamente a aceitar a finitude do seu ente.

Com o aprofundamento dos conhecimentos neste domínio desenvolvi a competência de:

- Demonstrar uma tomada de decisão ética numa variedade de situações de prática especializada;
- Suportar a decisão em princípios, valores e normas deontológicas;

- Promover práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

## 2.2. Melhoria Contínua da Qualidade

Durante o estágio tive a necessidade de proceder a pesquisa bibliográfica, procurando a excelência dos cuidados tal como nos refere o artigo 109º do CDE (2015), o enfermeiro procura em todos os seus cuidados a excelência do exercício, analisando regularmente o trabalho efetuado, com o propósito de tomar decisões fundamentadas e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A melhoria da qualidade dos cuidados de saúde tem sido uma das prioridades assumida no Plano Nacional de Saúde (2011-2016). Podemos defini-la como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação dos doentes.

Os objetivos delineados prenderam-se com o:

**Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise a situações complexas, segundo uma prestativa académica avançada;**

**Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimento de conhecimentos na área da Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica, mais propriamente relacionado com as estratégias de  *coping*  para lidar com o processo de morrer;**

**Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico.**

Sendo o controlo de infeção uma das áreas de intervenção extremamente importantes na área do EEMC, no decorrer do estágio debruzei-me sobre a prevenção de infeção nomeadamente as Infeções Associadas aos Cuidados em Saúde (IACS).

No que concerne ao SU, e refletindo sobre a prevenção e controle de infeção, um dos problemas identificados neste hospital foi um surto de *Klebsiella Pneumoniae Carbapenemase* (KPC), Enterobacteriáceas resistentes aos carbapenemos (ERC), dotadas de resistência aos antibióticos do grupo dos carbapenemos. Segundo a DGS (2017), verificou-se em Portugal um crescimento significativo da incidência destas bactérias, com a ocorrência de surtos hospitalares esporádicos, pelo que, é absolutamente essencial a

adoção ou consolidação de boas práticas nacionais neste âmbito. Um aspeto positivo que encontrei foi o fato de haver na zona de Observação (OBS) amarelo/laranja três macas destinadas a doentes com critérios para rastreio de KPC. Estes critérios estão devidamente explanados no documento da DGS Prevenção da Transmissão de Enterobacteriaceas Resistentes aos Carbapenemos em Hospitais de Cuidados de Agudos (2017, pág. 8). Para além desta existe uma outra secção composta por duas macas destinadas a doentes cujo rastreio se revelou positivo. Desta forma fica assegurado uma primeira linha de prevenção de infeção cruzada.

Outro aspeto sobre o qual me debrucei foi o uso correto das luvas. Para este assunto temos uma norma da DGS que nos demonstra quais as situações em que é necessário o uso luvas e que tipo de luvas a usar. No SU esse uso de luvas é feito de forma indiscriminada e independentemente da ação que vão realizar, sendo que muitas vezes os 5 momentos da desinfeção das mãos são esquecidos pelos profissionais, apesar de terem lavatórios e Sterilium® disponíveis.

Já há evidência que a higiene das mãos é uma das medidas mais simples e mais efetivas na redução da infeção associada aos cuidados de saúde e também com impacto indireto no controlo das resistências aos antimicrobianos. No entanto, os profissionais de saúde continuam a menosprezar este pequeno mas importante ato (DGS, 2010).

Ao longo do meu estágio no SU verifiquei, e fiquei orgulhosa, que pelo fato de eu realizar os 5 momentos da lavagem das mãos, os enfermeiros que se encontravam comigo começaram a ficar mais sensíveis e a mudar comportamentos. Partilhei esta constatação com a tutora e a equipa, tendo estes demonstrado que ficaram mais sensíveis a esta temática devido ao meu comportamento. Através do estudo do plano de formação verifiquei que já existia agendada uma formação em serviço sobre uso correto das luvas e os 5 momentos da lavagem das mãos.

Após conversas informais com elementos da equipa de Enfermagem uma das necessidades formativas que identifiquei prende-se com os cuidados a ter com o doente com dreno torácico. Optei por falar com a minha tutora, com o enfermeiro responsável pela formação em serviço e com a minha orientadora com o intuito de realizar um trabalho intitulado “Cuidados a ter com Drenos Torácicos”, que culminou com a elaboração de um protocolo de Introdução e Remoção do Dreno Torácico (Apêndice II). Apesar de entre os médicos haver uma concordância em relação à técnica de colocação do dreno, no que diz

respeito aos cuidados a ter com o mesmo, estes variam muito, tanto de instituição para instituição como de acordo com a especialidade médica que executa o procedimento. De forma a uniformizar os cuidados de enfermagem na manipulação do dreno torácico, optei por realizar um trabalho com base na revisão da literatura, com o objetivo de esclarecer dúvidas em relação ao procedimento e aos cuidados a ter, de forma a promover uma drenagem torácica eficaz.

A UCICT é um serviço acreditado desde setembro de 2016 tendo vários protocolos nomeadamente no que diz respeito ao controlo de infeção. Estão patentes os feixes ou *bundles* de intervenção de prevenção de infeção associados ao Cateter Venoso Central (CVC), ao cateter vesical e à ferida cirúrgica e o feixe de intervenção de prevenção da Pneumonia associada ao ventilador (PAV). Em todas as passagens de turno os enfermeiros chefes de equipa relembram a importância dos mesmos e incentivam a sua execução. Consegui verificar que grande parte dos enfermeiros cumpre as indicações emanadas pela DGS, no entanto, ainda há algo a melhorar pois verifiquei que por vezes algumas intervenções não eram efetuadas corretamente, como o colocar o campo estéril no CVC. Torna-se competência do EE incentivar a realização destes feixes. Como futura EE senti que tinha o dever de indagar os colegas sobre a não realização de algum procedimento, como colocar o campo estéril no CVC, e incentivá-los à sua realização, ao que em todas as vezes que fui assertiva os colegas não se sentiram ameaçados, mas sim agradeceram a partilha.

A maioria das infeções nosocomiais da corrente sanguínea (INCS) adquiridas no hospital estão associadas ao uso de CVC, com taxas de bacteriemia substancialmente mais elevadas do que nos doentes sem cateter. Uma forma de reduzir estas taxas de infeção é cumprir as normas emanadas pela DGS. Como nos demonstram Silva *et al* (2009), a utilização de pensos transparentes e/ou impregnados com clorohexidina apresentam vantagens sobre os tradicionais penso com gaze, permitindo uma visualização do local de punção, reduzem o risco de movimento do cateter, reduzem o risco de contaminação externa pois os tempos de troca de penso ficam mais alargados havendo menor manipulação. Revendo outro estudo, Dallé *et al* (2012) concluíram que após a implementação de *bundles*, quando comparado as taxas de infeção relacionadas ao CVC com o mesmo período no ano anterior, estas foram menores. A utilização da *bundle* fornece uma uniformização do cuidado baseado em evidências, promovendo assim a melhoria da qualidade e segurança do doente.

No que concerne aos CP verifiquei que os feixes de intervenção de prevenção de infeção associados ao CVC e ao cateter vesical não se encontravam patentes, verificando que a maioria da equipa de Enfermagem não tem conhecimento da existência dos mesmos. Apesar de ser um serviço de CP, não quer dizer que este será o último internamento dos doentes. Por esse motivo torna-se importante o conhecimento e aplicação das intervenções associadas a estes feixes de forma a diminuir o risco de infeção e por sua vez a diminuir o risco de reinternamentos. Após conversa informal com a enfermeira que se encontrava como elo de ligação da comissão de infeção, verifiquei que estes feixes se encontravam em plano de formação para o ano de 2018. Por esse motivo tomei uma atitude e realizei reflexões informais relativamente a estes dois feixes de intervenção. Visto grande parte dos doentes em CP se encontrarem com Cateter Venoso Central totalmente implantado (CVCTi), tornou-se para mim um objetivo fulcral a prevenção de infeção, demonstrando a desinfeção e manipulação adequada do mesmo, tendo efetuado uma proposta deste tema para futura formação.

Mantendo a mesma linha de pensamento em termos de controlo de infeção, algo que me fez refletir nos CP foi o fato de que quando ia prestar cuidados aos doentes não existir saco branco para colocar as luvas, ou qualquer outro material com risco biológico. No turno da manhã havia no corredor uns contentores portáteis, mas nos restantes turnos tínhamos de ir à sala dos sujos ou então até à sala de Enfermagem com as luvas “risco biológico” na mão. Em todos os quartos havia desinfetante das mãos, porém tínhamos que ir com as luvas na mão pelo corredor. Isto vai contra o emanado pela DGS e após confrontar a minha tutora com este fato, ela referiu que era um problema já identificado e que aguardavam resposta de alteração por parte da Administração. Tendo no meu local de trabalho, em cada enfermaria e quarto um saco para lixo de risco biológico, optei por realizar partilhas com a equipa com o intuito de mudar comportamentos. De forma a realizar uma tentativa de alteração deste procedimento forneci à Enfermeira que se encontra como elo de ligação da comissão de infeção, pesquisa sobre o tema “Resíduos Hospitalares”, de forma a que esta pudesse fundamentar melhor o pedido à Administração, para a aquisição de material adequado.

Um caso que foi alvo de discussão com a minha tutora e com a restante equipa de enfermagem foi o fato de existir um doente infetado com *clostridium difficile* no serviço. Este doente encontrava-se em isolamento com as indicações de prevenção de transmissão de microrganismos. Esta bactéria é anaeróbia (consegue sobreviver sem oxigénio) e

dissemina-se através de esporos que saem do organismo da pessoa infetada através da diarreia, por esse motivo os esporos podem contaminar o ambiente envolvente. Para evitar a transmissão do microrganismo é necessário a realização das normas de controlo de infeção, nomeadamente os cinco momentos da lavagem das mãos e boa prática de higiene do ambiente (DGS, 2009). Contudo, apesar do doente se encontrar em isolamento, torna-se imperativo a lavagem com água e sabão das mãos antes de sair do quarto pois apenas a higiene das mãos com solução alcoólica não é considerada eficaz. Uma oportunidade de melhoria identificada e partilhada com a tutora foi a colocação de caixas no WC para papel das mãos, visto que até ao momento não existia. Esta sugestão foi bem aceite pela equipa e posteriormente foi apresentada à administração, mas até ao final do módulo ainda não tinha obtido resposta.

De acordo com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem delineados pela OE (2001), compete às instituições de saúde criar as estruturas necessárias para um exercício profissional de qualidade. A solução que encontrei para colmatar este problema foi o lavar as mãos com água e sabão no quarto do doente, no entanto só as secava na sala de enfermagem, sem tocar no ambiente do doente após a lavagem.

Outra preocupação para a melhoria contínua da qualidade prendia-se com o erro na identificação da medicação e do doente. Em relação ao SU e aos CP, verifiquei que existe um fosso entre as indicações emanadas pela DGS para a correta identificação da medicação e do doente e o que é realizado no serviço. Tendo por base Cassiani *et al* (2006), a principal causa de erro de medicação é a falta de atenção do profissional de saúde e a não implementação do sistema de unidose por parte da instituição.

No SU e nos CP uma oportunidade de melhoria que identifiquei foi a identificação inequívoca da medicação e dos doentes. No SU é colocada nos doentes uma pulseira identificativa no momento da triagem, porém quando o doente se dirige para a ala correspondente ao seu estado de saúde, torna-se mais complicado. Nestas áreas podem estar até 40 doentes e se o enfermeiro não for criterioso com a medicação, o erro pode surgir. Para conseguir colmatar este problema sempre que existia uma medicação prescrita no ALERT, após a sua preparação rotulava-a com uma etiqueta identificativa do doente e com o nome da medicação. Posteriormente chamava o doente para conseguir verificar quem era e antes de administrar a medicação confirmava a sua identificação (aos com capacidade de resposta), o nome completo e a data de nascimento, e só após procedia à

administração. Os doentes que não se encontravam com capacidade de resposta tornavam-se mais complicados, pois primariamente tinha de conseguir identificar onde estavam e posteriormente a identificação positiva era através da pulseira identificativa. Optei por partilhas com os enfermeiros com o intuito de mudar comportamentos. Incentivei a rotulagem da medicação para prevenir o erro, alteração esta que foi aceite por parte da equipa que, após conversas informais, verificou que era uma mais valia. Em relação à formação nesta área constatei que já se encontrava uma formação estipulada por alunos de licenciatura.

Nos CP existe o sistema de unidose que tem como finalidade conferir uma maior segurança a todo o sistema de administração de medicação, e permite uma redução substancial dos *stocks* farmacêuticos no serviço, havendo assim um maior controlo. No entanto, devido à elevada afluência de doentes e ao fato de apenas se encontrar um enfermeiro destacado para os CP, para que este conseguisse gerir o pouco tempo que tinha, procedia à rotulagem da medicação com o nome da mesma e o número da cama. Contudo, este tipo de situações eram esporádicas. Esta temática foi também alvo de reflexões informais com a equipa. Na minha prestação a identificação positiva do doente era realizada da mesma forma que referida no SU.

Outra oportunidade de melhoria que identifiquei foi o registo e armazenamento dos estupefacientes. Propus alterar o local e fechar à chave a referida medicação, ficando apenas o responsável de enfermagem em cada turno e o Enfermeiro dos CP com a chave do local. Desta forma limita-se o número de profissionais que têm acesso aos estupefacientes, ficando estes dois elementos com a responsabilidade de retirada e registo da mesma. Verifiquei no final do estágio que este acréscimo de responsabilidade fez com que esta intervenção funcionasse a 100%. Em relação ao armazenamento propriamente dito, para além da sugestão de ficar o local fechado à chave, também sugeri uma alteração estrutural, pois o que tinham não era prático. A medicação muitas das vezes estava em compartimentos que correspondia a outra. Visualizando a caixa onde se encontravam anteriormente os estupefacientes, não se identificava imediatamente o tipo de medicação e a contagem tornava-se difícil. Posto isto, para além de ser muito moroso a contagem, havia um risco acrescido de não ser efetuada de uma forma correta. O dispositivo que forneci e foi aceite, colmatou todos estes problemas, pois as gavetas são individualizadas, não correndo o risco da medicação estar trocada, tendo uma visão fácil dos estupefacientes e podendo desta forma se encontrar armazenada por ordem alfabética.

No que concerne à UCICT verifiquei que existe um protocolo no serviço para a correta identificação da medicação e do doente, e fiquei agradavelmente surpreendida pois apurei que o risco de erro na administração da medicação é mínimo, visto os enfermeiros rotularem a medicação com o nome do doente, com o nome da medicação e antes da sua administração pedirem a identificação positiva do doente tal como já referido. Verifiquei que as normas emanadas pela DGS para a identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde se encontravam bem definidas.

No decurso do meu estágio refleti sobre a prática dos meus cuidados no que diz respeito a estas problemáticas, cumpri e implementei sempre as medidas emanadas pela DGS no controlo de infeção e na prevenção da mesma, sendo um elemento ativo na implementação e cumprimento das normas, nomeadamente higiene das mãos, utilização de equipamento de proteção individual, o respeito pela etiqueta respiratória e as práticas seguras na preparação e administração de medicação, garantindo a qualidade dos cuidados prestados.

Como futura EE tenho o intuito de adquirir competências na área da investigação, por esse motivo, um dos meus objetivos neste domínio era demonstrar um nível aprofundado de conhecimento nesta área de especialização, mais concretamente relacionado com estratégias de *coping* utilizada pelos enfermeiros perante o processo de morte. Para o conseguir atingir, e após consentimento livre e informado dos enfermeiros dos três serviços onde estagiei, apliquei o questionário “O Enfermeiro perante a morte” sendo a coautora do mesmo a Mestre Bárbara Costa, tendo este sido adaptado para a realidade por onde passei e com o consentimento da autora para as devidas alterações. Este questionário, após consentimento livre e informado dos enfermeiros, foi respondido por cada participante fora do ambiente hospitalar. Encontra-se dividido em duas partes, sendo a primeira a caracterização sociodemográfica, onde constam elementos como a idade, género, anos de exercício profissional e local onde se encontram a exercer funções, entre outros. A segunda parte diz respeito às dificuldades, estratégias de *coping* e atitudes do enfermeiro perante o processo de morrer, assim como os apoios existentes na instituição onde trabalham.

Após a realização do trabalho intitulado “O Vivenciar da Morte” (Apêndice III) onde exponho um quadro teórico acerca desta temática, em autoria com a orientadora elaborei um artigo sobre as “Estratégias de *coping* utilizadas pelos Enfermeiros para lidar com o processo de morrer” (Apêndice IV). Trata-se de um estudo observacional, analítico,

transversal e com abordagem quantitativa, desenvolvido numa UCICT, em um SU e CP de dois hospitais da zona norte de Portugal. A população é composta por 113 enfermeiros, não estando incluídos os que se encontravam de férias ou afastados por licença de qualquer natureza, como a licença de maternidade/paternidade. Obtive uma amostra acidental de 77 enfermeiros que concordaram participar após terem dado o seu consentimento livre e informado, tendo o questionário sido preenchido no domicílio. A colheita de dados foi efetuada entre os meses de junho e dezembro de 2017.

A pertinência deste tema prende-se com o fato da morte ser um tema controverso entre os vários profissionais de saúde. Desde o tempo da Universidade que somos formatados para promover e salvar a vida, por isso, quando nos deparamos com a morte do nosso doente, esta apresenta-se como uma derrota e fracasso profissional. Contudo, a nova perspectiva que adquiri neste estágio veio colocar de lado a ideia pré-concebida que tinha.

Sendo a morte uma situação ameaçadora e associada a muita angústia e ansiedade, torna-se interessante compreender as experiências vivenciadas pelos enfermeiros. A realização deste artigo, surgiu devido a uma inquietude experienciada em contexto profissional no que concerne à vivência da morte por parte da equipa de Enfermagem, e que estratégias de *coping* os enfermeiros utilizam para gerir o stress a que estão sujeitos.

O cuidar de uma pessoa em sofrimento ou em processo de morrer não é algo automático, mas sim uma arte. O cuidar de alguém em fim de vida é algo extremamente exigente pois impõe ao enfermeiro conhecimentos técnicos e científicos, para além de competências no processo de cuidar. Trata-se de um desafio para todos os profissionais de saúde, em especial para os enfermeiros, pois são estes que passam 24 horas com o doente e a sua família. Esta situação faz com que os Enfermeiros tenham consciência da sua finitude, o que pode ser algo gerador de stress.

Como nos refere Twycroos (2003), são vários os fatores de stress no cuidado com o doente em fase terminal, nomeadamente a comunicação de más notícias, envolvimento em conflitos emocionais, adaptação ao insucesso da cura médica, exposição repetida à morte de pessoas, entre outros. Devido a este stress o Enfermeiro ao longo da sua profissão apresenta algumas dificuldades em lidar com a morte e o processo de morrer. Feytor (1991) identificou quatro dificuldades ou como ele definiu, quatro sensações perante o doente em fase terminal, nomeadamente: “A sensação de fracasso (ter-se-ia o doente salvo noutras condições? Será que a assistência foi a melhor? Será que tudo foi feito); a sensação

de espelho ou projeção (fá-lo imaginar-se a si próprio com uma situação idêntica, preferindo afastar-se para não enfrentar o problema); a sensação de pudor (fá-lo pensar que é bom deixar o doente só, uma vez que ele está a viver o momento mais importante da sua vida e não deve ser perturbado na sua relação com os valores, filosofias ou crenças que marcaram a sua vida); a sensação de mistério (fá-lo percorrer fantasias intelectuais sobre a morte, e sente o peso das contradições deixar o doente sozinho com o problema...).”

Tendo por base o estudo de Zhang *et al* (2010) as pessoas utilizam diferentes mecanismos de *coping*, sendo que o recurso a estes varia consoante a avaliação individual da situação e o stress que esta provoca em cada pessoa. Os autores referem a existência de diversos mecanismos de *coping* que estão relacionados com os elevados níveis de esperança, tais como o otimismo, a atitude de confrontação e a autoconfiança. No que concerne aos baixos níveis de esperança, estes estão relacionados com atitudes de fatalismo.

Na mesma linha de pensamento, segundo Garcia (2016) os enfermeiros utilizam estratégias de *coping* individuais e coletivas para lidar com o sofrimento e minimizar o desgaste psicológico, o tentar não se envolver com o doente; separação entre vida profissional e pessoal; e espiritualidade / religião como suporte. As estratégias coletivas incluíram: planeamento para antecipar eventos inesperados, apoio mútuo e trabalho em equipa e obtenção do reconhecimento da chefia. Vale ressaltar que o uso de estratégias de *coping* é essencial para obter um equilíbrio psíquico no trabalho e deve ser usado para que o bem-estar possa superar o sofrimento no trabalho.

Tendo em conta os estudos de Lazarus e Folkman (1984), existem dois tipos de estratégias de *coping*, as que se focam no problema e as que se focam na emoção. O objetivo do *coping* com destaque no problema é a confrontação do evento, ao passo que o *coping* focalizado na emoção visa regular ou eliminar o impacto emocional negativo. As estratégias de *coping* focalizadas na emoção geralmente desenvolvem-se quando já não se consegue alterar o evento e, usam-se estratégias como o distanciamento, a atenção excessiva, distração, minimização e o bom humor.

Os mecanismos de *coping* podem, segundo Lazarus e Folkman (1984), ser vistos em três níveis: os considerados **defesas corporais** (fisiológicas), usadas para atacar os agentes prejudiciais, os **processos psicológicos**, usados para enfrentar as situações que são

consideradas ameaçadoras e por fim as **formas institucionais** (sociais) usadas para proteger a unidade social ou o indivíduo.

Com a aplicação do questionário “O Enfermeiro perante a morte”, pretendo identificar as estratégias de *coping* utilizadas e as dificuldades sentidas e se estas vão de encontro ao que encontrei na pesquisa bibliográfica. Após o tratamento de dados decorrentes da análise do questionário, tendo por base IMB Statistical Package for the Social Sciences versão 24.0. deparei-me com vários resultados. No que concerne aos principais resultados, o falar da morte aos doentes que sofrem e que sabem que vão morrer (24,7%) e o lidar com o sofrimento físico e psicológico do doente (23,4%) corresponde às maiores dificuldades sentidas como enfermeiro que lida com doentes em fim de vida. A atitude mais utilizada pelo enfermeiro perante a morte de um doente é o “ficar em paz, pois sei que fiz tudo o que foi possível” com uma percentagem de 62,3%. Seguiu-se a atitude de “considerar a morte como algo inevitável” com 27,3%.

Quando questionados sobre as estratégias de *coping* para lidar com o processo de morrer os enfermeiros dividiram-se em três respostas. Com 26% no tempo livre esquecem a profissão e dedicam-se a atividades prazerosas junto de pessoas com quem possuem laços afetivos. Posteriormente ambas as respostas com 23,4% encontramos “pelo desempenho profissional posso fazer algo pelas pessoas nos momentos difíceis” e “desenvolvi uma filosofia de vida que me permite dar um sentido à vida, ao sofrimento e ao processo de morte”.

Verifiquei que existe correlação entre a idade dos enfermeiros e as estratégias de *coping* que utilizam para lidar com o processo de morrer com um  $p=0,012$ . 80% dos enfermeiros com idades entre os 20-25 anos desenvolvem uma filosofia de vida que permite dar um sentido à vida, ao sofrimento e ao processo de morte. Com idades entre os 26-30 anos cerca de 30,8% procuram apoio junto dos colegas de trabalho. 41,9% dos enfermeiros com idades entre 31-39 anos nos tempos livres esquecem facilmente a profissão, dedicando-se a atividades prazerosas. Por fim, entre os enfermeiros com mais de 40 anos, cerca de 32,1% desenvolvem uma filosofia de vida que permite dar um sentido à vida, ao sofrimento e ao processo de morte.

Em relação aos anos de exercício profissional no serviço e as estratégias de *coping* encontrei um  $p= 0,024$ . Dos enfermeiros que trabalham há menos de 1 ano, 25% utilizam o distanciamento emocional do doente em fase terminal e da família, outros 25% procuram

apoio junto dos colegas de trabalho e outros 25% dedicam-se a atividades prazerosas nos tempos livres esquecendo-se da atividade profissional. Relativamente aos enfermeiros entre 1-3 anos no serviço, a estratégia de *coping* mais utilizada com 33,3% é de desenvolver uma filosofia de vida que me permite dar um sentido à vida, ao sofrimento e ao processo de morte, sendo esta também utilizada por 33,3% dos enfermeiros com 4-6 anos de serviço. O procura apoio junto dos colegas de trabalho também é usada por 33,3% dos enfermeiros neste intervalo de tempo de serviço. Validei que 37% dos enfermeiros com 7-15 anos de exercício profissional no serviço dedicam-se a atividades prazerosas nos tempos livres esquecendo-se da atividade profissional e que outros 37% sentem que pelo desempenho profissional podem fazer algo pelas pessoas nos momentos difíceis. No que concerne aos enfermeiros com mais 16 anos de exercício no serviço, 33,3% refere que desenvolveu uma filosofia de vida que permite dar sentido à vida, ao sofrimento e à morte.

Também foi encontrada correlação entre os anos de exercício profissional e a maior dificuldade sentida como enfermeiro perante a morte de um doente tendo um  $p= 0,024$ . Apurei que para 50% dos enfermeiros que trabalham há menos de 1 anos as maiores dificuldades são o manter uma postura firme e não se envolver demasiado, enquanto que para os restantes 50% a maior dificuldade era o transpor as suas vivências para essa situação. No que concerne aos enfermeiros entre os 1-3 anos de serviço a esmagadora maioria, 71,4%, sente falta de tempo para prestar apoio à família. A mesma dificuldade sentiu 30,8% dos enfermeiros que trabalham entre 7-15 anos. Quando analisei as dificuldades dos enfermeiros com 4-6 anos de serviço, 50% tem dificuldade em lidar com a dor e angústia da família. Por fim, 26,5% dos enfermeiros com mais de 16 anos de exercício profissional, tem como principal dificuldade, permitir que a família permaneça o maior tempo possível junto do doente.

Para finalizar encontrei relação entre o serviço onde exercem funções e a maior dificuldade sentida como enfermeiro perante a morte de um doente com um  $p= 0,006$ . A falta de tempo para prestar apoio à família é a maior dificuldade sentida, quer por parte dos enfermeiros do SU (34,2%), quer pelos enfermeiros dos CP (33,3%). No entanto, a maior dificuldade sentida pelos enfermeiros da UCICT (36,7%), é lidar com a dor e angústia da família.

Com o aprofundamento dos conhecimentos neste domínio desenvolvi a competência de:

- Conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade;
- Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro;
- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica/crónica e paliativa;
- Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas e estratégicas institucionais.

### 2.3. Gestão de Cuidados

De acordo com o regulamento das competências comuns do EE (2010), o domínio da gestão de cuidados tem em vista otimizar as soluções de enfermagem, garantindo segurança e qualidade das tarefas. Para este domínio determinei como objetivos o **desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente crítico/crónico e paliativo e demonstrar capacidade para integrar conhecimentos sobre gestão de recursos humanos e materiais**. Para os conseguir atingir foi essencial o bom acolhimento por parte da equipa de enfermagem, em especial pelas tutoras, assim como pelo resto da equipa multidisciplinar. Em relação ao meu local de trabalho, o habitual é recorrer a protocolos, por isso tanto o SU como os CP foram realidades muito diferentes quando me deparei com serviços que não utilizam protocolos, exceto na sala de reanimação que se encontra tudo protocolado.

Em relação aos registos de enfermagem, estes são de extrema importância pois permitem garantir a gestão e a continuidade dos cuidados. No SU o programa utilizado é o ALERT e o SClinic, em relação à UCICT os registos de enfermagem são efetuados no SClinic e em registo de papel em folha própria de 24 horas, e no que concerne aos CP o programa utilizado é o sistema GlinttGlobalcare.

Relativamente a esta vertente não senti dificuldade visto utilizar o SClinic no meu local de trabalho e já ter trabalhado com o ALERT, e utilizar o sistema GlinttGlobalcare e as folhas de registo de 24 horas numa instituição particular, motivo pelo qual não sinto necessidade de expor de forma mais pormenorizada esta temática.

Em relação ao sistema informático da Triagem de Manchester englobado no ALERT, esse sim tive de me debruçar e estudar os fluxogramas de forma a atribuir corretamente o

grau de prioridade mais adequada à situação clínica exposta. Este setor constituiu um desafio ao longo do estágio, pois atribui uma responsabilidade sobre o enfermeiro, sendo ele o responsável pela triagem do doente. No decorrer do estágio apesar de não ter conseguido colmatar todas as dúvidas, pois não tive a oportunidade de lidar com todos os fluxogramas, senti que consegui triar corretamente todos os doentes, apesar da dificuldade que encontrei quando as queixas do doente eram muito inespecíficas. Sempre que necessário tinha o apoio da minha tutora e de enfermeiros mais experientes e com competências nesta área. Verifiquei que após a aplicação do fluxograma, muitos dos doentes, são triados com pulseira azul ou verde (não urgentes e pouco urgentes) e são encaminhados para a área de medicina geral e familiar. Ao analisarmos numa vertente de gestão de recursos humanos e materiais, verificamos um gasto excessivo e desnecessário de recursos. Esta alteração passa por ações de sensibilização da população à não ida ao SU a não ser em situações reais de urgência, quer através de informação por parte dos enfermeiros e médicos dos cuidados de saúde primários como por sensibilizações televisivas, como já acontece no caso da Saúde 24.

Posso referir que realizei os registos sempre de forma clara e objetiva de forma a contribuírem para uma continuidade dos cuidados e de forma a dar visibilidade aos cuidados de enfermagem e aos ganhos em saúde com as intervenções de Enfermagem. Como verificamos no artigo 104º do CDE (2015) o enfermeiro tem de registar com rigor as observações e intervenções realizadas a fim de assegurar a continuidade de cuidados. Por esse motivo tentei aplicar os conhecimentos adquiridos na minha formação pós-graduada e a capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, e efetuar registos de forma a adequar os meus cuidados, vendo sempre o doente como um todo e adaptando uma metodologia eficaz e a promoção de continuidade de cuidados.

Ao longo dos três módulos tive a oportunidade de ter um papel ativo na gestão dos serviços. Juntamente com as minhas tutoras houve a hipótese de gestão de conflitos e negociação com a equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar.

Tendo em conta o REPE (2017) torna-se fundamental orientar a gestão de cuidados de enfermagem, visto estes serem intervenções autónomas e interdependentes sempre com o objetivo de promover a saúde e a prevenção e tratamento da doença. Os enfermeiros têm uma atuação de complementaridade com outros profissionais de saúde. Este cariz também

se encontra patente no CDE (2015) no artigo 112º em que o enfermeiro assume o dever de trabalhar em articulação com os restantes profissionais de saúde.

Posto isto, desenvolvi uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao doente crítico/crónico e paliativo, consegui identificar e organizar a prestação dos meus cuidados, apliquei o processo de enfermagem com recurso às etapas aceites pela organização mundial de saúde (OMS), nomeadamente a colheita de dados, o diagnóstico de enfermagem, o planeamento das atividades, realização das intervenções a que me propus e por fim a avaliação das intervenções. Por vezes, devido à instabilidade do doente necessitei de o fazer mentalmente para responder eficazmente às necessidades do mesmo. Efetivei os meus registos da prática de cuidados, sempre com recurso à taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), identifiquei os cuidados que necessitavam de continuidade após transferência e transmiti aos colegas de forma clara e científica esses cuidados. Mostrei sempre disponibilidade para a aprendizagem de novos conhecimentos e sempre que apareciam diferentes atividades estava disponível para participar.

No início do estágio do SU pedi à minha tutora para realizar um turno no gabinete de gestão para ter uma ideia da dinâmica deste serviço, visto a área da gestão também ser uma competência do EE como consta no regulamento das competências comum do EE (2010), gere os cuidados otimizando a resposta de enfermagem e seus colaboradores. Em relação a esta função de gestão esta encontra-se enquadrada na categoria de Enfermeira Chefe nomeadamente no decreto-lei nº 248/2009 de 22 de setembro no artigo 18, funções e direções de chefia que nos refere que é necessário existir competências demonstradas no exercício de funções de coordenação e gestão de equipas, sendo necessário ter formação em gestão e administração de serviços de saúde.

As funções de Enfermeiro Chefe também se encontram patentes no Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de novembro em que está patente as competências para esta função nomeadamente em termos de gestão no artigo 8º no número 1 que refere que a este compete garantir a qualidade de cuidados da sua equipa, gestão de recursos humanos, materiais, investigação e divulgação científica entre outros. Para finalizar, também verificamos no Decreto-Lei nº 188/2003 de 20 de agosto informação a complementar o Decreto-Lei anterior que o Enfermeiro Chefe tem de ter competências a nível da liderança, supervisão dos cuidados e mais uma vez gestão de recursos humanos e materiais.

No SU, para além das duas enfermeiras destacadas para o gabinete de gestão, existe em todos os turnos um coordenador de equipa que tem como função coordenar a equipa em termos de gestão dos recursos humanos, alocando os enfermeiros aos sectores de acordo com as competências de cada um e resolvendo problemas que vão surgindo ao longo do turno. Este enfermeiro tem um telemóvel de serviço para estar sempre contactável para tirar dúvidas dos colegas e resolver questões mais complexas. A título de exemplo, num dos turnos que efetuei ocorreu uma falha do sistema de ALERT, e após 20 minutos de inatividade, o coordenador de equipa tomou a decisão de passar a triagem para suporte de papel. Como este processo era mais moroso foi criado na sala de reanimação um gabinete extra de triagem para conseguir diminuir o tempo de espera.

Relativamente à enfermeira que se encontra no gabinete de gestão, esta é responsável pela execução do horário e, de acordo com critérios pré-definidos em reunião de serviço, determina quem poderá ser desconvocado. Esta desconvocação é ponderada pelo coordenador de equipa tendo por base a afluência de doentes até ao momento, sendo a desconvocação de turno para turno. Esta é uma forma de conseguir fazer uma gestão mais efetiva dos recursos humanos, permitindo assim o pagamento de horas e colmatando o absentismo, não sobrecarregando a restante equipa.

No que concerne à gestão de materiais é efetuada pelo responsável de cada sector no turno da noite, um registo em folha de papel dos materiais que estão em falta, essa folha é posteriormente fornecida ao coordenador de equipa no turno da noite e no turno da manhã o coordenador fornece aos diferentes sectores os materiais em falta.

Durante o meu estágio na UCICT a Enfermeira Chefe esteve duas semanas de férias, por esse motivo a minha tutora ficou em alguns turnos a desempenhar a função de chefia, por ter competências e habilitações para esta função, por isso tive a oportunidade de realizar a gestão de recursos humanos e materiais. Ao longo deste módulo tive a oportunidade de desenvolver competências na área da gestão e supervisão, tendo uma postura sempre crítica e reflexiva. Realizei o horário do mês de novembro de 2017 e verifiquei que existem muitas condicionantes em termos legais para a aplicação dos turnos e que nem sempre é fácil devido ao número reduzido de recursos humanos. No que concerne ao horário tive a oportunidade de realizar a aceitação de trocas e verificar se todos os pressupostos se encontravam satisfeitos, nomeadamente, nunca ficar só elementos mais novos, e ficar sempre alguém no turno com competências específicas em termos de

cuidados e gestão. Tive a ocasião de ficar como elo de ligação entre o médico de serviço e a equipa de Enfermagem, decidindo a transferência dos doentes para outro serviço e os colegas que iriam receber o doente proveniente do BO de modo a não sobrecarregar nenhum elemento, tendo em conta a dependência de cada doente promovendo uma gestão de qualidade.

No que diz respeito à gestão de recursos materiais da UCICT, esta tarefa encontrava-se delegada no turno da manhã à Enfermeira Chefe e nos restantes turnos ao Chefe de Equipa. Esta gestão poderia ir desde um pedido de medicação à farmácia até à reparação de material importante como monitores de sinais vitais. Efetuei pedidos à farmácia, pedidos de reparação de material e tentei com outros serviços colmatar faltas de material na UCICT, tendo assim uma prestação de elemento fulcral na equipa de enfermagem. Verifiquei que o elemento que se encontra como Chefe de Equipa tem funções específicas, nomeadamente em relação ao carro de emergência, visto que em todos os turnos se verifica se foi ou não aberto, se repõe o material em falta e o carro de urgência se encontra apto para qualquer emergência.

Em relação aos CP verifiquei que a minha tutora encontra-se neste momento responsável pelos CP estando a acumular a prestação de cuidados com funções de gestão, por ter competências e habilitações para esta função, por isso tive a oportunidade de realizar a gestão de recursos humanos e materiais. Tive a ocasião de ficar como elo de ligação entre o médico de CP e a equipa de Enfermagem, decidindo em reunião com a médica qual o plano para cada doente, assim como a comunicação que deveria ser feita com doente e família, tendo em conta a individualidade de cada doente e família promovendo uma gestão de qualidade.

No que concerne à gestão de recursos materiais nos CP, esta tarefa encontrava-se delegada no enfermeiro que se encontra a realizar o turno, sendo esta gestão em termos de medicação ou materiais. Em termos de reparação de materiais esta ficava delegada para o enfermeiro chefe.

Verifiquei que a minha tutora como se encontrava com funções de responsável pelos CP tinha funções específicas, nomeadamente em relação à reunião de grupo. Esta reunião era composta pelo diretor de serviço, médica de CP, nutricionista, psicóloga, psiquiatra e enfermagem, e era realizada todas as quintas-feiras de tarde. A minha tutora, e posteriormente eu, ficávamos incumbidas de expor como os doentes se encontravam, desde

a tolerância à alimentação até à terapêutica analgésica, nomeadamente o número de SOS que necessitavam, se o doente ou família necessitavam de apoio psicológico, o padrão de sono, entre outros. Senti que estas reuniões de grupo são de extrema importância, pois para além de todos termos uma ideia geral do doente e dos seus familiares, toda a equipa falava a mesma língua, não havendo discrepâncias no discurso, havendo assim uma orientação e integração de toda a equipa no plano.

No decorrer destas atividades apliquei conhecimentos teórico-práticos na prestação de cuidados ao doente, considerei as alternativas possíveis de ação e avaliei as consequências de cada uma antes de decidir, e planeei e implementei a solução.

Ao longo deste estágio consegui, então, desenvolver as seguintes competências:

- Utilizar metodologia facilitadora da aprendizagem, em contexto de trabalho na área da minha especialização;
- Gestão de recursos humanos e materiais;
- Gerir cuidados, e otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão;
- Orientar e supervisionar as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.

## 2.4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

No que concerne ao domínio do desenvolvimento de aprendizagens profissionais, de acordo com o regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, é um enfermeiro que demonstra a capacidade de autoconhecimento e que reconhece que interfere na instituição de relações terapêuticas e multiprofissionais.

Como objetivos para este domínio destaco o:

**Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o doente e a família;**

**Manter de forma contínua e autónoma, o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional;**

**Demonstrar capacidade de agir perante situações imprevistas e complexas.**

No decorrer do meu estágio consegui aplicar os conhecimentos adquiridos na minha formação pós-graduada e demonstrei capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, nomeadamente na prestação de cuidados a doentes críticos/crónicos e paliativos. Por ter quase 10 anos de experiência profissional e, mais importante, por ter conhecimentos científicos, fruto das pesquisas efetuadas, senti-me à vontade para mostrar iniciativa em cuidar de doentes em período de pós-operatório imediato, em fase agónica e na sala de reanimação, posicionando-me para a realização das intervenções necessárias. Para além disso foi muito gratificante sentir que os enfermeiros que se encontravam destacados para o doente depositaram em mim confiança e responsabilidade, para a minha atuação perante o doente e se sentirem seguros comigo.

Segundo o regulamento das competências comuns do EE, (2011) é o enfermeiro que tem um conhecimento aprofundado num domínio particular de enfermagem, com capacidade crítica e tomada de decisão, num conjunto de competências do enfermeiro especialista. Durante este estágio tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem altamente diferenciados, tendo tido a ocasião de lidar com situações novas e mesmo assim tendo respondido atempadamente, tendo sempre por base os conhecimentos científicos e a pesquisa bibliografia.

No SU os doentes apresentam uma variedade de queixas e, por conseguinte, uma diversidade de patologias. Sendo a triagem a porta de entrada do SU, torna-se fulcral que o enfermeiro que lá se encontra tenha competências para avaliar as queixas do doente e aplicar o fluxograma que melhor se adequa. No decorrer do módulo confirmei que triar os doentes é uma tarefa complicada. Muitas vezes os doentes apresentam queixas inespecíficas, sendo muito complicado aplicar os fluxogramas existentes. A triagem no SU tem como objetivo priorizar os doentes consoante a sua gravidade clínica e assegurar que estes sejam observados por ordem dessa necessidade e não por ordem de chegada. O protocolo de Triagem de Manchester foi implementado em 1994 de forma a estabelecer um consenso entre médicos e enfermeiros. Baseia-se na identificação de critérios de gravidade e não no diagnóstico, de forma a facilitar a gestão tanto de doentes como do serviço. Para esta gestão acontecer é atribuído a cada doente uma determinada prioridade conforme o grau de gravidade. Temos assim uma escala de gravidade crescente por cores, branco, azul, verde, amarelo, laranja e vermelho. No caso de triar um doente que o fluxograma identifique como emergente (cor vermelho) este é encaminhado para a sala de emergência,

sendo ativada de imediato a equipa de emergência através de um sinal sonoro (ronca), que é identificado por todos os profissionais que se encontram destacados para esta sala.

Descrevendo um caso emergente, tive um doente onde foi ativada a Via Verde Coronária (VVC), o doente foi imediatamente levado para a sala de emergência onde foi monitorizado e verificou-se logo no traçado eletrocardiográfico um supra desnivelamento do segmento ST. Procedi a todas as intervenções de enfermagem protocoladas para esta via verde. Após contacto com cardiologia, e como os sintomas tinham começado há três horas atrás, foi logo encaminhado para a sala de hemodinâmica para realização de cateterismo cardíaco. Este processo foi muito rápido e permitiu que o doente fosse submetido a angioplastia primária com *stent* e que recuperasse do seu Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM).

Segundo Ferreira (2013) as doenças cardiovasculares, como o EAM e os Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC), constituem a principal causa de morte em Portugal. Visto ser uma doença com elevada mortalidade, tornou-se fundamental uma abordagem rápida. Por esse motivo foi criada em 2007 a VVC, e desde a sua implementação verificou-se uma redução de 30% das vítimas por EAM.

Tendo em conta as atuais *guidelines* da *European Society of Cardiology* (2017) para o tratamento do EAM, estas recomendam que o intervalo entre a chegada do doente ao SU e o momento da angioplastia seja inferior a 90 minutos. Verifica-se que quando é ativada a VVC existe uma taxa de sucesso de cerca de 98% dos doentes em que é detetada o EAM, e realizam angioplastia primária nas primeiras 6 horas após início dos sintomas.

Ainda no âmbito do SU, apurei que existe um grande número de doentes que dão entrada após tentativa de suicídio. A maioria deste tipo de doentes a que prestei cuidados eram doentes do sexo feminino com idades entre os 16 e os 30 anos, com tentativa de suicídio por intoxicação medicamentosa, sendo a maioria com a utilização de paracetamol e ansiolíticos. Como esta era uma realidade por mim desconhecida fui pesquisar a nível da literatura se estes dados correspondem aos encontrados. Segundo a OMS (2013) o suicídio corresponde a cerca de metade das mortes violentas registadas, verificando-se em Portugal um aumento significativo de suicídios desde o ano 2000.

Rios *et al* (2005) analisaram que os psicofármacos e os analgésicos são responsáveis por mais de 60% de todos os casos de tentativas de suicídio e cerca de 80% deles ocorreu no sexo feminino com idades compreendidas entre os 21 e os 30 anos de idade. Ferreira

(2007) avaliou as intoxicações medicamentosas em Portugal sendo as benzodiazepinas e os analgésicos responsáveis por 70,3% de intoxicação medicamentosa, contudo não identifica a população alvo.

Verifiquei que os estudos supracitados vão de encontro ao encontrado no SU. A minha intervenção imediata após a identificação de tentativa de suicídio por via medicamentosa, foi tentar saber com o doente, caso este ainda se encontre consciente, a medicação que ingeriu ou então indagar os familiares. Posteriormente procedia à introdução de Sonda Nasogástrica (SNG) para realizar lavagem gástrica com solução salina e posteriormente introduzir uma solução à base de prata, tendo por base o consentimento presumível. Após o doente se encontrar livre de perigo, tentei estabelecer com o mesmo uma relação de confiança e empatia, tentei transmitir uma sensação de respeito e ausência de julgamento para conseguir perceber o motivo que o levou a tomar aquela decisão. Todos os doentes que davam entrada no SU eram posteriormente encaminhados para profissionais da área da saúde mental.

No que diz respeito às patologias cardíacas encontradas na UCICT, estas não eram novidade para mim, o que me permitiu debruçar a minha pesquisa mais sobre o doente no período pós-operatório imediato, assim como aprofundar os conhecimentos nos cuidados necessários nesta fase. Senti a necessidade de delinear novos objetivos, de entre os quais destaco o realizar e promover o desmame ventilatório de acordo com uma avaliação crítica do estado hemodinâmico, drenagem torácica e função renal; realizar e promover o desmame aminérgico de acordo com os mesmos parâmetros; avaliar criticamente a necessidade de terapêutica de substituição da função renal e por fim realizar a terapêutica de substituição da função renal tendo em conta o estado clínico do doente. Tinha traçado inicialmente mais dois objetivos, no entanto não tive a oportunidade de os alcançar visto não se encontrar nenhum doente que necessitassem dessas intervenções, nomeadamente, acompanhar esternotomias de emergência e implementar/adequar assistência circulatória mecânica ao estado clínico do doente.

No início do estágio na UCICT a minha tutora traçou um plano que consistia, para além da prestação de cuidados de enfermagem de uma forma especializada, conseguir ir ao BO assistir a uma cirurgia cardíaca, para assim ver o tratamento cirúrgico e posteriormente ver o tratamento não cirúrgico/percutâneo de uma estenose aórtica com a implementação de válvula aórtica transcater (TAVI). A equipa médica e de enfermagem do BO foram

excepcionais, tendo conseguido ver os passos todos desde a indução anestésica do doente até ao momento da sua chegada à UCICT. Foi interessante pois tive a oportunidade de participar na indução anestésica do doente, conseguindo dessa forma ver o papel do enfermeiro anestesista. Posteriormente foi-me dado a oportunidade de assistir à cirurgia onde fiquei do lado do cirurgião ajudante e em frente ao enfermeiro instrumentista, podendo assim visualizar a cirurgia do princípio ao fim e esclarecer dúvidas com os cirurgiões e com o instrumentista. Consegui comprovar a importância deste elemento ter conhecimento de todos os passos da cirurgia, para assim saber em que fase esta se encontra e conseguir antecipar o material que os cirurgiões vão necessitar. O papel do enfermeiro circulante também é extremamente importante pois, para além de ir registando os tempos e passos da cirurgia, tinha de estar atento à mesa cirúrgica para conseguir saber que material era necessário para assim o disponibilizar atempadamente.

Algo que me marcou foi o fato de ter tido a possibilidade de poder tocar num coração a bater e verificar anatomicamente a localização dos seus componentes. Como a cirurgia foi efetuada com circulação extracorporeal (CEC), tive a oportunidade de assistir ao coração a ficar drenado e a entrar em assistolia. Foi deveras importante para a minha atuação enquanto especialista na UCICT, pois permitiu-me identificar o local correto da implantação dos fios provisórios de pacemaker, a localização dos drenos e, no caso de haver uma esternotomia de emergência, já ter conhecimento prático da forma como se deve cortar os arames de esterno.

Em relação à implementação de TAVI, esta intervenção só se realiza quando os doentes são considerados de elevado risco cirúrgico. Consiste na implantação de uma prótese valvular aórtica sobre a válvula nativa do doente através de um acesso percutâneo arterial femoral. Foi uma experiência gratificante assistir ao procedimento e às intervenções dos enfermeiros no decorrer desta intervenção e verificar que, após a implantação da TAVI, houve uma diminuição da sintomatologia.

Em termos de cuidados específicos a doentes da UCICT deparei-me com a monitorização invasiva (monitorização da PVC e das pressões arteriais invasivas), ventilação mecânica invasiva e não invasiva, monitorização eletrocardiográfica, terapêutica de substituição da função renal, drenagens torácicas, entre outras.

No que concerne ao cateter arterial (CA) do doente crítico é a forma de monitorizar continuamente a pressão invasiva arterial, oferecendo um acesso rápido para a colheita de

sangue para a gasometria arterial de forma a observar como se encontram os gases e os eletrólitos para poder atuar atempadamente. Na UCICT existem protocolos para a manutenção do CA, recorrem à utilização de uma solução salina (cloreto de sódio 0,9%), para fazer o *flush* do mesmo. Após a análise de alguns estudos verifiquei que existe um certo consenso em relação há utilização da solução salina *versus* heparina. Cortilho *et al* (2008) referem que o uso de solução heparinizada para a manutenção do cateter arterial não se justifica, pois não aumenta a duração nem a funcionalidade dos CA. Tendo em conta Whitta *et al* (2006) não existem diferenças entre um fluxo contínuo de solução heparinizada e solução salina normal. Já Robertson-Malt *et al* (2014) referem que não existe evidência científica que mostre vantagens no uso da heparina, no entanto refere que a evidência disponível é de fraca qualidade devido ao risco de *viés*, tendo observado algumas desvantagens na utilização de heparina, nomeadamente maiores riscos em termos de hemorragia e hipersensibilidade e o fato de ao usar a heparina tornar-se mais dispendioso.

No que concerne à ventilação mecânica, esta era uma área que me suscitava grande interesse. A ventilação segundo International Council of Nurses (ICN) (2013) é o processo do Sistema Respiratório de deslocar o ar para dentro e para fora dos pulmões com frequência e ritmo determinados, assim como a força inspiratória e expiratória. A ventilação mecânica invasiva (VMI) é caracterizada por uma pressão positiva que é aplicada às vias aéreas do doente através do tubo orotraqueal ou da traqueostomia. Esta pressão positiva vai obrigar a entrada de ar para os pulmões. Analisando o estudo de Esteban *et al* (2013) observamos que 35% dos doentes em UCI em algum momento encontram-se com VMI. Apesar de a VMI diminuir o trabalho respiratório e melhorar as trocas gasosas traz como grande desvantagem a possibilidade de desenvolvimento de pneumonia associada a ventilação invasiva (PAVI). Posto isto torna-se fundamental iniciar o desmame ventilatório o mais precocemente possível. Tendo por base a DGS no documento “feixe de intervenções de prevenção de pneumonia associada à intubação” (2017) verificamos uma serie de intervenções a serem realizadas para prevenir esta infeção, sendo a avaliação diária do desmame ventilatório e/ou extubação uma delas.

Algo que me fez refletir neste documento da DGS (2017) foi o fato de haver indicação para manter a cabeceira a 30%, posto isto e como queria saber o motivo resolvi efetuar pesquisa bibliográfica para chegar a uma conclusão. Verifiquei que existem *guidelines* que recomendam que os doentes aquando da entubação, permaneçam no leito em decúbito

dorsal com a cabeceira elevada 30°- 45°, pois esta posição promove uma diminuição de refluxo gastroesofágico, limitando a colonização da orofaringe e a aspiração pulmonar das secreções gástricas (DGS, 2017).

Como referi anteriormente, tracei como objetivos realizar e promover o desmame ventilatório de acordo com uma avaliação crítica do estado hemodinâmico, drenagem torácica e função renal. Apesar de ser uma UCI verifiquei que a grande maioria dos doentes da UCICT não se encontram ventilados, no entanto tive a oportunidade de em todos os turnos que realizei ter pelo menos um doente com suporte ventilatório mecânico, ficando eu responsável pelos seus cuidados. Ao longo do estágio, através da pesquisa bibliográfica e de conversas informais com a tutora, adquiri competências a nível da interpretação da resposta ventilatória do doente, e sempre que esta não se encontrava dentro dos parâmetros normais, procurava solucionar o problema. A escolha da modalidade ventilatória, apesar de ser um ato médico, na UCICT esta intervenção também se encontra delegada aos enfermeiros. Por esta razão tive a oportunidade de realizar a escolha da modalidade ventilatória para o doente em questão. Acompanhei também a evolução ventilatória do doente, promovendo e realizando o desmame ventilatório que finaliza com a extubação. Para a realização deste desmame ventilatório foi importante adquirir competência em termos de interpretação dos parâmetros hemodinâmicos, mas também dos valores da gasometria arterial.

Na UCICT os doentes podem encontrar-se com perfusões de amins. Como a minha prática diária não contempla este tipo de terapêutica, foi necessário um estudo bibliográfico neste sentido. No que concerne ao realizar e promover o desmame aminérgico de acordo com uma avaliação crítica do estado hemodinâmico, drenagem torácica e função renal foram objetivos que também consegui atingir.

Para finalizar, tive a oportunidade de avaliar criticamente a necessidade de terapêutica de substituição da função renal e por fim, realizar a terapêutica de substituição da função renal tendo em conta o estado clínico do doente. Foi descrito por Coelho (2011) que a incidência de Lesão Renal Aguda (LRA) em contexto de CI é cerca de 35%. Posto isto torna-se importante atuar rapidamente e conseguir determinar o melhor tratamento para o doente em questão. Analisando o estudo em doentes de UCI de 23 países, ocorreu uma elevada mortalidade em doentes com LRA (60%) durante o internamento hospitalar. Também em termos de custos financeiros foram superiores em doentes que desenvolveram

LRA. Segundo Chertow (2005) os doentes com LRA tinham em média um tempo de internamento mais longo em cerca de 3 a 5 dias.

Ao longo do meu estágio tive doentes com LRA e, por conseguinte, com necessidade de realizar terapêutica de substituição da função renal. Na UCICT dão prioridade à diálise sustentada de baixa eficiência (Slow Low Efficiency Dialysis - SLED) e Hemofiltração Venovenosa Contínua, pois são os tratamentos que se destinam a doentes com maior risco de instabilidade hemodinâmica. No que concerne ao SLED tem como característica principal o fato de ser uma diálise muito suave sendo a velocidade do dialisante e da bomba de sangue de 100 ml/min, e tem como principal vantagem ser económica em materiais (usa os mesmos da hemodiálise para crónicos) e pessoal. Na realidade pode ser considerada um método contínuo pois a sua duração varia de 8 a 24 h / dia consoante a situação clínica do doente. Em relação à hemofiltração venovenosa contínua é uma técnica de purificação do sangue, geralmente contínuo, por vezes mais de 24 horas, com base numa ultrafiltração (transporte convectivo) através de uma membrana de alta permeabilidade e sem o uso da solução de diálise.

No que respeita à UCICT, verifiquei que a tutora após avaliar a função renal através do débito urinário e da interpretação da gasometria, informa o médico da eventual necessidade de terapêutica de substituição de função renal, sendo depois o Nefrologista que avalia o doente e define a técnica dialítica adequada. No caso de SLED, são os Enfermeiros de Nefrologia que preparam o material e ficam responsáveis pelo mesmo. No que concerne à hemofiltração, os responsáveis são os enfermeiros da UCICT, o que me permitiu ter a oportunidade de montar o sistema de hemofiltro e, consoante os parâmetros hemodinâmicos e o estado clínico do doente, realizar a hemofiltração e determinar a quantidade de ultrafiltração por hora.

Uma das competências em que me debrucei ao longo dos três módulos foi a comunicação eficaz. Apesar de por vezes ser complicado, procurei sempre comunicar com o doente e família de forma assertiva, promovendo sentimentos de segurança e confiança, e estabelecendo uma relação empática e de ajuda.

Num mundo em que o desenvolvimento tecnológico acontece de uma forma exponencial em que é exigido que os profissionais de saúde estejam cada vez mais capacitados do ponto de vista tecnológico, a comunicação é deixada para segundo plano. No entanto, a comunicação é um instrumento básico do cuidado de enfermagem. Todas as

intervenções realizadas no doente carecem de comunicação, quer seja para orientar, informar ou confortar. Como instrumento, a comunicação é uma das ferramentas que o enfermeiro utiliza para a realização de intervenções necessárias à atividade profissional. É pela comunicação que as pessoas podem expressar o que são, relacionar-se e satisfazer as suas necessidades básicas. Segundo Silva (2006) a comunicação terapêutica com o doente em CI é a capacidade de um profissional ajudar os doentes ou familiares a enfrentarem os seus problemas. Em CI existem diversas condições específicas que requerem uma maior sensibilidade e persistência, com recurso a estratégias eficazes na comunicação com o doente. A presença de um tubo orotraqueal para suporte ventilatório mecânico, bem como a aplicação de terapêutica sedativa e indutora de coma, implicam que o enfermeiro procure alternativas de comunicação, como o toque terapêutico, a presença, ou quando a situação o permite, utilizar outras técnicas como o pestanejar os olhos para sim e para não, ou quando possível um papel e caneta ou então quadro mágico.

No que concerne à literatura encontrada verifiquei que a utilização de linguagem escrita e linguagem gestual é a mais utilizada em CI. Os doentes ao não conseguirem comunicar experimentam sentimentos negativos como medo, ansiedade e impotência. Referindo que o fato dos profissionais comunicarem verbalmente tudo o que vão fazer traduz numa sensação de segurança (Rosário, 2009).

A comunicação eficaz foi uma competência na qual também me debrucei nos CP. Como o doente paliativo era algo novo para mim senti necessidade de delinear novos objetivos de entre os quais destaco, o gerir a comunicação com o doente e a família, o gerir de forma eficaz a terapêutica instituída após uma avaliação crítica do estado do doente. Procurei sempre comunicar com o doente e família de forma assertiva, promovendo sentimentos de segurança e confiança, e estabelecendo uma relação empática e de ajuda.

Gask (2000, citado por Querido, Salazar e Neto, 2010) considera que comunicar eficazmente no contexto de Cuidados Paliativos é extremamente importante e difícil, pois implica a utilização e desenvolvimento estratégias comunicacionais entre o profissional de saúde, o doente e a família. Essas estratégias consistem em demonstrar empatia, ouvir, observar e sentir, o que auxilia o profissional a manter o controlo da entrevista.

Tendo em conta Gonçalves (2007), os doentes evidenciaram que é importante o profissional de saúde transmitir informação, mas mais importante é a forma como essa informação é transmitida. A comunicação é um aspeto extremamente importante em

cuidados paliativos, uma vez que pode auxiliar um desfecho tranquilo para o doente. A comunicação não é meramente uma transmissão de informação, mas sim um processo complexo, tendo por base os valores individuais, a cultura, as experiências, os interesses e expectativas de cada um.

Para conseguir atingir os objetivos relacionados com a comunicação eficaz foi necessário ao longo do estágio criar empatia com o doente e a sua família, tentei sempre que os doentes se sentissem apoiados, compreendidos e esclarecidos para desta forma conseguir verificar os medos do doente e sua família, o que o doente sabia do seu estado e o que queria saber, quais os desejos do doente, como pretende participar no processo de tomada de decisão, minimizar a angústia, minimizar a dor, etc. Verifiquei várias vezes que a comunicação não-verbal era extremamente importante, pois em várias situações a comunicação verbal não correspondia à expressão facial, à postura e movimentos do doente. Nestas situações tive de fazer um esforço extra para conseguir criar uma relação empática com o doente para assim conseguir compreender o que o inquietava e o conseguir ajudar.

Relativamente à comunicação de más notícias, ao longo do estágio verifiquei que esta é uma realidade no quotidiano dos enfermeiros, constituindo uma das áreas mais difíceis que envolve muitos sentimentos e emoções. Esta comunicação requer sempre um ambiente de confiança e uma preparação prévia, de forma a permitir ao doente e seus familiares expressar as suas emoções. A notícia deve ser sempre fornecida de forma clara, sem duplos significados e gradativa, o enfermeiro deve sempre responder de forma honesta e adequada (Pereira, 2008). As más notícias diferem de pessoa para pessoa pois cada um reage de forma única.

A transmissão de más notícias por vezes subjuga a família e a informação pode destabilizar a forma como a família se comporta e relaciona perante o doente, principalmente quando o diagnóstico incide sobre uma doença incurável, progressiva e muitas vezes avançada, nestes casos a família fica exausta e perdida (Coelho, 2012).

A forma como se comunica ao doente e à família, diagnósticos e tratamentos tem uma influência significativa no modo como estes vão reagir.

Com o intuito de minimizar o impacto das más notícias Buckman (1992) elaborou o protocolo SPIKES (*A Six-Step Protocol for Delivering Bad News*), tendo inicialmente o intuito de ser aplicado a doentes portadores de cancro. Este protocolo quando aplicado

adequadamente é de grande utilidade. Cada letra do SPIKES corresponde a uma etapa do protocolo: S – *Setting*, postura do profissional; P – *Perception*, percepção do doente; I – *Invitation*, troca de informação; K – *Knowledge*, conhecimento; E – *Emotions*, Emoções; S – *Strategy and summary*, estratégias e resumo.

Analisando o protocolo, a primeira etapa diz respeito à escolha de um local privado, sem interrupções de terceiros. Na segunda etapa tenta-se perceber o que a pessoa já sabe e na terceira é entender o que a pessoa quer saber. A quarta etapa é dar a notícia, a informação sem duplos sentidos e interpretação clara. Na quinta etapa responde-se às emoções e perguntas da pessoa, sendo que o receber más notícias pode traduzir-se em sentimentos de raiva e medo, sendo importante demonstrar apoio e compreensão, mantendo um discurso simples e honesto. Para finalizar a sexta etapa consiste em propor um plano de acompanhamento.

Quando este protocolo é aplicado adequadamente, torna-se uma ferramenta de grande utilidade tanto para o doente e para a família que recebe a notícia como para o profissional embora qualquer má notícia tem um impacto negativo sendo um acontecimento gerador de sentimentos.

No que concerne à comunicação de más notícias no SU, a morte é um dos momentos mais complicados de gerir. No decorrer do meu módulo em SU vivenciei apenas um momento em que o doente entrou em Paragem Cardiorrespiratória (PCR) na sala de emergência e apesar dos esforços não foi possível a sua reanimação. Como me encontrava como elemento externo ao serviço, foi o médico e o enfermeiro que se encontravam comigo que procederam a providenciar as más notícias. Chamaram os familiares à sala de reanimação e com um tom calmo, explicaram que a situação era muito complicada, que fizeram tudo o que estava ao seu alcance, mas que o familiar não resistiu e acabou por falecer. Perguntaram se o familiar queria ver o doente e após a resposta positiva abriram a cortina, que até então se encontrava fechada, e possibilitaram aos familiares estarem por momentos com o familiar morto.

Após este acontecimento refleti sobre algumas questões. No SU não há uma sala para proporcionar um ambiente privado para a transmissão de más notícias. Esta foi transmitida na sala de emergência e, se por algum motivo tivéssemos naquele momento outra emergência, teríamos de “expulsar” aqueles familiares que já se encontravam a passar por uma situação delicada. As más notícias devem ser sempre dadas em locais privados, sem

interrupções de terceiros. Por último, e devido à escassez de recursos humanos, os profissionais estiveram pouco tempo a apoiar os familiares naquele momento difícil.

Ao longo do estágio tive sempre atenção de avaliar o que o doente sabia do seu diagnóstico e situação, verificar o que ele queria saber, e proporcionei na medida do possível um ambiente adequado e respondi sempre com a verdade a todas as questões que me eram colocadas, ou então direcionava para a pessoa mais competente. Desta forma consegui criar uma relação empática com a família e o doente, ficando a minha relação profissional/doente/família fortalecida.

No módulo dos CP uma das experiências que me marcou de forma positiva foi a conferência familiar. Esta é importante para clarificar os objetivos do internamento, explorar as opções terapêuticas, desmistificar dilemas referentes à nutrição, hidratação e medicação. Segundo a APCP (2014), a conferência familiar é um instrumento de intervenção estruturada na família, utilizada com o intuito de resolver situações mais complexas. Segundo Neto (2003), verifica-se que existem várias necessidades inerentes à família, nomeadamente informação honesta, respeito pelas suas crenças valores culturais e espirituais, disponibilidade e apoio emocional e possibilidade no auxílio de cuidados ao doente em ambiente de intimidade. Relativamente à conferência familiar, é de extrema importância para a resolução de situações mais complexas, no entanto esta só poderá ser bem-sucedida se o profissional de saúde conseguir oferecer segurança, confiança e orientação à família. É um momento de partilha de informação e de sentimentos de forma a ajudar a alterar padrões de interação na família (Feiteira 2017).

Ao longo da pesquisa bibliográfica apurei que nem todas as famílias necessitam de conferências familiares, contudo existem três situações que se repetem em vários estudos como indicação para a conferência familiar: no caso de agravamento súbito do estado clínico do doente, conflitos intrafamiliares e conflitos entre a família e a equipa de cuidados.

Relativamente à conferência familiar a que assisti nos CP, optou-se pela realização da mesma pois o estado clínico do doente deteriorou-se de forma drástica e verificamos que começava a haver conflitos familiares, pois a informação que dávamos a um filho chegava ligeiramente distorcida aos restantes. Nesta situação em concreto o gestor da conferência familiar foi a Enfermeira pois, para além de no momento da degradação do estado do doente já não se encontrar no serviço a médica, era a profissional de saúde que se

encontrava mais diretamente envolvida com a situação do doente e que tinha mais competências para responder à maior parte das necessidades detetadas. Como nos refere Neto (2003), um dos objetivos da conferência familiar é a promoção e adaptação emocional tanto do doente como da família à doença terminal. Nessa tarde, quando se encontravam todos os filhos com o doente, achamos que era altura ideal para a realização da referida conferência familiar. A Enfermeira chamou todos os filhos a uma sala com um ambiente privado e então explicou-se a situação clínica do doente, que este seria o último internamento e que o seu estado se estava a degradar rapidamente, podendo o pai vir a falecer no espaço de horas ou dias. Foram tiradas todas as dúvidas, fornecido apoio emocional e no final foi validado com todos a informação passada. Foi uma experiência muito positiva, pois verifiquei que quando os familiares entraram na sala, vinham assustados, sem saber ao certo o que iria acontecer. No final da conferência, apesar da tristeza pelo fim de vida do pai, encontravam-se aliviados, esclarecidos e tiveram tempo para se despedirem.

Outro aspeto importante dos CP diz respeito ao controlo de sintomas. Ao longo do módulo verifiquei que grande parte dos doentes não se demonstravam assustados com a morte, mas sim com a dor, com o mal-estar geral e com a alteração da imagem corporal. Os sintomas são fenómenos subjetivos vivenciados pelo doente e traduzem uma natureza multidimensional. O sintoma diferencia-se do sinal pois este último pode ser objetivado pelo observador.

O controlo de sintomas é um indício de prestação de cuidados de excelência. Para essa excelência ser possível é necessário uma boa avaliação e monitorização para assim efetuarmos intervenções adequadas. Para essa intervenção tive por base a *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS), também designada por Escala de *Edmonton* que se encontra adaptada à Língua Portuguesa. Esta escala surgiu como uma necessidade de avaliação dos sintomas dos doentes com cancro. No entanto, devido à sua utilidade é transversal para os doentes em fase terminal. Tem por base a avaliação de nove sintomas: dor, cansaço, náuseas, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar e falta de ar. Há também um ponto rotulado como "outro problema". A gravidade de cada sintoma é avaliada de 0 a 10 em escala numérica, sendo que zero significa que o sintoma está ausente e 10 é a pior gravidade possível (Neto, 2010).

A dor é muitas vezes percebida pelos profissionais de saúde como algo meramente biológico, no entanto é necessário considerar outros domínios para termos uma avaliação e tratamentos adequados (Souza, Costa e Coelho, 2012). Nos CP a dor total (física, psicológica, social e espiritual), assim como a qualidade de vida do doente paliativo é de extrema importância (Capelas, 2008). A avaliação correta dos sintomas é extremamente importante, contribuindo para o bem-estar e para a qualidade de vida do doente. Este princípio encontra-se patente na DGS (2013), ao afirmar no Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor que a avaliação e o controlo da dor devem ser encarados como uma prioridade na prestação de cuidados de saúde, assumindo a designação de 5º sinal vital.

Como nos refere Sapeta e Lopes (2007), o doente num processo de transição saúde/doença o que mais deseja é o alívio do sofrimento físico, emocional e espiritual, o controlo de sintomas e permanecer o mais próximo possível dos familiares, ou seja qualidade de vida.

No que diz respeito ao tratamento dos sintomas, Twycross (2003) refere que se deve corrigir o que pode ser corrigido e que também existem tratamentos não farmacológicos para o controlo da dor.

Relativamente à gestão de dor é de extrema importância o papel do enfermeiro e de toda a equipa de enfermagem, visto ser este o profissional que se encontra 24 horas ao lado dos doentes, podendo assim avaliar e acompanhar as alterações da dor e intervir de forma rápida. No entanto por vezes é complicado os enfermeiros reconhecerem a dimensão da dor nos doentes terminais com a sintomatologia descontrolada e com dificuldade em comunicar. Por esse motivo, torna-se fundamental a utilização de escalas adequadas. Rodrigues (2013) levou a cabo a validação da *Abbey Pain Scale* para a população portuguesa com doentes oncológicos em cuidados paliativos incapazes de comunicar. Esta escala permite identificar precocemente sinais de desconforto em doentes que não conseguem comunicar, tais como gemidos ou choro, a expressão facial tensa, doente que se encontra agitado ou em posição fetal, alterações comportamentais como a confusão ou a recusa alimentar, entre outros. No decorrer do meu estágio esta escala traduziu-se numa aliada, visto após a sua aplicação conseguir identificar a dor em doentes que não conseguiam comunicar e identificar precocemente sinais de desconforto.

Ao abordarmos a dor temos de falar na dor espiritual. Já no ano de 1859, Florence Nightingale referia que as necessidades do espírito são tão importantes como as necessidades físicas. No que concerne à espiritualidade esta é uma dimensão da dor que cada vez mais está a ser considerada nos CP. Tendo por base a *European Association of Palliative Care* (EAPC), a espiritualidade é vista como uma dimensão da vida, uma forma em que os doentes tendem a encontrar um significado e sentido para o que estão a vivenciar. A natureza religiosa e espiritual encontra-se muitas vezes de mãos dadas, sendo que a espiritualidade deve transcender a religiosidade. A dimensão da espiritualidade é um fator de bem-estar, conforto e esperança. Existe uma distinção entre espiritualidade e religiosidade, pois consideram a primeira mais primordial, mais pura, ao passo que a religião são forças culturais e socioeconómicas (ANCP, 2012).

Segundo Genaro (2003), é nos momentos de grande dor e sofrimento que pode haver uma busca maior pela espiritualidade. O contato com algo que não conseguimos ver pode ajudar a enfrentar a situação de dor e sofrimento. Observamos que quanto maior é o grau de paz e compreensão por parte do doente pelo que está a passar, melhor é a tolerância à dor, capacidade de para enfrentar a doença, o que resulta numa melhor qualidade de vida. Também Caldeira (2011), se debruçou sobre este tema expondo que é um conceito transversal inerente à condição humana, atribuindo o verdadeiro sentido da vida através da reflexão e da aprendizagem. Ao invés, a religião é meramente uma forma de tentar exprimir a espiritualidade.

Tendo em conta Capelas (2008) a nível espiritual, o sofrimento manifesta-se através da ausência de serenidade, de paz de espírito e do próprio sentido da vida. No entanto, determinou que o sofrimento espiritual parece ser menos intenso que o social.

Como o sofrimento espiritual tem de ser visto como uma necessidade humana básica, em Portugal desde 2009 já se encontra contemplado na lei (Lei 253/2009), a assistência espiritual e religiosa no sistema nacional de saúde. Esta lei garante o livre exercício de assistência a pessoas que por motivo de internamento, estejam impedidas de exercer o seu direito de liberdade religiosa.

Um dos casos que me marcou foi o da doente H. que era muito religiosa e sempre que o seu estado de saúde permitia gostava de assistir no hospital à missa. Como estávamos perto do Natal e visto que era muito provável ter de passar esta festa institucionalizada, questionei-a se gostaria de ter uma árvore de natal ou um presépio no seu quarto. Ao que

me respondeu que gostava muito de ter o presépio, mas não sabia se era contra as regras. Agilizei tudo com a filha e foi uma alegria para esta doente ter consigo o presépio nesta altura do ano. Tornando-se desta forma mais colaborante nos cuidados e mais comunicativa, sendo uma imagem como o presépio uma fonte de bem-estar.

De acordo com Peres *et al* (2007), 77% dos doentes inquiridos acreditam que os médicos devem considerar as suas crenças espirituais e que 66% gostaria que os profissionais de saúde lhe perguntassem sobre a sua espiritualidade.

Um dos sintomas que tive em consideração nos CP foi a xerostomia. Trata-se de uma sensação de boca seca, conseqüente ou não à diminuição da função das glândulas salivares, com alteração da quantidade e qualidade da saliva. Apesar de ser um sintoma que aparentemente não se valoriza muito, resolvi refletir sobre o mesmo, pois antes deste módulo não tinha noção da frequência e do seu incómodo nos doentes. A xerostomia, segundo Sapeta (2005), é um sintoma em CP que afeta 60% a 88% dos doentes.

A xerostomia é um dos sintomas que afetam a alimentação do doente paliativo, e é algo que dever ser tido em conta, uma vez que a alimentação em CP apresenta-se com vários significados. Segundo Pinho-Reis e Coelho (2014) temos o significado fisiológico/terapêutico, o social, o psicológico, o significado da recusa alimentar, da nutrição e hidratação artificiais e o significado das alterações físicas.

Visto a saliva desempenhar um papel importante na formação e deglutição do bolo alimentar, torna-se um fator importante na nutrição dos doentes. Para diminuir o risco de desnutrição é importante a dieta ser mole ou líquida, com preferência de alimentos cremosos e frios (Sapeta, 2005).

Tendo por base o artigo de Duval *et al* (2009), 84,6% dos doentes com caquexia apresentam xerostomia, sendo este o sintoma mais relatado. Devido à xerostomia os doentes adquirem halitose, dificuldade em falar e dor devido à secura o que promove o isolamento, o mal-estar e o desconforto e, por conseguinte, a qualidade de vida. No estudo de Feio e Sapeta (2005) a 70 doentes que referiram xerostomia, concluíram que 66% tinham dificuldade em falar e 55% em deglutir, contribuindo para um má-nutrição. Posto isto, torna-se fundamental os enfermeiros terem atenção a este sintoma, através da avaliação do estado da boca e das manifestações clínicas, assim como das queixas dos doentes.

Algo que constatei no decorrer do módulo em CP, e que vai de encontro ao estudo de Feio e Sapeta (2005), é a utilização de comprimidos para chupar de Vitamina C que são fornecidos aos doentes para estimular a produção de saliva. Algo que também utilizavam eram uns borrifadores com água ou chá de camomila, que utilizavam nos casos em que os doentes não tinham reflexo de deglutição ou em conjugação com os comprimidos. Tendo em conta Sassi e Machado (2009), doentes com mucosite leve e moderada podem fazer bochecho com hidróxido de alumínio, chá de camomila, chá de malva e aplicação de gelo local. Fávaro *et al* (2006) e Garcia *et al* (2016), apontam para estratégias como lascas de gelo, gargarejo com água gelada, substitutos da saliva libertados por dispositivos intrabucais, gel lubrificante e spray de mucina.

Ao rever a literatura verifiquei que a acupuntura tem sido também usada e com melhoria na secreção de saliva. Num estudo de Johnstone (2002), os doentes submetidos a radioterapia 70% referiram melhoria após tratamento de acupuntura. No entanto nos CP onde estagiei este método não é ainda utilizado.

No decorrer do estágio fui adquirindo competências a nível do controlo sintomático, através da implementação de intervenções nomeadamente a avaliação e identificação dos sintomas, planeamento e realização de medidas farmacológicas (ação interdependente) e não farmacológicas (ação autónoma), como massagens, crioterapia e aplicação de calor, monitorização das minhas intervenções e por fim a avaliação. Consegui demonstrar competências relacionais no que concerne ao apoio ao doente e à família.

Com o aprofundamento dos conhecimentos neste domínio desenvolvi a competência de:

- Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica;
- Basear praxis clínica em sólidos e válidos padrões de qualidade;
- Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade;
- Suportar a prática clínica na investigação e no conhecimento, na área de especialização;
- Manter de forma contínua e autónoma, o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional.

### 3. CONCLUSÃO

A Enfermagem defende uma perspectiva holística do cuidar desde a concepção até à morte. O doente, ao longo do seu ciclo vital, necessita de um cuidar adequado à sua circunstância, o que implica competências específicas a cada fase da sua etapa de vida. Neste âmbito, o Enfermeiro Especialista tem um papel predominante uma vez que é cada vez mais um profissional reflexivo, capaz de mobilizar um corpo de conhecimentos científicos, técnicos, tecnológicos e relacionais, baseados na evidência científica. Tem em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstra uma enorme capacidade de julgamento clínico e tomada de decisão, e tem competências que permitem complementar e coordenar programas de qualidade, com a finalidade de gerar ganhos em saúde.

Ao refletir sobre a experiência vivida e interligando-a com o crescimento pessoal, concluo que o estágio, pela sua especificidade e complementaridade, contribuiu de forma clara e objetiva para a consolidação da aprendizagem efetuada ao longo da prática profissional. Durante deste estágio desenvolvi uma prática reflexiva, o que me permitiu detetar necessidades que visaram uma melhoria dos cuidados por mim prestados, contribuindo para a excelência preconizada pelos sistemas da qualidade. Consegui mobilizar conhecimentos e capacidades nos diferentes módulos e ainda desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais no cuidado tanto do doente crítico como no doente em fim de vida com necessidades paliativas.

A elaboração deste relatório para além de ser uma forma de avaliação, permitiu-me ilustrar o desenvolvimento de competências científicas, profissionais, sociais, relacionais e éticas, tendo em conta os domínios de atuação do EE, nomeadamente a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e por fim o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Esta experiência contribuiu para a aquisição de novas competências, permitindo melhorar a minha prestação de forma a atuar como EE. Ao longo deste estágio prestei cuidados à pessoa adulta em situação de doença crítica, crónica incapacitante e terminal,

revelei responsabilidade e capacidade de reação perante situações novas e complexas, executando as intervenções de enfermagem tendo em conta uma perspetiva de especialista, gerindo os sinais e sintomas e comunicando atempadamente possíveis complicações.

Um contributo para o SU foi o trabalho sobre as drenagens torácicas, trabalho este que veio colmatar um défice em termos de formação nesta área, permitindo uniformizar os cuidados de enfermagem na manipulação do mesmo, com o objetivo de esclarecer dúvidas em relação ao procedimento e aos cuidados a ter, de forma a promover uma drenagem torácica eficaz.

Um contributo para os CP foi a alteração do armazenamento e registo dos estupefacientes, possibilitando um controlo mais apertado de uma medicação tão específica, permitindo assim uma gestão mais eficaz desta medicação e promovendo assim a responsabilidade no manuseamento desta medicação.

Um contributo transversal aos três módulos de estágio está relacionado com a realização de um trabalho intitulado “O Vivenciar da Morte”, em que exponho a pesquisa bibliográfica realizada tendo por base a morte através dos tempos, o cuidar em enfermagem, as estratégias de *coping* e as dificuldades sentidas pelos enfermeiros perante a morte. Optei por realizar um estudo para perceber as estratégias de *coping* utilizadas, assim como se existia correlação com os dados sociodemográficos, tendo para isso procedido à aplicação do questionário “O Enfermeiro perante a Morte”. Este foi aplicado à equipa de enfermagem nos três módulos após consentimento livre e informado, tendo sido preenchido pelos participantes fora do contexto de trabalho. O tratamento dos dados do questionário foi efetuado de forma anónima.

No que concerne aos principais resultados, o falar da morte aos doentes que sofrem e que sabem que vão morrer, e o lidar com o sofrimento físico e psicológico do doente corresponde às maiores dificuldades sentidas como enfermeiro que lida com doentes em fim de vida. A atitude mais utilizada pelo enfermeiro perante a morte de um doente é o ficar em paz, pois sabe que fez tudo o que foi possível. Quando questionados sobre as estratégias de *coping* para lidar com o processo de morrer os enfermeiros dividiram-se em três respostas: no tempo livre esquecem a profissão e dedicam-se a atividades prazerosas junto de pessoas com quem possuem laços afetivos; “pelo desempenho profissional posso fazer algo pelas pessoas nos momentos difíceis”; e “desenvolvi uma filosofia de vida que me permite dar um sentido à vida, ao sofrimento e ao processo de morte”. Concluí que os

enfermeiros utilizam diferentes estratégias de *coping* para lidar com o processo de morrer de acordo com a sua idade. Também o tempo de exercício profissional no atual serviço interfere com as estratégias de *coping* utilizadas assim como, o tempo de exercício profissional interfere com as dificuldades sentidas pelos enfermeiros perante a morte de um doente. Por último concluo as dificuldades sentidas dos enfermeiros perante a morte de um doente diferem de acordo com o serviço onde exercem funções.

Apesar deste tema já ser falado há vários anos ainda se mantém perfeitamente atual, sendo de extrema importância e, por esse motivo, deveria ser alvo de formação em serviço para todos os enfermeiros que lidam com doentes, e que poderão em qualquer momento da sua vida falecer.

Posteriormente à elaboração do trabalho “O Vivenciar da Morte” procedi à elaboração de um artigo científico intitulado “Estratégias de *coping* utilizadas pelos enfermeiros para lidar com o processo de morrer”.

Ficou estipulado que posteriormente forneceria os resultados do questionário às equipas, assim como o artigo, para que esta temática possa ser alvo de uma formação, de modo a contribuir como uma ferramenta de consulta para promover a autonomia da equipa de enfermagem e conseqüente melhoria de cuidados. Este artigo foi enviado para uma revista científica, a Revista Cuidados Paliativos, tendo sido aceite para publicação. Desta forma pretendo contribuir não apenas para o meu percurso académico mas também para Enfermagem.

Para além do exposto anteriormente, ao longo dos três módulos procedi a partilhas com as equipas assim como forneci material de apoio sobre o controlo de infeção e a identificação inequívoca do doente e medicação e levantei questões que serão alvo de uma melhoria nos serviços.

Fazendo o balanço do estágio posso referir que os objetivos a que me propus foram alcançados, consegui expor as atividades realizadas efetuando uma reflexão crítica das mesmas e consegui adquirir várias competências referentes a Enfermeiro Especialista de Médico-Cirúrgica.

Como principais aprendizagens posso mencionar que a prática reflexiva que desenvolvi durante o estágio permitiu-me detetar oportunidades de melhoria nos serviços contribuindo para a excelência dos cuidados. Entre elas, o trabalho “drenagens torácicas”, o trabalho “O

Vivenciar da Morte” e o artigo “Estratégias de *coping* utilizadas pelos enfermeiros para lidar com o processo de morrer”.

Levo uma panóplia de informação e experiência referente à gestão de recursos humanos e materiais assim como, dos cuidados de enfermagem, que será uma mais valia no serviço onde exerço funções. É de salientar a importância do papel do enfermeiro especialista na supervisão, na coordenação e gestão de cuidados. Consegui adquirir competências comunicacionais quer com o doente como com a família.

Devo referir que esta etapa exigiu um esforço adicional para conciliar a atividade profissional, a vida pessoal e a atividade académica. A maior dificuldade que encontrei ao longo deste estágio foi o cansaço desencadeado pelo somatório da carga horária decorrente do exercício profissional e do estágio.

Em forma de conclusão, este percurso foi uma mais valia para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. Adquiri conhecimentos e competências que me permitirão realizar intervenções de Enfermagem mais criteriosas e especializadas no desempenho da minha atividade profissional.

Num futuro próximo pretendo continuar a dar visibilidade à Enfermagem como profissão e disciplina através da disseminação do conhecimento por meio da investigação, com a elaboração de artigos, participação em estudos e projetos no serviço onde me encontro a exercer funções.

#### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Academia Nacional de Cuidados Paliativos** - Manual de Cuidados Paliativos ANCP. [Online] 2012. [Consult. 14 dezembro 2017]. Disponível em: [http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/24326/4052575\\_345331.pdf#page=75](http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/24326/4052575_345331.pdf#page=75).
2. **Andrade, V.** - Prevenção da infeção associada a cuidados de saúde - Um olhar sobre o papel de Enfermagem. [Online] maio de 2013. [Consult. 14 outubro 2017]. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/14947>
3. **Andrés E., Frutos-Vivar, F., Muriel, A., Ferguson, N., Penuelas, O, Abaira, V., Raymonds, K., Rios, F., Nin, N., Apezteguía, C., Violi, D., Thille, A., Brochard, L., González, M., Villagomez, A., Hurtado, J., Davies, A., Du, B., Maggiore, S., Pelosi, P., Soto, L., Tomicic, V., D’Empaire, G., Matamis, D., Abroug, F., Moreno, R., Soares, M., Arabi, Y., Sandi, F., Jibaja, M., Amin, P., Koh, Y., Kuiper, M., Bulow, H., Zeggwagh, A. e Anzueto, A.** - Evolution of mortality over time in patients receiving mechanical ventilation. s.l. : Am J Respir Crit Care Med, 2013. 188(2):220–30.
4. **Araújo, M. e Silva, M.** - A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. [Online] 2007. [Consult. 16 dezembro 2017]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reensp/v41n4/17>.
5. **Assembleia da República** - Decreto-Lei nº 188/2003 de 20 de Agosto. Lisboa : Diário da República, 2003. Vols. I Série A - N. 191.
6. **Assembleia da República** - Decreto-Lei nº437/91 de 8 de Novembro. s.l. : Diário da República, 1991. Vols. I série-A - Nº 257.
7. **Assembleia da República** - Constituição da República Portuguesa. s.l. : Assembleia da República – Divisão de Edições, 2005. Vol. Sétima revisão constitucional. 978-972-556-646-6.

8. **Assembleia da República** - Decreto-Lei n.º248/2009 de 22 de Setembro. Lisboa : Diário da República, 2009. Vols. 1ª série - N.º184.
9. **Assembleia da República** - Decreto-Lei n.º253/2009 de 23 de Setembro. Lisboa : Diário da República, 2009. Vols. 1ª série - N.º185.
10. **Assembleia da República** - Direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde (SNS) - Lei n.º 33/2009. [Online] junho de 2009. [Consult. 20 dezembro 2017]. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/492408/details/maximized>.
11. **Assembleia da República** - Regime das Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV) - Testamento Vital - Lei n.º 25/2012, de 16 de Julho. [Online] junho de 2012. [Consult. 20 dezembro 2017]. Disponível em: [http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=1765&tabela=leis](http://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1765&tabela=leis).
12. **Assembleia do Colégio da Especialidades de Enfermagem Médico-Cirúrgica** - Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados de especialidade em enfermagem em pessoa em situação crítica. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2011.
13. **Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos – APCP** - As conferências familiares como estratégia de intervenção e apoio à família. s.l. : APCP, 2014.
14. **Baile, W., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. e Kudelka, A.** - SPIKES – Um Protocolo em Seis Etapas para Transmitir Más Notícias: Aplicação ao Paciente com Câncer. 2000. 5:302-311.
15. **Barroco, J.** - Pneumonia Associada à Ventilação - Mestrado Integrado em Medicina. Porto : Instituto de Ciências Abel Salazar - Universidade do Porto, 2016.
16. **Bartolomeu, S.** - Relatório da prática clínica - Conferências familiares em cuidados paliativos. [Online] julho de 2014. [Consult. 20 dezembro 2017]. Disponível em: [http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/2674/4/Sandra%20Bartolomeu\\_A.pdf](http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/2674/4/Sandra%20Bartolomeu_A.pdf).
17. **Bertachini, L. e Pessini, L.** - A importância da dimensão espiritual na prática dos cuidados paliativos. [Online] 2010. [Consult. 20 dezembro 2017]. Disponível em: <https://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/78/Art08.pdf>.
18. **Cabeças, R.** - Comunicação e Cuidados em Saúde Comunicar com o Doente Ventilado em Cuidados Intensivos. Lisboa : Universidade Aberta, 2009.

19. **Caldeira, S.** - A Espiritualidade no Cuidar: um Imperativo Ético. 1ª Edição. Coisas de Ler. Lisboa, 2011.
20. **Campos, S.** - Necessidades da Família em Cuidados. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto, 2014. Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem.
21. **Capelas, M.** - Dor Total nos doentes com metastização óssea. Cadernos de Saúde, 2008, Volume 1, Nº1, 9-24, 2008
22. **Carpenito, L.** - Uma Abordagem dos Diagnósticos de Enfermagem. Sinais Vitais, 1997.
23. **Cassiani, S., Teixeira, T., Optiz, S. e Linhares, J.** - O sistema de medicação nos hospitais e sua avaliação por um grupo de profissionais. [Online] 2005. [Consult. 14 dezembro 2017]. Disponível em: <http://www.redalyc.org/html/3610/361033282005/>.
24. **Centers for Disease Control and Prevention** - Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. [Online] Maio de 2014. [Consult. 6 Jan. 2018]. Disponível em: <https://www.cdc.gov/hai/pdfs/bsi-guidelines-2011.pdf>
25. **Chertow, G., Burdick, E., Honour, M., Bonventre, J. e Bates, D.** - Acute Kidney, Injury, Mortality, Length of Stay and Costs in Hospitalized Patients. s.l. : J Am Soc Nephrol, 2005. 16:2265-3370.
26. **Coelho, A.** - Qual a melhor abordagem terapeutica à lesão renal aguda na unidade de cuidados intensivos? s.l. : Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, E.P.E, 2011.
27. **Coelho, P., Souza, C., Braga, C. e Costa, T.** – Um cheiro de Amor. Congresso Nacional de Cuidados Paliativos. 2012
28. **Coimbra, F.** - Xerostomia. Etiologia e Tratamento. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial. Volume 50, Nº3, 2009.
29. **Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros** - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. s.l. : Ordem dos Enfermeiros, 2010.

30. **Cotilho, M., Grané, N., Llaboré, M. e Quintana S.** - Heparinized solution vs. saline solution in the maintenance of arterial catheters: a double blind randomized clinical trial. *Intensive Care Medicine*. Volume 34, Nº 2, 339-343, 2008. [Consult. 6 janeiro 2018]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/5906389\\_Heparinized\\_solution\\_vs\\_saline\\_solution\\_in\\_the\\_maintenance\\_of\\_arterial\\_catheters\\_A\\_double\\_blind\\_randomized\\_clinical\\_trial](https://www.researchgate.net/publication/5906389_Heparinized_solution_vs_saline_solution_in_the_maintenance_of_arterial_catheters_A_double_blind_randomized_clinical_trial)
31. **Dallé, J., Santos, R. e Silveira, D.** - Infecção relacionada a cateter venoso central após a implementação de um conjunto de medidas preventivas (bundle) em centro de terapia intensiva. [Online] março de 2012. [Consult. 29 outubro 2017]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/157902/000835245.pdf>.
32. **Definição de Medicina: Hemofiltração.** [Online] 2015. [Consult. 29 outubro 2017]. Disponível em: <http://wikbio.com/pt/dicion%C3%A1rio/defini%C3%A7%C3%o/hemofiltr%C3%A7%C3%A3o>.
33. **Deodato, S.** - Direito da Saúde. Coimbra : Edições Almedina, 2012. 978-972-40-4750-8.
34. **Direção Geral da Saúde** - A Dor como 5º Sinal Vital. Registo Sistemático da Intensidade da Dor. Circular Normativa Nº09/DGCG. Lisboa: Ministério da Saúde, 2003.
35. **Direção Geral da Saúde** - Cuidados Intensivos - Recomendações para o seu desenvolvimento. [Online] 2003. [Consult. 29 outubro 2017]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>.
36. **Direção Geral da Saúde** - Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde . Lisboa : s.n., 2015.
37. **Direção Geral de Saúde** - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. Norma nº 019/2015 de 15/12/2015 atualizada a 30/05/2017, 2017.

38. **Direção Geral de Saúde** - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central. Norma nº 022/2015 de 16/12/2015, 2015.
39. **Direção Geral de Saúde** - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico. Norma nº 020/2015 de 15/12/2015, 2015.
40. **Direção Geral de Saúde** - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação. Norma nº 021/2015 de 16/12/2015 atualizada a 30/05/2017, 2017.
41. **Direção Geral de Saúde** - Infecção por *Clostridium difficile*. Lisboa : Ministério da Saúde, 2009.
42. **Direção Geral de Saúde** - Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde . Lisboa : Ministério da Saúde, 2011.
43. **Direção Geral de Saúde** - Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. 2010.
44. **Direção Geral de Saúde** - Processo de Gestão de Medicação. Orientação nº 014/2015 de 17/12/2015, 2015.
45. **Direção Geral de Saúde** - Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Infecções Associadas a Cuidados de Saúde. [Online] 2016. [Consult. 29 outubro 2017]. Disponível em: <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?id=5514>.
46. **Duval, P., Vargas, B., Fripp, J., Arrieira, I., Lazzeri, B., Destri, K. e Assunção M.** - Caquexia em Pacientes Oncológicos Internados em um Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar. [Online] 2009. [Consult. 14 janeiro 2018]. Disponível em: [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_56/v02/pdf/05\\_artigo\\_caquexia\\_pacientes\\_internados\\_domiciliar.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v02/pdf/05_artigo_caquexia_pacientes_internados_domiciliar.pdf).
47. **Estados membros do Conselho da Europa** - Convenção para a Protecção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às Aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina. Oviedo: Assembleia da República, 2000.

48. **European Association for Palliative Care.** [Online] 2009. [Consult. 14 janeiro 2018]. Disponível em: <http://www.eapcnet.eu/>
49. **European Society of Cardiology** - Tratamento do enfarto Agudo do Miocárdio em doentes com elevação do Segmento ST. s.l. : European Heart Journal, 2017.
50. **Fávaro, A., Ferreira, T. e Martins, W.** - XEROSTOMIA: etiologia, diagnóstico e tratamento. Revisão. Clin. Pesq. Odontol., Curitiba, v.2 , n.4, p. 303-317, abr./jun. 2006.
51. **Feio, M. e Sapeta, P** - Xerostomia em cuidados paliativos. Acta Med Port 2005; 18: 459-466, 2005.
52. **Feiteira, B.** - As conferências familiares em cuidados paliativos: contributos para a prática clínica de enfermagem. (Dissertação de mestrado). [Online] junho de 2017. [Consult. 20 dezembro 2017]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/109838/2/239244.pdf>.
53. **Ferreira, A.** - Avaliação das intoxicações medicamentosas em Portugal. s.l. : Faculdade de Ciências da Saúde, 2007.
54. **Ferreira, J.** - Resíduos Sólidos e Lixo Hospitalar: Uma Discussão Ética. [Online] 1995. [Consult. 20 dezembro 2017]. Disponível em: <http://w.scielo.br/pdf/csp/v11n2/v11n2a14.pdf>.
55. **Ferreira, R.** - Enfarte do Miocárdio. Via verde para a vida. s.l. : Teste Saúde, 2013.
56. **Feytor, P.** - Entre a vida e a morte, a razão da esperança. s.l. : Revista Servir, 1991. Vol. 39.
57. **Folkman, S. e Lazarus, R.** - Stress, appraisal and *coping*. New York : Springer Publishing Company, 1984.
58. **Garcia, A., Fonseca, L. e Galvão, C.** - Estrategias para el alivio de la sed: revision integrativa integrativa da literatura. Rev. Bras. Enferm. vol.69 no.6 Brasília Nov./Dec. 2016.
59. **Gonçalves, C. Cláudia Galvão, C., Ferreira, S., Carvalho, A. e Carinha, P.** - Procedimento de distribuição de estupefacientes e psicotrópicos no Centro

- Hospitalar de São João E.P.E. - Actas do VIII Colóquio de Farmácia / Proceedings from 8th Pharmacy Academic Conference, 2012.
60. **Grupo Português de Triagem.** - Triagem no serviço de Urgência - Manual do Formando. Lisboa: Grupo Português de Triagem, 2010. 978-989-96652-0-0.
61. **International Council of Nurses.** - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. [Online] 2016. [Consult. 6 dezembro 2017]. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/projectos/Paginas/ClassificacaoInternacionalPraticaEnfermagem.aspx> .
62. **Johnstone, P., Niemtow, R. e Riffenburgh, R.** - Acupuncture for xerostomia: clinical update. *Cancer*. 2002 Feb 15;94(4):1151-6. DOI 10.1002/cncr.10348.
63. **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations** - Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais. [Online] 2011. [Consult. 6 dezembro 2017]. Disponível em: [joint%20comission%20Fourth\\_Edition\\_Hospital\\_Manual\\_Portuguese\\_Translation.pdf](http://www.jointcommission.org/Portals/0/2011%20Fourth%20Edition%20Hospital%20Manual%20Portuguese%20Translation.pdf).
64. **Kovács, M.** - Espiritualidade e psicologia – cuidados partilhados. [Online] junho de 2007. [Consult. 6 dezembro 2017]. Disponível em: [http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo\\_saude/53/12\\_Espiritualidade.pdf](http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/53/12_Espiritualidade.pdf).
65. **Marcelino, P.** - Manual de Ventilação Mecânica no Adulto: Abordagem ao doente crítico. 1ª Edição. Loures: Lusociência, 2008.
66. **Marques, N., Faria, R., Sousa, P., Mimoso, J., Brandão, V., Gomes, V. e Jesus, I.** - Impacto da via verde coronária e da angioplastia primária na redução da mortalidade associada ao enfarte com elevação do segmento ST anterior. A experiência algarvia. *Revista Portuguesa de Cardiologia*. Volume 31, Issue 10, October 2012, Pages 647-654.
67. **Mietto, C., Pinciroli, R., Patel, N. e Berra, L.** - Ventilator associated pneumonia: evolving definitions and preventive strategies. *s.l. : Respir Care*, 2013. 58(6):990–1007.
68. **Ministério da justiça** - Código Penal Português. Decreto-Lei n.º 400/82. Diário da República n.º 221/1982, 1º Suplemento, Série I de 1982-09-23.

69. **Ministério da Saúde** - Plano Nacional da Saúde (2011-2016). [Online] [Citação: ] <http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/>.
70. **Monat, A. e Lazarus, R.** - Stress and *Coping*: Some current issues and controversies. New York : New York: Columbia University Press, 1985
71. **Monteiro, F., Oliveira, M. e Vall, J.** - A importância dos cuidados paliativos na enfermagem. Rev Dor. São Paulo, 2010 jul-set;11(3):242-248.
72. **Moura, C.** - A inevitabilidade da morte e o cuidar em fim de vida: entre a filosofia e a bioética. Lisboa : Coisas de ler, 2011.
73. **Neto, I.** - Modelos de Controlo Sintomático. Em: Neto, I; Barbosa, A. Manual de Cuidados Paliativos. 2ªEd. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010.
74. **Neto, I.** - A conferencia familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos . Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar. 2003;19:68-74.
75. **Ordem dos Enfermeiros.** - Passagem de turno junto aos doentes, em enfermarias: parecer do Conselho Jurisdicional/20 – 2001.
76. **Ordem dos Enfermeiros** - Código Deontológico. Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2015.
77. **Ordem dos Enfermeiros** - Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. s.l. : Ordem dos Enfermeiros, 2014.
78. **Ordem dos Enfermeiros** - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa : Conselho de Enfermagem, 2001
79. **Ordem dos Enfermeiros** - Regulamento das Competencias Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2011.
80. **Pablo, S.** - Implantação Percutânea de Próteses Valvulares Aórticas: resultados de uma nova opção terapêutica na estenose aórtica com alto risco cirúrgico. Sociedade Portuguesa de Cardiologia, 2011.

81. **Pacheco, S.** - Final de Vida - VI Seminário do Conselho Jurisdicional . A morte no ciclo vital: perspectiva de enfermagem. s.l. : Odem dos Enfermeiros, 2006. 1646-2629.
82. **Pereira, M.** - Comunicação de más notícias e gestão de luto. s.l. : Formasau , 2008.
83. **Pinho-Reis, C. e Coelho, P.** - Significado da alimentação em cuidados paliativos. Revista Cuidados Paliativos. Volume 1, n.º2, 2014.
84. **Peres, M., Arantes, A., Lessa, P. e Caous, C.** - A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. Revista de Psiquiatria Clínica. 34, supl 1; 82-87, 2007.
85. **Pontes, A., Leitão, I. e Ramos, I.** - Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília 2008 maio-junho: 61(3): 312-8.
86. **Processo de Bolonha.** Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de março, alterado pelo Decreto-Lei nº 107/2008 de 25 de junho, pelo Decreto-Lei nº 230/2009 de 14 de setembro, pelo Decreto-Lei nº 115/2013 de 7 de agosto e pelo Decreto-lei nº 63/2016 de 13 de setembro. Diário da República, nº 176 – 1ª série. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>
87. **Programa de Prevenção e Controle de Infecções e Resistência Antimicrobianos – PPCIRA** - Prevenção da Transmissão de Enterobactérias Resistentes aos Carbapenemos em Hospitais de Cuidados de Agudos. Lisboa : Direção Geral de Saúde, 2017.
88. **Pupulim, J. e Okino, N.** - O cuidado de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: um questão ético-moral. Rev Latino-am Enfermagem 2002 maio-junho; 10(3):433-8.
89. **Querido, A., Salazar, H. e Neto, I.** - Comunicação. Em: Neto, I; Barbosa, A. Manual de Cuidados Paliativos. 2ª Edição. Lisboa. Núcleo de Cuidados Paliativos/ Centro de Bioética – Faculdade Medicina da Universidade de Lisboa, 2010.

90. **Rios, D., Bastos, F., Cunha, L. e Valadares, M.** - Tentativa de Suicídio com o uso de Medicamentos Registrados pelo CIT-GO nos anos de 2003 e 2004. Goias : Revista Eletrônica de Farmácia, 2005. Vol. 2. 1808-0804.
91. **Robertson-Malt, S. et al** - Heparin versus normal saline for patency of arterial lines. The Cochrane Library, 2014. DOI: 10.1002/14651858.CD007364.pub2.
92. **Sapeta, M. e Lopes, M.** - Cuidados em fim de vida: fatores que interferem no processo de interação enfermeiro - doente. Lisboa : Revista Referência, 2007. Vols. II Série - nº4.
93. **Saraiva, D.** - Atitude do Enfermeiro Perante a Morte - Investigação. s.l. : Nursing: Edição Portuguesa, 2009. Vol. 244. 0871-6196.
94. **Sassi, L. e Machado, R.** - Protocolo pré-radioterapia de cabeça e pescoço. Revista Brasileira de Cirurgia Cabeça Pescoço, v. 38, nº 3, p. 208 - 210, julho / agosto / setembro 2009.
95. **Serra, A.** - Um estudo sobre *coping*: o inventário de resolução de problemas. Coimbra : Congresso Nacional do Stress, 1988.
96. **Serviço Nacional de Saúde** - Testamento Vital. Um direito dos cidadãos. [Online] 2017. <https://servicos.minsaude.pt/utente/Info/SNS/RENTEV> .
97. **Silva, A., Oliveira, F. e Pereira, M.** - Infecção associada ao Cateter Venoso Central – Revisão da Literatura. Revista Referência II Série – nº 11 – Dezembro 2009; p. 125-134.
98. **Silva, J.** - Métodos Dialíticos Intermitentes em Cuidados Intensivos. [Online] 2000. Disponível em: <https://www.uninet.edu/cimc2000/cursos/cur3/Silva/Jsilva.html>.
99. **Silva, M.** - Comunicação tem remédio. A comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo : Loyola, 2006. Vol. 4ª Edição.
100. **Soares, N. e Clarice M.** - Privacidade dos pacientes – uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem. Acta Paul Enferm 2011;24(5):683-81. 014/.
101. **Sousa, D.** - Competências e Saberes em Enfermagem. [Online] Ordem dos Enfermeiros. [Consul. 6 outubro 2017]. Disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/Compet%C3%Aancias%20e%20saberes%20em%20enfermagem%20Dulce%20Sousa,%20Enfermeira%20Especialista.pdf>.

102. **Sousa, L.** - Controlo Volémico em Diálise: vivência numa unidade clínica - Relatório de Estágio Mestrado Integrado em Medicina. : s.n., 2012. Vol. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
103. **Souza, C., Costa, T. e Coelho, P.** - Dor em cuidados paliativos: conceito de dor total. Universidade Católica Portuguesa-Porto, 2012.
104. **Thompson, I., Kath, M. e Kenneth, B.** - Ética em Enfermagem. Loures : Lusociência, 2004. 9728383673.
105. **Tojal, A.** - Atitude do Enfermeiro Perante a Morte. Coimbra : Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2011.
106. **Twycross, R.** - Cuidados Paliativos. Lisboa : Climepsi Editores, 2003.
107. **Uchino, S.** - Acute renal failure in critically il patients: a multinational, multicenter study. s.l. : JAMA, 2005. 294:813-818.
108. **Whitta, R., Hall, K., Bennetts, T., Welman, L. e Rawlins, P.** - Comparison of normal or heparinised saline flushing on function of arterial lines. Critical Care and Resuscitation. Volume 8, Number 3, September 2006.
109. **Zhang, J., Gao, W., Wang, P. e Wu, Z.** Relationships among hope, coping style and social support for breast cancer patients. Chinese Medical Journal. 2010; 123(17):2331-2335.



# APÊNDICES



## APÊNDICE I – Apresentação Modulo I – Serviço de Urgência





**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
FACULDADE DE ENFERMAGEM  
LISBOA, PORTUGAL

**MODULO I**

**Serviço de Urgência – Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho E.P.E.**

Aluna: Vera Azevedo  
Sob orientação: Mestre Patrícia Coelho

## Sumário

- Caracterização do Serviço
- Atividades Desenvolvidas
- Competências adquiridas
- Contributos
- Bibliografia

### Caracterização do Serviço

- Serviço de Urgência (SU) do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho E.P.E. (CHVNG/E) entre o período de 2 de maio a 24 de junho de 2017.
- SU polivalente com valências altamente diferenciadas.
- O CHVNG/E, foi criado pelo decreto-lei n.º50-A-2007, de 28 de Fevereiro por fusão do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia e o Hospital de Nossa Senhora da Ajuda de Espinho, com natureza de Entidade Pública Empresarial.

### Caracterização do Serviço

- Recursos Humanos
  - 16 Enfermeiros (Enf.) no turno da manhã - 2ª a 6ª
  - 14 Enf. no turno de manhã – sábado, Domingo e feriados.
  - 12 Enf. no turno da tarde e no turno da noite

### Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

- Pobres Instalações físicas
  - Carta dos direitos do doente internado (2011) "não é tolerável, salvo por período curto nunca superior a 24 horas, a permanência de doentes em macas durante o internamento"
- Privacidade (carta dos direitos do doente internado, 2011 e Artigo 107º do CDE)
- Identificação do cliente (Artigo 106º do CDE)

### Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

- Objetivo atingido:
  - Tomar decisões fundamentadas atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais e éticas

## Melhoria Contínua da Qualidade

- Necessidades formativas encontradas:
  - Higiene das mãos
  - Uso correto de Luvas
  - Triagem de Lixos
  - Drenagens Torácicas



## Melhoria Contínua da Qualidade

- Cuidados a ter com Drenos Torácicos
  - Objetivos: Uniformizar os cuidados de enfermagem na manipulação do dreno torácico e Promover uma drenagem torácica eficaz.
- Protocolo de Introdução/Remoção de Dreno Torácico
  - Objetivo: Uniformizar os cuidados na introdução de dreno torácico



## Melhoria Contínua da Qualidade

- Síndrome Coronário Agudo
  - Teórica – Protocolo de atuação
  - Prática – Simulacro e utilização de Desfibrilhador



## Melhoria Contínua da Qualidade

- Aplicação do questionário "O Enfermeiro perante a Morte"
  - Identificar necessidades formativas
  - Qual a maior dificuldade perante a morte de um doente
  - Estratégias de Coping
  - Verificar se formação em cuidados paliativos traz mais ferramentas
  - Comparar Serviços



## Melhoria Contínua da Qualidade

- Objetivos atingidos:
  - Manter de forma contínua e autónoma, o processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional
  - Demonstrar um nível aprofundado de conhecimentos na área de especialização
  - Identificar necessidades formativas



## Gestão de Cuidados

- ALERT
  - Triagem de Manchester (Fluxogramas)
- SCLINICO (Internados)
  - Terapêutica
  - Alimentação





### Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

- Sala de Emergência – Assumi doentes ficando como R1
- Via Verde coronária
- Via Verde AVC
- Doentes críticos com necessidade de suporte ventilatório e monitorização invasiva



### Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

- Objetivos atingidos:
  - Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada
  - Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas



Fundo: 1000000 5 00

### Competências Adquiridas

- Conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade.
- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou doença crónica e paliativa.
- Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade.
- Cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou doença crónica e paliativa.



### Competências Adquiridas

- Basear praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento;
- Demonstrar uma tomada de decisão ética numa variedade de situações da prática especializada;
- Suporta a decisão em princípios, valores e normas deontológicas;
- Promover práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.



### Competências Adquiridas

- Criar e manter um ambiente terapêutico e seguro;
- Optimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.
- Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas e estratégias institucionais.



### Contributos

- Elaboração do Relatório
  - Atividades Desenvolvidas e Competências Adquiridas
  - Temática Morte/Luto
  - Questionário "O Enfermeiro perante a Morte"
  - Trabalho "Cuidados a ter com drenos torácicos"
  - Protocolo "Introdução de Dreno Torácico"



Fundo: 1000000 6 00

## Bibliografia

- **CHVNG/Espinho E.P.E.** Caracterização do CHVNG/Espinho E.P.E. [Online] 2007. [Citação: 20 de Maio de 2017]. <http://portal.divegva.nss-saude.pt/portal/page/portal/CHVNG/ava/C.H.V.N.G./Bib>.
- **Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.
- **Assembleia do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica.** Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Pessoa em Situação Crítica e Palliativa. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2011.
- **Conselho Directivo da Ordem dos Enfermeiros.** REGULAMENTO DAS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA. s.l.: Ordem dos Enfermeiros, 2010.
- **Grupo Português de Traqueia.** Traqueia no serviço de Urgência - Manual do Formando. Lisboa: Grupo Português de Traqueia, 2010. 978-959-98622-0-0.
- **Ordem dos Enfermeiros.** Código Deontológico. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2015.



## Bibliografia

- **Direção Geral da Saúde.** Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde. Lisboa: s.l., 2015.
- **Direção Geral de Saúde.** Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. 2010.
- **Miller, K. Scott et Sohn, Steven A.** Indications, Technique, Management and Complications. s.l.: Journal publications chest, 1987. Chest Tubes.
- **Chest Tube Management.** 2008.
- **Filosso, Pier Luigi et al. et.** Management of Chest Drains after Thoracic Resections. s.l.: Elsevier Inc, 2018. 1547-4127/17.
- **Mottar, Thomas F.** Thoracic Trauma: When and Where? s.l.: Elsevier Inc., 2016. Thorac Surg Clin, 1547-4127/17.
- **Federico venuto, et al.** Chest Tubes: Generalities. s.l.: Elsevier Inc, 2018. 1547-4127/17.





## APÊNDICE II – Trabalho “Cuidados a ter com Drenos Torácicos”





## **CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

# **CUIDADOS A TER COM DRENOS TORÁCICOS**

**Aluno: Vera Sofia da Silva Azevedo**

**Sob orientação de: Mestre Patrícia Coelho**

**Porto, junho de 2017**



## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO .....	93
2. DRENAGEM TORÁCICA.....	95
2.1. Cuidados a ter com Drenos Torácicos .....	97
3. PROCEDIMENTO – INTRODUÇÃO DE DRENO TORÁCICO.....	99
4. PROCEDIMENTO – REMOÇÃO DE DRENO TORÁCICO .....	101
5. CONCLUSÃO .....	103
6. BIBLIOGRAFIA.....	105



## 1. INTRODUÇÃO

Nos últimos dez anos a técnica de diagnóstico pulmonar tem vindo a desenvolver-se. Devido a uma necessidade crescente de procedimentos pulmonares invasivos a técnica de colocação de dreno torácico, que tradicionalmente era da responsabilidade do Cirurgião Torácico passou a ser também da responsabilidade do Pneumologista e Intensivistas.

Ocorreu um desenvolvimento também em termos de drenos torácicos, os atuais são de coloração clara, com flexibilidade para permitir uma melhor tolerância por parte do doente, mas rígidos o suficiente para não torcer ou obstruir com a drenagem. (Miller, et al., 1987)

O dreno torácico é geralmente utilizado para o tratamento de pneumotórax e/ou hemotórax ou derrame pleural.

Apesar de entre os médicos haver uma concordância em relação à técnica de colocação do dreno, no que diz respeito aos cuidados a ter com o mesmo, estes variam muito, tanto de instituição para instituição como de acordo com especialidade que executa o procedimento e muitas vezes varia de acordo com a experiência do enfermeiro que se encontra com o doente. (2009)

De forma a uniformizar os cuidados de enfermagem na manipulação do dreno torácico, optei por realizar este trabalho com o objetivo de esclarecer dúvidas em relação ao procedimento e aos cuidados a ter, de forma a promover uma drenagem torácica eficaz.

Este trabalho é pertinente visto ser uma área no SU que se encontra com um défice de informação e formação, e é importante no decorrer do curso, visto a formação ser uma das competências do enfermeiro especialista.

A metodologia utilizada será descritiva e reflexiva, com recurso sempre à pesquisa bibliográfica.

O trabalho divide-se em introdução, o corpo do trabalho em que explico em que consiste a drenagem torácica os cuidados a ter com dreno, o procedimento da introdução de dreno torácico e as conclusões a que cheguei.

## 2. DRENAGEM TORÁCICA

A drenagem torácica é um procedimento médico que visa manter ou restabelecer a pressão negativa normal no espaço pleural.

O espaço pleural é importante para manter o pulmão expandido e para permitir um bom deslizamento entre a pleura visceral (que envolve o pulmão) e a pleura parietal (que cobre a caixa torácica). Em circunstâncias normais o espaço pleural tem uma pressão negativa, sendo importante para a expansão pulmonar durante as inspirações. Quando este espaço é preenchido por ar ou líquido deixa de haver uma pressão negativa e há uma dificuldade na expansão pulmonar, isto pode acontecer em caso de doença, cirurgia ou trauma. (Filosso, et al., 2016)

Em relação ao trauma, e apesar de serem normalmente eventos graves, como um sangramento massivo ou ar causando uma alta pressão, a colocação de um dreno torácico para a realização de drenagem torácica é uma solução eficiente em cerca de 90% a 95%, segundo os estudos de Tamas F. Molnar. (Molnar, 2016)

O procedimento de introdução de dreno torácico é feito com anestesia local, através da introdução de uma estrutura tubular que é inserida no espaço pleural, a fim de remover ar (Pneumotórax), sangue (Hemotórax) e/ou líquido como derrame pleural que pode ser seroso (Exsudado), linfa (Quilotórax) ou pús (Empiema) que se encontre nesse espaço.

Esta estrutura tubular depois de colocada na cavidade pleural é conectada a um recipiente (frasco coletor), com um selo de água ou soro fisiológico, o que vai permitir um movimento unidirecional de ar e líquido da cavidade pleural para o recipiente. Desta forma o ar, fluidos ou sólidos presentes no espaço pleural conseguem ser drenados, evitando o colapso respiratório e assegurando a expansão pulmonar.

De acordo com a patologia e indicação médica pode haver necessidade de colocar o sistema em aspiração contínua, colocar em drenagem livre (subaquática) ou clampar. Em relação à aspiração aplicada, esta varia de -10 cmH<sub>2</sub>O a -40 cmH<sub>2</sub>O, tendo sempre atenção que estamos a usar uma aspiração de baixa pressão.

Uma dúvida com que nos deparamos muitas vezes é a utilização da válvula de Heimlich. Esta é uma válvula unidirecional, que permite a saída de ar de forma passiva pelo dreno torácico no caso de pneumotórax. Permite a saída de ar durante a expiração e evita a entrada de ar na cavidade torácica durante a inspiração. (Federico venuta, 2016)

Segundo estudos, a válvula de Heimlich tem indicação em casos de pneumotórax de pequeno volume e também para derrames de pequeno volume. A fim de resolver um pneumotórax ou um derrame de grande volume é necessário o dreno ficar em aspiração ativa. Estas válvulas também são utilizadas no caso de pneumotórax de longa duração sem indicação cirúrgica, permitindo assim ao doente tratamento em ambulatório. (Federico venuta, 2016)

Uma das vantagens da válvula de Heimlich em relação ao sistema de drenagem tradicional é a sua portabilidade, permitindo ao doente deambular, funcionando em qualquer posição. Uma das desvantagens é o risco de desenvolver empiema devido ao fato de ser necessário um tratamento mais prolongado para a resolução do pneumotórax em detrimento da aspiração ativa. (Apostolos Gogakos, 2015)

Infelizmente não existem estudos da eficácia da válvula de Heimlich conectada a um sistema de aspiração. Na literatura observa-se em alguns casos que é viável conectar a válvula a aspiração, no entanto existem outros que referem que válvula de Heimlich com aspiração está contraindicada. (Carlos Hernandez) Não se consegue chegar a um consenso em relação a este assunto uma vez que não se sabe até que ponto a aspiração é eficaz, ou se esta vai alterar a funcionalidade da válvula, visto o objetivo inicial da mesma seria para funcionar de forma passiva.

Quando a dúvida surge no transporte do doente, em drenos não borbulhantes deve-se clampar o mesmo para uma maior segurança, no caso de drenos borbulhantes a válvula de Heimlich é uma opção, tendo em conta o risco de o frasco tombar durante o transporte. Devemos ter sempre em mente que ainda não há estudos suficientes que corroborem a eficácia da válvula de Heimlich ligada a aspiração, o ideal é transportar o doente como se encontrava no internamento ou em aspiração ou com o sistema em subaquático.

## 2.1. Cuidados a ter com Drenos Torácicos

Existem alguns cuidados que todos os Enfermeiros devem ter atenção no manuseamento de drenos torácicos. De forma a uniformizar os cuidados de enfermagem opto por colocar por pontos os cuidados a ter para desta forma facilitar a sua consulta.

- Frasco coletor com selo de água ou soro fisiológico de nível 300 ml (Recomendação da Empresa)
- A vareta do frasco coletor deverá estar sempre 2cm abaixo do nível de selo de água. Uma vareta que esteja mergulhada mais que 2 cm aumenta da resistência no fluxo de drenagem.
- Manter o tubo de drenagem sem curvas, de modo a evitar coleção de líquido pleural no próprio tubo de drenagem.
- Verificar as conexões de todo o sistema coletor de modo a não permitir vazamentos de líquido ou entrada de ar.
- Não deixar virar ou tombar o frasco coletor.
- Nunca fechar o respiro da tampa do frasco coletor, apenas se poderá colocar uma fina compressa porosa – não colocar adesivos.
- Caso ocorra uma desconecção acidental do dreno ao sistema coletor de drenagem, o dreno deverá ser clampado de imediato no caso de drenos não borbulhantes e posteriormente conectar novamente a um sistema de drenagem íntegro. No caso de drenos com fuga (borbulhante), deve-se ocluir o orifício do dreno durante a inspiração e abrir na expiração e posteriormente conectado novamente a um sistema de drenagem íntegro.
- Não elevar o frasco coletor acima do nível da cintura, de modo a evitar o refluxo de líquido do frasco coletor para a cavidade torácica.
- Mungir o Dreno quando ocorrer obstrução por coágulos ou fibrina do sistema coletor de drenagem pleural, utilizando pinça (mungidor).
- Observar e comunicar imediatamente os sinais de respiração rápida e superficial, pressão no tórax, enfisema subcutâneo, sinais de hemorragia ativa (drenagem hemática superior a 200ml/hora)

- Quando ocorre presença de ENFISEMA SUBCUTÂNEO (entrada de ar nos tecidos subjacente da pele) após o doente ter um sistema de drenagem torácica, é necessário avaliar a existência de uma possível obstrução do dreno ou uma possível fuga de ar no sistema de drenagem ou pelo local de inserção do dreno.
- Usar pinça (clampe) para clampar o dreno, sempre que o frasco ou o doente seja movimentado (no caso de dreno não borbulhante)
- Nunca se deve clampar um dreno que esteja borbulhante (com fuga), visto que tal ação poderá provocar um pneumotórax hipertensivo ou enfisema de subcutâneo
- Quando ligado o sistema de drenagem a aspiração, a pressão da aspiração deverá ser aumentada gradualmente até ao valor desejado, de modo a evitar uma rápida reexpansão do pulmão ou uma rápida evacuação do conteúdo existente no espaço pleural de modo a evitar mal-estar, dor e/ou dispneia ou edema pulmonar por reexpansão súbita.
- Se a drenagem estiver borbulhante e houver necessidade de haver 2 frascos de drenagem (para evitar que haja contaminação do filtro do sistema), o frasco que estiver em contacto com o doente fica com a vareta levantada e o segundo frasco que se encontra ligado ao aspirador fica com a vareta mergulhada no selo de água.

### 3. PROCEDIMENTO – INTRODUÇÃO DE DRENO TORÁCICO

Com vista a uma uniformização de cuidados, opto por realizar um protocolo de procedimento de introdução de dreno torácico, tendo por base o protocolo utilizado no serviço de cirurgia Cardiorrespiratória do CHVNG/E, e revisão da literatura, assim como observação do material disponível no Serviço de Urgência.

Como já referido anteriormente a introdução de dreno torácico consiste num procedimento da introdução de um dreno no espaço pleural, tendo como objetivos: remover ar, líquido, fibrina, pus e/ou coágulos do espaço pleural. Manter ou restabelecer a pressão negativa no espaço pleural. Restaurar a função Cardiorrespiratória

#### **Descrição – Introdução Dreno Torácico**

1. Informar o cliente sobre o procedimento
2. Posicionar o cliente em decúbito lateral sobre o lado não afetado com o leito num ângulo de 30° a 45°
3. Material:
  - Campo estéril nº32
  - Campo com óculo
  - Luvas esterilizadas
  - Antisséptico cutâneo
  - Compressas esterilizadas
  - Anestésico local (lidocaína a 2%)
  - Agulhas (EV, IM e SC)
  - Seringa de 10ml
  - Lâmina de bisturi
  - Dreno torácico de calibre de acordo com indicação médica

- Sistema de drenagem com frasco coletor
- Clampes para drenos
- Sedas de sutura, consoante indicação médica (por norma seda 1,0 ou 2,0)
- Adesivo

#### 4. Procedimento

- Higienizar as mãos segundo os momentos indicados pelo GCL-PPCIRA
- Colocar EPI
- Colaborar com médico na execução do procedimento
- Frasco coletor deve ter cerca de 300cc de água ou soro fisiológico
- Após a introdução do dreno, realizar penso simples no local de inserção
- Manter posicionamento correto do dreno, evitando dobras que possam prejudicar a drenagem
- Confirmar a pressão exercida pelo aspirador (se aplicável)
- Em drenagem subaquática proteger a tubuladura que fica aberta para o ar ambiente com uma compressa porosa
- Colocar e garantir que o frasco de drenagem fica sempre abaixo do nível do tórax do cliente

#### 5. Vigiar e monitorizar a drenagem

6. Vigiar sinais de pressão no tórax, enfisema subcutâneo e hemorragia (drenagem hemática superior a 200ml/h)
7. Informar o médico em caso de intercorrências

## 4. PROCEDIMENTO – REMOÇÃO DE DRENO TORÁCICO

### Descrição – Introdução Dreno Torácico

1. Informar o cliente sobre o procedimento
2. Posicionar o cliente deitado de forma a expor toda a zona do tórax onde está introduzido o dreno torácico
3. Material:
  - Campo estéril nº32
  - Luvas esterilizadas
  - Antisséptico cutâneo
  - Compressas esterilizadas
  - Anestésico local (lidocaína a 2%)
  - Agulhas (EV, IM e SC)
  - Seringa de 10ml
  - Aspirador de baixa pressão com filtro, se necessário
  - Clampes para drenos
  - Sedas de sutura, consoante indicação médica (por norma seda 3,0)
  - Adesivo
4. Procedimento
  - Higienizar as mãos segundo os momentos indicados pelo GCL-PPCIRA
  - Colocar EPI
  - Colaborar com médico na execução do procedimento
  - Após remoção de dreno torácico, realizar penso compressivo
5. Avaliar ventilação do doente
6. Vigiar presença de enfisema subcutâneo

7. Informar o médico em caso de intercorrências
8. Providenciar Rx de controle

## 5. CONCLUSÃO

A elaboração deste trabalho servirá como elemento de consulta e de guia orientador, para os Enfermeiros do Serviço de Urgência do CHVNG/Espinho E.P.E.

O conhecimento sobre o procedimento da introdução de dreno torácico é muito importante, e é fundamental que toda a equipa de enfermagem saiba quais os cuidados a ter com o mesmo, para assim prestar cuidados de excelência. Por esse motivo é essencial esta uniformização de cuidados de Enfermagem.

Em relação à drenagem torácica, esta é utilizada para remove ar, líquido, fibrina, pus e/ou coágulos do espaço pleural e muitas vezes em contexto de urgência para restaurar a função cardiorrespiratória. A drenagem pode encontra-se em aspiração (-10 a -40 cmH<sub>2</sub>O), ou então em drenagem livre, consoante indicação médica.

Não esquecer da importância de verificar todas as conexões, para verificar que o sistema está a funcionar corretamente.

Como se verificou no desenvolvimento, não existem estudos da eficácia da válvula de Heimlich conectada a um sistema de aspiração. Na literatura observa-se que é uma opção, no entanto não se sabe até que ponto é eficaz, ou se a aspiração vai alterar a funcionalidade da válvula, visto que o seu propósito é funcionar de forma passiva.

A forma mais segura é ainda usar o dreno ligado diretamente ao frasco coletor, tendo sempre o cuidado para não virar. Neste aspeto entra o ensino ao doente dos cuidados a ter com o mesmo e responsabilizá-lo pela sua recuperação.



## 6. BIBLIOGRAFIA

1. **Gogakos, A. et al** - Heimlich Valve and Pneumothorax. 2015. Pneumothorax. 2305-5839.2015.03.25.
2. **Hernandez, C. et al** - Protocolo del Drenaje Torácico. s.l. : Hospital Donostia. Drenaje Toracico.
3. **Cipriano, F.** - Drainage of pleural Fluids. s.l. : Departamento de cirurgia e Anatomia da FMRP-USP, 2011. Fundamentos em Clinica Cirurgica.
4. **Venuta, F. et al** - Chest Tubes: Generalities. s.l. : Elsevier Inc, 2016. 1547-4127/17.
5. **Filosso, P. et al** - Management of Chest Drains after Thoracic Resections. s.l. : Elsevier Inc, 2016. 1547-4127/17.
6. **Kusahara, D.** - Boas Práticas - Dreno Toráx. [En ligne] 2011. <https://pt.slideshare.net/BrunoFerreiraBarreto/cuidados-de-enfermagem-ao-paciente-com-dreno-de-torax>. Chest Tube Management. 2009.
7. **Bertulaccini, L. et al** - Indwelling Pleura lCatheters a Clinical Option in Trapped Lung. s.l. : Elsevier Inc., 2016. 1547-4127/17.
8. **Miller, K. e Sahn, S.** -Indications, Technique, Management and Complications. s.l. : Journals publications chest, 1987. Chest Tubes.
9. **Molnar, T.** - Thoracic Trauma Which Chest Tube When and Were? s.l. : Elsevier Inc., 2016. Thorac Surg Clin. 1547-4127/17.
10. **Oliveira, M.** - Introdução e Remoção de Dreno Torácico. Vila Nova de Gaia : Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho E.P.E., 2015.
11. **Ribeiro, A.** - Drenagens Torácicas. s.l. : Nursing, 1999. Vol. n.139.



## APÊNDICE III – Trabalho “O Vivenciar da Morte”





O VIVENCIAR DA MORTE  
THE EXPERIENCING OF DEATH

Vera Sofia da Silva Azevedo

Porto – fevereiro de 2018





O VIVENCIAR DA MORTE  
THE EXPERIENCING OF DEATH

Por: Vera Sofia da Silva Azevedo

Sob a orientação de: Professora Doutora Patrícia Coelho

Porto – fevereiro de 2018



## Resumo

A morte é um acontecimento natural e inevitável, que se envolve ainda de muito mistério e desafia a onnipotência humana. Este trabalho tem como objetivo verificar as estratégias de *coping* dos enfermeiros perante a morte. Assim como verificar se os anos de exercício profissional, a idade, a formação académica e o serviço onde exercem funções interferem com as estratégias de *coping* utilizadas perante a morte, no contexto do exercício profissional.

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e com abordagem quantitativa, desenvolvido numa UCICT, SU e CP de dois hospitais da zona norte de Portugal, com aplicação de um questionário “O Enfermeiro perante a Morte”, entre os meses de junho e dezembro de 2017.

Verificamos que 49,4% dos inquiridos são enfermeiros do SU, 39% da UCICT e apenas 11,7% dos CP. A estratégia de *coping* mais utilizada, para 26%, é no tempo livre esquecer a profissão e dedicar-se a atividades prazerosas junto de pessoas com quem tem laços afetivos. Posteriormente encontramos relatos como “pelo desempenho profissional posso fazer algo pelas pessoas nos momentos difíceis” e “desenvolvi uma filosofia de vida que me permite dar um sentido à vida, ao sofrimento e ao processo de morte” com a mesma percentagem de 23,4%.

Constatamos que existe correlação entre a idade dos enfermeiros e as estratégias de *coping* que utilizam para lidar com o processo de morrer com um  $p=0,012$ . Em relação aos anos de exercício profissional no serviço e as estratégias de *coping* encontramos um  $p= 0,024$ . Também foi encontrada correlação entre os anos de exercício profissional e a maior dificuldade sentida como enfermeiro perante a morte de um doente tendo um  $p= 0,024$ . Para finalizar encontramos relação entre o serviço onde exercem funções e a maior dificuldade sentida como enfermeiro perante a morte de um doente com um  $p= 0,006$ .

**Palavras Chave:** Enfermeiros; *Coping*; Morte



## Abstract

Death is a natural and inevitable event, which is still very mysterious and defies human omnipotence. This work has as objective to verify the *coping* strategies of the nurses towards death. As well as, verify if the years of professional practice, age and academic training interfere with *coping* strategies used towards death, in the context of professional practice, by means of a questionnaire "the Nurse towards Death" between the months of June and December 2017.

This is a descriptive cross-sectional study with a quantitative approach developed in CTICU, ER and PC of two hospitals in the north of Portugal.

We found that 49.4% of the sample are nurses from the ER, 39% from the CTICU and only 11.7% from the PC. The most used *coping* strategy with 26% is in free time forgetting the profession and dedicating itself to pleasurable activities with people with whom it has affective ties. We also found "by professional performance I can do something for people in difficult times" and "I developed a philosophy of life that allows me to give a meaning to life, suffering and the process of death" with the same percentage of 23.4%.

We found that there is a correlation between the age of the nurses and the coping strategies they use to deal with the dying process with a  $p = 0.012$ . In relation to years of professional practice in the service and coping strategies we found a  $p = 0.024$ . It was also found a correlation between the years of professional exercise and the greatest difficulty felt as a nurse before the death of a patient having a  $p = 0.024$ . Finally, we find a relationship between the service where they perform functions and the greatest difficulty experienced as a nurse before the death of a patient with a  $p = 0.006$ .

**Keywords:** Nurses; *Coping*; Death



## **Lista de Abreviaturas/Siglas**

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

B-On – Biblioteca do Conhecimento Online

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CP – Cuidados Paliativos

H – Hipótese

ICN – International Council of Nursing

NLN – National League of Nursing

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNCP – Plano Nacional de Cuidados Paliativos

RECCAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SU – Serviço de Urgência

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCICT – Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiotorácica



## ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO .....	125
2. A MORTE E O PROCESSO DE MORRER .....	129
2.1. A Morte ao Longo dos Tempos .....	130
3. CUIDAR EM ENFERMAGEM.....	133
3.1. Os Enfermeiros no Processo de Morrer .....	135
3.2. Estratégias de Coping .....	137
3.3. Os Enfermeiros e o Luto .....	139
4. METODOLOGIA .....	143
4.1. Questão de Investigação e Hipóteses Apresentadas .....	143
5. RESULTADOS.....	145
5.1. Caracterização do Perfil Sociodemográfico.....	145
5.2. O Enfermeiro perante a morte.....	148
5.3. Confirmação das Hipóteses.....	151
6. DISCUSSÃO.....	157
7. CONCLUSÃO .....	161
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	165
APÊNDICES .....	175
APÊNDICE I – Questionário “O Enfermeiro perante a morte” .....	177
APÊNDICE II – Pedido de autorização de utilização e alterações do questionário “O Enfermeiro perante a morte” .....	187

APÊNDICE III – Autorização de utilização do questionário “O Enfermeiro perante a morte ..... 191

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Tipo de morte mais confrontada no último ano .....	148
Gráfico 2: Maior dificuldade sentida como Enfermeiro que lida com doentes em fim de vida. ....	148
Gráfico 3: Qual a atitude do enfermeiro perante a morte de um doente .....	149
Gráfico 4: Dificuldade sentida como enfermeiro perante a morte do doente.....	149
Gráfico 5: Estratégias de <i>coping</i> utilizadas pelos enfermeiros no processo de morte.....	150
Gráfico 6: Formação recente sobre o luto nos profissionais de saúde.....	151
Gráfico 7: Apoio psicológico na instituição perante a morte do doente como vivência diária .....	151
Gráfico 8: Correlação entre a idade dos enfermeiros e as estratégias de <i>coping</i> que utilizam para lidar com o processo de morrer .....	152
Gráfico 9: Correlação entre os anos de exercício profissional no serviço e as estratégias de <i>Coping</i> que utilizam para lidar com o processo de morrer.....	153
Gráfico 10: Correlação entre os anos de exercício profissional e a maior dificuldade sentida como enfermeiro perante a morte de um doente .....	154
Gráfico 11: Correlação entre serviço onde exercem funções e a maior dificuldade sentida como enfermeiro perante a morte de um doente .....	155



## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização Sociodemográfica da amostra .....	144
------------------------------------------------------------	-----



## 1. INTRODUÇÃO

Atualmente existe um envelhecimento da população portuguesa. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2013) a esperança média de vida aumentou sendo neste momento de 79,78 anos. Além disso também tivemos um aumento das doenças crónicas e prevê-se que esta percentagem continue a aumentar. Para além de existir um envelhecimento do ponto de vista individual, pois existe uma maior longevidade dos indivíduos devido ao aumento da esperança média de vida, existe um envelhecimento do ponto de vista demográfico pois assiste-se a um aumento da proporção das pessoas idosas na população total. Com este aumento da população idosa torna-se mandatário falar do fim de vida, da morte.

A morte, apesar de ser algo inevitável, continua a ser um grande mistério. Representa o acontecimento em que a vida termina, levando a várias reações emocionais quer para o doente que está prestes a morrer, quer para a sua família e para os profissionais de saúde que lhe prestam cuidados. A morte consiste assim num processo biológico mas com uma forte componente social, emocional e espiritual.

A morte hoje em dia é um acontecimento com o qual os profissionais de saúde se confrontam no seu dia-a-dia e, devido à natureza dos cuidados de Enfermagem, o enfermeiro torna-se no profissional de saúde que vivencia mais direta e imediatamente o processo de morte de alguém.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) a morte é um fenómeno pertencente ao “desenvolvimento físico, com as seguintes características específicas: cessação da vida, diminuição gradual ou súbita das funções orgânicas levando ao fim dos processos de manutenção da vida; a cessação da vida manifesta-se pela ausência dos batimentos cardíacos, da respiração e da atividade cerebral”.

Com o aparecimento de novas tecnologias houve um aumento da esperança de vida, e com isto houve um aumento de patologias crónicas e incapacitantes que até ao momento eram desconhecidas ou esporádicas, levando a que muitos profissionais de

saúde, nomeadamente os Enfermeiros, não estivessem preparados para responder às especificações dos clientes terminais e as suas famílias, assim como a morte e o processo de morrer.

Neste momento verificamos que o processo de morrer que antigamente era no domicílio, onde as pessoas estavam rodeadas da família e dos seus pertences, foi transferido para o contexto institucional, um ambiente estranho, muitas vezes hostil, e no qual a noite pode ser assustadora. A morte é um tema controverso muitas vezes evitado e incompreendido, despertando o medo, a ansiedade, a angústia e a revolta por aqueles que a vivenciam.

De acordo com INE (2016) em Portugal, no ano de 2014, ocorreram no país 105 219 óbitos, verificando-se uma diminuição de 1,6% na mortalidade relativamente ao ano anterior. Verificou-se que as mortes causadas por doenças representaram 93,2% do total de mortes, enquanto a proporção de mortes não naturais foi de 2,1%. De entre as mortes provocadas por doença, 60,4% das mortes naturais ocorreram em hospitais ou clínicas.

Segundo Saraiva (2009), apesar de já existirem grandes avanços tecnológicos os enfermeiros ainda sentem muitas dificuldades em lidar com a morte do seu doente, mesmo os cuidados ao doente moribundo é um grande desafio.

A morte sempre será sempre um tema controverso entre os vários profissionais de saúde, pois desde o tempo da faculdade somos formatados para promover e salvar a vida. Por isso, quando nos deparamos com a morte do nosso cliente esta apresenta-se como uma derrota e fracasso profissional. Sendo a morte uma situação ameaçadora e associada a muita angústia e ansiedade, torna-se interessante compreender as experiências vivenciadas pelos enfermeiros, neste caso no Serviço de Urgência (SU), Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiotorácica (UCICT) e Serviço de Cuidados Paliativos (CP) de dois hospitais da zona norte de Portugal. Por esse motivo a realização do presente trabalho surgiu devido a uma inquietude experienciada em contexto profissional, nomeadamente a vivência da morte por parte da equipa de Enfermagem, e que estratégias de *coping* os enfermeiros utilizam para gerir o stress a que estão sujeitos, uma vez que cada vez mais nos deparamos com a morte ao longo da nossa atividade profissional.

Verificamos que segundo a CIPE, *coping* “é um tipo de adaptação com características específicas: disposição para gerir o stress, que constitui um desafio aos recursos que o indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel auto protetores que

o defendam contra ameaças subjacentes que são apercebidas como ameaçadoras de uma autoestima positiva; acompanhado por um sentimento de controlo, diminuição do stress, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico”.

Enquanto Enfermeira há dez anos no serviço de Cirurgia Cardiorádica, a morte é algo com que não me sinto muito confortável, uma vez que é raro um doente morrer no serviço de internamento ou Intermédia. Quando a sua situação complica ou deteriora é rapidamente encaminhado para a UCICT pelo que só em casos muito esporádicos é que lido com a morte do doente e com os seus familiares.

Posto isto levantou-se a seguinte questão: Quais as estratégias de *coping* utilizadas pelos enfermeiros para lidar com o processo de morrer?

Neste sentido e perante a pergunta de partida traçou-se como objetivos do trabalho:

- Verificar com que tipo de morte os enfermeiros se confrontaram mais no último ano;
- Apurar a maior dificuldade sentida perante a morte;
- Compreender as estratégias de *coping* que os enfermeiros utilizam para lidar com o processo de morrer;
- Verificar se existe relação entre os dados sociodemográficos e as estratégias de *coping* utilizadas.

O trabalho encontra-se estruturado em sete capítulos. O primeiro capítulo diz respeito à introdução, o segundo capítulo faz uma alusão aos conceitos centrais do tema morte/processo de morrer. No terceiro capítulo explicito o cuidar de enfermagem no processo de morrer e no luto, estratégias de *coping* utilizadas pelos enfermeiros. No quarto capítulo é exposta a metodologia aplicada neste trabalho, assim como a questão de partida, as hipóteses apresentadas, seguindo-se os resultados obtidos e, para finalizar, a discussão e interpretações dos resultados. Na conclusão são expostas as principais conclusões que respondem à questão de investigação a que este trabalho se propôs desenvolver, bem como as principais limitações e sugestões.

Este resultou da pesquisa em bases de dados indexadas nomeadamente na B-On (Biblioteca do Conhecimento Online), no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), na EBSCOhost e no Google Académico.



## 2. A MORTE E O PROCESSO DE MORRER

A morte apesar de ser um acontecimento natural, universal e inevitável, algo inerente à condição de ser vivo, ainda se envolve de muito mistério (Moura 2011). A morte incomoda e desafia a onipotência humana, podendo-lhe ser atribuídos vários significados de acordo com a formação estrutural, cognitiva, espiritual e religiosa de cada um.

Conhecemos a nossa morte através da morte dos outros. Como nos refere Pereira (2013) ainda ninguém sabe o que é morrer, pois ainda nenhum de nós morreu, e os mortos, não falam.

Para Roper, Logan e Tierney em 2001, morrer consiste no derradeiro ato de viver. Morrer subitamente é o que a maioria das pessoas considera uma boa morte. Porém, a morte é muitas vezes precedida por um estado de doença terminal, que pode ser acompanhada de dor e sofrimento.

Segundo Marques em 2010, citado por Pereira (2013), a morte faz parte do desconhecido, é vista como "tabu", pois atualmente não se reflete sobre a morte e as sociedades ocidentais ainda possuem alguma relutância em considerá-la como própria do ser humano.

Segundo Sapeta (2007), morrer faz parte da vida, mas quando esta ocorre o ser humano reflete sobre a sua vulnerabilidade, referindo que é o paradigma mais antigo da história da humanidade. Na mesma linha de pensamento, Campelos em 2006 reforça que a morte representa um tema tão antigo quanto o ser humano. Tendo a forma como os seres humanos vivenciam a mesma evoluído de acordo com a sociedade em que estão inseridos, refletindo os valores sobre a vida e a morte.

Podemos verificar que a morte segundo CIPE (2016) “é um tipo de desenvolvimento físico com as características específicas: interrupção da vida, diminuição gradual ou súbita das funções corporais que conduz ao fim dos processos corporais de manutenção da vida; a cessação da vida é indicada pela ausência de frequência cardíaca, respiração e atividade cerebral.”

## 2.1. A Morte ao Longo dos Tempos

A morte e o processo de morrer sofreram grandes alterações desde a pré-história até aos dias de hoje. Esta adquiriu uma representação e um significado diferente consoante a realidade, os valores e a sociedade da época.

Segundo Ariés (1989), a morte no ocidente variou muito ao longo dos tempos, passando da morte domesticada para a morte de si próprio, seguido para a morte do outro e neste momento a morte interdita.

Para vermos a alteração/evolução que a morte e a forma de morrer teve ao longo dos tempos centrarei a descrição ao longo dos tempos, em todo o mundo, e não apenas a nível ocidental.

Desde a pré-história que o ser humano realiza rituais mais ou menos simples em relação aos seus mortos. Segundo Thomas (1992), já os Neandertal, há cerca de 100000 anos, em vez de deixarem os restos mortais dos seus mortos à merce dos necrófagos, os colocavam em cavidades nas rochas e eram dispostos à sua volta objetos habituais e alimentação, mostrando uma crença na necessidade/utilidade destes objetos após a morte.

Das povoações mais antigas nas quais estão mais amplamente documentados os rituais de morte temos a civilização egípcia. Uma das necessidades principais era a de preservar o corpo após a morte, conseguido através da mumificação, para que o seu espírito conseguisse encontrar o corpo no além (Trindade, 1991). Para os egípcios, o local de sepultamento era extremamente importante pois significava como a pessoa viveria após a morte. Nos túmulos encontravam-se grandes quantidades de alimentos, objetos pessoais do morto, assim como animais embalsamados, estátuas representando servos e os túmulos eram reproduções das suas casas, para quando a pessoa acordasse não temesse a morte (Baines e Málek 1993). Para além disso, eram enterrados com o “livro dos mortos” para assim conseguir encontrar o caminho correto para a salvação da sua alma (Trindade, 1991). Contudo de nada serviria o livro se não tivessem vivido uma vida de intenções puras. Nesta época os Deuses eram adorados e os mortos teriam que passar por diversas provas para atingir o estado divino.

Da baixa idade média até ao século XI, a morte era esperada em casa. O moribundo encontrava-se rodeado dos familiares, vizinhos e amigos de todas as idades incluindo as crianças. Tinha assim oportunidade de pedir perdão e deixava as recomendações como se

fosse um testamento. O corpo posteriormente era enterrado fora dos muros da cidade, pois este era considerado impuro e contaminador (Davies, 1999).

Do século XII ao Século XIV, devido às pestes e epidemias e por motivos de saúde pública, os sepultamentos passaram a ser realizados novamente fora dos muros das cidades e sempre que possível optavam pela cremação. Também a partir do século XII passam a utilizar o caixão para ocultar o corpo morto (Kastenbaum e Aisenberg, 1983).

No Século XIX, ao contrário de séculos anteriores, a pessoa que morre não deixa as suas posses à igreja, mas sim aos seus familiares. Cultiva-se a recordação dos mortos, quer através de fotografias dos mortos expostas, mexas de cabelo e o luto através de peregrinações a cemitérios. A transição para a morte é feita no domicílio junto com a família, amigos e vizinhos que se despedem do moribundo e escutam os últimos desejos do mesmo (Ariés, 1988).

No século XX surge uma nova conceção da morte. Esta passa a ter uma conotação negativa, interdita e clandestina. A morte é representada como um tabu, como uma doença social que todos querem ignorar. O homem tem dificuldade em aceitar a sua própria morte, vendo esta como algo distante. Se até ao Século XIX a morte era algo público, em que todas as pessoas se iam despedir do moribundo, a partir do século XX a morte passa a ser algo que se tenta esconder, algo interdito. O moribundo é afastado do seu círculo familiar para o círculo médico e tenta atrasar-se ao máximo a morte (Ariés, 2010). Por esse motivo o hospital passa a ser o espaço normal para a morte das pessoas, pois os familiares não conseguem estar presentes no momento de agonia e morte. Nesta altura começasse a falar no termo “Boa Morte”, em que é aquela que acontece rapidamente sem aviso prévio, sendo mais fácil para os familiares suportar. Ao invés da “Boa Morte” de outrora, em que o moribundo tinha consciência do seu estado e era partilhado por toda a comunidade.

Com os avanços tecnológicos e científicos houve um aumento considerável na esperança média de vida, o que levou ao aparecimento de doenças crónicas que até ao momento não tinham sido diagnosticadas. O hospital passou do local onde a cura acontecia para o espaço normal para o doente morrer.

Segundo Hennezel (2008) a nossa época expulsou a morte. Hoje em dia o moribundo é mantido na ignorância, sem oportunidade para resolver questões pendentes, pois os familiares têm medo da morte, não sabem como agir ou o que dizer. O silêncio passou a ser a atitude mais comum na morte. Segundo Kubler-Ross (1991) morrer tornou-se

solitário e impessoal. Antes morria-se em casa, hoje morre-se no hospital, às escondidas da família, rodeado de silêncio mortal e o morto não pode entrar em casa. Por este motivo tornou-se imperativo a transição de pessoas com problemas de saúde para o hospital para assim serem observados e tratados por especialistas. Esta transição sucedeu para evitar que a morte evitável ocorresse (Krakauer,1996).

Devido a alterações na sociedade, as famílias têm grande parte dos seus membros a trabalhar, razão pela qual os doentes deixaram de ter um suporte familiar. Também o fato de o agregado familiar ter diminuído drasticamente e a mulher ter adquirido um papel no mercado de trabalho levou a que não houvesse disponibilidade para cuidar dos seus entes queridos em fase final de vida. Por esse motivo perderam o hábito de lidar com a morte. Por outro lado, os familiares acreditam que encaminhar os seus entes para o hospital é a melhor forma de lhes diminuir o sofrimento. Deste modo o hospital torna-se o local adequado para a morte dos doentes. Com esta transferência da morte do domicílio para o hospital torna-se também importante a alteração do papel dos profissionais de saúde, que para além de funções complexas a nível do cuidar do doente, tem também de adquirir as competências a nível do luto e processo de morrer.

No que respeita à morte em Portugal, segundo Gomes *et al* (2012), apenas cerca de 51% da população prefere morrer em casa ao contrário de outros países da União Europeia em que a percentagem varia entre os 64% e os 84%. Esta diferença significativa pode prender-se com o fato dos familiares não terem disponibilidade para lidar com o seu ente em fim de vida e o défice de apoio ao domicílio que ainda existe, assim como o acesso a medicação e os recursos da comunidade.

No que concerne aos dados reais de mortes, verifica-se que em Portugal durante o ano de 2008 cerca de 54% de pessoas morreram no hospital ao passo que esse número passou para 61,4% em 2010. Em relação aos óbitos verificados no domicílio estes diminuíram de 35,8% para 29,9% no mesmo período de tempo (Gomes *et al*, 2012).

### 3. CUIDAR EM ENFERMAGEM

Até ao início do século XIX o cuidar de pessoas doentes não era visto como uma profissão. Só a partir da 1854, com Florence Nightingale, é que este cuidar foi visto com um cariz profissional, iniciando-se assim a profissão de Enfermagem (Padilha, 1999).

Hoje em dia, Florence Nightingale é considerada como a precursora da Enfermagem Moderna tendo atribuído uma grande valorização ao papel da mulher no cuidado pelos outros. Florence Nightingale conseguiu apropriar-se desse papel de cuidadora e de mulher, e conseguiu acrescentar regras com base em conhecimentos técnicos e científicos disponíveis e assim legitimar a intervenção da enfermeira.

A década de 60 foi extremamente importante para Enfermagem enquanto ciência, pois foi a década das Teorias de Enfermagem. Nesta altura várias foram as teóricas que identificaram a Enfermagem como uma ciência, desde Hildegar Peplau em 1952 com a teoria das relações interpessoais em Enfermagem, Virgínia Anderson em 1955 com a Definição de Enfermagem, entre outras não menos importantes (Apóstolo, 2009).

Segundo a Dra. Wanda Horta (2005, pág.29), Enfermagem é “a ciência e a arte de assistir ao ser humano (indivíduo, família e comunidade), no atendimento de suas necessidades básicas; de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado, de recuperar, manter e promover sua saúde em colaboração com outros profissionais”. “Assistir, em enfermagem, é fazer enfermagem, é fazer pelo ser humano tudo aquilo que ele não pode fazer por si mesmo; ajudá-lo ou auxiliá-lo quando parcialmente impossibilitado de se autocuidar, supervisioná-lo ou encaminhá-lo a outro emprego”.

A Enfermagem torna-se a profissão responsável pela prestação de cuidados que mantenham ou melhorem a saúde da pessoa, ajudando-a a atingir, tão rápido quanto possível, a máxima capacidade funcional. Enfermagem é simultaneamente uma arte e uma ciência, defendendo uma visão holística da pessoa (Ribeiro, 2008).

Segundo Amendoeira (2004) “O cuidado de enfermagem assume assim, uma dimensão de singularidade, que se recria em cada momento de cuidado pessoal e relacional, onde o enfermeiro se assume como o profissional mais competente para descodificar a situação-problema que se lhe apresenta”.

De acordo com a OE (2014) os Enfermeiros constituem atualmente os profissionais com maior relevância no funcionamento do sistema nacional de saúde (SNS) e na garantia do acesso da população aos cuidados de saúde, em especial aos cuidados de Enfermagem.

Segundo a OE (2014) o cuidado de Enfermagem tem como foco de atenção a prevenção da doença e a promoção da saúde com a máxima independência para a realização das atividades de vida diárias.

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE, 1998), Decreto-lei n.º 161/96, no Artigo 4º, a Enfermagem "é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar Cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível", sendo o Enfermeiro "o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária".

Tendo em conta o *International Council of Nursing* (ICN) (2006), o cuidado de Enfermagem inclui atividades relacionadas com a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento da doença, assim como o alívio do sofrimento. São cuidados autónomos e em colaboração, prestados a pessoas de todas as idades e caracterizam-se pela defesa da vida e pelo respeito dos direitos humanos, nomeadamente o direito à preservação da dignidade humana, o direito à autonomia, liberdade e direitos culturais.

O conceito de cuidar é o núcleo central de Enfermagem. Para Collière (2003), cuidar é atender às necessidades do outro, respeitando-o enquanto ser único. Cuidar é mais abrangente que tratar, uma vez que tratar é um conjunto de técnicas que tem como objetivo reverter a doença ou minimizar os sintomas. Cuidar exige um olhar sobre as diversas dimensões da vida humana desde a conceção até à morte, por esse motivo tratar é um complemento do cuidar. A mesma autora refere que a Enfermagem estará constantemente

a ser ameaçada pois cuidar requer um envolvimento emocional, social moral e pessoal do enfermeiro que cuida.

Segundo Pacheco (2002), o cuidar em Enfermagem ultrapassa muitas vezes a prestação de cuidados técnicos no tratamento da pessoa. Nesse cuidado tem também de estar presente o acolhimento, a atenção global e personalizada à pessoa, considerando as suas necessidades independentemente no ciclo de vida onde se encontre.

Segundo Watson (2002), cuidar é demonstrado através das interações sinceras entre enfermeiro/pessoa/família, onde se exige respeito, competência, empatia, disponibilidade, criatividade e o saber ouvir e tocar. Segundo Moura (2011), o cuidar em Enfermagem não é simplesmente fazer, implica para além de perícia técnica e conhecimentos científicos, competências relacionais, para que os Enfermeiros consigam prestar cuidados de forma global. Estas competências relacionais têm de ser adquiridas e dominadas pelos enfermeiros, sendo a mais importante a capacidade comunicacional. No entanto, este processo comunicacional tem de ser dinâmico, obrigando assim ao enfermeiro um envolvimento pessoal nesta troca de informação sentimentos e emoções. A comunicação adquire assim um instrumento terapêutico sendo importante para a arte de cuidar.

De acordo com Hesbeen (2000), cuidar em Enfermagem é ser capaz de combinar o conhecimento com capacidades técnicas que lhe vão permitir ajudar alguém. Hesbeen (2000), refere os cuidados de Enfermagem como ações científicas quantificáveis e mais amplas que a dos outros profissionais.

### 3.1. Os Enfermeiros no Processo de Morrer

Os enfermeiros hoje em dia vêm-se frequentemente confrontados com a morte, sobretudo aqueles que desenvolvem a sua atividade em hospitais, nomeadamente em SU, Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) e Unidades de Cuidados Paliativos.

Para Moreira (2001) os doentes terminais podem ser divididos em três tipos básicos: os doentes complexos agudos, de cuidados intensivos por dificuldade de controlo de sintomas; os doentes agónicos que muitas vezes se dirigem ao SU; e os doentes crónicos,

de cuidados paliativos, em que predominam os sintomas sistémicos, de evolução lenta e de grau variável de capacidade de suporte familiar.

Como abordado no capítulo anterior, antigamente a morte era vivida com alguma naturalidade. No entanto, devido aos avanços científicos e tecnológicos, nos dias de hoje a morte é vivida como um fracasso, como um erro, como um engano e não como o limite natural da vida. Por esse motivo os enfermeiros têm ainda alguma dificuldade em lidar com o processo de morrer. Verifica-se que os enfermeiros adotam extremos quando se deparam com um doente em fim de vida. Alguns optam por afastar-se do doente, evitam contacto e diálogo com o doente e com família e tendem a prestar cuidados de forma fria e rotineira, ao invés que outros tendem a envolverem-se emocionalmente e de forma muito intensa (Fernandes e Komessu, 2012).

Infelizmente o processo de morrer ocorre muitas vezes em condições que desrespeitam a dignidade da pessoa e é revestido de grandes dilemas éticos, pois o profissional antes de ser enfermeiro é uma pessoa com a sua forma de estar e agir no mundo, com os seus sentimentos e a sua vivência. O cuidar de uma pessoa em sofrimento ou em processo de morrer não é algo automático, mas sim uma arte. O cuidar de alguém em fim de vida é algo extremamente exigente pois impõe ao enfermeiro conhecimentos técnicos e científicos para além de competências no processo de cuidar.

De acordo com o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (2011), o enfermeiro deve cuidar a pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, bem como aos seus cuidadores e familiares, diminuindo o sofrimento e promovendo o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida. Este também estabelece uma relação terapêutica com o doente terminal, com os seus cuidadores e família, de forma a facilitar todo o processo até à morte.

Verificamos que o lidar com a morte e o morrer é um desafio nos dias de hoje para os enfermeiros e nem sempre gratificante (Estanque, 2011). Embora a morte faça parte dos cuidados de Enfermagem, esta desperta medo e é vista como um fracasso na prestação dos cuidados pois a missão dos enfermeiros é salvar o doente em processo de doença (Poles e Bousso, 2006).

Como nos refere Twycroos (2003), são vários os fatores de stress no cuidado com o doente em fase terminal, nomeadamente, a comunicação de más notícias, envolvimento em

conflitos emocionais, adaptação ao insucesso da cura médica, exposição repetida à morte de pessoas, entre outros. Devido a este stress o Enfermeiro ao longo da sua profissão apresenta algumas dificuldades de lidar com a morte e o processo de morrer. Feytor (1991) identificou quatro dificuldades ou como ele definiu, quatro sensações perante o doente em fase terminal: a sensação de fracasso, a sensação de espelho ou projeção, a sensação de pudor e a sensação de mistério. Estas quatro sensações encontram-se presentes no percurso psicológico que o profissional de saúde percorre perante a morte e o morrer. Este autor refere que é extremamente importante tentar vencer estas dificuldades para assim os enfermeiros poderem prestar cuidados de qualidade ao doente em fim de vida.

Perante esta abundância de emoções o lidar com a morte e o processo de morrer, os enfermeiros experimentam a necessidade de desenvolver mecanismos que lhes permitam lidar com o stress, as designadas estratégias de *coping*.

### 3.2. Estratégias de *Coping*

O ser humano vive numa sociedade em constantes mudanças o que lhe exige uma constante adaptação, por esse motivo utiliza uma série de estratégias para lidar com determinadas situações, uma das quais o stress.

Segundo França e Rodrigues (1997), numa busca ininterrupta para vencer o stress os indivíduos têm utilizado estratégias de forma a conseguir ultrapassar as diversidades com que se deparam, de forma a conseguir gerir os estímulos internos e externos. Considerando o stress como um processo que exige uma resposta, é importante os enfermeiros terem boas estratégias de *coping* para assim conseguirem prestar cuidados de qualidade. Tendo em conta Cardoso *et al* (1988), olham o *coping* como mecanismos de autorregulação. Monat e Lazarus (1985) afirmam que o *coping* aplica-se às estratégias que uma pessoa utiliza para lidar com as situações de ameaça e desafio para as quais não tem respostas preparadas.

Segundo a CIPE (2016) *coping* “é um tipo de adaptação com características específicas: disposição para gerir o stress, que constitui um desafio aos recursos que o indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel auto protetores que o defendam contra ameaças subjacentes que são apercebidas como ameaçadoras de uma

autoestima positiva; acompanhado por um sentimento de controlo, diminuição do stress, verbalização da aceitação da situação, aumento do conforto psicológico”.

Já em 1984 Lazarus e Folkman, definem *coping* como um esforço cognitivo e comportamental realizado para tolerar ou reduzir as tensões internas e externas existentes. O *coping* são estratégias de adaptação, proteção e de gestão de emoções e stress, e variam de pessoa para pessoa. De acordo com os mesmos autores existem dois tipos de estratégias de *coping*: as que se focam no problema e as que se focam na emoção. O objetivo do *coping* com destaque no problema é a confrontação do evento; ao passo que o *coping* focalizado na emoção visa regular ou eliminar o impacto emocional negativo. As estratégias de *coping* focalizadas na emoção geralmente desenvolvem-se quando já não se consegue alterar o evento. Usam-se estratégias como o distanciamento, a atenção excessiva, distração, minimização e o bom humor.

Segundo Lazarus e Folkman (1984) estratégias de *coping* são estratégias de defesa que podem exercer-se de três formas distintas: a eliminação ou modificação das condições geradoras dos problemas; controlo do significado da experiência ou das suas consequências; manutenção ou regulação das consequências emocionais produzidas pelo problema. Estas duas últimas estratégias são designadas paliativas e ocorrem sobretudo em circunstâncias de adaptação à doença. Os mecanismos de *coping* podem, segundo estes autores ser vistos em três níveis: os considerados defesas corporais (fisiológicas), usadas para atacar os agentes prejudiciais; os processos psicológicos, usados para enfrentar as situações que são consideradas ameaçadoras; e por fim as formas institucionais (sociais) usadas para proteger a unidade social ou o indivíduo. Também segundo os mesmos, existem três tipos de *coping* nomeadamente o *coping* institucional (ajuda da organização), o *co-worker coping* (ajuda dos pares), e por fim o *coping* individual (os mecanismos individuais). Defendem também que existem oito formas de *coping*: a confrontação, retirada, autocontrolo, apoio social, aceitação da responsabilidade, escape ou evitamento, resolução do problema e reavaliação positiva.

Segundo Garcia (2016) os enfermeiros utilizam estratégias de *coping* individuais e coletivas para lidar com o sofrimento e minimizar o desgaste psicológico, o tentar não se envolver com o doente, separação entre vida profissional e pessoal, e espiritualidade / religião como suporte. As estratégias coletivas incluíram: planeamento para antecipar

eventos inesperados, apoio mútuo e trabalho em equipa, e obtenção do reconhecimento da chefia.

Vale ressaltar que o uso de estratégias de *coping* é essencial para obter um equilíbrio psíquico no trabalho e deve ser usado para que o bem-estar possa superar o sofrimento.

Tendo em conta Zhang *et al* (2010) as pessoas utilizam diferentes mecanismos de *coping*, sendo que o recurso a estes varia consoante a avaliação individual da situação e o stress que esta provoca em cada pessoa. Os autores referem a existência de diversos mecanismos de *coping* que estão relacionados com os elevados níveis de esperança, tais como o otimismo, a atitude de confrontação e a autoconfiança. No que concerne aos baixos níveis de esperança, estes estão relacionados com atitudes de fatalismo.

Ruszniewski (1999) expõe mecanismos de defesa e estratégias que os enfermeiros adotam quando confrontados com a doença grave e com a morte, nomeadamente a mentira, a fuga para a frente, a falsa segurança, a racionalização, o evitamento e a identificação projetiva.

Em 1960 Menzies falou pela primeira vez que a profissão de Enfermagem é stressante, destacando que, neste caso, as enfermeiras vivenciavam stress ao lidar com a morte dos seus doentes e que para isso necessitavam de estratégias para continuar a executar a profissão de Enfermagem com qualidade.

### 3.3. Os Enfermeiros e o Luto

O Luto é uma palavra derivada do latim “Luctus” e que significa morte, perda, dor e mágoa. O luto é considerado uma experiência individual e depende da personalidade de cada um e das suas características pessoais, experiências anteriores, da cultura e da adaptabilidade às situações (Parkes, 1998).

Quando um doente morre o enfermeiro passa por um processo de luto, uma vez que sente a morte do seu doente como uma perda, como um fracasso, uma derrota pessoal que leva o mesmo a pensar na sua própria mortalidade. Por este motivo é importante que o enfermeiro tenha apoio para lidar com esta dificuldade.

Engel citado por Pereira (2005) defende que o luto “representa um desvio do estado de saúde e bem-estar sendo necessário um período de tempo para que a pessoa em luto volte ao mesmo estado de equilíbrio.

No entanto, antes de falarmos da vivência dos enfermeiros no luto temos primeiro que perceber que o luto é um processo por onde passam os doentes, os familiares e os próprios profissionais de saúde. Por ser um processo, este encontra-se distribuído por fases, que dependendo da pessoa, passam estas fases de uma forma mais rápida ou mais lenta. Parkes (1998) refere que existem quatro fases no processo de luto, tornando-se extremamente importante os enfermeiros saberem identificar em que fase o doente e a família se encontram, para assim poderem prestar os cuidados com qualidade.

No processo de luto são várias as manifestações, sendo as mais comuns os sentimentos como a tristeza, solidão, saudade, ira, culpabilidade, preocupação, presença do falecido, alucinações visuais e auditivas, perturbações do apetite por defeito ou por excesso, comportamentos de risco, isolamento social, choro frequente e dor (Parkes, 1998).

Papadatou, em 2009, propôs um modelo de luto profissional tendo em conta sete pressupostos: os profissionais que vivenciam a morte de um doente são suscetíveis de sofrimento; a angústia envolve uma alternância entre o que se experimenta e evita na perda e no luto; através do processo de luto atribuem-se significados à morte, ao morrer e aos cuidados; os significados pessoais são afetados por significados partilhados pelos colegas de trabalho e vice-versa; quando não existe oscilação entre o experimentado e o evitado, podem ocorrer complicações; o processo de luto profissional é uma oportunidade de crescimento pessoal; neste processo interagem várias variáveis.

Katz (2006) verificou que o enfermeiro se identifica com o doente que morre, sendo que a dificuldade em aceitar essa morte é proporcional à vulnerabilidade do profissional em aceitar a morte dos que lhe são próximos.

À morte estão associados os ritos e rituais, uma simbologia da passagem da vida para a morte. Para o encerramento do luto os familiares tendem a realizar um ritual fúnebre, o velar o corpo, o caixão e o enterro ou cremação. Em relação aos enfermeiros podemos observar que também estes passam por rituais, nomeadamente verifica-se que grande parte escolhe o segurar a mão do doente quando o doente está a morrer. Para além disso, após a morte o enfermeiro cumpre uma série de rituais nomeadamente a realização da higiene do corpo morto, o fechar as persianas ou então o fechar das cortinas, o envolver o corpo no

lençol e a gestão do tempo que separa o óbito do transporte do corpo para a morgue. Este ritual ajuda o enfermeiro a iniciar o seu processo de luto perante o doente que morreu.

Torna-se imperativo que o enfermeiro assuma determinados comportamentos e atitudes de forma a ajudar o doente e a família no processo de morrer e no processo de luto. Este e toda a equipa devem ter um comportamento e linguagem coerente de forma a passar toda a informação e não existir contradições. O enfermeiro deve comunicar a situação terminal do doente, conforme a sua capacidade cognitiva e de aceitação do doente e deixar o doente expressar os seus medos e desejos. Deve-se promover, sempre que possível, a vivência da fase final de vida no domicílio junto dos seus familiares num ambiente conhecido. Ter atenção ao modo de estar de cada doente, respeitar a diferença de cada um, evitar o isolamento promovendo a interação familiar e tentar a todo o custo a diminuição da dor do sofrimento e da angústia.

De modo que o enfermeiro consiga administrar de forma eficiente os seus próprios sentimentos e consiga ajudar o doente e a família no processo de luto torna-se cada vez mais importante a formação contínua tendo em atenção as necessidades específicas da equipa. Desta forma os enfermeiros adquirem e desenvolvem competências para lidarem com o stress promovido por este processo.

É importante o apoio no local de trabalho, não só através dos pares, mas também o apoio de psicólogo e da saúde ocupacional. Segundo Manso e Velho (2004), “trabalhar com e sobre as situações problemáticas (recorrendo à partilha, diálogo e à reflexão sobre o que se observa, vive e sente) conduz a uma construção criativa e ativa do conhecimento na ação, gerando a necessidade de uma nova reflexão na ação”. Tendo em conta Hennezel, M. (2008), é devido a uma certa disponibilidade de uns em relação aos outros que todo esse peso doloroso pode ser arcado e acompanhado.

A reflexão entre os enfermeiros e os outros profissionais de saúde é extremamente importante pois permite a verbalização dos sentimentos e o reconhecimento das limitações de cada um. Segundo Infante (2006), “a reflexão talvez nos possa ajudar a posicionar-nos de forma mais clara e menos assustadora sobre este grande mistério da existência humana”, embora por vezes os contextos de trabalho nem sempre sejam facilitadores para esta reflexão e para o desenvolvimento de competências.

Em forma de conclusão, o enfermeiro perante a perda do seu doente pode ter sentimentos de perda e tristeza. De forma a lidar com esses sentimentos, e com o seu

próprio luto, é necessário arranjar estratégias adaptativas. O enfermeiro pode optar, por exemplo, por ir ao velório ou funeral do doente. Por outro lado, se o enfermeiro trabalha num serviço onde está constantemente a ocorrerem perdas, este tem de desenvolver os seus sistemas de apoio, caso contrário poderá ter uma sobrecarga de sentimentos como frustração, raiva, culpa, tristeza ou ansiedade (Martins *et al*, 1999).

## 4. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, transversal e com abordagem quantitativa, desenvolvido numa UCICT, no SU e nos CP de dois hospitais da zona norte de Portugal. A população é composta por 113 enfermeiros, excluíram-se os enfermeiros que se encontravam de férias ou afastados por licença de qualquer natureza, como a licença de maternidade/paternidade, e os que se encontravam em integração, sendo a amostra de 77 enfermeiros que concordaram participar após terem dado o seu consentimento livre e informado, tendo o questionário sido preenchido no domicílio. A colheita de dados foi efetuada entre os meses de junho e dezembro de 2017.

Tem como objetivo verificar as estratégias de *coping* dos enfermeiros perante a morte. Assim como verificar se os anos de exercício profissional, a idade, a formação académica e o serviço onde exercem funções interferem com as estratégias de *coping* utilizadas perante a morte, no contexto do exercício profissional.

Para a colheita de dados foi efetuado um questionário de caracterização sociodemográfica, composto por diferentes variáveis, tais como idade, género, anos de exercício profissional, entre outras. As estratégias de *coping* foram avaliadas tendo por base o questionário “O Enfermeiro perante a morte” cedida pela Mestre Barbara Costa, sendo esta a coautora, tendo o questionário sido adaptado para a realidade em questão (Apêndice I).

A análise foi feita no *Statistical Package for the Social Sciences* versão 21.0.

### 4.1. Questão de Investigação e Hipóteses Apresentadas

As questões de investigação e as hipóteses são elementos muito importantes num estudo, são essenciais para a orientação do investigador, mostrando que caminho deve seguir no decorrer da sua investigação. As questões de investigação constituem o

componente fundamental do início de uma investigação. Segundo Fortin *et al* (2009) as questões de investigação são um enunciado interrogativo, escrito no presente, que inclui habitualmente uma ou duas variáveis e a população a estudar.

Tendo em conta os objetivos iniciais, surge a seguinte questão de investigação:

- Quais as estratégias de *coping* utilizadas pelos enfermeiros para lidar com o processo de morrer?

No desenvolvimento de um trabalho de pesquisa é necessário proceder a uma formulação de hipóteses, uma vez que o resultado do estudo dependerá da consistência e verificabilidade das hipóteses formuladas.

Para Polit e Hungler (1995, p.76), a hipótese “(...) traduz o enunciado do problema para uma previsão precisa e clara dos resultados esperados”. Por esse motivo a formulação de hipóteses vai permitir guiar o trabalho na direção que pretendemos e posteriormente, após a correlação das variáveis dependentes com as independentes chegaremos à conclusão de aceitar ou refutar as hipóteses formuladas, tentando desta forma explicar cientificamente as conclusões alcançadas.

Neste estudo, tendo em conta os objetivos iniciais e o problema de investigação, formulámos as seguintes hipóteses:

H1 – Há relação entre a idade dos enfermeiros e as estratégias de *coping* que utilizam para lidar com o processo de morrer

H2 – Há relação entre os anos de exercício profissional no serviço e as estratégias de *coping* que utilizam para lidar com o processo de morrer

H3 – Há relação entre os anos de exercício profissional e a maior dificuldade sentida como enfermeiro perante a morte de um doente

H4 – Há relação entre o serviço e as dificuldades sentidas como enfermeiros perante a morte de um doente

## 5. RESULTADOS

Os resultados obtidos prendem-se com a análise dos questionários aplicados à população em questão. Estes foram analisados e interpretados através de representações tanto em tabelas como em gráficos.

O estudo contou com a colaboração de 77 enfermeiros dos quais 38 trabalhavam no SU, 30 na UCICT e 9 enfermeiros nos CP de dois hospitais da zona norte de Portugal.

Ao longo dos subcapítulos exponho com auxílio de uma tabela a caracterização sociodemográfica da amostra em questão, e de gráficos para ser mais fácil a visualização, das respostas referentes à segunda parte do questionário, o enfermeiro perante a morte e as correlações efetuadas a fim de responder às hipóteses formuladas.

### 5.1. Caracterização do perfil Sociodemográfico

No decorrer deste subcapítulo exponho os dados sociodemográficos da amostra em questão. Esta caracterização diz respeito a Enfermeiros que de forma livre e esclarecida responderam ao questionário “O Enfermeiro perante a morte”.

<b>Tabela 1:</b>			
<b>Caracterização Sociodemográfica da amostra (n= 77)</b>			
		<b>Amostra (n= 77)</b>	
		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Género</b>	Feminino	48	62,3
	Masculino	29	37,7
<b>Idade</b>	20-25 anos	5	6,5
	26-30 anos	13	16,9
	31-39 anos	31	40,3
	>= 40 anos	28	36,4
<b>Estado Civil</b>	Casado/União de fato	44	57,1
	Solteiro	24	31,2
	Divorciado/Separado	8	10,4
	Viúvo	1	1,3
<b>Religião</b>	Católica	70	90,9
	Ateu	8,9	9,1
<b>Formação académica</b>	Licenciatura	56	72,7
	Especialidade/Mestrado	21	27,3
<b>Anos de Exercício Profissional</b>	< 1ano	2	2,6
	1-3 anos	7	9,1
	4-6 anos	8	10,4
	7-15 anos	26	33,8
	>= 16 anos	34	44,2
<b>Anos de Exercício Profissional no local onde exercem funções</b>	< 1ano	8	10,4
	1-3 anos	12	15,6
	4-6 anos	9	11,7
	7-15 anos	27	35,1
	>= 16 anos	21	27,3
<b>Serviço onde exerce funções</b>	SU	38	49,4
	UCICT	30	39,0
	CP	9	11,7
<b>Possui formação em CP com mais de 30 horas</b>	Sim	18	23,4
	Não	59	76,6

Tabela 1: Caracterização Sociodemográfica da amostra

A maioria da amostra é composta por mulheres (62,3%), sendo os homens 37,7% dos inquiridos, com idades compreendidas entre os 31-39 anos (40,3%), seguindo-se os com idade superior ou igual a 40 anos sendo 36,4% da amostra, e por fim temos os enfermeiros no intervalo entre 26-30 anos com 16,9% e os com idade entre os 20-25% com 6,5%.

Tendo em conta os dados, observamos que 57,1% dos participantes são casados ou encontram-se em união de fato, 31,2% são solteiros, ao passo que 10,4% se encontram divorciados ou separados e 1,3% da amostra é viúva.

A maioria dos participantes é católico (90,9%), sendo 9,1% ateus.

Apuramos que apenas 27,3% possuem Especialidade/Mestrado sendo os restantes 72,7% Licenciados.

Também observamos que a maioria dos enfermeiros possui mais de 16 anos de experiência profissional (44,2%), seguindo-se os enfermeiros com 7-15 anos de experiência (33,8%), os restantes trabalham à menos de 7 anos. 2,6% dos enfermeiros trabalham há menos de um ano e 9,1% tem 1 a 3 anos de experiência profissional. Verificamos, portanto, que a amostra tem muita experiência profissional.

Na tabela acima, constatamos que 35,1% dos enfermeiros possui entre 7 e 15 anos de experiência profissional no serviço onde exercem funções, 27,3% tem mais de 16 anos de experiência. Com 15,6 % encontramos os enfermeiros com 1 a 3 anos, 11,7% com 4 a 6 anos de experiência e por fim com 10,4% os enfermeiros com menos de 1 anos de experiência profissional no serviço onde exercem funções no momento dos questionários.

Destes 77 enfermeiros, a maioria exerce funções no SU, 38 enfermeiros (49,4%), 30, são enfermeiros da UCICT (39,0%) e apenas 9 são enfermeiros dos CP (11,7%).

Quando confrontados com a questão de possuir formação em CP com mais de 30 horas, verificamos que a maioria dos participantes (76,6%) não possui formação e os restantes 23,4% referem possuir.

## 5.2. O Enfermeiro perante a morte

Ao longo deste subcapítulo exibo os dados dos inquiridos referentes à segunda parte do questionário “O Enfermeiro perante a morte”, em que faz uma alusão aos comportamentos do enfermeiro perante a morte, tendo em foco as atitudes, dificuldades e estratégias de *coping*.



Gráfico 1: Tipo de morte mais confrontada no último ano

Verificamos que a maioria dos enfermeiros questionados referem que no último ano confrontaram-se com a morte decorrente de doença crónica/terminal (83%) e que apenas 17% se confrontou com a morte súbita/inesperada.



Gráfico 2: Maior dificuldade sentida como Enfermeiro que lida com doentes em fim de vida.

Legenda: 1 – Falar da morte aos doentes que sofrem e que sabem que vão morrer. 2 – Falar da disponibilidade para permanecer junto do doente. 3 – Controlar os sintomas da pessoa em processo de morte. 4 – Lidar com o sofrimento físico e psicológico do doente. 5 – Angústia na fase da agonia. 6 – Responder às questões do doente sobre a morte. 7 – Outra.

Observamos que a maior dificuldade sentida como Enfermeiro que lida com doentes em fim de vida prende-se com o falar da morte aos doentes que sofrem e que sabem que vão morrer com 25%, seguindo-se o lidar com o sofrimento físico e psicológico com 23%, e o controlar os sintomas da pessoa em processo de morte com 19%.

A angústia na fase da agonia (10%), responder às questões do doente sobre a morte (9%) e disponibilidade para permanecer junto do doente (7%), são as dificuldades menos sentidas.



Gráfico 3: Atitude do enfermeiro perante a morte de um doente

Legenda: 1 – A morte mete-me medo. 2 – Vem-me facilmente as lágrimas aos olhos, (fico muito emocionado). 3 – Tenho dificuldade em adormecer quando me morre um doente. 4 – Fico com sentimentos de culpa. 5 – Fico em paz, pois sei que fiz tudo o que foi possível. 6 – Considero a morte inevitável. 7 – Outra.

Ao analisar o gráfico 3 observamos que a maioria dos enfermeiros tem como atitude perante a morte de um doente o ficar em paz, pois sabe que fez tudo o que foi possível (62%), e 27% dos participantes consideram a morte como algo inevitável. As restantes atitudes com 11% de respostas no total dos participantes foram uma minoria.



Gráfico 4: Dificuldade sentida como enfermeiro perante a morte do doente

Legenda: 1 – Falta de tempo para prestar apoio à família. 2 – Comunicar à família o falecimento do seu ente querido. 3 – Informar os familiares do agravamento da situação clínica do doente, no sentido de reduzir falsas esperanças. 4 – Informar os familiares do agravamento da situação clínica do doente, no sentido de reduzir falsas esperanças.

- Lidar com a dor e angústia da família. 5 – Manter uma postura firme e não se envolver demasiado. 6 – Permitir que a família permaneça o maior tempo possível junto do doente terminal. 7 – Transpor as minhas vivências para essa situação. 8 – Pensar que poderia ter feito algo para evitar a morte. 9 – Outra.

Ao examinar o gráfico 4 chegamos à conclusão de que as maiores dificuldades sentidas como enfermeiro perante a morte do doente são a falta de tempo para prestar apoio à família e o lidar com a dor e angústia da família, ambas com 23%. Segue-se o permitir que a família permaneça o maior tempo possível junto do doente terminal (15%) e o informar os familiares do agravamento do estado da situação clínica do doente, no sentido de reduzir falsas esperanças (12%). Por fim com 9% o manter uma postura firme e não se envolver demasiado e com 8% o comunicar à família o falecimento do seu ente querido. O transpor as vivências para aquela situação e pensar que poderia ter feito algo para evitar a morte são as dificuldades menos sentidas com 4% e 3% respetivamente.



Gráfico 5: Estratégias de  *coping*  utilizadas pelos Enfermeiros no processo de morrer

Legenda: 1 – Pelo meu desempenho profissional posso fazer algo pelas pessoas nos momentos difíceis. 2 – Desenvolvi uma filosofia de vida que me permite dar um sentido à vida, ao sofrimento e ao processo de morte. 3 – Distancio-me emocionalmente do doente em fase terminal e da família. 4 – Uso sentido de humor como defesa ao stress. 5 – Procuo apoio junto dos colegas de trabalho, partilho as minhas preocupações. 6 – Nos tempos livres esqueço facilmente a minha atividade profissional e dedico-me a atividades prazerosas. 7 – Outra

Analisamos que 26% dos enfermeiros inquiridos utilizam os tempos livres como estratégia de  *coping* , referindo que se esquecem facilmente da atividade profissional e se dedicam a atividades prazerosas junto das pessoas com que têm laços afetivos. Os enfermeiros também usam como estratégias “pelo meu desempenho profissional posso fazer algo pelas pessoas nos momentos difíceis” e o “desenvolvi uma filosofia de vida que me permite dar um sentido à vida, ao sofrimento e ao processo de morte”, ambas com 23%. Com 12% os enfermeiros distanciam-se emocionalmente do doente em fase terminal

e da família e com 8% e 7% respetivamente, procuram apoio junto dos colegas de trabalho, partilhando as preocupações e usam o sentido de humor como defesa ao stress.



Gráfico 6: Formação recente sobre o luto nos profissionais de saúde

Constatamos que a grande maioria dos participantes (95%) não tiveram formação sobre o luto nos profissionais de saúde, e que apenas 5% respondeu positivamente.



Gráfico 7: Apoio psicológico na instituição perante a morte do doente como vivência diária

Dos inquiridos, 96% não dispõem de apoio psicológico na instituição perante a morte do doente como vivência diária, e somente 4% refere ter.

### 5.3. Confirmação das hipóteses

Num estudo de investigação a formulação de hipóteses torna-se fundamental para conseguirmos encontrar correlações entre as variáveis dependentes e independentes.

Para uma leitura mais facilitadora exponho as hipóteses e análise estatística para confirmar ou refutar a hipótese formulada.

H1 – Há relação entre a idade dos enfermeiros e as estratégias de *coping* que utilizam para lidar com o processo de morrer

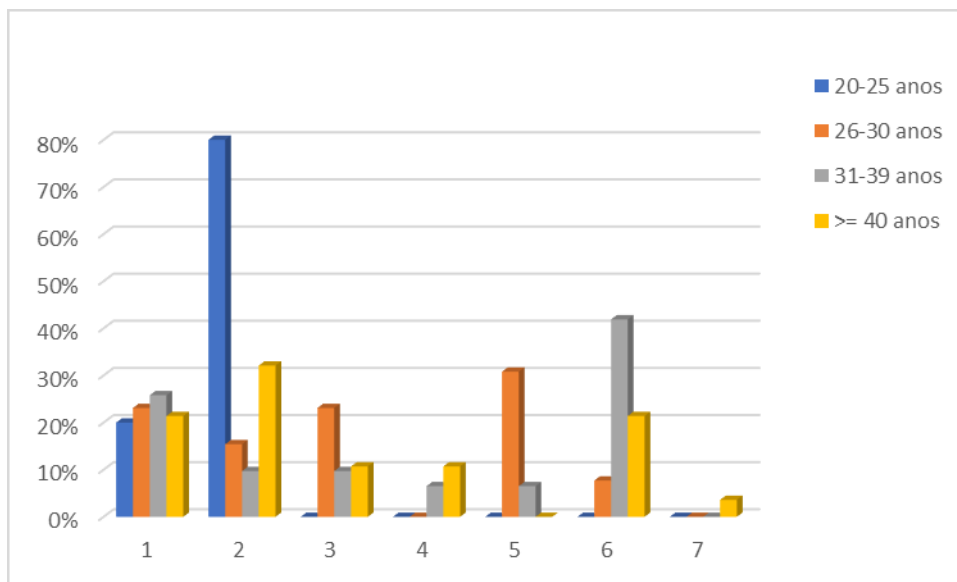


Gráfico 8: Correlação entre a idade dos enfermeiros e as estratégias de *coping* que utilizam para lidar com o processo de morrer

Legenda: 1 – Pelo meu desempenho profissional posso fazer algo pelas pessoas nos momentos difíceis. 2 – Desenvolvi uma filosofia de vida que me permite dar um sentido à vida, ao sofrimento e ao processo de morte. 3 – Distancio-me emocionalmente do doente em fase terminal e da família. 4 – Uso sentido de humor como defesa ao stress. 5 – Procuo apoio junto dos colegas de trabalho, partilho as minhas preocupações. 6 – Nos tempos livres esqueço facilmente a minha atividade profissional e dedico-me a atividades prazerosas. 7 – Outra

Quando cruzamos os dados entre a idade e as estratégias de *coping* utilizadas verificamos que existe relação, sendo o  $p=0,012$ .

Apuramos que 80% dos enfermeiros com idades entre os 20-25 anos desenvolvem uma filosofia de vida que permite dar um sentido à vida, ao sofrimento e ao processo de morte. Com idades entre os 26-30 anos cerca de 30,8% procuram apoio junto dos colegas de trabalho. 41,9% dos enfermeiros com idades entre 31-39 anos nos tempos livres esquecem facilmente a profissão, dedicando-se a atividades prazerosas. Por fim, entre os enfermeiros

com mais de 40 anos, cerca de 32,1% desenvolvem uma filosofia de vida que permite dar um sentido à vida, ao sofrimento e ao processo de morte.

H2 – Há relação entre os anos de exercício profissional no serviço e as estratégias de *coping* que utilizam para lidar com o processo de morrer

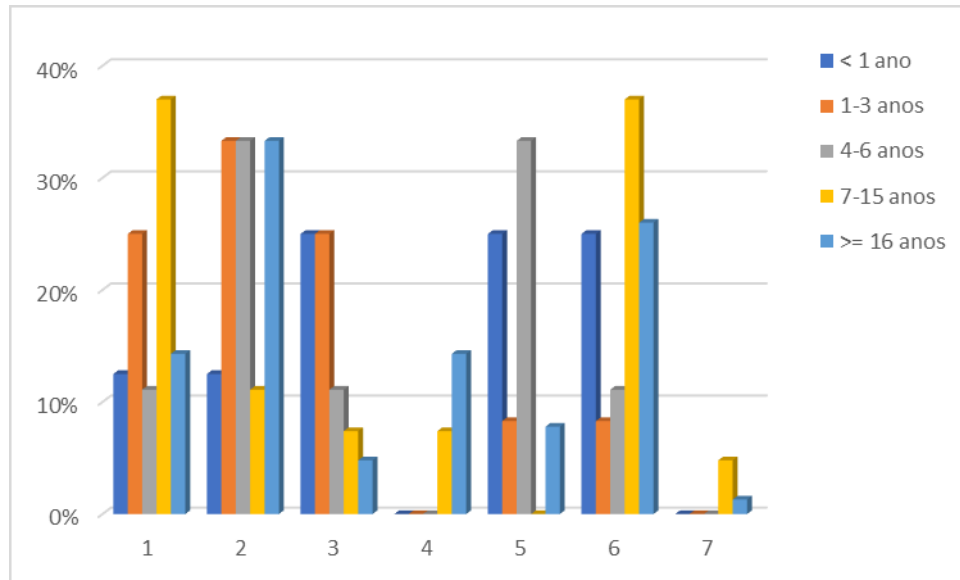


Gráfico 9: Correlação entre os anos de exercício profissional no serviço e as estratégias de *Coping* que utilizam para lidar com o processo de morrer

Legenda: 1 – Pelo meu desempenho profissional posso fazer algo pelas pessoas nos momentos difíceis. 2 – Desenvolvi uma filosofia de vida que me permite dar um sentido à vida, ao sofrimento e ao processo de morte. 3 – Distancio-me emocionalmente do doente em fase terminal e da família. 4 – Uso sentido de humor como defesa ao stress. 5 – Procuo apoio junto dos colegas de trabalho, partilho as minhas preocupações. 6 – Nos tempos livres esqueço facilmente a minha atividade profissional e dedico-me a atividades prazerosas. 7 – Outra.

No gráfico 9 verificamos que existe uma correlação entre os anos de exercício profissional no serviço onde se encontram e as estratégias de *coping* utilizadas, sendo o  $p=0,049$ .

Verificamos que 25% enfermeiros que trabalham há menos de 1 ano utilizam o distanciamento emocional do doente em fase terminal e da família, outros 25% procuram apoio junto dos colegas de trabalho e outros 25% dedicam-se a atividades prazerosas nos tempos livres esquecendo-se da atividade profissional.

Relativamente aos enfermeiros entre 1-3 anos no serviço, a estratégia de  *coping*  mais utilizada com 33,3% é de desenvolver uma filosofia de vida que me permite dar um sentido à vida, ao sofrimento e ao processo de morte, sendo esta também utilizada por 33,3% dos enfermeiros com 4-6 anos de serviço. O procurar apoio junto dos colegas de trabalho também é usada por 33,3% dos enfermeiros neste intervalo de tempo de serviço.

Validamos que 37% dos enfermeiros com 7-15 anos de exercício profissional no serviço dedicam-se a atividades prazerosas nos tempos livres esquecendo-se da atividade profissional e que outros 37% sentem que pelo desempenho profissional podem fazer algo pelas pessoas nos momentos difíceis.

No que concerne aos enfermeiros com mais 16 anos de exercício no serviço, 33,3% refere que desenvolveu uma filosofia de vida que permite dar sentido à vida, ao sofrimento e à morte.

H3 – Há relação entre os anos de exercício profissional e a maior dificuldade sentida como enfermeiro perante a morte de um doente

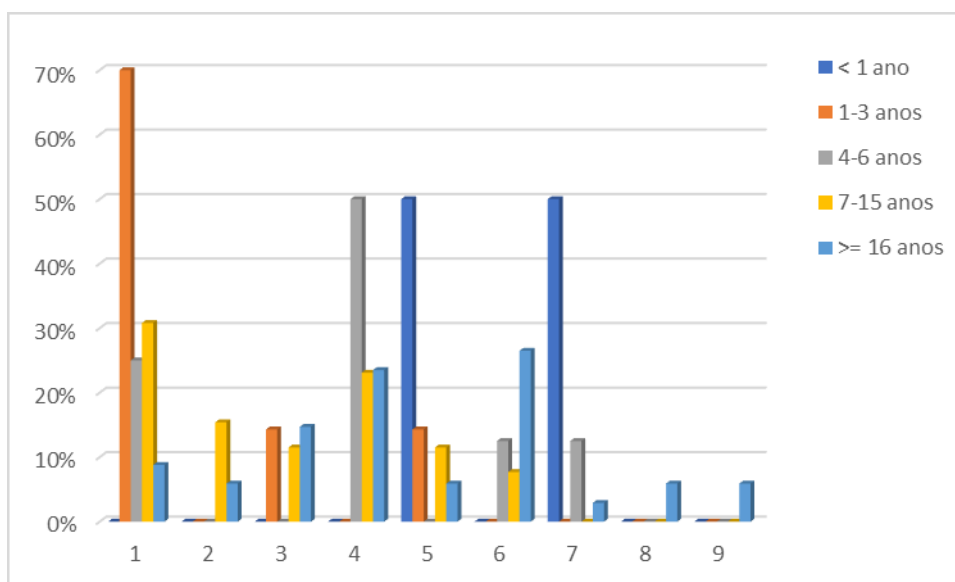


Gráfico 10: Correlação entre os anos de exercício profissional e a maior dificuldade sentida como enfermeiro perante a morte de um doente

Legenda: 1 – Falta de tempo para prestar apoio à família. 2 – Comunicar à família o falecimento do seu ente querido. 3 – Informar os familiares do agravamento da situação clínica do doente, no sentido de reduzir falsas esperanças. 4 – Lidar com a dor e angústia da família. 5 – Manter uma postura firme e não se envolver demasiado. 6 – Permitir que a família permaneça o maior tempo possível junto do doente terminal. 7 – Transpor as minhas vivências para essa situação. 8 – Pensar que poderia ter feito algo para evitar a morte. 9 – Outra.

No gráfico 10 verificamos a relação entre os anos de serviço totais e a maior dificuldade sentida como enfermeiro perante a morte de um doente, sendo o  $p=0,024$ .

Apuramos que para 50% dos enfermeiros que trabalham há menos de 1 anos as maiores dificuldades são o manter uma postura firme e não se envolver demasiado, enquanto que para os restantes 50% a maior dificuldade era o transpor as suas vivências para essa situação. No que concerne aos enfermeiros entre os 1-3 anos de serviço a esmagadora maioria, 71,4%, sente falta de tempo para prestar apoio à família. A mesma dificuldade sentiu 30,8% dos enfermeiros que trabalham entre 7-15 anos. Quando analisamos as dificuldades dos enfermeiros com 4-6 anos de serviço, 50% tem dificuldade em lidar com a dor e angústia da família. Para finalizar, 26,5% dos enfermeiros com mais de 16 anos de exercício profissional, tem como principal dificuldade, permitir que a família permaneça o maior tempo possível junto do doente.

H4 – Há relação entre o serviço e as dificuldades sentidas como enfermeiros perante a morte de um doente

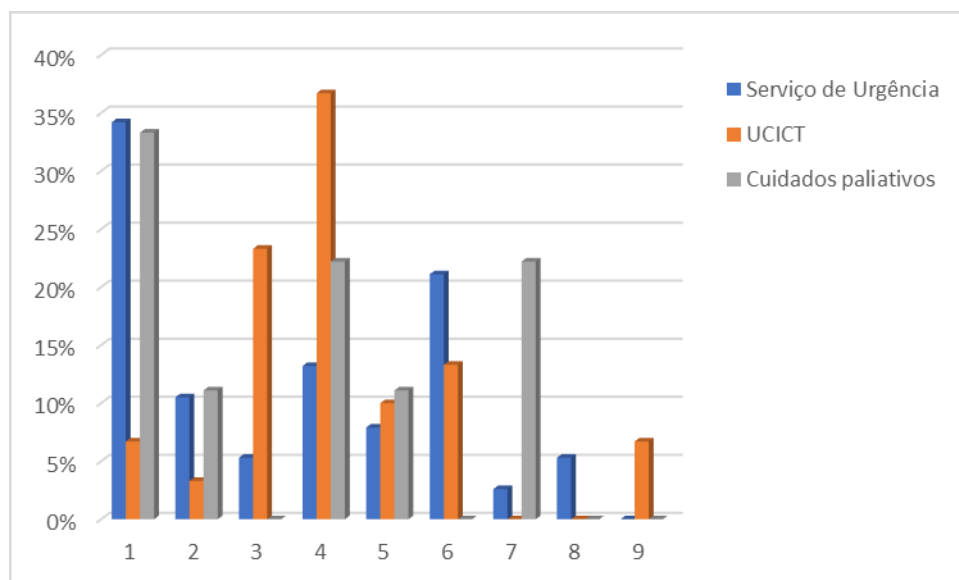


Gráfico 11: Correlação entre serviço onde exercem funções e a maior dificuldade sentida como enfermeiro perante a morte de um doente

Legenda: 1 – Falta de tempo para prestar apoio à família. 2 – Comunicar à família o falecimento do seu ente querido. 3 – Informar os familiares do agravamento da situação clínica do doente, no sentido de reduzir falsas esperanças. 4 – Lidar com a dor e angústia da família. 5 – Manter uma postura firme e não se envolver demasiado. 6 – Permitir que a família permaneça o maior tempo possível junto do doente terminal. 7 – Transpor as minhas vivências para essa situação. 8 – Pensar que poderia ter feito algo para evitar a morte. 9 – Outra

Neste gráfico 11, com um  $p=0,006$  verificamos que a falta de tempo para prestar apoio à família é a maior dificuldade sentida, quer por parte dos enfermeiros do SU (34,2%), quer pelos enfermeiros dos CP (33,3%). No entanto, a maior dificuldade sentida pelos enfermeiros da UCICT (36,7%), é lidar com a dor e angústia da família.

## 6. DISCUSSÃO

Segundo Andolhe (2009) a resolução de problemas é a estratégia mais utilizada, que visa promover comportamentos com o intuito de modificar ou alterar as situações indutoras de stress. Outra forma de *coping* muito utilizada é o evitar o problema, ou seja, evitar lidar com a situação em questão. O apoio social também é uma das estratégias mais utilizadas, no entanto averiguamos que esta é mais utilizada por mulheres do que por homens sendo a estratégia mais utilizada pelos enfermeiros com idades entre os 26-30 anos.

Gil-Monte e Peiró (1997) concluíram que o uso de estratégias de *coping* centradas no problema é uma estratégia muito utilizada principalmente para a prevenção de *burnout*, assim como as estratégias de escape ou centradas na emoção podem facilitar o aparecimento do *burnout*.

Um estudo efetuado por Silveira *et al* (2009), as estratégias de *coping* dos enfermeiros do SU encontradas são semelhantes às expostas neste estudo. Estes autores após analisarem as estratégias, optaram por dividi-las em utilizadas no ambiente de trabalho e fora dele. As estratégias utilizadas no ambiente de trabalho são o estabelecer e manter diálogo, colocar-se no lugar do outro, ajuda mútua de colegas, resolver situações conflituantes, não transmitir ao doente o stress vivenciado e cuidar do doente com qualidade técnica e de forma humanizada, resultando em satisfação pessoal. Em relação às estratégias fora do ambiente de trabalho, estas prendem-se com ao sair do hospital esquecer tudo o que aconteceu no hospital, dedicar tempo só para si, valorizar a vida fora do hospital e estar com a família. Constatamos neste estudo que as estratégias mais utilizadas dizem respeito à procura de apoio junto dos colegas, a desenvolver filosofias de vida de forma a dar sentido ao sofrimento e ao processo de morrer e a fazer algo pelas pessoas face ao seu desenvolvimento profissional.

Estas estratégias vão de encontro às que foram verificadas no estudo realizado. Observamos que 26% dos inquiridos utilizam os tempos livres como estratégias de *coping*, referindo que se esquecem facilmente da atividade profissional e se dedicam a atividades prazerosas.

Teixeira *et al* (2014) utilizaram o Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Folkman e Lazarus para verificar que estratégias de *coping* os enfermeiros no SU utilizavam num hospital no Brasil, tendo verificado que os enfermeiros utilizam estratégias de *coping* diferenciadas. No entanto, as mais utilizadas foram a resolução de problemas e o suporte social, enquanto que as menos utilizadas foram a confrontação e a fuga.

Gerow *et al.* (2010) adita que os enfermeiros que cuidam de pessoas em fim de vida experienciam um conflito de papéis tanto pelo fato de pelo fato de adotarem uma postura de suporte tanto para o doente como para a família como de experienciarem a perda do seu doente. Este conflito de papéis pode conduzir a que os enfermeiros adotem mecanismos de *coping* ineficazes, tais como o evitamento ou a compartimentalização, com consequências negativas na saúde dos profissionais.

Segundo Garcia (2016), os enfermeiros utilizam estratégias de *coping* individuais e coletivas para lidar com o sofrimento e minimizar o desgaste psicológico, o tentar não se envolver com o doente, separação entre vida profissional e pessoal, e espiritualidade / religião como suporte. As estratégias coletivas incluíram: planeamento para antecipar eventos inesperados, apoio mútuo e trabalho em equipa e obtenção do reconhecimento da chefia. Estas estratégias vão de encontram às conclusões neste estudo visto que 12% dos enfermeiros distanciam-se emocionalmente do doente em fase terminal e da família e 8% dos inquiridos procuram apoio junto dos colegas de trabalho.

Tendo em conta Zhang *et al* (2010), as pessoas utilizam diferentes mecanismos de *coping*, sendo que o recurso a estes varia consoante a avaliação individual da situação e o stress que esta provoca em cada pessoa. Os autores referem a existência de diversos mecanismos de *coping* que estão relacionados com os elevados níveis de esperança, tais como o otimismo, a atitude de confrontação e a autoconfiança. No que concerne aos baixos níveis de esperança, estes estão relacionados com atitudes de fatalismo.

Ao fazermos o paralelismo com o estudo de Tojal (2011), constatamos que as maiores dificuldades perante o processo de morte são as que encontramos neste estudo. As dificuldades prendem-se, maioritariamente, com o falar abertamente sobre o tema da morte com doente que se encontra próximo do fim de vida, presenciar de perto o sofrimento físico e emocional do doente, a comunicação com o doente e familiares e a falta de tempo para permanecer junto dos doentes e seus familiares.

Também no estudo de Saraiva (2009) averiguamos que as maiores dificuldades para lidar com a morte prendem-se com a dificuldade em dar resposta às questões do doente e com a falta de tempo e disponibilidade.

Tendo em conta Sousa (2009), uma das grandes dificuldades dos enfermeiros em lidar com a morte dos seus doentes deve-se à dificuldade de lidar com seus próprios temores da morte, sobressaindo, então, as defesas.

Chen *et al.* (2006) compararam três grupos: enfermeiros recém-licenciados, enfermeiros experientes e não enfermeiros usando a *Multidimensional Fear of Death Scale* (MFODS) (Hoelter, 1979) e verificou que os enfermeiros, independentemente da experiência, apresentavam valores mais elevados de medo do desconhecido face ao grupo de não enfermeiros. Apurou também que o grupo de enfermeiros experientes era o que apresentava maior medo do processo de morrer.

No que concerne ao estudo realizado, as dificuldades sentidas vão de encontro às encontradas na literatura, nomeadamente o falar da morte aos doentes que sofrem e que sabem que vão morrer e a falta de tempo e disponibilidade para prestar apoio.

No que concerne ao luto nos profissionais de saúde, segundo Wright e Hogan (2008) a maioria dos profissionais que experienciam a morte dos seus doentes e por conseguinte o luto pelos mesmos, não recebe qualquer tipo de formação ou treino para lidar com esse processo. Estes dados vão de encontro ao encontrado, visto que apenas 5% dos inquiridos referiu ter formação no luto dos profissionais de saúde. Também Fessick (2007) debruçou-se sobre este tema e evidenciou o benefício da formação sobre o luto.

Relativamente ao apoio psicológico verifiquei que 96% não dispõem de apoio psicológico nas instituições, o que vai de encontro ao estudo de Costa (2017). No entanto, existem profissionais que evitam as fontes de apoio institucionais pois sentem que dessa forma não são capazes de lidar com o seu trabalho, recorrendo a outro tipo de suporte, como os pares (McCreight, 2004). Rickerson, Somers e Allen (2005) constataram que mais de 80% dos profissionais de saúde usam mecanismos de suporte informal, como a partilha com colegas de trabalho e amigos.



## 7. CONCLUSÃO

A morte é um tema polémico que desde sempre despertou questões na sociedade, tendo sido discutida por várias correntes religiosas e filosóficas. A morte sendo algo que faz parte do desenvolvimento humano, sempre desafiou e também fascinou o ser humano.

A vivência da morte é uma experiência que constitui uma ameaça ao profissional de enfermagem. Os enfermeiros enfrentam todos os dias a morte e, independentemente da sua experiência profissional, esta é encarada com um sentimento de incerteza, desespero e angústia. Incerteza porque por vezes não sabem se estão a prestar todos os cuidados possíveis para o bem-estar do doente, desespero porque se sentem impotentes para fazer algo mais e angústia porque não sabem como comunicar efetivamente com o doente e os seus familiares.

Os enfermeiros, como forma de prevenir situações de exaustão emocional e controlar estes sentimentos utilizam estratégias de *coping*, que podem ser individuais ou coletivas.

Com o presente estudo pretendeu-se responder à questão de investigação: “Quais as estratégias de *coping* utilizadas pelos enfermeiros para lidar com o processo de morrer?”

O estudo teve como objetivos: verificar com que tipo de morte os enfermeiros se confrontaram mais no último ano; apurar a maior dificuldade sentida perante a morte; compreender as estratégias de *coping* que os enfermeiros utilizam para lidar com o processo de morrer; verificar se existe relação entre os dados sociodemográficos e as estratégias de *coping* utilizadas.

A amostra escolhida foi constituída por 77 enfermeiros dos quais 38 exerciam a profissão no SU, 30 na UCICT e apenas 9 enfermeiros exerciam funções nos CP. A maioria da amostra é composta por mulheres. Dos inquiridos a maioria apresenta idade compreendida entre os 31-39 anos seguindo-se os com idade  $\geq 40$  anos, com mais de 7 anos de profissão. Verificamos que apenas 27,3% possuem Especialidade/Mestrado sendo os restantes 72,7% Licenciados. Dos enfermeiros questionados, 83% referem que no

último ano se confrontaram com a morte decorrente de doença crónica/terminal e apenas 17% se confrontou com morte súbita/inesperada.

As estratégias de *coping* mais utilizadas, com 26% de respostas, dizem respeito a dedicarem-se a atividades prazerosas nos tempos livres esquecendo-se da atividade profissional. Os enfermeiros também usam como estratégias “pelo meu desempenho profissional posso fazer algo pelas pessoas nos momentos difíceis” e o “desenvolvi uma filosofia de vida que me permite dar um sentido à vida, ao sofrimento e ao processo de morte”, ambas com 23%. Com 12% os enfermeiros distanciam-se emocionalmente do doente em fase terminal e da família e com 8% e 7%, respetivamente, procuram apoio junto dos colegas de trabalho, partilhando as preocupações e usam o sentido de humor como defesa ao stress.

Confirmamos que as estratégias de *coping* utilizadas são focadas na emoção. Segundo a literatura esta estratégia de *coping* desenvolve-se geralmente quando já não se consegue alterar o evento, neste caso a morte do doente.

Constatamos que o serviço onde os enfermeiros se encontram interfere com as dificuldades sentidas perante a morte de um doente, assim como os anos de exercício profissional.

Ao analisar a idade dos enfermeiros apuramos que esta interfere com as estratégias de *coping* utilizadas. Do mesmo modo, os anos de exercício profissional no serviço onde exercem funções também tem interferência nas estratégias de *coping* utilizadas. Os resultados que obtivemos são concordantes com a bibliografia analisada.

Reforça-se a importância do enfermeiro em estudar a morte e ter formação pois é um fator importante para o ajudar a lidar com sua constante presença, de forma a reduzir o stress e a ansiedade. É importante proporcionar ao enfermeiro um local onde lhe seja permitido a elaboração e o esclarecimento das suas preocupações frente ao desconhecido.

Relativamente às limitações deste estudo podemos referir um número pequeno de participantes que se deveu à aplicação do questionário ser efetuada apenas nos locais previamente definidos e facilitadores para a aplicação do mesmo por um período de tempo reduzido, pois desta forma não foi possível questionar todos os enfermeiros visto que alguns se encontravam ausentes por motivos já referidos.

Como proposta para investigações futuras sugere-se dar seguimento a este trabalho para sustentar os dados obtidos ou mesmo chegar a diferentes correlações.



## 8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Amendoeira, J.** - Fontes e uso do conhecimento em enfermagem. A cooperação como estratégia, 2004.
2. **Andolhe, R.** - Stress e *Coping* da Equipa de Enfermagem no Cuidado à Mulher com Cancer da Mama. Santa Maria, Brasil : Universidade Federal de Santa Maria, 2009.
3. **Andrade, T.** -Atitudes Perante a Morte e Sentido de Vida em Profissionais de Saúde. Lisboa : Universidade de Lisboa - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, 2007.
4. **Apóstolo, J.** - O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. Revista Referência- II série, 2009.
5. **Ariés, P.** - História da Morte no Ocidente desde a Idade Média. Lisboa : Editorial Teorema, 1989.
6. **Ariés, P.** - O Homem Perante a Morte. Lisboa : Publicações Europa América, 1988.
7. **Aries, P.** - O homem perante a morte-I. Mem Martins : Publicações Europa-América, 2000.
8. **Assembleia da Republica** - Lei de Bases de Cuidados Paliativos. 1ª serie, 2012, Vol. nº172.
9. **Baines, J. e Malek, J.** - Atlas of Ancient Egypt. Amsterdam : Time-Life, 1993.
10. **Batista, P.** - Stress e *Coping* nos Enfermeiros dos Cuidados Paliativos em Oncologia. Porto : Instituto de Ciências Biomédica Abel Salazar - Universidade do Porto, 2008.

11. **Bouso, K.** - Compartilhando o processo de morte com a família: a experiência da enfermeira na UTI pediátrica. Rev Latino-am Enfermagem 2006 março-abril; 14(2):207-13.
12. **Campelos, I.** - A ansiedade e o medo da morte nos profissionais de saúde. Monografia para obtenção do grau de licenciatura em Psicologia Social e do Trabalho. Porto : Universidade Fernando Pessoa - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, 2006.
13. **Capelas, M.** - Dor Total nos doentes com metastização óssea. Cadernos de Saúde, 2008, Volume 1, Nº1, 9-24, 2008
14. **Cardoso, R. et al** - Avaliação do meio, auto conceito e mecanismos de *coping*. Psiquiatria Clínica. . 1988. 239-265.
15. **Cerqueira, A.** - O Enfermeiro Perante a Morte do Idoso em Contexto Hospitalar. Ponte de Lima : Universidade Fernando Pessoa, 2007.
16. **Chen, Y. et al** - Differential dimensions of death anxiety in nursing students with and without nursing experience. Journal Death Studies, Volume 30, nº 10, 2016. Doi: 10.1080/07481180600925351
17. **Collière, M.** - Cuidar... a primeira arte - 2ª edição. Loures : Lusociência, 2003.
18. **Conselho Internacional de Enfermeiros** - Classificação para a prática de Enfermagem. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2010. Vol. Edição Portuguesa.
19. **Costa, B.** - Cuidado Especializado à Pessoa em Situação Crítica e em Fim de Vida: Universidade Católica - Instituto de Ciências em Enfermagem, Relatório de Estágio, 2017.
20. **Davies, J.** - Death, Burial and Rebirth in the Religions of Antiquity. Londres : Routledge, 1999.
21. **Direção Geral de Saúde** - Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. [Online] 1978.

22. **Direcção-Geral da Saúde e Conselho Nacional de Oncologia** - Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Lisboa : Direcção-Geral da Saúde, 2005. 972-675-124-1.
23. **Estanque, C.** - A prática de cuidar o doente oncológico em fim de vida - uma abordagem na perspectiva dos enfermeiros. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos. Lisboa : s.n., 2011.
24. **Fernandes, M. e Komessu, J.** - Desafios do enfermeiro diante da dor e do sofrimento da família de pacientes fora de possibilidades terapêuticas. Revista Escola Enfermagem USP, 2013; 47(1):250-7.
25. **Fessick, S.** - The use of a staff retreat with a grief counsellor for inpatient medical oncology nurses to assist with bereavement and *coping*. Oncology Nursing Forum, 2007.
26. **Feytor, P.** - Entre a vida e a morte, a razão da esperança. s.l. : Revista Servir, 1991. Vol. 39.
27. **Folkman, S. e Lazarus, R.** - *Coping* as a Mediator of Emotion. Journal of Personality and Social Psychology. California, 1988.
28. **Folkman, S. e Lazarus, R.** - Stress, appraisal and *coping*. New York : Springer Publishing Company, 1984.
29. **Fortin, M. Côtê, J. e Filion, F.** - Fundamentos e etapas do Processo de Investigação. Loures. Lusodidacta, 2009. 978-989-8075-18-5.
30. **França, A. e Rodrigues, A.** - Stress e Trabalho: Guia básico com abordagem psicossomática. São Paulo : Atlas, 1997.
31. **Gama, M.** - O Luto Profissional dos Enfermeiros. s.l. : Universidade Católica Portuguesa, 2013.
32. **Garcia, A. et al** - Strategies used by nursing technicians to face the occupational suffering in an emergency unit. Rev Rene. 2016 Mar-Apr; 17(2):285-92. DOI: 10.15253/2175-6783.2016000200017.

33. **Gerow, L. et al** - Creating a curtain of protection: nurses' experiences of grief following patient death. *Journal of Nursing Scholarship*, Volume 42, nº 2, 2010. Doi: 10.1111/j.1547-5069.2010.01343.x.
34. **Gil-Monte P. e Peiró J.** - Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse. Madrid: sintese, 1997.
35. **Gomes et al.** - Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain. s.l. : *Annals of Oncology*, 2012.
36. **Hennezel, M.** - Diálogo com a Morte : casa das letras, 2008.
37. **Hesbeen, W.** - Cuidar no hospital : enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar. Loures : Lusociência, 2000.
38. **Horta, W.** - Processo de Enfermagem. s.l. : Editora Pedagógica e Universitária LDA, 2005. 85- 12-12190-4.
39. **Infante, A.** - Os “medos” da morte. *Revista de Enfermagem Oncológica*. Vol. 9, n.º36, 2006. 0873-5689.
40. **Instituto Nacional de Estatística** - Completas de Mortalidade para Portugal. [Online] 12 de Novembro de 2013. [Citação: 16 de Setembro de 2017.] Disponível em: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_indicadores&indOcorrCod=0004162&contexto=bd&selTab=tab2..](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0004162&contexto=bd&selTab=tab2..)
41. **Instituto Nacional de Estatística** - Estatísticas da Saúde 2014. Lisboa : Instituto Nacional de Estatística, 2014. Vol. Edição 2016. 978-989-25-0352-3.
42. **International Council of Nurses** - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. s.l. : Ordem dos Enfermeiros, 2015. Vol. versão 2013.
43. **Jordão, J.** - Projeto de Investigação - O que é uma boa morte? Estudo de validação de um instrumento. s.l. : Instituto Universitário de Psicologia, 2013.
44. **Kastenbaum, R. e Aisenberg, R.** - Psicologia da morte. São Paulo : Novos Ubrais, 1983.

45. **Katz, R.** - When our personal selves influence our professional work - an introduction to emotions and countertransference in end-of-life care. Routledge, New York, 2006.
46. **Krakauer, E.** - Facing death: Where culture, religion and medicine meet. Attending to Dying: Limitations of Medical Technology. New Haven : Yale University Press, 1996.
47. **Kubler-Ross, E.** - Sobre a morte e o morrer - 4ª edição. São Paulo : Martins Fontes, 1991. 85-336-0496-3.
48. **Lazarus, R.** - From Psychological Stress to the Emotions: A History of Changing Outlooks. Annual Review of Psychology, fevereiro 1993, vol.44:1-22.
49. **Leloup, M.** - A Arte de Morrer. Lisboa : Editorial Notícias, 2000. 9789724609201.
50. **Lopes, T.** - O Livro dos Mortos do Antigo Egito. Lisboa : Assírio e Alvim, 1991.
51. **Manso, F. e Velho, L.** Fim de vida e suas implicações. Nursing, nº 186, 2004. 0871-6196.
52. **Martins, E. et al** - Reações e sentimentos do Profissional de enfermagem diante da morte. Revista Brasileira de Enfermagem 52 n.1; 1999: 105-117.
53. **McCreight, B.** - Perinatal grief and emotional labour: a study of nurses' experiences in gynae wards. International Journal of Nursing Studies, Volume 42, 439-448. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2004.07.004, 2004.
54. **Mendonça, R. et al.** Estratégias de enfrentamento dos enfermeiros . s.l. : Acta Paul Enfermagem, 2014.
55. **Monat, A. e Lazarus, R.** - Stress and *Coping*: Some current issues and controversies. New York : New York: Columbia University Press, 1985.
56. **Moreira, I.** - O doente terminal em contexto familiar: uma análise da experiência . Coimbra : Formasau, 2001.
57. **Moura, C.** - A inevitabilidade da morte e o cuidar em fim de vida: entre a filosofia e a bioética. Lisboa : Coisas de ler, 2011.

- 58. Nunes, I.** - O Humor e o Luto nos Enfermeiros que Trabalham em Cuidados Paliativos. Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências da Saúde. Lisboa, 2014.
- 59. Oliveira, N.** - A Morte da Pessoa/Cliente: Significações para o Enfermeiro em Contexto de Ortopedia. s.l. : Revista Percursos, 2008.
- 60. Ordem dos Enfermeiros.** -Código Deontológico do Enfermeiro. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2015. Vol. Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro.
- 61. Ordem dos Enfermeiros** - Intervenções dos Enfermeiros nas Estruturas Residenciais de Idosos. Parecer n.º108/2014. Conselho de Enfermagem, 2014.
- 62. Ordem dos Enfermeiros** - Regulamento das Competencias Especificas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 2011.
- 63. Ordem dos Enfermeiros** - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiros - Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. Lisboa : Ordem dos Enfermeiros, 1998.
- 64. Pacheco, S.** - Cuidar a Pessoa em Fase Terminal: Perspectiva Ética. Loures : Lusociência, 2002.
- 65. Pacheco, S.** - Final de Vida - VI Seminário do Conselho Jurisdicional . A morte no ciclo vital: perspectiva de enfermagem. s.l. : Ordem dos Enfermeiros, 2006. 1646-2629.
- 66. Padilha, M.** - As Representações da História da Enfermagem na Prática Cotidiana Atual. Brasília: Revista de Enfermagem - Volume 52, 1999.
- 67. Papadatou, D.** - In the face of Death, Springer Publishing Company, New York, 2009.
- 68. Parece, A.** - Vivências do Enfermeiros Relativamente a Cuidados Post Mortem em Unidades de Medicina. Lisboa : Universidade de Lisboa - Faculdade de Medicina, 2010.
- 69. Parkes, C.** - Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta . s.l. : Summus, 1998. Vol. São Paulo.

- 70. Paulino, L.** - O Enfermeiro e a Morte. WebArtigos. [Online] 17 de Novembro de 2008. [Citação: 12 de Setembro de 2017.] Disponível em: <https://www.webartigos.com/artigos/o-enfermeiro-e-a-morte/11422>.
- 71. Pereira, M.** - Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto - Contributos para a Formação em Enfermagem. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade do Porto, 2005.
- 72. Pereira, A.** - Morte em contexto Hospitalar: Vivência dos enfermeiros. Coimbra : Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2013.
- 73. Pereira, D.** - Perspetivas de Morte e Bem-Estar Espiritual em Profissionais de Saúde que Cuidam de Doentes Terminais. Porto : Faculdade de Medicina da Faculdade do Porto, 2013.
- 74. Ramos, J.** - Stress e *Coping* do enfermeiros no hospital - contexto de urgência/contexto de cirurgia. 2002.
- 75. Ribeiro, J.** - Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde. 2ª ed. Porto: Legis Editora, 2008. 978-989-8148-162
- 76. Ribeiro, R. et al.** - Estratégias de enfrentamento dos enfermeiros . s.l. : Acta Paul Enfermagem, 2014.
- 77. Rickerson, E., Somers, C. e Allen, C.** - How well are we caring for caregivers? Prevalence of grief-related symptoms and need for bereavement support among long-term care staff. *Journal of Pain and Symptom Management*, Volume 30, nº 3, setembro 2005, P. 227-233. doi:10.1016
- 78. Roper, N., Logan, W. e Tierney, A.** - O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney. Lisboa : Climepsi, 2001.
- 79. Ruishuang, Z., Lee, S. e Bloomer, M.** - How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Jornal Clinic Nurses*. 2018 Jan;27(1-2):e39-e49. doi: 10.1111/jocn.13975. Epub 2017 Dec 4.
- 80. Sampaio, B.** - Cuidar da Pessoa no Processo de Morrer numa Unidade de Cuidados Continuados - Experiências do Enfermeiro. Viana do Castelo : Instituto Politecnico de Viana do Castelo, 2015.

- 81. Santos J. et al** - Feelings of nurses faced with death: pleasure and suffering from the perspective of psychodynamics of Dejours. s.l. : Invest. Educ. Enferm, 2016. 10.17533.
- 82. Sapeta, P. e Lopes, M.** - Cuidar em fim de vida: fatores que interferem no processo de interação enfermeiro doente. s.l. : Revista referência, 2007. Vols. II.<sup>a</sup> Série - nº 4
- 83. Saraiva, D.** - Atitude do Enfermeiro Perante a Morte - Investigação. s.l. : Nursing: Edição Portuguesa, 2009. Vol. 244. 0871-6196.
- 84. Serra, A.** - Um estudo sobre *coping*: o inventário de resolução de problemas. Coimbra : Congresso Nacional do Stress, 1988.
- 85. Seung, M. e Kyung, M.** - The Effects of Violence *Coping* Program Based on Middle-Range Theory of Resilience on Emergency Room Nurses' Resilience, Violence *Coping*, Nursing Competency and Burnout. [Online] junho de 2017. <https://doi.org/10.4040/jkan.2017.47.3.332> .
- 86. Silveira, M., Stumm, E. e Kirchner R.** - Estressores e *Coping*: enfermeiros de uma unidade de emergência hospitalar. Revista Eletronica de Enfermagem. [Internet]. 2009;11(4):894-903.
- 87. Simões, V.** - O Significado da Experiência Vivida pelo Enfermeiro no Cuidado à Pessoa Adulta e à sua Família em Processo de Morrer e de Morte: Uma Revisão Sistemática da Literatura, com Metassíntese. Porto : Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, 2014.
- 88. Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos (SFAP)** - Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos: “Cuidar – éticas e práticas. Loures : Lusociência - Ed. Técnicas e Científicas, 1999. 972-8383-17-7 .
- 89. Sousa, D. et al** - A vivência da enfermeira no processo de morte e morrer dos pacientes oncológicos. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2009 Jan-Mar; 18(1): 41-7.
- 90. Teixeira, C., Reisdorfer, E. e Gherardi-Donat, E.** - Estresse ocupacional e *Coping*: Reflexão acerca dos conceitos. s.l. : Revista Enfermagem - UFPE, 2014. 2528-2532.

91. **Thomas, L.** - La mort qui change. s.l. : Thanatologie, 1992. 89/90 (5-19).
92. **Tojal, A.** - Atitude do Enfermeiro Perante a Morte. Coimbra : Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2011.
93. **Twycross, R.** - Cuidados Paliativos. Lisboa : Climepsi Editores, 2003.
94. **Watson, J.** - Enfermagem: ciência humana e cuidar – uma teoria de enfermagem. Loures : Lusociência, 2002. 972-8383-33-9.
95. **Wright, P. e Hogan, N.** - Grief theories and models: applications to hospice nursing practice. Journal of Hospice and Palliative Nursing. Volume 10, 2008.
96. **Zhang, J., Gao, W., Wang, P. e Wu, Z.** Relationships among hope, coping style and social support for breast cancer patients. Chinese Medical Journal. 2010; 123(17):2331-2335.



# APÊNDICES



APÊNDICE I – Questionário “O Enfermeiro perante a  
morte”





**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**  
**COM ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**

**O ENFERMEIRO PERANTE A MORTE**

**Questionário**

**Estudante:** Vera Sofia da Silva Azevedo

**Sob orientação de:** Mestre Patrícia Coelho

**Porto, junho de 2017**



## Questionário

Exmo.(a) Sr.(a) Enfermeiro (a)

Sou Enfermeira e neste momento estou a realizar a Unidade Curricular – Estágio em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa.

O enfermeiro é o profissional que mais lida no seu quotidiano com a morte, e esse facto exige-lhe capacidade de resolução no processo de luto vivido e repetido inúmeras vezes.

Atendendo à especificidade da intervenção do enfermeiro, foi desenvolvido o presente questionário, que de forma sucinta, permita compreender como os enfermeiros deste serviço vivenciam a morte e o processo de morrer, quais as estratégias de *coping* utilizadas e que recursos, apoio dispõem na instituição a que pertencem.

A conceção deste instrumento teve por base o questionário já existente da Mestre Barbara Costa, sendo a coautora do mesmo e o suporte teórico relacionado com a técnica de entrevista e construção de questionários, lecionados na unidade curricular – Métodos de Investigação, inserido no referido Curso de Mestrado.

O início do processo de aplicação do questionário à equipa de enfermagem do Serviço, surge após a autorização e o consentimento do Enfermeiro Chefe.

Neste sentido, solicito a máxima colaboração da sua parte para preencher o presente questionário. Posteriormente os dados obtidos serão analisados e apresentados à vossa equipa de enfermagem.

As suas respostas atendem ao princípio da confidencialidade.

Desde já um Obrigado pela sua colaboração.

Vera Azevedo

**O questionário encontra-se dividido em duas partes: a caracterização do enfermeiro e o enfermeiro perante a morte.**

**Para responder ao questionário escolha apenas uma opção, com uma cruz (x).**

### **1ª Parte – Caracterização dos Participantes**

#### **1- Idade**

- 20 – 25 anos
- 26 – 30 anos
- 31 – 39 anos
- > 40 anos

#### **2- Sexo**

- Feminino
- Masculino

#### **3- Estado Civil**

- Casado/União de fato
- Solteiro
- Divorciado/Separado
- Viúvo

#### **4- Religião**

- Católica
- Protestante
- Testemunha de Jeová
- Islâmico
- Outra      Qual: \_\_\_\_\_

#### **5- Pratica a religião?**

- Todos os dias
- Uma vez por semana
- Uma vez por mês
- Em épocas festivas
- Nunca

**6- Formação Acadêmica**

- Bacharel
- Licenciatura
- Especialidade
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-graduação Qual? \_\_\_\_\_

**7- Anos de Exercício Profissional**

- < 1 ano
- 1 – 3 anos
- 4 – 6 anos
- 7 – 15 anos
- > 16 anos

**8- Anos de Exercício Profissional no serviço onde exerce funções?**

- < 1 ano
- 1 – 3 anos
- 4 – 6 anos
- 7 – 15 anos
- > 16 anos

**9- Serviço onde exerce funções?**

- Serviço de Urgência
- UCICT
- Cuidados Paliativos

**10- Possui formação em cuidados paliativos com mais de 30 horas?**

- Sim
- Não



## 2ª Parte - O Enfermeiro Perante a Morte

### 1- Tipo de morte com que mais se confrontou no último ano?

- Morte súbita/Inesperada
- Morte decorrente de Doença Crónica/Terminal

### 2- Qual a maior dificuldade sentida como Enfermeiro que lida com doentes em fim de vida (morte súbita ou decorrente de doença terminal)?

- Falar da morte aos doentes que sofrem e que sabem que vão morrer
- Falar da disponibilidade para permanecer junto do doente
- Controlar os sintomas da pessoa em processo de morte
- Lidar com o sofrimento físico e psicológico do doente
- Angústia na fase da agonia
- Responder às questões do doente sobre a morte
- Outra \_\_\_\_\_

### 3- Como enfermeiro qual a atitude que tenho perante a morte de um doente?

- A morte mete-me medo
- Vem-me facilmente as lágrimas aos olhos, (fico muito emocionado)
- Sinto-me aterrorizado sempre que um doente morre
- Tenho dificuldade em adormecer quando me morre um doente
- Fico com sentimento de culpa
- Fico em paz, pois sei que fiz tudo o que foi possível
- Considero a morte algo inevitável
- Outro \_\_\_\_\_

### 4- Qual a maior dificuldade sentida como enfermeiro perante a morte de um doente?

- Falta de tempo para prestar apoio à família
- Comunicar à família o falecimento do seu ente querido
- Informar os familiares do agravamento do estado da situação clínica do doente, no sentido de reduzir falsas esperanças
- Lidar com a dor e angústia da família
- Manter uma postura firme e não se envolver demasiado
- Permitir que a família permaneça o maior tempo possível junto do doente terminal
- Transpor as minhas vivências para essa situação
- Pensar que poderia ter feito algo para evitar a morte
- Outra \_\_\_\_\_

**5- Que estratégias de *coping* utiliza para lidar com o processo de morrer/com a morte?**

- Pelo meu desempenho profissional posso fazer algo pelas pessoas nos momentos difíceis
- Desenvolvi uma filosofia de vida que me permite dar um sentido à vida ao sofrimento e ao processo de morte
- Distancio-me emocionalmente do doente em fase terminal e da família
- Uso sentido de humor como defesa ao stress
- Procuo apoio junto dos colegas de trabalho, partilho as minhas preocupações
- No tempo livre esqueço facilmente a minha atividade profissional e dedico-me a atividades prazerosas junto das pessoas com quem tenho laços afetivos
- Outra \_\_\_\_\_

**6- Frequentou alguma formação recentemente sobre o luto nos profissionais de saúde?**

- Sim
- Não

**7- Dispõe de apoio psicológico na instituição, perante a morte e o processo de morrer, como vivência diária?**

- Sim
- Não

**7.1- Se respondeu Sim, indique qual**

\_\_\_\_\_

**7.2 – Se Respondeu Não, recorreu a outro tipo de apoio? Qual?**

\_\_\_\_\_

**8- Já vivenciou a morte através da perda de um ente querido?**

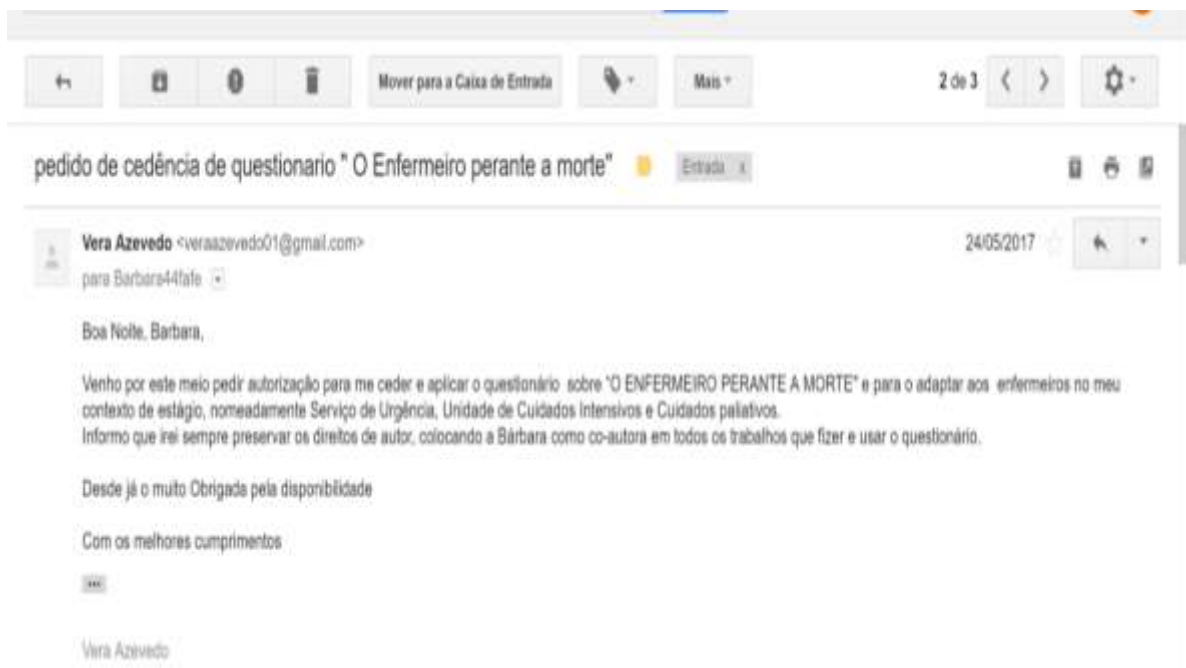
- Sim
- Não

**Resta-me então agradecer a sua disponibilidade e reforçar o valor do seu contributo, que foi fundamental para compreender a sua vivência perante a morte, enquanto Enfermeiro(a) no Serviço em questão.**

APÊNDICE II – Pedido de autorização de utilização e alterações do questionário “O Enfermeiro perante a morte”



## Pedido de autorização de utilização e alterações do questionário “O Enfermeiro perante a morte”





APÊNDICE III – Autorização de utilização do questionário  
“O Enfermeiro perante a morte”



## Autorização de utilização do questionário “O Enfermeiro perante a morte”





APÊNDICE IV – Artigo “Estratégias de  *coping*  utilizadas pelos Enfermeiros para lidar com o processo de morrer”



## Estratégias de *coping* utilizadas pelos enfermeiros para lidar com o processo de morrer

### *Coping strategies used by nurses to deal with the dying Process*

## Estrategias de *coping* utilizadas por los enfermeros para lidar con el proceso de morir

Vera Azevedo<sup>1</sup>, Manuel Luís Capelas<sup>2</sup>, Sílvia Patrícia Coelho<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Aluna do Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, universidade Católica portuguesa, Instituto de Ciências da saúde

<sup>2</sup>Professor Doutor na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da saúde, Lisboa

<sup>3</sup>Professora Doutora na Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da saúde, Porto

#### Resumo

A morte é um acontecimento natural e inevitável, que se envolve ainda de muito mistério e desafia a onipotência humana. Objetivo: descrever as estratégias de *coping* dos enfermeiros para lidarem com o processo de morrer e avaliar se existe associação entre as estratégias de *coping* e as características sociodemográficas da população em estudo.

Metodologia: Trata-se de um estudo observacional, analítico, transversal e com abordagem quantitativa, desenvolvido numa Unidade de Cuidados Intensivos de Cardiotorácica, Serviço de Urgência e Cuidados Paliativos de dois hospitais da zona norte de Portugal, com aplicação de um questionário “O Enfermeiro perante a Morte”, entre os meses de junho e dezembro de 2017.

Resultados: A estratégia de *coping* mais utilizada, para 26%, é no tempo livre dedicar-se a atividades prazerosas a fim de esquecer a profissão. Posteriormente encontramos estratégias como “pelo desempenho profissional posso fazer algo pelas pessoas nos momentos difíceis” e “desenvolvi uma filosofia de vida que me permite dar um sentido à vida, ao sofrimento e ao processo de morte” com a mesma percentagem de 23,4%.

Conclusão: As estratégias de *coping* mais utilizadas dizem respeito a dedicarem-se a atividades prazerosas nos tempos livres esquecendo-se da atividade profissional, pelo desempenho profissional o enfermeiro sente que pode fazer algo pelas pessoas nos momentos difíceis e

desenvolver uma filosofia de vida que permite dar um sentido à vida, ao sofrimento e ao processo de morte.

Verificamos que existe associação entre as estratégias de coping e as características sociodemográficas da população em estudo, nomeadamente a idade e os anos de exercício profissional no serviço onde se encontram.

Palavras Chave: Enfermeiros; *Coping*; Morte

#### Abstract

Death is a natural and inevitable event, which is still very mysterious and defies human omnipotence. Objective: verify the coping strategies of nurses to deal with the dying process, and if there is an association between the coping strategies and the sociodemographic characteristics of the study population.

Methodology: This is a descriptive cross-sectional study with a quantitative approach developed in Cardiothoracic Intensive Care Unit, Emergency and Palliative Care Unit of two hospitals in the north of Portugal. With the application of a questionnaire "The Nurse towards Death" between the months of June and December 2017.

Results: we found that 49.4% of the sample are nurses from the ER, 39% from the CTICU and only 11.7% from the PC. The most used *coping* strategy with 26% is in free time forgetting the profession and dedicating itself to pleasurable activities with people with whom it has affective ties. We also found "by professional performance I can do something for people in difficult times" and "I developed a philosophy of life that allows me to give a meaning to life, suffering and the process of death" with the same percentage of 23.4%

Conclusion: The most used *coping* strategies are to dedicate themselves to leisure activities in leisure time, forgetting about professional activity, professional performance, and the nurse feels that he can do something for people in difficult times and develop a philosophy of life that allows giving a meaning to life, suffering and the process of death.

We verified that there is an association between coping strategies and the sociodemographic characteristics of the study population, namely age and years of professional practice in the service where they are.

Keywords: Nurses; *Coping*; Death

## Resumén

La muerte es un acontecimiento natural y inevitable, que se involucra aún de mucho misterio y desafía la omnipotencia humana. Objetivo: verificar las estrategias de *coping* de los enfermeros ante la muerte. Así como, verificar si los años de ejercicio profesional, la edad, la formación académica y el servicio donde ejercen funciones interfieren con las estrategias de *coping* utilizadas ante la muerte, en el contexto del ejercicio profesional.

Metodología: Se trata de un estudio descriptivo, transversal y cuantitativo, desarrollado en Unidad de Cuidados Intensivos de Cardiotorácica, Servicio de Urgencia y Cuidados Paliativos de dos hospitales en el norte de Portugal, a través de un cuestionario entre junio y diciembre de 2017.

Resultados: verificamos que el 49,4% de la muestra son enfermeros del SU, el 39% de la UCICT y apenas el 11,7% de los CP. La estrategia de *coping* más utilizada con el 26% es en el tiempo libre olvidar la profesión y dedicarse a actividades placenteras junto a personas con quienes tienen lazos afectivos. Posteriormente encontramos "por el desempeño profesional puedo hacer algo por las personas en los momentos difíciles" y "desarrollé una filosofía de vida que me permite dar un sentido a la vida, al sufrimiento y al proceso de muerte" con el mismo porcentaje del 23,4%.

Conclusión: Las estrategias de *coping* más utilizadas se refieren a dedicarse a actividades placenteras en los tiempos libres olvidándose de la actividad profesional, por el desempeño profesional el enfermero siente que puede hacer algo por las personas en los momentos difíciles y desarrollar una filosofía de vida que permite dar un sentido a la vida, al sufrimiento y al proceso de muerte.

Verificamos que existe asociación entre las estrategias de *coping* y las características sociodemográficas de la población en estudio, en particular la edad y los años de ejercicio profesional en el servicio donde se encuentran.

Palabras llave: Enfermeros; *Coping*; Muerte.

## Introdução

A morte apesar de ser um acontecimento natural, universal e inevitável, algo inerente à condição de ser vivo, ainda se envolve de muito mistério (Moura 2011). Esta incomoda e desafia a

omnipotência humana, podendo-lhe ser atribuídos vários significados, de acordo com a formação estrutural, cognitiva, espiritual e religiosa de cada um.

A morte, hoje em dia, é um acontecimento com o qual os profissionais de saúde se confrontam no seu dia-a-dia e, devido à natureza dos cuidados de Enfermagem, o enfermeiro torna-se no profissional de saúde que mais vivencia direta e imediatamente o processo de morte de alguém.

Cuidar de doentes em fim de vida é um desafio para todos os profissionais de saúde, em especial para os Enfermeiros, pois são estes que mais tempo permanecem com o doente e a sua família. Esta situação faz com que os Enfermeiros tenham consciência da sua finitude, o que pode ser algo gerador de stress.

### **Quadro Teórico**

Existem várias atitudes e sentimentos nos enfermeiros que lidam com a morte do seu doente. O processo de morrer e a morte do outro despertam sentimentos de medo, raiva, impotência, insegurança, estando relacionados mais à perda do que a um processo natural da vida.

Segundo Lazarus e Folkman (1984), existem dois tipos de estratégias de *coping*, as que se focam no problema e as que se focam na emoção. O objetivo do *coping* com destaque no problema é a confrontação do evento, ao passo que quando focalizado na emoção visa regular ou eliminar o impacto emocional negativo. As estratégias de *coping* focalizadas na emoção geralmente desenvolvem-se quando já não se consegue alterar o evento e utilizam-se estratégias como o distanciamento, a atenção excessiva, distração, minimização e o bom humor. Os mecanismos de *coping* podem, segundo os mesmos autores, ser vistos em três níveis: os considerados defesas corporais (fisiológicas), usadas para enfrentar os agentes prejudiciais; os processos psicológicos, usados para enfrentar as situações que são consideradas ameaçadoras; e, por fim, as formas institucionais (sociais) usadas para proteger a unidade social ou o indivíduo.

Segundo Rudolph *et al* (1995) as estratégias de *coping* podem estar relacionadas com os recursos pessoais e os sócio-ecológicos. Os pessoais, são constituídos por variáveis físicas e psicológicas que incluem saúde física, crenças ideológicas e outras características pessoais. Os recursos sócio-ecológicos são encontrados no ambiente do indivíduo ou no seu contexto social, incluem relacionamentos, características familiares e económicas, redes sociais, entre outras.

No domínio do tema há vários pressupostos e várias opções de pesquisa, no entanto esta investigação recaiu sobre o profissional de enfermagem, mais especificamente nas estratégias de

*coping* que utilizam para lidar com a morte, uma vez que são estes os profissionais que pelo fato de se encontrarem mais tempo com os doentes, podem demonstrar um nível de stress mais elevado, sendo as estratégias que utilizam importantes.

De entre os profissionais de enfermagem, o estudo recai sobre os enfermeiros da UCICT, do SU e dos CP, visto serem serviços médico-cirúrgicos, no entanto com especificidades particulares.

Em função do exposto, formularam-se as seguintes questões: Quais as estratégias de  *coping* mais utilizadas pelos enfermeiros para lidar com o processo de morrer? Existe associação das estratégias de  *coping* com as características sociodemográficas?

Este estudo tem como objetivo descrever as estratégias de  *coping* do Enfermeiros para lidarem com o processo de morrer e avaliar se existe associação entre as estratégias de  *coping* e as características sociodemográficas da população em estudo.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo observacional, analítico, transversal e com abordagem quantitativa, desenvolvido numa Unidade de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiorácica (UCICT), num Serviço de Urgência (SU) e num Serviço de Cuidados Paliativos (CP) de dois hospitais da zona norte de Portugal. A população é composta por 113 enfermeiros, não estando incluídos os que se encontravam de férias ou afastados por licença de qualquer natureza, como a licença de maternidade/paternidade. Obteve-se uma amostra acidental de 77 enfermeiros que concordaram participar após terem dado o seu consentimento livre e informado, tendo o questionário sido preenchido no domicílio. A colheita de dados foi efetuada entre os meses de junho e dezembro de 2017.

As estratégias de  *coping* foram avaliadas tendo por base o questionário “O Enfermeiro perante a morte”, tendo sido feito pedido e obtido o consentimento da autora que o elaborou, bem como para as respetivas alterações para adequar-se ao local a aplicar o mesmo. Este questionário encontra-se dividido em duas partes, sendo a primeira a caracterização sociodemográfica, composto por diferentes variáveis, onde constam elementos como a idade, género, anos de exercício profissional e local onde se encontram a exercer funções, entre outros. A segunda parte diz respeito às dificuldades, estratégias de  *coping* e atitudes do enfermeiro perante o processo de morrer, assim como os apoios existentes na instituição onde trabalham. Este questionário, após consentimento livre e informado dos enfermeiros, foi respondido por cada participante fora do ambiente hospitalar.

A análise foi feita no *IMB Statistical Package for the Social Sciences versão 24.0*.

## Resultados

A maioria da amostra é composta por mulheres (62,3%), sendo os homens (37,7%). Apenas 27,3% possuem Especialidade/Mestrado sendo os restantes 72,7% Licenciados.

No que concerne aos serviços em questão verificamos que 49,4% da amostra são enfermeiros do SU, 39% da UCICT e apenas 11,7% dos CP. Em relação ao tipo de morte que se confrontaram mais no último ano cerca de 83,1% foi morte decorrente de doença crónica/terminal, sendo a restante percentagem morte súbita/inesperada.

Ao fazermos a associação entre as estratégias de *coping* e o local de trabalho verificamos que não existe uma associação estatisticamente significativa ( $p=0,594$ ), assim como entre as estratégias de *coping* e a formação académica ( $p=0,571$ ) e as estratégias de *coping* e o género ( $p=0,468$ ).

Apuramos que o falar da morte aos doentes que sofrem e que sabem que vão morrer (24,7%) e o lidar com o sofrimento físico e psicológico do doente (23,4%) corresponde às maiores dificuldades sentidas como enfermeiro que lida com doentes em fim de vida. A atitude mais utilizada pelo enfermeiro perante a morte de um doente é o “ficar em paz, pois sei que fiz tudo o que foi possível” com uma percentagem de 62,3%. Seguiu-se a atitude de “considerar a morte como algo inevitável” com 27,3%. Quando questionados sobre as estratégias de *coping* para lidar com o processo de morrer os enfermeiros dividiram-se em três respostas. 26% no tempo livre esquecem a profissão e dedicam-se a atividades prazerosas junto de pessoas com quem possuem laços afetivos; 23,4% referem que lidam através da assunção de que “pelo desempenho profissional podem fazer algo pelas pessoas nos momentos difíceis” e “desenvolvimento de uma filosofia de vida que lhes permite dar um sentido à vida, ao sofrimento e ao processo de morte”, ambas com 23,4% cada.

Tendo em conta o gráfico 1, quando analisamos a associação entre a idade e as estratégias de *coping* utilizadas verificamos que existe associação estatisticamente significativa entre ambas ( $p=0,012$ ). Identificamos que 80% dos enfermeiros com idades entre os 20-25 anos e 32,1%, com mais de 40 anos, desenvolvem uma filosofia de vida que permite dar um sentido à vida, ao sofrimento e ao processo de morte. Com idades entre os 26-30 anos, 30,8% procuram apoio junto dos colegas de trabalho, e 41,9% com idades entre 31-39 anos nos tempos livres esquecem facilmente a profissão, dedicando-se a atividades prazerosas.

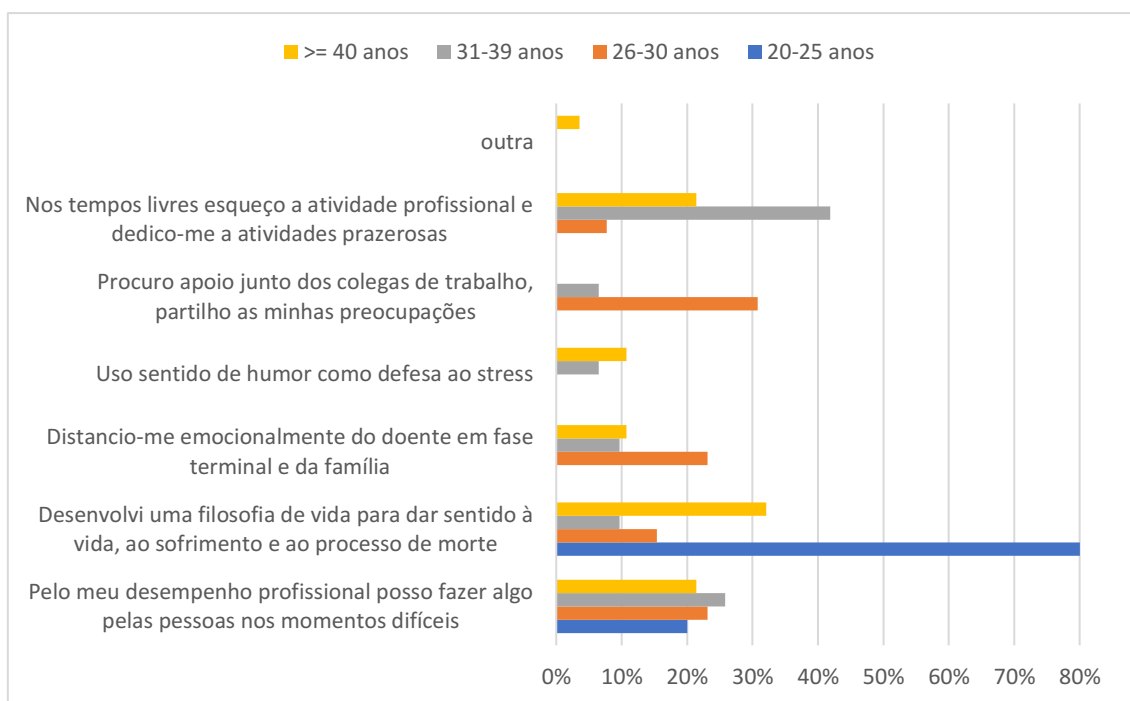


Gráfico 1: Estratégias de *coping* para lidar com o processo de morrer de acordo com a idade dos enfermeiros

No gráfico 2 verifica-se que existe uma associação estatisticamente significativa entre os anos de exercício profissional no serviço onde se encontram e as estratégias de *coping* utilizadas, ( $p=0,049$ ).

O “Desenvolver uma filosofia de vida que permite dar um sentido à vida, ao sofrimento e ao processo de morte” é a resposta mais dada pelos enfermeiros com tempos de exercício profissional entre os 1 e os 6 anos, assim como mais de 16 anos, todos com 33,3% de respostas.

Dos enfermeiros com 7-15 anos de exercício profissional no serviço 37% dedicam-se a atividades prazerosas nos tempos livres esquecendo-se da atividade profissional e outros 37% sentem que pelo desempenho profissional podem fazer algo pelas pessoas nos momentos difíceis.

Dos enfermeiros que trabalham há menos de 1 ano três grupos de 25% utilizam respetivamente o distanciamento emocional do doente em fase terminal e da família, procuram apoio junto dos colegas de trabalho e dedicam-se a atividades prazerosas nos tempos livres esquecendo-se da atividade profissional.

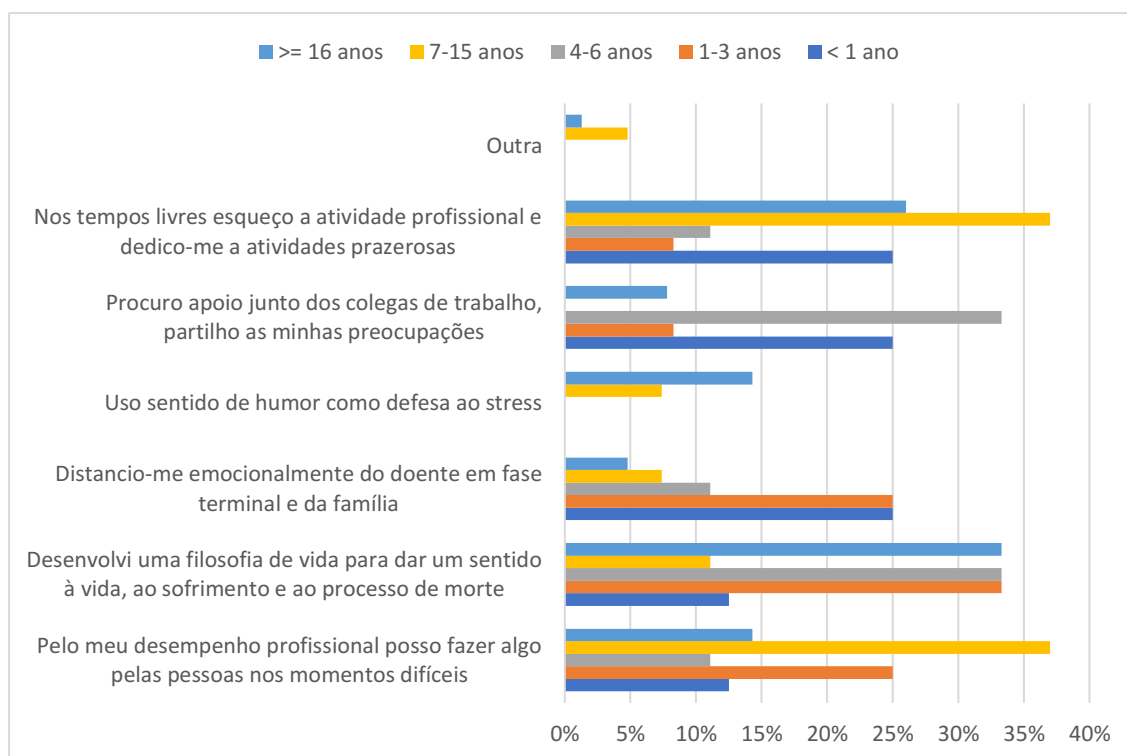


Gráfico 2: Estratégias de coping para lidar com o processo de morrer de acordo com o tempo de exercício profissional no serviço atual

No gráfico 3 também se verifica uma associação estatisticamente significativa a relação entre os anos de serviço totais e a maior dificuldade sentida como enfermeiro perante a morte de um doente, ( $p=0,024$ ).

Apuramos que a falta de tempo para prestar apoio à família é a dificuldade mais sentida pelos enfermeiros com 1-3 anos de exercício profissional (78%) e 7-15 anos (30,8%). Nos que trabalham há menos de 1 ano, são o manter uma postura firme e não se envolver demasiado com o doente e o transpor as suas vivências para essa situação, ambos com 50%. Dos enfermeiros com 4-6 anos de serviço, 50% tem dificuldade em lidar com a dor e angústia da família e 26,5% dos enfermeiros com mais de 16 anos de exercício profissional, permitir que a família permaneça o maior tempo possível junto do doente.

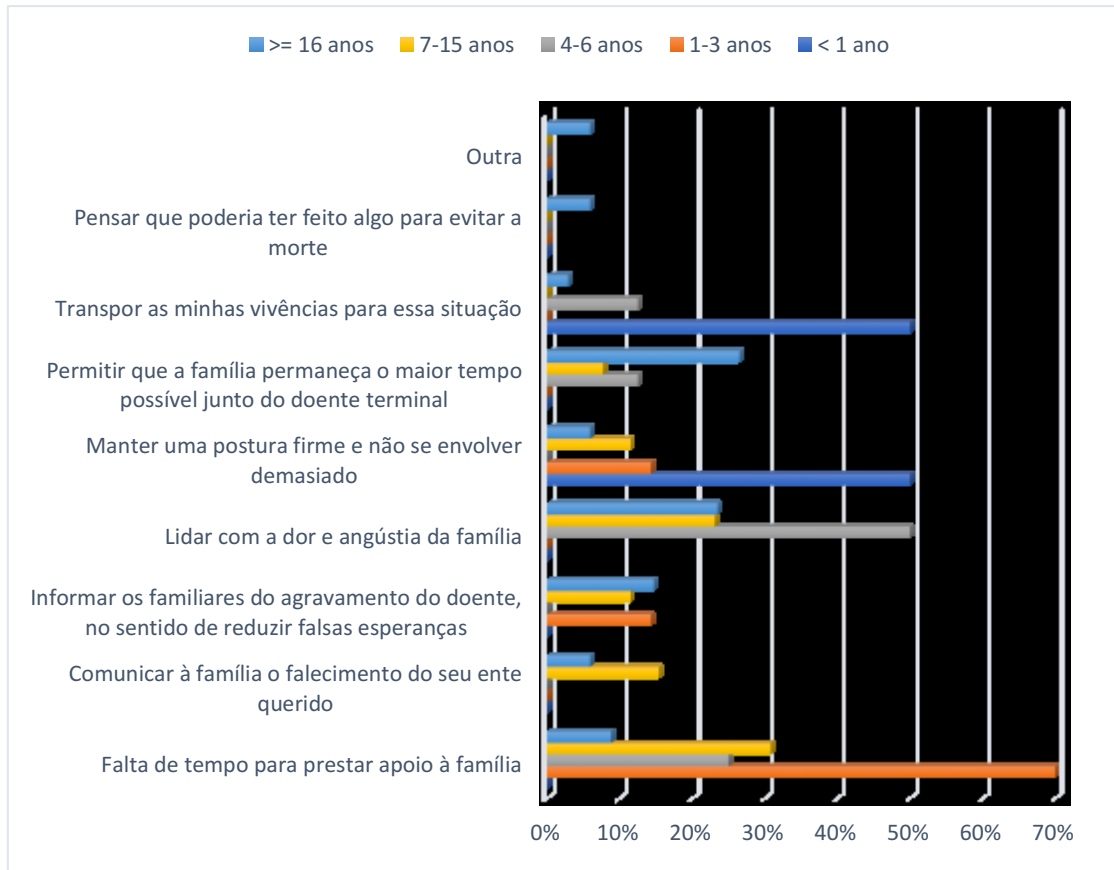


Gráfico 3: Dificuldades sentidas pelos enfermeiros perante a morte de um doente de acordo com o tempo de exercício profissional

No gráfico 4 verifica-se uma associação estatisticamente significativa entre os entre serviço onde exercem funções e a maior dificuldade sentida como enfermeiro perante a morte de um doente, ( $p= 0,006$ ).

Constatamos que a falta de tempo para prestar apoio à família é a maior dificuldade sentida, quer por parte dos enfermeiros do SU (34,2%), quer pelos enfermeiros dos CP (33,3%). No entanto, a maior dificuldade sentida pelos enfermeiros da UCICT (36,7%), é lidar com a dor e angústia da família.

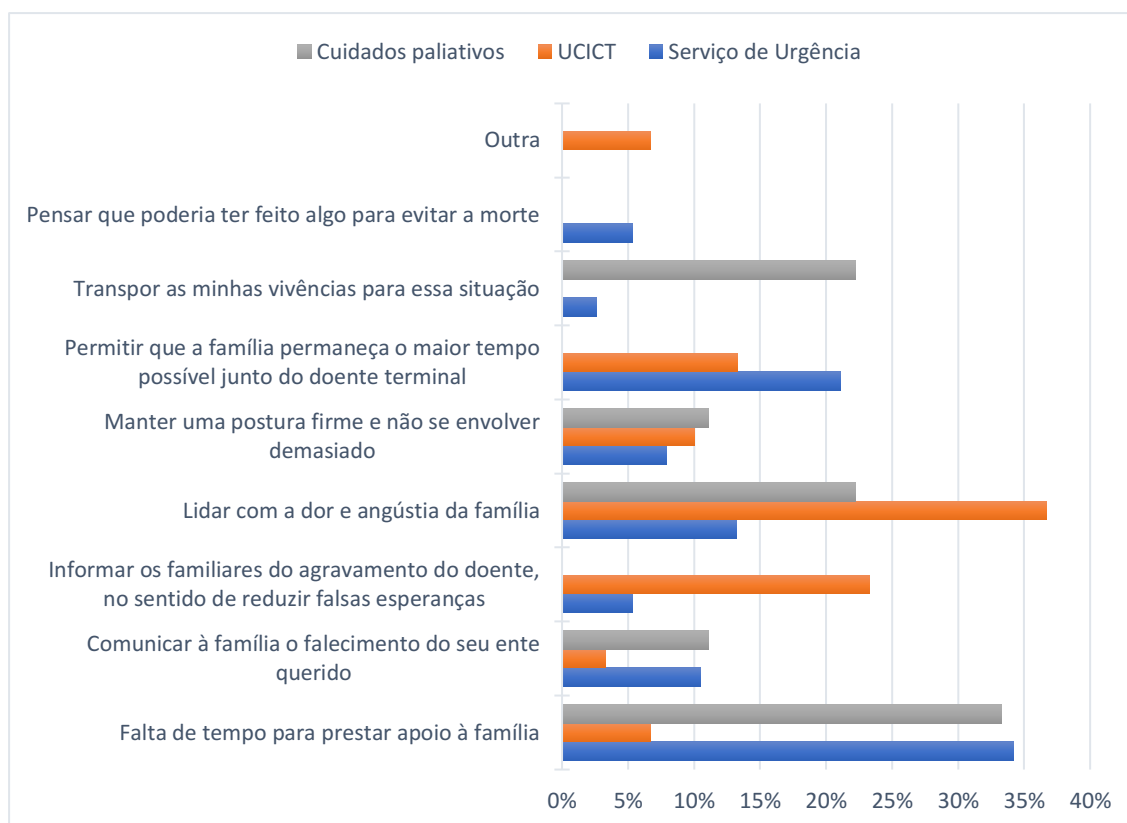


Gráfico 4: Dificuldades sentidas pelos enfermeiros perante a morte de um doente de acordo com o serviço onde exercem funções

## Discussão

A resolução de problemas é a estratégia mais utilizada, que visa promover comportamentos com o intuito de modificar ou alterar as situações indutoras de stress (Andolhe, 2009). Outra forma de *coping* muito utilizada é o evitar o problema, ou seja, evitar lidar com a situação em questão. O apoio social também é uma das estratégias mais utilizadas, no entanto averiguamos que esta é mais utilizada por mulheres do que por homens sendo a estratégia mais utilizada pelos enfermeiros com idades entre os 26-30 anos.

Gil-Monte e Peiró (1997) concluíram que o uso de estratégias de *coping* centradas no problema é uma estratégia muito utilizada principalmente para a prevenção de *burnout*, assim como as estratégias de escape ou centradas na emoção podem facilitar o aparecimento do *burnout*.

Um estudo efetuado por Silveira *et al* (2009), as estratégias de *coping* dos enfermeiros do SU encontradas são semelhantes às expostas neste estudo. Estes autores após analisarem as estratégias, optaram por dividi-las em utilizadas no ambiente de trabalho e fora dele. As

estratégias utilizadas no ambiente de trabalho são o estabelecer e manter diálogo, colocar-se no lugar do outro, ajuda mútua de colegas, resolver situações conflituosas, não transmitir ao doente o stress vivenciado e cuidar do doente com qualidade técnica e de forma humanizada, resultando em satisfação pessoal. Em relação às estratégias fora do ambiente de trabalho, estas prendem-se com ao sair do hospital esquecer tudo o que aconteceu no hospital, dedicar tempo só para si, valorizar a vida fora do hospital e estar com a família. Constatamos neste estudo que as estratégias mais utilizadas dizem respeito à procura de apoio junto dos colegas, a desenvolver filosofias de vida de forma a dar sentido ao sofrimento e ao processo de morrer e a fazer algo pelas pessoas face ao seu desenvolvimento profissional.

Estas estratégias vão de encontro às que foram verificadas no estudo realizado. Observamos que 26% dos inquiridos utilizam os tempos livres como estratégias de *coping*, referindo que se esquecem facilmente da atividade profissional e se dedicam a atividades prazerosas. Também se verificou que cerca de 40% dos enfermeiros com idades entre 31-39 anos e 20% com idade superior a 40 anos nos tempos livres esquecem a atividade profissional e dedicam-se a atividades prazerosas

Teixeira *et al* (2014) utilizaram o Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Folkman e Lazarus para verificar que estratégias de *coping* os enfermeiros no SU utilizavam num hospital no Brasil, tendo verificado que os enfermeiros utilizam estratégias de *coping* diferenciadas. No entanto, as mais utilizadas foram a resolução de problemas e o suporte social, enquanto que as menos utilizadas foram a confrontação e a fuga.

Gerow *et al*. (2010) adita que os enfermeiros que cuidam de pessoas em fim de vida experienciam um conflito de papéis tanto pelo fato de adotarem uma postura de suporte tanto para o doente como para a família como de experienciarem a perda do seu doente. Este conflito de papéis pode conduzir a que os enfermeiros adotem mecanismos de *coping* ineficazes, tais como o evitamento ou a compartimentalização, com consequências negativas na saúde dos profissionais.

Segundo Garcia (2016), os enfermeiros utilizam estratégias de *coping* individuais e coletivas para lidar com o sofrimento e minimizar o desgaste psicológico, o tentar não se envolver com o doente, separação entre vida profissional e pessoal, e espiritualidade / religião como suporte. As estratégias coletivas incluíram: planeamento para antecipar eventos inesperados, apoio mútuo e trabalho em equipa e obtenção do reconhecimento da chefia. Estas estratégias vão de encontro às conclusões neste estudo visto que 12% dos enfermeiros distanciam-se emocionalmente do

doente em fase terminal e da família e 8% dos inquiridos procuram apoio junto dos colegas de trabalho.

Vale ressaltar que o uso de estratégias de *coping* é essencial para obter um equilíbrio psíquico no trabalho e deve ser usado para que o bem-estar possa superar o sofrimento.

Tendo em conta Zhang *et al* (2010), as pessoas utilizam diferentes mecanismos de *coping*, sendo que o recurso a estes varia consoante a avaliação individual da situação e o stress que esta provoca em cada pessoa. Os autores referem a existência de diversos mecanismos de *coping* que estão relacionados com os elevados níveis de esperança, tais como o otimismo, a atitude de confrontação e a autoconfiança. No que concerne aos baixos níveis de esperança, estes estão relacionados com atitudes de fatalismo.

Ao fazermos o paralelismo com o estudo de Tojal (2011), constatamos que as maiores dificuldades perante o processo de morte são as que encontramos neste estudo. As dificuldades prendem-se, maioritariamente, com o falar abertamente sobre o tema da morte com doente que se encontra próximo do fim de vida, presenciar de perto o sofrimento físico e emocional do doente, a comunicação com o doente e familiares e a falta de tempo para permanecer junto dos doentes e seus familiares.

Também no estudo de Saraiva (2009) averiguamos que as maiores dificuldades para lidar com a morte prendem-se com a dificuldade em dar resposta às questões do doente e com a falta de tempo e disponibilidade.

Tendo em conta Sousa (2009), uma das grandes dificuldades dos enfermeiros em lidar com a morte dos seus doentes deve-se à dificuldade de lidar com seus próprios temores da morte, sobressaindo, então, as defesas.

Chen *et al.* (2006) compararam três grupos: enfermeiros recém-licenciados, enfermeiros experientes e não enfermeiros usando a *Multidimensional Fear of Death Scale* (MFODS) (Hoelter, 1979) e verificou que os enfermeiros, independentemente da experiência, apresentavam valores mais elevados de medo do desconhecido face ao grupo de não enfermeiros, e que o grupo de enfermeiros experientes era o que apresentava maior medo do processo de morrer.

No que concerne ao estudo realizado, as dificuldades sentidas vão de encontro às encontradas na literatura, nomeadamente o falar da morte aos doentes que sofrem e que sabem que vão morrer e a falta de tempo e disponibilidade para prestar apoio.

## Conclusões

As estratégias de *coping* mais utilizadas dizem respeito a dedicarem-se a atividades prazerosas nos tempos livres esquecendo-se da atividade profissional, pelo desempenho profissional o enfermeiro sente que pode fazer algo pelas pessoas nos momentos difíceis e desenvolver uma filosofia de vida que permite dar um sentido à vida, ao sofrimento e ao processo de morte.

Confirmamos que as estratégias de *coping* utilizadas são focadas na emoção. Segundo a literatura esta estratégia de *coping* desenvolve-se geralmente quando já não se consegue alterar o evento, neste caso a morte do doente.

Constatamos ainda que o serviço onde os enfermeiros se encontram interfere com as dificuldades sentidas perante a morte de um doente, assim como os anos de exercício profissional.

Ao analisar a idade dos enfermeiros verificamos que esta interfere com as estratégias de *coping* utilizadas. Do mesmo modo, os anos de exercício profissional no serviço onde exercem funções também tem interferência nas estratégias de *coping* utilizadas. Verificamos então que existe associação entre as estratégias de *coping* e as características sociodemográficas da população em estudo, nomeadamente a idade e os anos de exercício profissional no serviço onde se encontram.

Confirmamos que os resultados que obtivemos são concordantes com a bibliografia analisada. Contudo, o motivo de não se ter encontrado mais correlações pode dever-se ao fato de possuímos uma amostra pequena para o grupo que foi analisado e para o número de estratégias apresentadas.

Em relação às limitações deste estudo, podemos referir um número pequeno de participantes que se deveu à aplicação do questionário ser efetuada apenas nos locais previamente definidos e facilitadores para a aplicação do mesmo pela presença por um período de tempo de uma das investigadoras e o tempo reduzido para a aplicação do mesmo. Desta forma não foi possível questionar todos os enfermeiros visto que alguns encontravam-se ausentes por motivos já referidos.

## Referências bibliográficas

1. Andolhe, R. (2009). Stress e *Coping* da Equipa de Enfermagem no Cuidado à Mulher com Cancer da Mama. Santa Maria, Brasil : Universidade Federal de Santa Maria.
2. Andrade, T. (2007). Atitudes Perante a Morte e Sentido de Vida em Profissionais de Saúde. Lisboa : Universidade de Lisboa - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.

3. Batista, P. (2008). Stress e *Coping* nos Enfermeiros dos Cuidados Paliativos em Oncologia. Porto : Instituto de Ciências Biomédica Abel Salazar - Universidade do Porto.
4. Folkman, S. e Lazarus, R. (1984). *Coping* as a Mediator of Emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*. California.
5. Folkman, S. e Lazarus, R. (1984). *Stress, appraisal and Coping*. New York : Springer Publishing Company.
6. Garcia, A. *et al* (2016). Strategies used by nursing technicians to face the occupational suffering in an emergency unit. *Rev Rene*. Mar-Apr; 17(2):285-92. DOI: 10.15253/2175-6783.2016000200017.
7. Gil-Monte P., Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: sintese.
8. Lazarus, R. (1993). From Psychological Stress to the Emotions: A History of Changing Outlooks. *Annual Review of Psychology*, fevereiro 1993, vol.44:1-22.
9. Mendonça, R., et al (2014). *Estratégias de enfrentamento dos enfermeiros*. s.l. : Acta Paul Enfermagem.
10. Monat, A. e Lazarus, R. (1985). *Stress and Coping: Some current issues and controversies*. New York : New York: Columbia University Press.
11. Moura, C. (2011). *A inevitabilidade da morte e o cuidar em fim de vida: entre a filosofia e a bioética*. Lisboa : Coisas de ler.
12. Pacheco, S. (2006). *Final de Vida - VI Seminário do Conselho Jurisdicional*. A morte no ciclo vital: perspectiva de enfermagem. s.l. : Odem dos Enfermeiros. 1646-2629
13. Pereira, A. (2013). *Morte em contexto Hospitalar: Vivência dos enfermeiros*. Coimbra : Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
14. Rudolph, K., Dennig M. e Weisz, J. (1995). Determinants and consequences of children's *coping* in the medical setting conceptualization, review, and critique. *Psychological Bulletin*, 118, 328-357.
15. Ruishuang, Z., Lee, S. e Bloomer, M. (2018). How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Journal Clinic Nurses*. Jan;27(1-2):e39-e49. doi: 10.1111/jocn.13975. Epub 2017 Dec 4.

16. Santos, J. *et al* (2016). Feelings of nurses faced with death: pleasure and suffering from the perspective of psychodynamics of Dejours. s.l. : Invest. Educ. Enferm, 2016. 10.17533.
17. Saraiva, D. M. (2009). Atitude do Enfermeiro Perante a Morte - Investigação. Nursing: Edição Portuguesa. Vol. 244. 0871-6196
18. Serra, A. (1988). Um estudo sobre *coping*: o Inventário de Resolução de Problemas. Psiquiatria Clinica. Coimbra.
19. Seung M. e Kyung M. (2017). The Effects of Violence Coping Program Based on Middle-Range Theory of Resilience on Emergency Room Nurses' Resilience, Violence Coping, Nursing Competency and Burnout. [Online]. <https://doi.org/10.4040/jkan.2017.47.3.332>.
20. Silveira, M., Stumm, E. e Kirchner R. (2009). Estressores e *Coping*: enfermeiros de uma unidade de emergência hospitalar. Revista Eletronica de Enfermagem. [Internet]. 11(4):894-903.
21. Simões, V. (2014). O Significado da Experiência Vivida pelo Enfermeiro no Cuidado à Pessoa Adulta e à sua Família em Processo de Morrer e de Morte: Uma Revisão Sistemática da Literatura, com Metassíntese. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
22. Tojal, A. (2011). Atitude do Enfermeiro Perante a Morte. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.