



CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

MEDIDAS PROMOTORAS DE CONFORTO À FAMÍLIA DA PESSOA EM  
PROCESSO DE MORTE EM CONTEXTO HOSPITALAR

PROMOTING MEASURES OF COMFORT TO THE FAMILY OF THE PERSON  
IN THE DYING PROCESS IN THE HOSPITAL CONTEXT

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

Por

Andreia Leandro Rodrigues Póvoa

Lisboa, setembro 2016





CATOLICA

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA · PORTO

MEDIDAS PROMOTORAS DE CONFORTO À FAMÍLIA DA PESSOA EM  
PROCESSO DE MORTE EM CONTEXTO HOSPITALAR

PROMOTING MEASURES OF COMFORT TO THE FAMILY OF THE PERSON  
IN THE DYING PROCESS IN THE HOSPITAL CONTEXT

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

Andreia Leandro Rodrigues Póvoa

Sob orientação da Prof<sup>a</sup>. Doutora Patrícia Pontífice Sousa

Lisboa, setembro 2016



*(...) não é o desafio que define quem somos nem o que somos capazes de fazer,  
o que nos define é o modo como enfrentámos esse desafio.*

**Bach**



## **AGRADECIMENTOS**

**Aos meus pais**, *pelo amor incondicional, apoio, motivação e por estarem sempre do meu lado, principalmente nos momentos mais difíceis;*

**Ao Diogo**, *por todo o apoio, paciência e amor que me inculuiu em todos os obstáculos e nos momentos mais árduos;*

**A toda a minha família**, *pelas palavras de incentivo, carinho e compreensão na minha presença ausente;*

**Aos meus avós**, *estrelas que sempre olharam por mim;*

**À Carlota**, *a última estrela e que inconscientemente foi o ponto de partida para a elaboração deste trabalho;*

**Ao Paulo e à Daniela**, *companheiros nesta aventura;*

**A todos os amigos**, *pela ajuda e compreensão pelas ausências e que sempre estiveram presentes;*

**A todos os meus chefes e colegas de trabalho** *que tornaram o impossível em algo concretizável;*

**A todos os enfermeiros da prática clínica** *que me acolheram e orientaram contribuindo com os seus conhecimentos para as minhas aprendizagens;*

**A todos os utentes e suas famílias** *pelas aprendizagens proporcionadas;*

**À professora Patrícia Pontífice Sousa**, *pelos conhecimentos e saberes partilhados que me ajudaram a evoluir em todo este processo;*

**Bem-hajam**



## RESUMO

O presente relatório pretende elucidar o percurso realizado na aquisição e desenvolvimento de competências na área de especialização de enfermagem médico-cirúrgica, propostas pelo plano de estudos do curso e que estiveram na origem dos projetos da Unidade Curricular Estágio. A presente análise crítico reflexiva tem por base as vivências experienciadas nos contextos de estágio nomeadamente, ao nível de unidade de cuidados intensivos, num serviço de urgência central e numa unidade de cuidados continuados e paliativos, em diferentes hospitais da região de Lisboa.

Abrangente e adequado a todos os contextos da prática clínica de estágio, foi delineado como objetivo geral o de desenvolver competências relacionais, éticas, técnicas, científicas e comunicacionais na prestação de cuidados especializados à pessoa e sua família.

*As medidas promotoras de conforto à família da pessoa em processo de morte em contexto hospitalar* corresponde ao foco transversal, que acompanhou todo este percurso prático, procurando sensibilizar os enfermeiros para esta problemática, bem como compreender o significado que estes atribuem ao conforto e que estratégias são entendidas como confortadoras. Foi a partir desta problemática que surgiu a necessidade de realizar uma revisão integrativa da literatura, de modo a dar resposta à questão de investigação elaborada: *Quais as medidas promotoras de conforto à família no processo de morte em contexto hospitalar?*

A comunicação comprometida foi um diagnóstico de enfermagem levantado, num dos campos de estágio e do qual surgiu a necessidade de elaborar um instrumento facilitador da comunicação adaptado à pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva. Num outro contexto da prática de

cuidados, foi feito um diagnóstico de situação, e no que diz respeito à segurança da pessoa, no circuito do medicamento, houve a necessidade de realizar uma norma de procedimento para a identificação da pessoa com reações anafiláticas medicamentosas, e por fim, ao nível do controlo sintomático, foi feita uma sensibilização dos enfermeiros para a prevenção da mucosite e facultada uma folha de notificação da mesma, tendo sempre em vista a melhoria da qualidade dos cuidados.

A metodologia utilizada para a conceção do presente trabalho assenta numa análise descritiva, reflexiva e introspectiva das vivências presenciadas no âmbito do desenvolvimento de competências especializadas, adequadas à prática clínica, na área da enfermagem médico-cirúrgica, tendo por base os pressupostos defendidos por Katharine Kolcaba e Patrícia Pontífice Sousa com as suas Teorias do Conforto e na teoria da transição de Afaf Meleis.

**Palavras chave:** Competências, Conforto; Cuidar; Família; Pessoa em situação Crítica.

## **ABSTRACT**

This thesis seeks to clarify the progress conducted in the acquisition and development of skills in the area of specialization of medical-surgical nursing, proposed by the course program and that lead to the creation of the internship course projects. This reflexive critical analysis is based on the experiences lived in the context of the internship, inside an intensive care unit, a central emergency service unit and a continuous and palliative care, in different hospitals in the region of Lisbon.

This study was adapted and covered all contexts of clinical practice of the internship, and was written aiming at developing relational, ethical, technical, scientific and communicational skills at providing expert care to the person and his family.

Promoting measures of comfort to the family of the person in the dying process in the hospital context, is related to the transversal focus, which go along with all this problematic, as well as to the understanding of the meaning they bring to the comfort and the strategy measures understood as comforting.. It was on this base that it became necessary to carry out an integrative literature review, in order to answer the investigation question: what are the promoting measures of comfort to the family in the dying process in the hospital context?

The impaired communication was a nursing diagnosis upraised in one of the internships and from which came the need to develop an adapted tool that makes communication easier to the person under the invasive mechanical ventilation. In another context in practice care, the situation was examined. Regarding the circuit of the drug in the safety of the patient, it was necessary to conduct a norm procedure for the identification of the person drug anaphylactic reactions. Finally, in terms of symptom control, we increased the nurses

awareness on the prevention of mucositis and provided a notification document sheet about the same topic, aiming at an improvement of the quality care.

The methodology used for the conception of this research is based on a descriptive, reflective and introspective analysis of witnessed experiences within the development of expertise competencies, suitable to the clinical practice in the area of medical-surgical nursing, on the basis the premises defended by Katharine Kolcaba and Patricia Pontífice Sousa with their Comfort Theories and the theory of transition of Afaf Meleis.

**Keywords:** Care; Comfort; Critically ill patient; Death; Family;

## **INDICE DE SIGLAS E ACRÓNIMOS**

APCP- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

AVC- Acidente vascular cerebral

CRRNEU- Comissão para a Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência

CSP- Cuidados de Saúde Primários

DPOC- Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

EAM- Enfarte Agudo do Miocárdio

EAP – Edema agudo do Pulmão

ELA- Esclerose Lateral Amiotrófica

EMC – Enfermagem Médico Cirúrgica

ESAS- Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton

Et al. - Abreviatura de: “e outros”

INEM- Instituto Nacional de Emergência Médica

OE- Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial de Saúde

QT- Quimioterapia

REPE- Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RIL- Revisão integrativa da literatura

RT- Radioterapia

SNS- Sistema Nacional de Saúde

SO- Serviço de Observação

Sr<sup>a</sup>- Senhora

Sr<sup>o</sup>- Senhor

SUC- Serviço de Urgência Central

TAC- Tomografia Axial Computorizada

UCCP- Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos

UCI- Unidade de Cuidados Intensivos

VMER- Veiculo médico de Emergência e reanimação

VMI- Ventilação mecânica invasiva

VNI- Ventilação não invasiva

## **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>17</b>
<b>1. MEDIDAS PROMOTORAS DE CONFORTO À FAMÍLIA DA PESSOA EM PROCESSO DE MORTE EM CONTEXTO HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA .....</b>	<b>21</b>
<b>2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS CONTEXTOS DA PRÁTICA .....</b>	<b>33</b>
<b>2.1. MÓDULO I – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS.....</b>	<b>33</b>
<b>2.2 MÓDULO II – SERVIÇO DE URGÊNCIA .....</b>	<b>42</b>
<b>2.3 MODULO III – UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS E PALIATIVOS</b>	<b>51</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>	<b>65</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>73</b>
<b>APÊNDICE I- Instrumento facilitador da comunicação com a pessoa com comunicação comprometida</b>	
<b>APÊNDICE II- Sessão de formação realizada na UCI</b>	
<b>APÊNDICE III – Questionário de avaliação da sessão de formação realizada na UCI</b>	
<b>APÊNDICE IV- Procedimento de aplicação da pulseira de identificação de alergias medicamentosas</b>	
<b>APÊNDICE V- Folheto informativo aplicado no SUC</b>	
<b>APÊNDICE VI- Folheto informativo da Mucosite</b>	
<b>APÊNDICE VII- Folha de notificação da mucosite</b>	
<b>APÊNDICE VIII- Questionário aplicado aos Enfermeiros da UCCP</b>	

**APÊNDICE IX - Caracterização dos sujeitos da amostra**

**APÊNDICE X - Análise detalhada dos resultados do estudo de investigação**

**ANEXOS**

**ANEXO I- Parecer da OE sobre comunicação da notícia de morte**

**ANEXO II- Certificado de Participação no Meeting de Enfermagem  
Pneumológica**

**ANEXO III- Autorização de aplicação do questionário na UCCP**

**ANEXO IV- Certificado de participação no encontro de cuidadores**

## **ÍNDICE DE TABELAS**

**Tabela I - Critérios de inclusão e exclusão ..... 24**

**Tabela II – Síntese dos artigos analisados..... 25**



## **INTRODUÇÃO**

O Curso de Mestrado em Enfermagem de natureza profissional na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, realizado na Universidade Católica Portuguesa, em Lisboa, visa o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas, onde para, além de cuidados gerais, são prestados cuidados de enfermagem especializados na respetiva área de especialização, mais concretamente à pessoa em situação crítica e sua família.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2010) enfermeiro especialista é um profissional com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, que demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, que se traduzem na melhoria contínua da qualidade da prestação de cuidados.

No âmbito do desenvolvimento de competências especializadas adequadas à prática clínica enquadra-se a unidade curricular Estágio. Esta componente prática encontra-se dividida em três módulos específicos: Módulo I – Serviço de Urgência, Módulo II – Cuidados Intensivos / Intermédios e Módulo III Opcional que inclui uma das seguintes opções: cuidados paliativos ou continuados, cuidados geriátricos, enfermagem no peri operatório e no grupo coordenador local de prevenção e controlo de infeção e resistência a antibióticos, representando um total de 540 horas e 30 créditos.

De modo a atingir os objetivos delineados foi realizado primeiramente um projeto de aprendizagem, no início de cada módulo de estágio, como linha orientadora e planificadora de aprendizagens, identificando os principais objetivos a desenvolver, bem como as estratégias necessárias para concretizá-los.

Abrangente e adequado a todos os contextos da prática clínica, foi delineado como objetivo geral o de desenvolver competências relacionais, éticas, técnicas, científicas e comunicacionais na prestação de cuidados especializados à pessoa e sua família.

Iniciei o percurso prático com o módulo II – UCI, passando posteriormente para o módulo I- SUC e por fim o módulo III- opcional numa unidade de cuidados paliativos e continuados.

A escolha dos locais para desenvolver a prática clínica teve por base todas as oportunidades de aprendizagem conferidas por estas instituições, por dois deles corresponderem a serviços recentes que prestam cuidados baseados em práticas atuais e inovadoras e conseqüentemente, pelo seu contributo no desenvolvimento de competências éticas, técnicas, científicas, comunicacionais e relacionais enquanto enfermeira especialista em EMC. A escolha do local onde realizei o módulo I, teve por base o facto de ser uma urgência central, polivalente e diferenciada, que corresponde a uma grande escola de aprendizagens e aquisição de competências, onde todos os minutos vivenciados são incomparáveis.

Em todos estes módulos procurei **interpretar de forma adequada, informação proveniente da minha formação inicial, da minha experiência profissional e de vida e da formação pós-graduada**, bem como **manter de forma autónoma e contínua o meu processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional, refletindo sempre sobre a minha prática de forma crítica**, indo de encontro às competências delineadas para este percurso de aprendizagens.

As medidas promotoras de conforto à família da pessoa em processo de morte em contexto hospitalar correspondeu ao foco transversal, que acompanhou todo este percurso prático, procurando sensibilizar os enfermeiros para esta problemática, bem como compreender o significado que estes atribuem ao conforto e que estratégias são entendidas como confortadoras. No entanto todo este processo de desenvolvimento foi acompanhado pelo referencial teórico de Katharine Kolcaba, na sua teoria do conforto e pela teoria de Patrícia Pontífice Sousa, direcionada ao conforto da pessoa idosa hospitalizada. Para as autoras, o conforto corresponde ao resultado imediato e desejável da prática de enfermagem,

nos contextos físico, psicoespiritual, social e ambiental, e que quando alcançado constitui um benefício para a pessoa, levando a um estado de alívio, tranquilidade e transcendência (Kolcaba, 2003 e Sousa,2014).

Sendo a morte considerada uma transição recorri aos pressupostos da teoria da transição de Afaf Meleis cujo objeto de estudo são as respostas humanas aos processos de desenvolvimento ou eventos significativos que exigem a transição de um estado instável para um estado estável (Meleis, 2012).

A metodologia utilizada para a elaboração deste trabalho é descritiva, reflexiva e introspectiva, sustentada na aplicação dos conhecimentos práticos adquiridos durante o período teórico, nas vivências em cada módulo, na consulta e análise de bibliografia considerada pertinente para o efeito, nos dados fornecidos pelo guia orientador de estágio, nas reuniões com a professora e orientadora de cada campo de estágio.

Estruturalmente este relatório divide-se em dois pontos fundamentais, o primeiro diz respeito à revisão integrativa da literatura (RIL) onde consta a evidência face às medidas promotoras de conforto à família da pessoa em processo de morte em contexto hospitalar, segue-se a análise e descrição das atividades e competências desenvolvidas no percurso da prática clínica, apresentando concomitantemente o contributo das mesmas no desenvolvimento profissional e pessoal e relatando as dificuldades sentidas. Por último, apresentam-se as conclusões desta análise reflexiva e as referências bibliográficas, segundo a norma de *American Psychological Association* (6th ed. 2012), que serviram de suporte à sua elaboração, seguindo-se os apêndices e anexos que complementam e comprovam a informação contida neste relatório.

Pretende-se que este relatório de estágio sirva de suporte ao desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, indispensável ao processo de tomada de decisão e à melhoria da qualidade dos cuidados prestados.



## **1. MEDIDAS PROMOTORAS DE CONFORTO À FAMÍLIA DA PESSOA EM PROCESSO DE MORTE EM CONTEXTO HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

A morte, como a última etapa da vida humana é vista como um fenómeno natural, presente ao longo da vida humana. Noutros tempo era vista como um acontecimento social, vivenciado no ceio dos familiares, amigos e pessoas significativas. Na sequencia das alterações sociais e avanços técnico-científicos esta deixa de acontecer no ceio familiar passando a ser vivida em contexto hospitalar (Cabral de Frias, 2003).

A morte ao ser considerada como um processo de transição, segundo Meleis (2012), impõe os desafios de adaptação mais ou menos dolorosos para a família, enquanto sistema, bem como a todos os seus membros, refletindo-se em diferentes relações que se conjugam e diferenciam-se entre si (Vaz e Campos, 2003).

Incluir os familiares no processo de morte constitui uma forma facilitadora de adaptação nesta fase de transição. Para Meleis (2012) o processo de transição consiste numa passagem de um estado estável para outro estado instável, um processo caracterizado por mudanças e alterações. As transições são compostas por diferentes etapas dinâmicas e pontos de viragem. O processo de morte é visto como um processo de transição na qual ocorrem várias alterações capazes de produzir desequilíbrios, sendo os significados atribuídos às mesmas variáveis de pessoa para pessoa e influenciados pelo resultado da mesma.

A família emerge como a primeira célula de socialização dos indivíduos, correspondendo ao grupo natural onde se inserem os seres humanos e todas as pessoas significativas. Destas destacam-se as que assumem a responsabilidade

de cuidar dos mais dependentes, crianças e/ou doentes e idosos, quer no desempenho de papéis parentais, quer na prestação informal de cuidados (Vieira, 2007).

O suporte familiar constitui um grande desafio, não só dos profissionais de saúde, bem como da sociedade. Integrar a família, como unidade cuidadora, torna-se essencial para a planificação e tomada de decisões procurando evitar que as adversidades inerentes a toda a fase da agonia, não resultem em fatores destabilizantes no luto mas, pelo contrário que se tornem fatores que favoreçam a aceitação da perda.

Sabemos que o processo de morte para a família constitui uma problemática causadora de angústia e sofrimento, no qual o cuidado de Enfermagem requer uma atenção particular que se deseja ser humanizadora e confortadora. O conforto é desejável ao longo da vida, identificado como um dos elementos do cuidado de saúde, estando presente ao longo dos tempos, sendo este um conceito central na profissão de enfermagem (Kolcaba 2003; Sousa 2014).

Kolcaba define cuidados em saúde como cuidados com vista à promoção do conforto, contextualizando este conceito como objetivo da enfermagem e como um estado relativo à pessoa em situação de transição saúde-doença, destacando a importância de compreendê-lo na sua multidimensionalidade do processo de cuidar (Kolcaba, 1992, 2003; Sousa, 2014).

Confortar constitui uma competência do enfermeiro, sendo no entanto revestido de complexidade, dada a exigência pela singularidade e unicidade de cada pessoa num determinado contexto (Sousa, 2014).

A investigação realizada alerta para a importância dos enfermeiros compreenderem a correta precessão das necessidades de conforto da família da pessoa em processo de morte em contexto de hospitalização (Kolcaba 2003, Oliveira 2011; Sousa, 2014).

É neste sentido que parece ser determinante o cuidado que conforta mediante medidas ajustadas a estas mesmas necessidades. Assim, na investigação realizada, Sousa (2014) identificou diferentes medidas confortadoras

tais como: o carinho, o olhar, o toque, a comunicação e a presença de pessoas significativas, bem como o esclarecimento face ao seu familiar e a segurança.

Para a mesma autora o cuidado que conforta define-se como um processo social, multicontextual, integrador, individualizado e subjetivo, que lida com múltiplas variáveis dinâmicas.

Assim, torna-se relevante identificar quais às medidas promotoras de conforto para a família da pessoa em processo de morte a fim de delinear as melhores estratégias confortadoras, neste contexto, pelos profissionais de saúde. Decorrente desta preocupação pareceu pertinente a realização de uma revisão integrativa da literatura de forma a reunir toda a informação existente de modo a espelhar a melhor evidencia em prol da melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem.

### **QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO**

Com o intuito de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, na área em questão, usando o método PEO, formulou-se a seguinte questão de investigação: Quais as medidas promotoras de conforto à família no processo de morte em contexto hospitalar?

### **CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS**

A revisão integrativa da literatura permite uma abordagem metodológica mais ampla, para desta forma obtermos uma compreensão mais completa do fenómeno em estudo. Tal, permite a inclusão de toda a literatura existente, como a definição de conceitos, revisão de teorias e evidências, bem como a análise de problemas metodológicos (Tavares de Souza et al, 2010).

De forma a dar resposta à questão de investigação realizou-se uma pesquisa e análise da literatura com o objetivo de identificar as medidas promotoras de conforto para a família da pessoa em processo de morte em contexto hospitalar.

Para a elaboração da questão de investigação e determinação dos critérios de inclusão e exclusão dos estudos a analisar, foi utilizado o método designado de

PEO: participantes (e situação problema), intervenção, resultados e tipo de estudo. (Tabela I)

*Tabela I - Critérios de inclusão e exclusão*

Critérios seleção	Critérios inclusão	Critérios exclusão
<b>P – População</b>	Família da pessoa em contexto de morte.	
<b>E- Exposure</b>	Contexto hospitalar.	Contexto de domicílio, lar ou casa de apoio a utentes.
<b>O–(Outcomes) Resultados</b>	Medidas de conforto para família;	Medidas de conforto não direcionadas à família;
	Estudos qualitativos, redigidos em português e inglês, no horizonte temporal entre 2010-2015, com texto integral acessível.	Estudos anteriores a 2010;

A partir do protocolo de pesquisa previamente validado e aprovado realizou-se a presente revisão integrativa da literatura.

De modo a dar resposta à questão de investigação, procedeu-se à pesquisa em base de dados *on line*, tanto a nível nacional como internacional, por um único investigador, no período de outubro a dezembro de 2015, com um horizonte temporal compreendido entre 2010 e 2015, inclusive. Para a pesquisa eletrónica foram colocados os descritores no texto integral, analisados na MeSH e Decs, segundo a seguinte equação booleana: conforto\* Comfort and família\* family and morte\* death.

A pesquisa foi realizada em diversas bases de dados electrónicas com os seguintes resultados entre parêntesis: Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (409); EBSCOhost(CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text, Database of Abstracts of Reviews of Effects, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, MedicLatina, Health Technology Assessments, Academic Search Complete) (131). Pesquisou-se ainda a partir de referências de artigos originais e artigos de revisão sobre o tema, bem como manualmente em revistas (8).

A amostra inicial foi constituída por 548 documentos, dos quais, um estava repetido e pela leitura do título ficamos com 25 estudos para leitura do resumo. Após a leitura do mesmo foram excluídos 16, pois não estavam direcionados para a problemática em questão.

## RESULTADOS

Para a presente revisão integrativa da literatura ficamos com uma amostra final de 9 documentos que foram analisados e estão sintetizados na tabela II.

*Tabela II – Síntese dos artigos analisados*

Autor/ Ano/ Título/ País	Objetivos	Metodologia	Resultados: Medidas promotoras de conforto à família da pessoa em processo de morte
1.Souza da Silva et all, 2014 Brasil <i>“Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipa de enfermagem intensivista”</i>	Conhecer o significado do cuidar em enfermagem para uma boa morte	Estudo qualitativo	Suporte social e emocional evidenciou uma preocupação da equipa em promover o conforto por meio de demonstrações de apoio, atenção, afeto, promoção da interação o familiar e o utente, promovendo trocas subjetivas entre ambos. São também entendidas, por parte dos familiares, medidas de conforto quando estes se sentem aceitos, valorizados, ouvidos e compreendidos por parte dos profissionais, bem como sendo tratados com tranquilidade, cumprimentados com um sorriso, abordados com uma conversa, recebendo informação de forma gentil, de boa vontade e sinceridade. Uma boa comunicação, flexibilização de normas e rotinas hospitalares.

<p>2.Gomes, Ana Margarida, 2010 Portugal  <i>“ O cuidador e o doente em fim de vida – Família e/ou pessoa significativa”</i></p>	<p>Compreender o doente em fim de vida e a família e/ou pessoa significativa como pilar do seu cuidado.</p>		<p>Integrar a família, como unidade cuidadora;  Mostrar disponibilidade para ouvir, estar e comunicar de forma sincera e segundo as necessidades da família;</p>
<p>3-Paiva Daniela; Carvalho, Juliana; Melo, Susana. 2012 Portugal  <i>“ Cuidar do doente em fase terminal de vida e da sua família”</i></p>	<p>Ajudar os enfermeiros a cuidar melhor dos doentes terminais e suas famílias.</p>	<p>Artigo de revisão</p>	<p>Promover a participação da família na prestação dos cuidados; permitir que expressem os seus sentimentos e emoções; facultar informação detalhada, numa linguagem adequada e inteligível sobre a situação clínica do doente; Facultar apoio a nível psicológico, emocional, social e económico de acordo com as necessidades específicas.</p>
<p>4-Correia, Isabel e Torres, Gilson 2011 Portugal  <i>“ O familiar cuidador face à proximidade da morte do doente oncológico em fim de vida”</i></p>	<p>Compreender o processo de luto dos familiares face ao doente oncológico em fim de vida</p>	<p>Estudo de caso, exploratório de abordagem qualitativa.</p>	<p>Avaliar as necessidades do cuidador, planear intervenções que vão de encontro à satisfação dessas necessidades, encorajar; apoio na tomada de decisão; minimizando ou gerindo os dilemas, informando; promover a troca de afetos e carinho; promovendo a comunicação.</p>
<p>5-Cerqueira, Maria Manuela Amorim 2010 Portugal  <i>“A pessoa em fim de vida e família o processo de cuidados face ao sofrimento”</i></p>		<p>Tese de doutoramento</p>	<p>Incluir a família no processo de cuidados; Promover ambiente confortável; contacto visual; escuta ativa; disponibilidade; toque; favorecer a expressão de sentimentos; gestos delicados; linguagem; tom de voz;</p>

<p>6-Gennip, Isis et al 2013</p> <p><i>“Death with dignity from the perspective of the surviving family: A survey study among family caregivers of deceased older adults”</i></p>		<p>Estudo longitudinal</p>	<p>Comunicação e envolvimento da família no processo de morte diminuem a ansiedade, depressão, tristeza e lutos patológicos;</p> <p>Cuidar do utente com dignidade e respeito durante o processo de morte promove conforto na família.</p>
<p>7- McAlpine, Cynthia 2015</p> <p><i>“Constructing the story: How nurses work with families regarding withdrawal of aggressive treatment in ICU – A narrative study”</i></p>		<p>Estudo qualitativo; narrativo;</p>	<p>Comunicação ajuda os familiares a compreender o processo de morte;</p> <p>Escuta ativa das necessidades da família por parte do enfermeiro é entendida com medida de conforto pela família.</p>
<p>8- Rejno, Asa; Danelson, Ella; Berg Linda 2013</p> <p><i>“Next of kin’s experiences of sudden and unexpected death from stroke - a study of narratives”</i></p>			<p>Comunicação com a família num ambiente tranquilo e promover o envolvimento da família junto do utente, incentivando o toque.</p>

<p>9- Chan, Helen et al 2012 - Hong Kong</p> <p><i>“The perceptions and experiences of nurses and bereaved families towards bereavement care in an oncology unit”</i></p>		<p>Estudo qualitativo; entrevistas semi-estruturadas</p>	<p>Comunicação, apoio e promover o contacto/presença junto do utente.</p>
---	--	--	---

## ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Da análise dos artigos seleccionados, a amostra é composta por um estudo aplicado no Brasil, quatro em Portugal, um em Hong Kong e três sem referência.

A comunicação é referida em todos os estudos como elemento promotor de conforto nos familiares em processo de morte do seu familiar, o que vai de encontro ao que é analisado na bibliografia. Esta corresponde a uma estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento associado à doença avançada e terminal, sendo um componente essencial da assistência, constituindo um eixo ao nível do cuidado confortador (Querido, A. et al, 2010; Sousa, 2014). Corresponde a um processo de interação no qual é compartilhada uma mensagem, ideias, sentimentos e emoções, podendo influenciar o comportamento das pessoas que, por sua vez, reagirão a partir das suas crenças, valores, história de vida e cultura (Pereira, 2008).

Segundo Querido, A. et al (2010), o profissional não deve ser demasiado efusivo, abrupto, com tom de voz monocórdico, evitar o olhar e acenar a cabeça. A falta de tempo e espaço próprio para a comunicação de más notícias ou discussão de objetivos também pode ser considerado como uma barreira ao nível da comunicação. Estes aspetos também foram mencionados pelos familiares, nos

artigos analisados, como a necessidade de apoio, atenção e o procurarem um espaço com tranquilidade para poderem comunicar com a equipa.

O afeto e o toque, mencionados em quatro e dois documentos, respetivamente, são igualmente identificados como formas interativas e geradoras de conforto. “O toque reconfortante, que ocorre num espaço íntimo, pode oferecer-se nos momentos de maior tensão” (Querido, A. et al, 2010:473; Sousa, 2014).

Outro aspeto referido em grande parte dos documentos analisados faz referência à necessidade da família obter informação face à situação de saúde do seu familiar, onde o profissional deve estar munido de estratégias facilitadoras de comunicação, tais como: a escuta ativa e a compreensão empática. Estas competências básicas da comunicação são também referidas nos documentos observados e evidenciadas na literatura, onde podemos constatar que a interação e a comunicação emergem como estratégias promotoras de conforto, valorizando o momento do cuidar, tornando-o mais significativo (Sousa, 2014).

Em contexto de situação de processo de morte, o enfermeiro, deve estar treinado no campo da transmissão das más notícias. Para tal, podemos assumir o modelo de comunicação de Buckman como guião orientador para a comunicação de más notícias, onde existe a necessidade de identificar necessidades e desejos da família, escolher o local, envolver a equipa, transmitir a informação de forma gradual, utilizando um discurso claro e honesto em presença de uma pessoa significativa/familiar, utilizar o toque, conferir espaço e tempo para a expressão de sentimentos e emoções, garantindo um apoio contínuo (Querido, A; 2010).

Os familiares sentem necessidade de serem ouvidos, de sentirem que tem um tempo para partilhar os seus medos, anseios e preocupações, o que vai de encontro ao que foi descrito por Querido, A. et al, (2010: 462) (...) *a tecnologia na área da comunicação corresponde ao tempo e ao espaço, enquanto as ferramentas mais importantes são a palavra e a escuta*”.

A outra grande categoria identificada nos documentos analisados prende-se com a flexibilização ao nível de normas e rotinas da instituição de saúde, permitindo a presença do familiar junto do utente e que seja incluído na esfera dos cuidados. Em contexto hospitalar, os profissionais de saúde, devem promover a presença da

família junto do utente, facultando a sua permanência no serviço por um período para além das horas habituais das visitas, demonstrando uma atitude individualizada e de encontro às necessidades específicas de cada um, bem como, sempre que possível, deve integrar-se a família na prestação de cuidados de forma a ansiedade face ao desconhecido ser dissipada (Guarda et al, 2010). O mesmo nos diz Sousa (2014), que o momento da visita é visto como um momento privilegiado, aumentando a proximidade familiar e o conforto.

É fundamental envolver a família, enfatizando a importância da sua presença junto do doente. Esta, quando junto do seu familiar, em processo de morte, vai sentir-se com a consciência mais tranquila e previne sentimentos futuros que possam convergir num luto patológico (Pacheco, 2004).

Cada membro da equipa preocupa-se em estabelecer e manter uma relação com a família no sentido de a escutar, tranquilizar, preservar o lugar dela junto da pessoa em processo de morte, integrando-a nos cuidados, se for essa a sua vontade, dar-lhe as informações necessárias, explicando-lhe os cuidados que são prestados ao seu familiar (Abiven, 2010).

## **CONCLUSÃO**

Estamos conscientes que o conhecimento atual acerca das medidas promotoras de conforto revela-se determinante para uma intervenção ajustada e concertada às necessidades da pessoa. O Enfermeiro deverá agir de forma intencional, contribuindo para o bem-estar, para a serenidade, para o melhor e maior conforto da pessoa, mesmo em situações de desespero (Hesbeen, 2000; Sousa, 2014). Segundo a pesquisa realizada, considera-se o enfermeiro como agente promotor de conforto, pelo que deve estar desperto para as necessidades específicas e individuais da família e inclui-la no seu plano de cuidados.

A comunicação e a flexibilização de normas e rotinas institucionais, que permitam a presença da família junto do utente são apontadas como as medidas

promotoras de conforto mais identificadas na pesquisa realizada e onde o Enfermeiro deverá de intervir e aprofundar conhecimentos.

Quando uma doença atinge um elemento da família essa mesma doença passa a ser também da família, sendo esta também alvo dos nossos cuidados. No processo de morte do seu familiar esta está fragilizada, assustada e desamparada, a maioria dos profissionais de saúde sente dificuldade em abordar a família neste contexto, o que também se reflete na escassez de estudos neste âmbito.

Sendo um campo que urge intervenção por parte do Enfermeiro, será também uma área a ser explorada e estudada cientificamente para que desta forma se possa cuidar respeitando a vontade da pessoa e da sua família, contribuindo, no nosso entender, para o melhor conforto, bem-estar e qualidade de vida.



## **2. DESCRIÇÃO E ANÁLISE CRÍTICA DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NOS CONTEXTOS DA PRÁTICA**

Este capítulo destina-se à descrição e análise crítica das atividades desenvolvidas no decorrer dos estágios que comprovam a aquisição e desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em EMC.

Inicia-se com o módulo II – Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), modulo I – Serviço de Urgência Central (SUC) e por fim o modulo III na Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos (UCCP), onde são descritas as vivências e atividades desenvolvidas com vista a aquisição e desenvolvimento das competências e a concretização dos objetivos previamente definidos e fundamentados no projeto de aprendizagem, elaborado para cada campo de estágio, na primeira semana do mesmo.

### **2.1. MÓDULO I – UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS**

A UCI, onde o estágio foi realizado, no período de 13 de abril a 6 de maio de 2015, corresponde a uma unidade recente, equipada com meios que possibilitam uma prestação de cuidados mais precisa e de encontro às necessidades da pessoa e sua família. Está integrada num hospital recente, próximo da região de Lisboa que tem como missão *“prestar cuidados de saúde à população da sua área de influência, no respeito absoluto pela individualidade e necessidades dos doentes, e baseados em princípios de eficácia, qualidade e eficiência; contribuir para o desenvolvimento da investigação e para a formação de profissionais na sua área de atividade”* (Luz Saúde, 2015), com uma visão de (...) *“ser um operador de referência na prestação de cuidados de saúde, pela prática de uma medicina de elevada qualidade e pela excelência na coordenação e integração com os vários níveis de cuidados”* (idem).

A UCI é composta por 10 *boxes*, sendo que 8 são consideradas *open space* e 2 fechadas para casos de isolamento com pressão negativa. A unidade de cuidados intermédios está também inserida neste espaço, com uma lotação de 12 *boxes*. Para além da equipa em comum, ambas as unidades tem um espaço destinado à preparação e armazenamento da medicação, uma sala de arrumação e sala de sujos e limpos. Existe também uma sala destinada à transmissão de más notícias.

A equipa de enfermagem é composta por 43 elementos, distribuídos por 5 equipas em turnos rotativos de 12 horas, assegurando desta forma a continuidade dos cuidados. Um dos elementos de cada equipa faz também parte da equipa de reanimação intra-hospitalar, sendo que esta função fica ao cargo do enfermeiro que fica de coordenação do turno.

A prestação de cuidados nesta unidade é realizada em equipa em prol da pessoa em situação crítica e sua família. O trabalho em equipa, é uma ferramenta de alta eficácia, pois utiliza-se o compromisso dos profissionais, interligado com os interesses da instituição, criando um processo dinâmico, criativo e direcionado para os resultados desejados (Pereira e Fávero, 2001).

Deste modo, defini como objetivo geral **Desenvolver competências relacionais, éticas, técnicas, científicas e comunicacionais na prestação de cuidados especializados à pessoa e sua família na UCI.**

Debrucei-me inicialmente em compreender que o cuidado de enfermagem à pessoa em situação crítica, em contexto específico de UCI, mantém necessariamente uma perspetiva holística como traço caracterizador e foco essencial, numa profissão de relação que implica, um conjunto de valores e crenças, inerentes ao conceito holístico do ser humano e à sua individualidade, que caracterizam uma atitude humanista, sendo que a competência do enfermeiro é revelada no seu agir, que tem subjacente um conjunto diversificado de fatores de suporte de natureza contextual e pessoal (Correia, 2012).

Silva e Lage (2010), dizem-nos que ser enfermeiro numa unidade de cuidados intensivos, corresponde a um desafio enorme, cada segundo é uma conquista, uma descoberta continua, é viver num ambiente que atordoa familiares

e utentes e que os mascara no meio de tantos fios e monitores, é um sentimento de derrota quando se sente a pessoa a não reagir aos nossos cuidados e uma procura incessante de melhorar os nossos saberes para manter a excelência nos cuidados que prestamos ao outro.

O largo espetro de patologias do foro médico e cirúrgico que esta Unidade abrange, permitiu uma grande mobilização de conhecimentos adquiridos ao longo de todo este percurso, bem como da experiência profissional, permitindo prestar diferentes cuidados específicos, aplicar diferentes métodos de monitorização e vigilância e olhar a pessoa e sua família sob uma perspetiva profissional avançada.

***Prestar cuidados de Enfermagem especializados à pessoa hospitalizada na UCI e sua família, nomeadamente à pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva (VMI)***, correspondeu ao primeiro objetivo específico. Para além de prestar cuidados especializados à pessoa submetida a VMI e sua família, identifiquei a comunicação comprometida, como diagnóstico de enfermagem e como uma dificuldade sentida por todos os elementos da equipa multidisciplinar.

A comunicação com o doente é, desde sempre a essência de todas as intervenções de enfermagem, nomeadamente neste contexto, a dificuldade em comunicar corresponde a um desafio às habilidades profissionais e humanas dos Enfermeiros (Saraiva e Martinho, 2011).

No que diz respeito à pessoa submetida a VMI, a comunicação, corresponde a uma área de intervenção a ser explorada ainda em muitas UCI. Corresponde a um processo de transferência de informação, usado para influenciar o comportamento, corresponde a uma interação social, permuta de ideias, de sentimentos, de emoções, crenças, gostos, atitudes, de pensamentos entre duas ou mais pessoas. Em enfermagem, a comunicação abrange um sentido mais amplo que a comunicação geral, pois o relacionamento entre o profissional e a pessoa alvo dos cuidados, tem de integrar-se num processo terapêutico de interação, de afinidade de conhecimento mútuo e de aceitação (Moreira et al, 2000).

O estudo realizado por Alves (2012) revela que os modos de comunicar entre o enfermeiro/ pessoa centram-se principalmente na palavra falada, contato visual,

toque, postura corporal e expressão facial. Ao nível da pessoa/ enfermeiro salientam-se os gestos e expressão facial, mímica labial, contato visual, respostas fisiológicas e palavras escritas.

Segundo o mesmo estudo, a autora identifica como finalidades da comunicação entre o enfermeiro e a pessoa: explicar procedimentos; identificar necessidades da pessoa; avaliar dor e conforto; promover orientação espaço temporal da pessoa; solicitar a participação da pessoa nos cuidados e informa-la face à sua situação de saúde e/ou motivo de internamento e contatos com a família. Como estratégias utilizadas, a autora refere o recurso a materiais, como quadro com imagens ou letras, papel e caneta; a interpretação da mímica labial; o estar disponível para o outro; a adequação da linguagem; o negociar estratégias de feedback como piscar os olhos; gestos, tal como acenar com a cabeça. Como fatores que interferem no processo de comunicação, remete-nos para o estado de consciência/nível de sedação da pessoa, a função neuromuscular, idade, ansiedade/agitação, a experiência do profissional de saúde, as dificuldades de compreender a pessoa, a falta de formação em comunicação, a presença da família, fatores ambientais e a sobrecarga de trabalho.

Todos estes modos de comunicar podem ser levados a cabo através da comunicação verbal ou não verbal. O enfermeiro utiliza mais frequentemente a comunicação verbal e a pessoa em situação crítica submetida a VMI, devido às suas limitações ao nível da comunicação, recorre à não-verbal (Alves, 2012), assim cabe aos profissionais de saúde aprofundarem conhecimentos, nesta temática, de modo a dar respostas às necessidades da pessoa alvo dos seus cuidados.

A comunicação comprometida é assim um dos principais fatores de stress na pessoa submetida a VMI, não só pelo facto da dificuldade em expressar-se, como também pela dificuldade em ser compreendida pelos outros (Moreira et al, 2000).

Compreendi que existe um enorme leque de alternativas à disposição do profissional de saúde, que permite uma comunicação eficaz com a pessoa submetida a VMI. Assim, com base na pesquisa realizada, foi elaborado um instrumento facilitador da comunicação com a pessoa neste contexto. Este foi

utilizado por todos os elementos da equipa de enfermagem, com grande aceitabilidade e reconhecimento (APENDICE I).

Remeto para um caso em particular:

*Senhor C, com diagnóstico de ELA (esclerose lateral amiotrófica), submetido a VMI, consciente e orientado, mas com diagnóstico de enfermagem de comunicação comprometida. Toda a equipa sentia dificuldade em comunicar com o srº C e cada vez mais, o próprio sentia-se frustrado por não se fazer entender perante a equipa. Com a elaboração do referido instrumento, conseguimos comunicar com a pessoa, de modo a satisfazer as suas necessidades e reduzindo desta forma a ansiedade sentida pelo mesmo.*

Com a elaboração deste instrumento, tendo por base uma pesquisa bibliográfica, foi possível atingir a competência de **incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências.**

No que diz respeito ao outro objetivo específico, **Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de conforto prestados à família no contexto de morte da pessoa internada na UCI, sensibilizando os Enfermeiros para a importância dos mesmos**, visto a UCI, corresponder a uma unidade de cuidados complexos que visam atender, de forma segura e eficiente, a pessoa que necessita de uma vigilância mais acentuada e um controlo mais preciso, devido à sua instabilidade e gravidade, por vezes há situações, que por muita evolução que a ciência tenha sofrido nos últimos anos, a morte continua a ser um decurso natural da vida. Pretendi assim, abordar a qualidade dos cuidados de conforto prestados à família no contexto de morte da pessoa internada na UCI, de modo a sensibilizar a equipa de enfermagem ao nível das medidas promotoras de conforto à família, neste contexto, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados.

A família é vista como um “*grupo, unidade social ou por todo o colectivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais, sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior do que a soma das partes*” (CIPE, 2013:60). O suporte familiar constitui

um grande desafio, não só dos profissionais de saúde, bem como da sociedade. Integrar a família, como unidade cuidadora, torna-se essencial para a planificação e tomada de decisões, procurando evitar que as adversidades inerentes a toda a fase da agonia, não resultem em fatores destabilizantes no luto, mas pelo contrário que se tornem fatores que favoreçam a aceitação da perda.

A ciência progrediu mais na segunda metade do século XX do que tinha progredido em toda a história anterior da Humanidade. Este progresso baseou-se no desenvolvimento de medicamentos, técnicas e dispositivos destinados a curar ou prolongar a vida. Esta evolução foi, sem dúvida, muito importante para a saúde das populações, mas também criou alguns problemas, resultantes do seu uso inadequado, excessivo ou indesejado. Os problemas surgem, sobretudo, em doentes críticos, terminais, inconscientes ou com alterações graves e irreversíveis de ordem física ou mental (Gonçalves, 2009).

Ainda, segundo os mesmos autores, paralelamente a este desenvolvimento, os objetivos prendem-se cada vez mais com a cura e o prolongamento da vida, contudo este não esgota as necessidades das pessoas, tanto ao nível do conforto como da qualidade de vida, ambos imprescindíveis e, em muitas das situações, os únicos verdadeiramente alcançáveis.

Os equipamentos e procedimentos desenvolvidos durante as últimas décadas tornaram as UCI dos hospitais num ambiente tecnologicamente avançado (Castro et al, 2011). Esta capacidade do homem intervir e mudar o curso natural da vida, tem os seus custos. Os avanços da ciência, ao modificarem as referências e os valores tradicionais que se ligam à vida e à morte, alteram ou no mínimo criam instabilidade nos códigos da conduta médica, sendo uma causa próxima de angústias e anseios de todos aqueles que lidam com a vida humana, desde o nascimento até à morte.

A recuperação do lugar da morte como acontecimento natural e importante no fim da vida de cada um, é fundamental para que o doente possa readquirir o papel protagonista no processo da sua própria morte, que deve decorrer em paz e na companhia das pessoas mais significativas para si, no entanto a morte ou

ameaça de perda tem um impacto perturbador sobre o equilíbrio funcional de uma família (Pereira, 2010).

Um aspeto importante, a ter em conta, são as ações que o profissional de saúde, nomeadamente o Enfermeiro deve ter para com a família, que vive esta situação, atravessando momentos de angústia, medo e ambivalência, que por um lado querem que tudo seja feito para mante-lo ligado à vida, assim como querem que este não sofra com os inúmeros procedimentos invasivo, quando o fim de vida se aproxima. O preço dessa obstinação é uma soma indizível de sofrimentos gratuitos, tanto para a pessoa quanto para seus familiares (Horta, 1999).

Uma das intervenções que deve ser tida em conta, em equipa multidisciplinar, nestas situações, prende-se com o apoio à família, explicando-lhe a situação, o prognóstico e elucidar que o melhor para o seu familiar são atitudes realistas, com medidas de conforto de modo a respeitar a sua dignidade humana.

Segundo Sousa (2014), o conforto está relacionado essencialmente com o alívio do desconforto, com o carinho, toque, o estar em paz, comunicação e com a presença das pessoas significativas. Este assenta numa perspetiva holística relacionando-se com aspetos associados ao estado de saúde, hospitalização, às abordagens e às atitudes da equipa de saúde. Uma vez mais, esta tem um peso importante na promoção do conforto da pessoa, família ou pessoa significativa.

Remeto para uma situação em particular vivenciada no decorrer deste estágio:

*A senhora C. de 81 anos deu entrada na unidade após ter sido submetida a uma sigmoidectomia, o seu estado clínico agravou-se progressivamente. Tinha visitas frequentes da família, que mostrou-se sempre muito ansiosa, apreensiva e referiu-nos sempre medo e labilidade emocional face à situação clínica do seu familiar.*

*Num dos turnos realizados, ao receber a passagens das ocorrências, durante o período da noite o estado geral a sr<sup>a</sup> C. tinha agravado e podíamos constatar que a morte estava próxima. Foi tida a preocupação de alertar a família, numa primeira fase, por via telefónica, face ao agravamento da situação e tentar compreender qual a vontade desta em deslocar-se à unidade, antes do*

*período das visitas, para que desta forma pudessem estar com o seu familiar, caso fosse essa a sua vontade e também para receber algum apoio por parte da equipa. E assim foi, a família próxima, constituída por 3 elementos, deslocou-se prontamente à unidade. Numa primeira fase comuniquei com eles de forma a estarem preparados para a situação e depois foram encaminhados para a unidade, sempre na presença do enfermeiro. Foi combinado com a família que assim que houvesse alguma alteração da situação eles seriam contactados, o que aconteceu, passadas 2 horas da visita da família. Tive neste contexto um papel ativo, ao nível da transmissão de más notícias, por via telefónica, à família, tal como foi planeado.*

A presente situação é suportada pelo parecer emitido pela Ordem dos Enfermeiros (ANEXO I), onde os membros do Conselho Jurisdicional consideram que (...) *a comunicação da morte aos familiares deverá fazer-se de preferência pessoalmente e segundo as boas práticas de comunicação de más notícias; A comunicação de morte a um familiar por um enfermeiro, independentemente do meio utilizado, é uma intervenção de enfermagem (...)* OE (2011:2). Não esquecendo que a transmissão de informação aos familiares deve ter em conta a relação do cuidado que este possui com o utente, a sua participação no processo terapêutico e na tomada de decisão (Deodato, 2008).

Nesta situação foi aplicado o protocolo de SPIKES de Buckman ao nível da transmissão de más notícias, estas que modificam negativamente e radicalmente a ideia que a pessoa tem da sua vida futura (Querido, et al, 2010).

Inicialmente houve a preocupação de conseguir construir um ambiente correto para receber a família da sr<sup>a</sup> C. encaminhando-os para uma sala destinada a para reuniões com os familiares, apresentei-me e preocupei-me em saber qual a informação que eles já sabiam e o que queriam saber sobre o seu familiar e a partir daqui partilhei com estes a situação atual do mesmo, explicando o agravamento da sua situação clínica e a proximidade da morte, mostrando-me disponível para esclarecer qualquer dúvida que pudesse surgir e também gerindo, dentro do possível, as reações e sentimentos manifestados. Posto isto, acompanhei os familiares junto da sr<sup>a</sup> C. deixando-os à vontade e com a indicação de que se

precisassem de algum apoio eu estava ali próximo, disponível. Após a visita foi planeado com a família que quando surgisse alguma alteração da situação eles seriam informados, concluindo assim as seis fases do protocolo.

No que diz respeito a uma abordagem confortadora à família da pessoa em processo de morte em contexto hospitalar, bem como na transmissão de más notícias, os enfermeiros da UCI manifestaram dificuldades nestes contextos, pelo que surgiu a necessidade de realizar uma sessão de formação (APENDICE II) no serviço, de modo a sensibilizar os mesmos para a importância da implementação de medidas promotoras de conforto à família da pessoa internada na unidade de cuidados intensivos, o que se revelou num momento importante de partilha de informação e de aspetos a ter em conta para a melhoria dos cuidados prestados, atingindo desta forma as competências de **Identificar as necessidades formativas na minha área de especialização** e a de **promover a formação em serviço na minha área de especialização**.

A esta formação foi aplicado um questionário de avaliação (APENDICE III), do qual constatou-se que 80% dos formando notaram que a área abordada respondeu às suas expectativas, bem como o conteúdo apresentado foi adequado para a sua atividade profissional diária, avaliando a sessão em muito bom, os restantes 20% avaliaram a sessão em bom.

De modo a atingir a competência de **realizar gestão dos cuidados na minha área de especialização**, realizei turnos de coordenação, onde para além da gestão dos recursos humanos, fiquei responsável pela gestão de recursos materiais, controlo de estupefacientes, controlo dos carros de reanimação, bem como testar os desfibrilhadores e realizar auditorias aos processos dos doentes, para que desta forma seja mantida a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados e identificar necessidade de melhoria dos mesmos.

## 2.2 MÓDULO II – SERVIÇO DE URGÊNCIA

O presente módulo decorreu no período de 1 de setembro de 2015 a 23 de outubro do mesmo ano, no Serviço de Urgência Central (SUC) de um Hospital da área da Grande Lisboa. Este Hospital está integrado no Centro Hospitalar Lisboa Norte (CHLN), em conjunto com um outro hospital e tem por missão para além, da prestação direta de cuidados de saúde e formação, *“comporta ainda as vertentes da inovação, do desenvolvimento científico e da investigação, como corolário lógico e aproveitamento natural das sinergias resultantes dos eixos da prestação e da formação”* (CHLN, 2015). A sua visão, *“privilegia a qualidade e segurança dos atos clínicos que pratica, a inovação dos seus processos gestionários, a excelência e competitividade nos serviços prestados, a sustentabilidade e criação de valor da sua atividade, assim como a capacidade de atrair novas competências e novos utentes, nomeadamente no âmbito de um processo integrado de contratualização de serviços com o exterior e de internacionalização”* e tem como objetivo, *“o crescimento e desenvolvimento sustentado do CHLN, assumindo-se esta instituição como um exemplo na prestação de cuidados de saúde, centrada na mudança e diferenciação, reforçando-se a sua marca de referência no sistema nacional de saúde”* (Idem).

O SUC corresponde a um serviço que recebe em média 400 pessoas diariamente, com um enorme leque de situações e onde os profissionais de saúde tentam responder às necessidades alteradas da pessoa e sua família, indo encontro com a missão de enfermagem desta instituição *“Proporcionar a prestação de cuidados de enfermagem de excelência que garanta a total satisfação das necessidades da Pessoa/ Família num ambiente humanizado e humanizante (...)* (CHLN, 2015).

O sistema de Urgência tem como missão o atendimento e tratamento das situações emergente/urgentes, conforme definidas no Despacho nº 11/2002, por outro lado, existem outras situações agudas não urgentes e cuja resolução compete aos Cuidados de Saúde Primários (CSP), num conceito de atendimento rápido não urgente (definido por CRRNEU em 2012). Bénard da Costa (2014) afirma que,

grande parte dos casos atendidos não constituem verdadeiras emergências, resultam de uma dificuldade no acesso aos cuidados de saúde, uma das limitações no nosso Sistema Nacional de Saúde (SNS), que por essa razão, os utentes acabam por desaguar na Urgência, refletindo-se em longas horas de espera.

A estrutura física deste serviço encontra-se dividida em duas grandes áreas de atuação: a de atendimento, que engloba uma sala de triagem com três postos e que é feita segundo o sistema de *Manchester*; duas salas de reanimação, com capacidade de três utentes; sala de tratamento de utentes urgentes, uma ala de urgência psiquiátrica, sala de aerossóis; sala de pequena cirurgia; sala de ortopedia; sala de utentes não urgentes. A outra grande área de atuação corresponde ao serviço de observação (SO), com capacidade de internamento de dezasseis camas de todas as especialidades, idealmente num período máximo de 12h, não devendo exceder as 24h, exigindo uma melhoria ao nível da gestão dos serviços de internamento de modo a proporcionar a existência de vagas necessárias (Ponce e Teixeira, 2006).

No que diz respeito aos recursos humanos, entre médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistentes sociais, técnicos de exames complementares de diagnóstico, administrativos, polícias, seguranças, empregados de limpeza, todos trabalham em equipa em prol do melhor para o utente e sua família.

A equipa de enfermagem tem aproximadamente 90 elementos, em horário rotativo por turnos, distribuídos por 4 equipas, existindo sempre dois enfermeiros de coordenação, um em cada área de atuação.

Os serviços de urgência são multidisciplinares e multiprofissionais e têm como objetivo a prestação de cuidados de saúde em todas as situações enquadradas nas definições de urgência e emergências médicas. (Diário da Republica, 2002). Os enfermeiros que desempenham funções nestes serviços têm como dever, saber dar resposta a situações urgentes e emergentes de saúde, munidos de um crescente e contínuo de conhecimentos, de modo a permitir uma tomada de decisões cada vez mais complexas sobre os cuidados prestados (Sheehy, 2011).

A pessoa e sua família que recorre ao SUC encontra-se a vivenciar um processo de transição por mudanças de saúde-doença, que é entendido por Meleis (2010) como a passagem de uma fase, condição ou estado de vida para uma nova situação, associado a algum grau de redefinição. As transições para além de alterações no bem-estar físico são acompanhadas por uma ampla gama de emoções, estendendo-se aos complexos e desafiadores cuidados de enfermagem, muito para além dos processos de saúde-doença, uma vez que o enfermeiro enfrenta as reações tanto da pessoa como da sua família aos problemas reais e/ou potenciais que constituem o foco dos seus diagnósticos (Sheehy, 2011).

Cuidar no SU implica ser capaz de criar um clima de confiança, é muito mais do que saber usar conhecimentos técnico-científicos é, acima de tudo, saber respeitar a pessoa e sua família no seu todo (Alminhas, 2007). O Enfermeiro, para além do acima descrito, tem que aliar a agilidade, uma afinada capacidade de leitura das mais diversas situações e rapidez e segurança na sua atuação, pelo que defini como objetivo geral, para este estágio, “**Desenvolver competências relacionais, éticas, técnicas, científicas e comunicacionais na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa e sua família no serviço de Urgência**”.

No meu contexto de prática de cuidados, o meu agir não está diretamente relacionado a utentes e suas famílias em situação crítica, pelo que não optei por me direcionar para algo muito específico, optando por retirar o maior partido possível de todas e mais diversas situações que foram surgindo, o que foi de encontro ao primeiro objetivo específico descrito no projeto “**Prestar cuidados de enfermagem especializado à pessoa em situação crítica no SU e sua família**”.

Comecei por integrar-me no funcionamento do serviço tendo acompanhado e participado na prestação de cuidados à pessoa e sua família, consoante as suas necessidades ao longo de toda a estrutura física existente no SUC, para uma melhor compreensão não só do percurso que a pessoa realiza, mas também dos distintos e contínuos cuidados prestados desde o momento de acolhimento até ao momento da alta, tanto para o domicílio, como ao nível de transferência intra/inter hospitalar.

O SU constitui para muitas pessoas, a porta de entrada no SNS e para populações com características sociodemográficas específicas o único recurso de acesso aos cuidados de saúde. O percurso do utente inicia-se com uma inscrição, passando depois para um gabinete de triagem, onde é feita a triagem segundo o sistema de *Manchester*. Este está implementado em Portugal desde o ano de 2000, sendo considerado como um instrumento de apoio à gestão do risco clínico, no SU, consoante os sintomas apresentados, é estabelecido um critério de prioridade, com posterior alocação da pessoa na área de atendimento mais adequada (DGS, 2015). Em situações de emergência médica, há uma alteração, a pessoa entra diretamente na sala de reanimação e posteriormente é feita a sua admissão e respetiva triagem.

Esta metodologia tem por objetivo identificar critérios de gravidade de modo uniforme, objetivo e sistematizado e facultar conseqüentemente, um atendimento mais rápido e proporcional à gravidade da situação, sendo esta diferenciada por cores que representam o tempo ideal para qua a pessoa seja observada pela equipa médica (Sheehy, 2011).

Para além de prestar cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família, no serviço de urgência, procurei aprofundar conhecimentos face aos protocolos de atuação existentes e a partir daí foi identificado um diagnóstico de situação, que correspondeu a uma carência no serviço, e que abordado com a enfermeira orientadora e com o enfermeiro chefe, foi considerado como uma necessidade neste contexto. Este correspondeu à elaboração de uma proposta de norma de procedimento face à identificação precoce de reação alérgica medicamentosa através da colocação de uma pulseira de identificação da mesma, na pessoa que recorre ao SUC (APENDICE IV).

Por vezes as pessoas que recorrem ao serviço de urgência, estão sozinhas, tem alterações súbitas do seu estado de consciência ou simplesmente não verbalizam o fato de serem alérgicas a determinado medicamento, assim, a implementação da pulseira de notificação, associada a um correto registo no processo clínico, face a esta problemática, contribui para a diminuição do risco na esfera da segurança do doente, **mostrando iniciativa e criatividade na interpretação e resolução de problemas na minha área de especialização**, bem

como **desenvolvimento de uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente.**

Outras estratégias adotadas para concretizar este objetivo foram a consulta de normas e procedimentos existentes no serviço, a observação e a realização de pesquisas, para desta forma estar munida de informação que sustente as intervenções realizadas.

Ao longo deste percurso as discussões, ensinamentos e reflexões pertinentes resultantes da vivência de novas e enriquecedoras experiências, permitiram-me adquirir e desenvolver não só conhecimentos e competências, mas também autonomia na prestação de cuidados, como se comprova em algumas situações que partilho, vivenciadas sobretudo na sala de reanimação:

*Senhor R. de 54 anos, deu entrada no SUC, acompanhado pelos bombeiros. Apresentava diminuição da força no hemicorpo à direita, disartria e afasia de compreensão. Segundo a filha, o início dos sintomas tinham 40 minutos de evolução. O utente foi abordado pela equipa de enfermagem na sala de reanimação II. Iniciamos procedimentos segundo avaliação ABCDE, cujo objetivo, segundo (INEM, 2011) é fazer um exame rápido e eficaz do utente, procurando as causas que estão na base do estado crítico da pessoa. Monitorizei de imediato o utente e foi puncionado um acesso venoso periférico e colhido sangue para análise. Foi feito de imediato o contacto com a equipa médica, seguindo o algoritmo da via verde do AVC. Colaborei com o médico na avaliação da pessoa. Contactei a unidade de TAC para assegurar uma sala disponível para realizar o exame, o mais rápido possível.*

Assim, segundo REPE, no nº3 do artigo 8º (...) “Os enfermeiros têm uma atuação de complementaridade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde (...), denoto que foi assegurada a competência de **demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar.**

Visto o serviço de urgência corresponder, na maioria dos casos, à porta de entrada na instituição, em algumas situações, a linha que separa a vida da morte é muito ténue, emergindo assim a necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados

de enfermagem especializados à família no processo de morte do seu familiar neste contexto.

Complementando o que anteriormente foi descrito, relato uma vivência, numa situação complexa, na sala de reanimação:

*Senhora de 60 anos, vem acompanhada pela VMER, foi vítima de atropelamento e fuga. Vem ventilada, com múltiplas fraturas e com hemorragia ativa. Foi abordada pela equipa de enfermagem na sala de reanimação e foi ativada a via verde de trauma. Tive um papel ativo, na abordagem a esta utente, acompanhando-a na sala de reanimação e nos deslocamentos pela instituição para realizar exames complementares de diagnóstico. O prognóstico dela não era favorável. Após várias horas de procedimentos, o médico afirma que não há mais nada que possamos fazer. Tive a iniciativa de alertar o médico para o facto de a família estar na sala de espera e de o acompanhar na transmissão da informação a estes e depois acompanhei o filho a uma sala que existe no SUC destinada à transmissão de más notícias, que se torna demasiado pequena e sombria para a quantidade de emoções emitidas. Dei o espaço necessário para a pessoa chorar, falar e proporcionei medidas para responder às necessidades da família no momento da perda do seu familiar, acompanhando-o à sala de reanimação para se despedir, segundo a sua vontade.*

***Demonstrei capacidade de reagir perante uma situação imprevista e complexa, no âmbito da minha área de especialização,*** neste âmbito, tive diversas experiências, com um grande peso a nível psicológico e emocional e que compreendo que num serviço de urgência é imprescindível haver elementos com competências para prestar medidas de conforto à família, que muitas das vezes estão horas infinitas, numa sala sem obter informação sobre o seu familiar.

Para melhorar estas competências foram realizadas pesquisas na literatura, munindo-me de informação que me permitiu agir de encontro às necessidades da pessoa e família alvo dos meus cuidados, aproveitando estas situações, durante a prestação de cuidados, para partilhar a informação que possuo com os restantes elementos da equipa de enfermagem, sendo um agente de mudança, promovendo

uma melhoria na qualidade dos cuidados de enfermagem neste âmbito. Foi elaborado um folheto informativo (APENDICE V) que foi distribuído aos enfermeiros do SUC e que também foi como ponto de partida para a partilha de medos, experiências e informação, correspondendo a grandes momentos de aprendizagem, contribuindo uma vez mais para a melhoria da competência de ***Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros.***

No que diz respeito à forma de abordagem das famílias foi possível constatar, em momentos de cuidados, que os enfermeiros sentiam dificuldades no que diz respeito à abordagem das famílias da pessoa em processo de morte, bem como ao nível da transmissão de más notícias. Tal, foi igualmente expresso pelos pares, sendo a expressão mais utilizada “*se puder evito essas situações, deixando ao cuidado do médico a responsabilidade de abordar as famílias*”. Questionados sobre a razão que os levava a tomar tal decisão, os enfermeiros referem medo, insegurança e que lhes falta formação ao nível da comunicação e gestão de emoções, pelo que acharam importante e interessante a informação que foi distribuída no folheto, bem como a divulgação do parecer CJ 295/2011 sobre a “*comunicação da notícia da morte por via telefónica*” (ANEXO I).

O que acima foi descrito, veio dar sentido ao segundo objetivo específico, por mim delineado para o presente estágio “***Contribuir para a qualidade dos cuidados confortadores prestados à família no processo de morte da pessoa no serviço de Urgência***”.

No decorrer do estágio foi igualmente possível realizar turnos no SO, onde encontram-se as pessoas que ficam internadas e que, por se apresentarem instáveis do ponto de vista hemodinâmico, necessitam de vigilância adequada por toda a equipa multidisciplinar, bem como de cuidados imediatos e permanentes. Foi possível a prestação de cuidados diretos a pessoas em situação crítica com suporte de VMI, VMNI e em situações de cardioversão. Foi igualmente possível prestar cuidados a pessoas em contexto de EAM, EAP e AVC, politraumatizados, e seus familiares.

Para além do que acima foi descrito, foram realizados turnos de coordenação, correspondendo a uma das competências a desenvolver, para um

enfermeiro especialista, de **exerce supervisão do exercício profissional na área de especialização**, bem como **liderar as equipas de prestação de cuidados especializados**. Estas competências prendem-se com uma gestão eficaz do SO, ao nível dos profissionais, utentes, saídas para exames complementares de diagnóstico, transferências, alimentação, pedido de medicação em falta, confirmação do *stock* de estupefacientes e na gestão das visitas.

É importante a existência de um enfermeiro de chefia/referência em todos os turnos, de modo a operacionaliza o processo de enfermagem, enquanto um processo sistemático, dinâmico e complexo, suportado por interações diádicas com diferentes elementos da equipa (Serrano et al.,2011).

No que diz respeito à gestão das visitas, melhorei a competência **demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura**. Os sentimentos vividos pelos familiares no SUC compreendem o medo, culpa, desespero; tristeza, revolta e ansiedade, segundo Correia e Torres (2011). Tive a preocupação de atender às mais diversas necessidades da família, proporcionando, mediante a organização do serviço, a concretização das mesmas.

As necessidades da família prendem-se principalmente na obtenção de informação e gestão face à situação de saúde do seu familiar e sobre a possibilidade de estar junto do mesmo. Assim, o envolvimento da família no processo de cuidar visa a promoção da defesa da vida e da dignidade da pessoa (Deodato, 2014).

Remeto para uma situação específica:

*“Utente de 89 anos, com neoplasia da próstata e em situação de fim de vida, seguido pela equipa de paliativos do respectivo hospital, deu entrada no SUC e foi recebido na sala de reanimação II. Procedemos à avaliação da situação e rapidamente procedemos à sua transferência para o SO, pois estava numa fase agónica e teria mais conforto se fosse para uma cama em vez de ficar em maca, num corredor.*

*Abordei a filha, que explicou que a vontade do pai era morrer em casa na sua companhia, mas esta não conseguiu lidar com a dispneia que o pai apresentava e em último recurso, optou por encaminhar a situação para o hospital. Na transferência para o SO, deparámo-nos que o fim de vida do senhor estava muito próximo e se a sua vontade era falecer na companhia da filha, questionei essa hipótese junto da equipa de enfermagem, que contribuiu para a concretização da vontade da pessoa, alvo dos nossos cuidados. Foram tomadas medidas que promoveram a privacidade e o conforto que tanto a filha e o pai necessitavam, permitindo responder às suas respetivas vontades.”*

Esta vivencia veio contribuir para uma reflexão sobre todo o nosso percurso enquanto profissional de saúde e correspondeu a uma ótima oportunidade de debate com a restante equipa multidisciplinar sobre as medidas promotoras de conforto à família no processo de morte do seu familiar. Não existe uma regra para aplicar estas medidas, estas devem ser ajustadas e adequadas às particularidades e características da situação e da pessoa/família, dando visibilidade ao melhor que os enfermeiros sabem fazer, prestar cuidados, pois, saber compartilhar uma notícia dolorosa com a pessoa alvo dos nossos cuidados ou com a sua família não corresponde apenas um desafio, é também uma arte (OE, 2015). Desenvolvi assim a competência **demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência.**

Surgiu, em contexto de estágio, a oportunidade de frequentar o meeting de Enfermagem Pneumológica (ANEXO II), promovida pela instituição. Este contribuiu para o aprofundamento de conhecimentos ao nível dos cuidados à pessoa em contexto de pneumonia, DPOC, à pessoa submetida a VNI, à utilização da escala de *Guss* e ao nível da utilização de terapêutica inalatória. Correspondeu a um dia de partilha de vivências e conhecimentos que enriqueceu todo este meu percurso de aprendizagem.

## 2.3 MODULO III – UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS E PALIATIVOS

O presente módulo foi realizado no período de 26 de outubro a 19 de dezembro de 2015 numa unidade de cuidados continuados e paliativos de um hospital privado da zona de Lisboa.

Corresponde a uma unidade com lotação para 48 clientes, que se dedica ao acompanhamento, tratamento e supervisão clínica da pessoa com perda de autonomia e necessidade de reabilitação, ou que se encontre em situações complexas de sofrimento associadas à doença incurável e progressiva, num ambiente acolhedor e agradável, permitindo, se for essa a vontade a presença do cuidador a tempo inteiro.

A equipa de enfermagem é composta por aproximadamente 49 enfermeiros, em horário rotativo de turnos de 8 horas diárias, sob responsabilidade de um enfermeiro chefe e um subchefe.

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

Segundo Twycross (2003), os cuidados paliativos correspondem aos cuidados ativos e totais aos pacientes com doenças que constituem risco de vida, e suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar, num momento em que a doença da pessoa já não responde aos tratamentos curativos ou que prolongam a vida. O termo paliativo deriva do latim *pallium*, que significa *manto, capa*. Neste

contexto os sintomas então encobertos com tratamentos cuja finalidade é a de promover o conforto da pessoa, não apressando nem protelando intencionalmente a morte.

Na Lei de Bases dos Cuidados Paliativos de 5 de setembro de 2012, na base III, a alínea 1, afirma que *os cuidados paliativos centram -se na prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, na melhoria do bem-estar e no apoio aos doentes e às suas famílias, quando associado a doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva*, ainda na alínea dois, (...) *estes devem respeitar a autonomia, a vontade, a individualidade, a dignidade da pessoa e a inviolabilidade da vida humana.*

***Desenvolver competências relacionais, éticas, técnicas, científicas e comunicacionais na prestação de cuidados especializados à pessoa e sua família na unidade de cuidados continuados e paliativos***, correspondeu ao objetivo geral, delineado para este módulo.

O processo de integração na equipa multidisciplinar, foi ténue, subtil e crescente, pondo-me desde início à vontade e reconhecendo-me desde logo como um elemento da mesma, o que contribuiu, em muito, para a minha aprendizagem e aquisição de competências.

A prestação de cuidados, bem como a tomada de decisão nesta unidade é realizada em equipa em prol do bem-estar global da pessoa e sua família. O trabalho em equipa, demanda uma abordagem transdisciplinar, com uma conceção em comum, desenhando, em equipa, uma teoria e uma abordagem dos problemas que consideram de todos (Bernardo, et al, 2010)

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

As dificuldades muitas das vezes surgem na medida em que ou os doentes não se sentem à-vontade para partilhar os seus medos e receios, ou as famílias,

por sua vez procuram fazer triangulação com os diversos elementos da equipa numa busca infinita de informação, o que correspondeu a um desafio pessoal, explorar e adquirir competências especializadas de modo a superar os obstáculos sentidos. As estratégias utilizadas basearam-se no apoio bibliográfico e na observação das estratégias, que muito bem desempenhadas são, pelos elementos da equipa de enfermagem da unidade. Segundo Querido et al, (2010), a tecnologia na área da comunicação corresponde ao tempo e ao espaço, onde as ferramentas mais importantes são a palavra e a escuta.

Numa situação em particular, a escuta foi a ferramenta primordial para o alívio da ansiedade num doente. Deparámo-nos que este precisava de falar do seu percurso desde que lhe foi feito o diagnóstico de uma doença incurável e de partilhar os seus medos.

*Menciono o caso de um homem, pilar da sua família, de 72 anos, com um adenocarcinoma da próstata sob tratamentos de braquiterapia e com metastização óssea já com alguns ciclos de radioterapia realizados.*

*O senhor R., nunca conseguiu mostrar o declínio das suas faculdades, adotando sempre uma postura invencível recorrendo a uma “mascar” para ocultar todos os medos, receios, anseios e fragilidades que a sua presente situação de saúde lhe provocava. Providenciámos um momento favorável à partilha de informação, recorrendo à escuta ativa, a uma comunicação empática sobre a situação atual de saúde, ao toque e mostrando disponibilidade, o que resultou num atenuar do seu sofrimento, angustia e medos. Constatámos que o senhor R. simplesmente precisava de alguém que o escutasse, que o deixasse falar abertamente de tudo o que o atormentava nesta fase de vida e que o deixasse chorar livremente.*

Assim, a comunicação sobressai quando se reconhece que é a chave para aceder e atender com dignidade todas as dimensões da pessoa alvo dos nossos cuidados, correspondendo a uma componente essencial da assistência (Querido, et al, 2010), bem como o saber ouvir e respeitar o outro, contribuindo para uma comunicação assertiva (Prieto, 2014).

A pessoa em situação de doença paliativa têm frequentemente múltiplos sintomas coexistentes, como a dor, as náuseas ou vômitos, obstipação e a dispneia cuja abordagem pode ser diferente do preconizado para pessoas com outras patologias. Foi fundamental formular estratégias terapêuticas adequadas a uma avaliação multidimensional baseada numa consulta do atual estado da arte ao nível do controlo sintomático em cuidados paliativos. É neste aspeto que se pretende que surja uma mudança, ao nível do modelo de cuidados ao doente paliativo utilizado fora das instituições de saúde destinadas a este tipo de doentes. A pessoa pode necessitar de cuidados paliativos por sofrimento marcado ou por impossibilidade de cura sem que esteja perante numa situação terminal, sendo esta área de atuação superior à fase da doença terminal, segundo Capelas e Neto em 2010.

No que remete aos modelos existentes de cuidados paliativos, é emergente uma mudança de paradigma dos cuidados tendo em conta o conceito, princípios éticos e os pilares dos cuidados paliativos. Existem modelos identificados que estão completamente desadequados face ao que acima foi descrito, como é o caso do modelo da obstinação terapêutica e o do abandono, onde no primeiro caso as tentativas de diagnóstico e tratamento específico são empregados até ao último momento de vida, com escassas possibilidades de resposta e elevados custos para o sistema de saúde. No segundo caso, que é muito usual nas unidades direcionadas a utentes agudos, verifica-se um período intenso de estratégias curativas em que se chega a um ponto onde se afirma que já não há mais nada a fazer mas mantem-se a realização de exames complementares de diagnóstico e terapêuticas inadequadas, o que corresponde a uma atitude eticamente reprovável (Capelas e Neto, 2010).

Ainda segundo os mesmos autores, no extremo oposto temos o modelo mais preconizado ao nível do utente em cuidados paliativos, que tem por base os princípios e filosofia desta área, que corresponde ao modelo cooperativo com intervenções nas crises, onde há uma colaboração permanente entre as intervenções específicas ou curativas e paliativas desde o início do processo de doença.

Toda esta exposição levou-me a refletir sobre o agir dos profissionais de saúde perante a pessoa em sofrimento, portadora de uma doença incurável e que ainda há um caminho muito longo a percorrer. Embora já haja uma crescente sensibilização dos profissionais para os cuidados paliativos, no que toca à tomada de decisão sobre a alimentação, hidratação ou mesmo na escalada de terapêutica para controlo sintomático, existe uma dificuldade presente, sentida por grande parte dos profissionais de saúde em abordar este campo de atuação. E foi também neste aspeto que este estágio contribuiu em muito numa transição de comportamentos enquanto profissional de saúde, operando mudanças na minha prática diária de cuidados a doentes paliativos num serviço que não é específico da área, **mostrando uma consciência crítica para os problemas da prática profissional, atual ou nova, relacionada com o cliente e família, especialmente na minha área de especialização.**

O controlo sintomático corresponde a um dos quatro pilares dos cuidados paliativos e tem como princípios gerais avaliar antes de tratar, explicar as causas dos sintomas e medidas terapêuticas tanto ao doente como à família, não esperar que o doente se queixe, antecipando-se tanto quanto possível ao aparecimento dos sintomas; adotar uma estratégia terapêutica mista, com recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas e monitorizar os sintomas (Neto, 2010).

Na unidade onde o estágio foi realizado, à pessoa consciente e orientada, com doença oncológica, é aplicada a escala de avaliação de sintomas de Edmonton (ESAS), que monitoriza, numa escala de zero a dez, a intensidade dos sintomas que o cliente apresenta como o apetite, fadiga, náuseas, depressão, sonolência, ansiedade, dor, dispneia, mal-estar e um décimo sintoma que pode ser adicionado pela pessoa que diz respeito ao que esta está a sentir naquele momento.

A dor corresponde a uma complicação frequente e com grande impacto na vida da pessoa portadora de uma doença oncológica, traduzindo-se num sofrimento desnecessário e má qualidade de vida (Pereira, 2010). Senti uma necessidade de aprofundar conhecimentos face à escada analgésica da OMS para o controlo da dor oncológica, bem como ao nível da via subcutânea em deferimento da via oral, para administração de terapêutica, algo que, infelizmente ainda é muito pouco utilizado no meu atual contexto profissional.

***Prestar cuidados de enfermagem especializado à pessoa em fim de vida, na unidade de cuidados paliativos ao nível do controlo sintomático: Mucosite e Contribuir para a qualidade dos cuidados confortadores prestados à família no processo de morte da pessoa na unidade de cuidados paliativos,*** corresponderam aos meus objetivos específicos, a desenvolver na unidade de estágio.

Face ao primeiro objetivo, foi elaborado um folheto informativo (APENDICE VI) para sensibilizar os enfermeiros da unidade, para a necessidade primordial dos cuidados de higiene oral à pessoa com mucosite, de modo a contribuir para o controlo sintomático e excelência dos cuidados prestados, bem como uma folha de notificação (APENDICE VII) face à mucosite, de onde consta a escala de avaliação definida pela OMS, para que haja uma monitorização mais ativa e regular do processo terapêutico, tendo em conta que era algo pertinente para a unidade em causa e que ainda não tinha sido explorado.

No que diz respeito à elaboração do folheto informativo sobre a mucosite, para além de consultar bibliografia específica da área houve também a necessidade de contactar, neste caso, o farmacêutico que trabalha em parceria com a unidade de cuidados continuados e paliativos do local de estágio, de modo a esclarecer e adquirir mais conhecimentos face à terapêutica utilizada para o controlo e tratamento da mucosite, **demonstrando um nível de aprofundamento de conhecimentos na minha área de especialização.**

Sendo a mucosite uma inflamação da mucosa oral é também uma situação frequente que ocorre em 40% dos doentes oncológicos e em todos aqueles que são submetidos a radioterapia da cabeça e pescoço (Benito, 2010).

Com a elaboração destes dois instrumentos ***formulei e analisei questões/ problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica,*** bem como ***comuniquei os resultados da minha prática clínica e de investigação aplicada para a audiência especializada.***

Para o segundo objetivo específico, foi elaborado um questionário (APENDICE VIII) dirigido aos enfermeiros da unidade, de preenchimento anónimo,

individual e facultativo, que após aprovação pela comissão científica e pela comissão ética da referida instituição, foi aplicado aos enfermeiros da unidade onde realizei o presente estágio. (ANEXO III) Este visou a recolha de dados no que diz respeito à melhor compreensão no processo de conforto à família da pessoa em processo de morte em contexto de hospitalização.

As quatro primeiras questões fechadas do questionário tinham como objectivo a caracterização dos sujeitos da amostra (APENDICE IX), da qual constatámos que esta era composta por 22 sujeitos, enfermeiros a exercer funções em igual contexto. Verificamos que 91% da amostra é do género feminino e 9% do género masculino, onde o grupo etário que se destaca, em 45%, tem idades compreendidas entre os 25 e os 30 anos de idade, seguido de 23%, com idades entre os 35 e os 40 anos. Com 18%, encontramos enfermeiros com idades entre os 21 e os 25 anos e 10% entre os 40 e 50 anos de idade. No que diz respeito ao tempo de experiência profissional, 41% dos profissionais, tem mais de 5 anos de experiência, seguindo-se 36% com 1 a 3 anos, 23% com 4 a 5 anos e apenas 9% com menos um ano de experiência profissional. Da amostra analisada, 50% tem como formação académica apenas a licenciatura em enfermagem, 23% pós graduação, 18% são enfermeiros especialistas e 9% apresentam mestrado em enfermagem. Todos os enfermeiros que possuem pós graduação e mestrado foram todos desenvolvidos na área dos cuidados paliativos.

Após a caracterização dos sujeitos da amostra, o questionário apresentava quatro questões abertas de onde os resultados fizeram emergir aspetos relacionamos com o conceito de conforto, identificado nomeadamente como uma *sensação de bem estar físico, psico, mental social e espiritual, tranquilidade, ausência de desconforto e de dor e como a satisfação das NHB*, bem como salientaram medidas promotoras de conforto, que se relacionam com a *escuta ativa, disponibilidade, comunicação informativa e esclarecedora, promover a presença da família junto do seu familiar ou silencio e o toque*. A análise detalhada dos resultados deste estudo de investigação encontra-se no APÊNDICE X.

Desta forma, esta procura permitiu um melhor confronto com os dados obtidos pela RIL na procura da melhoria dos cuidados de enfermagem prestados às famílias, ***promovendo desta forma a investigação em serviço na minha área***

**de especialização e a comunicação de aspetos complexos do âmbito profissional e académico tanto a enfermeiros quanto ao público em geral.**

Surgiu a oportunidade de frequentar uma formação realizada pelos enfermeiros da unidade onde os temas abordados foram a comunicação e transmissão de más notícias; controlo sintomático e por fim o tratamento de feridas. Correspondeu a uma manhã formativa com uma enorme partilha de informações que nos ajudam a enriquecer mais na nossa prática diária de cuidados, bem como uma formação dirigida aos cuidadores, visando apurar as dificuldades que estes sentem no que diz respeito à prestação de cuidados (ANEXO IV).

Foi importante assistir aos programas formativos, promovido pela unidade onde foi realizado o estágio, visto a formação ser detentora de um papel determinante na evolução dos cuidados, constituindo neste caso como um incentivo à reflexão conjunta da equipa, à partilha de conhecimentos, experiências e opiniões Collière (2003).

No que diz respeito à competência **aborda questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, na minha área de especialização**, remeto para a partilha de duas situações particulares vivenciadas neste campo de estágio:

*Senhor M. de 71 anos, consciente e orientado, casado e com duas filhas. Em 2012 foi-lhe diagnosticado um tumor na parótida direita, realizou parotidectomia e RT e em 2014 foi diagnosticado carcinoma do pavimento celular, no qual realizou mandibulectomia à direita e onde foi traqueotomizado. Estava internado na unidade a pedido da família para reabilitação. A comunicação com o Srº M. estava comprometida, era muito difícil compreender as suas vontades. Estabelecendo uma relação terapêutica e com recurso a instrumentos facilitadores da comunicação não-verbal, algo que eu já tinha explorado no estágio do módulo II, permitiu-me comunicar e satisfazer, dentro das possibilidades, as vontades do cliente. Relembro que um dia compreendi que ele gostava de ver a rua e no quarto havia uma ampla janela mas que esta ficava paralela à cama, então reorganizámos o quarto do cliente para que este ficasse voltado para a janela, com a cabeceira da cama elevada, para que desta forma a sua vontade fosse satisfeita.*

*Num outro caso, o senhor P. de 68 anos, casado e com um filho, portador de uma demência em fase avançada, afásico, foi possível estabelecer uma comunicação com recurso à musicoterapia, compreendendo qual o estilo musical que o cliente preferia ouvir no momento e presenciar o agrado que o mesmo manifestava, através do acompanhamento ritmado da música com a mão no sofá.*

Segundo a Federação Mundial de Musicoterapia (1996), *“Musicoterapia é a utilização da música e/ou dos seus elementos (som, ritmo, melodia e harmonia) (...), com um cliente ou grupo, num processo de facilitação e promoção da comunicação, relação, aprendizagem, mobilização, expressão, organização e outros objetivos terapêuticos relevantes, no sentido de alcançar necessidades físicas, emocionais, mentais, sociais e cognitivas.*

Sousa (2014) diz-nos que a musicoterapia emerge como uma estratégia interativa com impacto ao nível do conforto da pessoa, alvo dos nossos cuidados, constituindo um momento singular, bem como criando um espaço para uma relação terapêutica de proximidade.

Deste modo preocupei-me em **avaliar a adequação de diferentes métodos de análise de situação complexas, segundo uma perspetiva académica avançada**, de modo a dar respostas, mais adequadas possíveis, às necessidades avaliadas da pessoa e sua família alvo dos meus cuidados.



## CONCLUSÃO

Ao terminar esta caminhada de aprofundamento, desenvolvimento e aquisição de competências na área de especialização em EMC, considero que o mesmo foi concretizável e visível ao nível do meu crescimento pessoal e profissional.

A componente teórica facultou-me as ferramentas chave que me permitiram a aquisição de competências em contexto prático e o facto de este ter sido desenvolvido em locais tão distintos tornou-se bastante enriquecedor na aquisição de conhecimentos, na vivência de novas experiências assim como no desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências técnico-científicas, relacionais e comunicacionais nos cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica.

Os estágios afirmaram-se como momentos de formação e reflexão na prática, na medida em constituem um veículo para a aquisição e desenvolvimento de competências inerentes ao enfermeiro EMC.

O estágio na UCI, correspondeu ao ponto de partida da componente prática, onde procurei avaliar as necessidades da pessoa em situação crítica e sua família alteradas, identificando, neste caso, a comunicação da pessoa submetida a VMI comprometida e criando, a partir daí, um instrumento que permitisse facilitar a comunicação, tornando-se uma ferramenta útil na prática diária de cuidados.

No SUC o alvo dos cuidados foi a pessoa em situação crítica em contexto de urgência/emergência e a sua família. Desde o acolhimento até ao momento da alta/transferência o principal foco centrou-se na prestação de cuidados humanizados, respeitando a individualidade de cada pessoa. Procurei identificar um diagnóstico de situação, que neste contexto surgiu a necessidade de criar

uma norma de procedimento face à segurança do doente no registo de reações anafiláticas medicamentosas.

No modulo opcional, procurei aprofundar conhecimentos na área do controlo sintomático, mais propriamente na mucosite, elaborando um folheto informativo para os enfermeiros da equipa, bem como uma folha de notificação da mucosite, visto ser um sintoma presente na maioria dos doentes oncológicos submetidos principalmente a QT e/ou RT.

O conforto foi o foco de interesse na relação com o cuidado em enfermagem. Ao longo de toda a prática clínica este foi transversal em todos os contextos, onde foram exploradas as medidas de conforto à família da pessoa em processo de morte em contexto hospitalar de diversas formas, procurando sensibilizar os enfermeiros, onde em contexto de situações urgentes/emergentes, por vezes o foco é direcionado única e exclusivamente para a pessoa em situação crítica, ficando para segundo plano a família que também urge ser alvo dos nossos cuidados. Esta problemática no último campo de estágio foi abordada não no sentido de sensibilizar os enfermeiros, mas sim em procurar junto deles compreender o que entendem como conforto e que medidas estes entendem ser confortadoras para a família da pessoa em processo de morte, visto vivenciarem estas situações no seu dia-a-dia, em contexto hospitalar.

Trata-se de uma problemática emergente, na medida em que os enfermeiros a consideraram como um aspeto pouco trabalhado nos contextos e por isso a desenvolver, dado que a maioria dos profissionais de saúde sente alguma dificuldade em abordar e prestar cuidados à família da pessoa em processo de morte.

No decorrer de toda a prática, a investigação e a comunicação foram as principais áreas de competências desenvolvidas, onde a primeira contribuiu para o aprofundamento e aquisição de conhecimentos e a segunda permitiu o estabelecimento de relações interpessoais, tanto com a pessoa, sua família e toda a equipa multidisciplinar, com conseqüente melhoria da qualidade dos cuidados.

Todo este percurso só se tornou possível com o enriquecedor contributo de todos os professores, enfermeiros chefes, enfermeiros orientadores, enfermeiros e

restantes elementos da equipa multidisciplinar que se disponibilizaram prontamente, em contribuir para a minha aprendizagem, aquisição e partilha de experiencias e conhecimentos.

A curta duração de cada estágio e a coordenação do mesmo com a atividade profissional foram os aspetos mais dificultadores em todo este processo, mas com o apoio de todos os envolventes e pela minha determinação e capacidade de organização considero que este obstáculo foi superado.

Posto isto, considero que os objetivos e a aquisição e desenvolvimento de competências neste contexto, que vão de encontro às preconizadas tanto pelo curso da Universidade Católica Portuguesa como pelas definidas pela OE para um enfermeiro especialista em EMC, colocam-me como enfermeira especialista em EMC.

Ao finalizar esta etapa formativa, o caminho a percorrer ainda é longo, pois cabe agora a missão de continuar a aprofundar conhecimentos e de os divulgar junto dos pares, mantendo a postura de agente de mudança **zelando pelos cuidados prestados na minha área de especialização.**



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abiven, M. (2001). *Para uma morte mais Humana* – 2ª edição Lusociência.
- Alminhas, S. (2007). Cuidar da pessoa no Serviço de Urgência. *In Revista Nursing* nº75 p. 14-15.
- Alves, A. P. L. (2012). *A Comunicação com a Pessoa em Situação Crítica Submetida a Ventilação Mecânica Invasiva – Perspectiva do Enfermeiro – Tese de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgico do Instituto Politécnico de Viana do Castelo* *acedido na internet em* [[http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/123456789/1199/1/Ana\\_Alves.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/123456789/1199/1/Ana_Alves.pdf)].
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. *Obtido em* [<http://www.apcp.com.pt/>].
- Barbosa, A. & Neto, I.G. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2ª edição.*
- Bénard, J. C. (2014). *Na Urgência. Fundação Francisco Manuel dos Santos.*
- Cabral de Frias, C. F. (2003). *A aprendizagem do cuidar e a morte. Um desígnio do Enfermeiro em Formação. Editora Lusociência.*
- Castro, C.; Vilelas, J.; Botelho, M. (2011). *A experiência vivida da pessoa doente internada numa UCI: Revisão sistemática da Literatura- Revista pensar em Enfermagem Vol.15 nº2.*
- Centro de ação psicopedagógica. *Obtido em* [<http://www.astutos.pt/servicos/musicoterapia>].
- Centro Hospitalar Lisboa Norte. *Obtido em* <http://www.chln.min-saude.pt/>.

- Cerqueira, M. M. A. (2010). *A pessoa em fim de vida e família o processo de cuidados face ao sofrimento. Tese de doutoramento. Obtido em: [http://repositorio.ul.pt/handle/10451/3614].*
- Chan, H. Y. L. (2013). *The perceptions and experiences of nurses and bereaved families towards bereavement care in an oncology unit. Revista Support Care Cancer Obtido em: [The perceptions and experiences of nurses and bereaved families towards bereavement care in an oncology unit].*
- CIPE (2013). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem. Ordem dos enfermeiros.*
- Collière M.F. (2003) *Cuidar... A primeira arte da vida. Loures: Lusociência.*
- Comissão de reavaliação da rede nacional de emergência/urgência (2012). *Reavaliação da Rede Nacional de Emergência e Urgência. Obtido em [http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/0323CC90-45A4-40E4-AA7A-7ACBC8BF6C75/0/ReavaliacaoRedeNacionalEmergenciaUrgancia.pdf].*
- Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. *Parecer n.º 295 de 2011 – Comunicação da notícia de morte aos familiares por via telefónica.*
- Correia M. C. B. (2012). *Processo de construção de competências nos Enfermeiros em UCI. Tese de doutoramento em Enfermagem. Universidade de Lisboa. Obtido em [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7992/1/ulsd064901\_td\_Maria\_Correia.pdf].*
- Correia, I.M. T. B. & Torres, G. V. (2011) *O familiar cuidador face à proximidade da morte do doente oncológico em fim de vida. Revista de enfermagem UFPE ON LINE. Obtido em [http://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/4709].*
- Deodato, S. (2008). *Responsabilidade Profissional em Enfermagem: Valoração da Sociedade. Edições Almedina.*
- Deodato, S. (2014). *Decisão Ética em Enfermagem. Edições Almedina.*

Diário da república série-B nº 55. Despacho Normativo nº11/2002. Serviço de Urgência de 6 de Março, p1865-1866, disponível on-line em [<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/80AB4DCF-68B8-4164-B377-C4351314DEB9/0/0112301124.pdf>].

Diário da República, 1.ª série N.º 172. 5 de setembro de 2012 – Lei de bases dos cuidados paliativos - Lei n.º 52/2012 de 5 de Setembro Base II Obtido em [[http://www.cnpcjr.pt/preview\\_documentos.asp?r=4838&m=](http://www.cnpcjr.pt/preview_documentos.asp?r=4838&m=)]

Direção Geral de Saúde – Norma nº 002/2015 de 06/03/2015 – Triagem de Manchester e referência interna imediata.

Gennip, Isis et al.(2013). Death with dignity from the perspective of the surviving family:A survey study among family caregivers of deceased older adults. Revista Palliative Medicine. Obtido em:[<http://connection.ebscohost.com/c/articles/88262156/death-dignity-from-perspective-surviving-family-survey-study-among-family-caregivers-deceased-older-adults>].

Gomes, A. M. R. (2010). O cuidados e o doente em fim de vida – família e/ou pessoa significativa. Revista Enfermagem Global nº 18. Obtido em: [[scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/pt\\_revision3.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/pt_revision3.pdf)].

Gonçalves, J. A. S. F. (2009) A Boa- Morte, ética no fim da vida. Editora coisas de ler.

Hesbenn, W. (2000). Cuidar no Hospital. Loures: Lusociência. 1ª edição.

Horta, M.P. (1999). Eutanásia, problemas éticos da morte e do morrer. Revista de Bio ética Vol. 7, No 1 Obtido em [[http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/view/290/429](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/290/429)].

Hospital Beatriz Ângelo. Obtido em [<http://www.hbeatrizangelo.pt/pt/>].

Hospital da Luz. Obtido em [<http://www.hospitaldaluz.pt/pt/>].

Instituto Nacional Emergência Médica. (2011) *Manual de Suporte Avançado de Vida*. Lisboa: INEM.

Kolcaba, K.Y. (1992). *Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome*. *Advances in Nursing Science*. 15, nº1 p.1-10.

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

McAlpine, C. P. et al. (2015). *Constructing the story: How nurses work with families regarding withdrawal of aggressive treatment in ICU – A narrative study*. *Revista International Journal of Nursing Studies* nº52. Obtido em: [[http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489\(15\)00095-4/references](http://www.journalofnursingstudies.com/article/S0020-7489(15)00095-4/references)].

Meleis A.(2010). *Transitions Theory, Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company, LLC.

Meleis, A. (2012). *Theoretical Nursing Development & Progress*. 5ª Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. Consultado em [[http://www.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=kPdB1vU1c1YC&oi=fnd&pg=PA1&dq=livro+Theoretical+Nursing+Development+%26+Progress.+5%C2%AA+Ed.+Philadelphia:+Lippincott+Williams+%26+Wilkins.&ots=akqYXr2Qol&sig=fpzrdnAPNyNUXFDsQu5CGNXuTEw&redir\\_esc=y#v=onepage&q=livro%20Theoretical%20Nursing%20Development%20%26%20Progress.%205%C2%AA%20Ed.%20Philadelphia%3A%20Lippincott%20Williams%20%26%20Wilkins.&f=false](http://www.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=kPdB1vU1c1YC&oi=fnd&pg=PA1&dq=livro+Theoretical+Nursing+Development+%26+Progress.+5%C2%AA+Ed.+Philadelphia:+Lippincott+Williams+%26+Wilkins.&ots=akqYXr2Qol&sig=fpzrdnAPNyNUXFDsQu5CGNXuTEw&redir_esc=y#v=onepage&q=livro%20Theoretical%20Nursing%20Development%20%26%20Progress.%205%C2%AA%20Ed.%20Philadelphia%3A%20Lippincott%20Williams%20%26%20Wilkins.&f=false)].

Moreira, C.; Moleiro, M. & Tomás, M.(2000). *Impotência da comunicação no desmame dos doentes submetidos a ventilação mecânica*. *Revista sinais vitais* nº32. P. 19-23.

Norma (2012). *American Psychological Association*. 6th ed. Disponível em: [<http://www.apastyle.org/>].

Oliveira, V.S. (2011). *A obstinação terapêutica e a morte digna. Monografia*. Obtida em [<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/387/3/20680600.pdf>]

Ordem dos enfermeiros (2015). *O poder da comunicação na enfermagem*. Obtido em:

[http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos Enfermeiros/O Poder da Comunicação na Enfermagem - Enfermeira Maria José Silva Enf Especialista SMO.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/O%20Poder%20da%20Comunicao%20na%20Enfermagem%20-%20Enfermeira%20Maria%20Jose%20Silva%20Enf%20Especialista%20SMO.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Obtido em [[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf)]

Pacheco, S. (2004). *Cuidar da pessoa em fase terminal*. 2ª edição Lusociência.

Paiva, D.; et al. (2012). *Cuidar do doente em fase terminal de vida e da sua família*. *Revista Sinais Vitais* nº 104 p. 37-43.

Pereira, C. A.A. (2010) - *A vivência da morte de um familiar no serviço de urgência: Contributos de enfermagem*. Porto. Dissertação de Mestrado apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto Disponível em: [<https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/26912>].

Pereira, M. & Fávero, N. (2001). *A motivação no trabalho da equipe de enfermagem*. *Revista Latino-americana de Enfermagem* Obtido em: [[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692001000400002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000400002)].

Pereira, M. A. G. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Formasau.

Ponce, P. & Teixeira, J. (2006). *Manual de Urgências e Emergências*. Lidel edições técnica.

Prieto, G.B. (2014). *Comunicação eficaz*. Escolar Editora

- Regulamento do Exercício profissional do enfermeiro, acedido na internet [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto\_REPE\_29102015\_VF\_site.pdf].*
- Rejnö, Å., et al. (2013). Next of kin's experiences of sudden and unexpected death from stroke - a study of narratives". Revista BMC Nursing. Obtido em:[ http://www.biomedcentral.com/1472-6955/12/13].*
- Saraiva, D. & Martinho, T. (2011). Comunicar com o doente e estado crítico – artigo publicado na revista nursing p. 8-14.*
- Serrano, M. T. P.; Costa, A. S. M. C. & Costa, N. M. V. N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s)- artigo de investigação. Revista Referências III Série - n.º 3 p.15-23.*
- Sheehy, S. (2011). Enfermagem de Urgência- Da teoria á pratica. 6ª Edição Lusociência.*
- Silva, A. R. & Lage, M. J. (2010). Enfermagem em Cuidados intensivos. Editora Formasau.*
- Sousa, P. P. (2014). O conforto da pessoa idosa. Universidade Católica Editora, Lisboa.*
- Souza da Silva, R. et al. (2014). Conforto para uma boa morte: perspectiva de uma equipa de enfermagem intensivista. Escola ANNA NERY revista de enfermagem.*
- Tavares de Souza, M. et al. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. Revista Einstein. Obtido em [http://www.astresmetodologias.com/material/O\_que\_e\_RIL.pdf].*
- Twycross, R. (2010). Cuidados Paliativos – Climepsi editores. 2ª edição Lisboa.*
- Vaz, A. C. & Campos, P. M. (2003). O impacto na família e o papel do enfermeiro. Revista Nursing nº 176 p.23-26.*

*Vieira, M. (2007). Ser Enfermeiro, da Compaixão à Proficiência. Lisboa: Universidade Católica Editora.*



## **APÊNDICES**



**APÊNDICE I- Instrumento facilitador da comunicação com a  
pessoa com comunicação comprometida**



# Comunicação com a Pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva

Curso de Mestrado em Enfermagem – Natureza Profissional  
Área de Especialidade em Enfermagem Médico – Cirúrgica

Enf<sup>a</sup> Andreia Póvoa sob orientação da Enf<sup>a</sup> Andreia Costa  
Professora: Patrícia Pontífice Sousa  
Maio de 2015

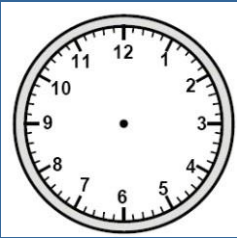
Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho	Julho
	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	

1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
---------	---------	-------	--------	--------	-------	--------

Inverno	Primavera	Verão	Outono
			

Que horas são?







Noite






Dia



<b>Dormir</b>	<b>Arrastadeira</b>	<b>Tenho fome</b>	<b>Tenho sede</b>
			

<b>Ir para a cama</b>	<b>Sentar</b>	<b>Baixar a cabeça</b>	<b>Levantar a cabeça</b>
			

<b>Mudar posição</b>	<b>Tomar banho</b>	<b>Lavar os dentes</b>	<b>Lavar a cabeça</b>
			

<b>Tenho dor</b>	<b>Mal disposto</b>	<b>Com tonturas</b>	<b>Com medo</b>
			

<b>Com calor</b>	<b>Com frio</b>	<b>Falta de ar</b>	<b>Estou triste</b>
			

<b>Estou cansado</b>	<b>Comichão</b>
	

**Enfermeiro**



**Médico**



**Família**



**Padre**



**Rádio**



**Iluminação**



**Silêncio**







**Ajuda**







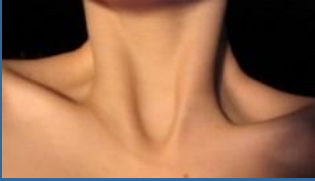
**Rezar**





<b>Barriga</b>	<b>Braço</b>	<b>Cabeça</b>	<b>Costas</b>
			

<b>Mão</b>	<b>Nádegas</b>	<b>Pé</b>	<b>Peito</b>
			

<b>Perna</b>	<b>Pescoço</b>
	



**APÊNDICE II- Sessão de formação realizada na UCI**



# MEDIDAS PROMOTORAS DE CONFORTO À FAMÍLIA DA PESSOA EM PROCESSO DE MORTE INTERNADA NA UCI

Loures  
26 Maio 2015

Andreia Póvoa sob orientação da Enf<sup>a</sup> Andreia Costa  
Professora: Patrícia Pontífice Sousa

## Objetivos:



- Introdução;
- Analisar o actual contexto de morte na UCI;
- Reforçar a importância da implementação das medidas promotoras de conforto à família da pessoa em processo de morte internada na UCI;
- Conclusão;
- Referências Bibliográficas.

## Introdução



A Medicina progrediu mais na segunda metade do século XX do que tinha progredido em toda a história anterior da Humanidade.

Este progresso baseou-se no desenvolvimento de medicamentos, técnicas e dispositivos destinados a curar ou prolongar a vida.

(Gonçalves, 2009)

## Introdução

Os equipamentos e procedimentos desenvolvidos durante as últimas décadas tornaram as Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) dos hospitais num ambiente tecnologicamente avançado.



(Castro et al, 2011)

## Introdução



Stress ansiedade

## Conceito



### Morte

- Morte é considerada como: a perda de fluidos vitais; a separação da alma; a perda irreversível da capacidade de integração do corpo; a perda irreversível da capacidade de consciência e integração social; o cessar irreversível do funcionamento: de todas as células, tecidos e órgãos; do coração e dos pulmões; de todo o encéfalo; do córtex cerebral; do tronco cerebral; da capacidade corporal da consciência.

(Lima, 2004)

## Evolução



- Precoce;
- Casa na companhia da família e pessoas significativas;
- Processo natural da vida



- Tardio;
- Sozinhos cobridos por uma cortina ou biombo e rodeados por inúmeros e complexos aparelhos ;
- Resultado da luta contra a doença

(Cabral de Frias, 2003)

## Sentimentos vividos pelos familiares

- Medo;
- Culpa;
- Desespero;
- Tristeza;
- Revolta;
- Ansiedade.



(Correia e Torres, 2011)

## Medidas Confortadoras

O conforto pode ser considerado como elemento de intervenção do Enfermeiro no processo de cuidar, tendo por base as suas competências profissionais, sendo considerado como um elemento facilitador do processo de conforto.



O conforto vai para além do alívio do desconforto, corresponde ao carinho, toque, ao estar em paz, à conversa e à presença, é variável o seu significado consoante a cultura, sexo, circunstâncias que desencadeiam a sua necessidade.

(Sousa, 2014)

## Medidas Confortadoras



O conforto é colocado na esfera central da ação do enfermeiro e as intervenções confortadoras assumem uma associação forte ao cuidar em enfermagem.

É entendido como um fenómeno positivo, um estado imediato e multidimensional, sendo assim, mais do que o alívio de desconforto.

O processo de conforto assenta num desempenho do próprio enfermeiro, dirigido à qualidade da relação, tendo por base uma inter-relação facilitadora de uma relação profissional enfermeiro-doente-família, o que implica uma comunicação terapêutica, de modo a atingir o máximo de conforto.

(Sousa, 2014)

## Estratégias promotoras de conforto mobilizadas pelo Enfermeiro:

- Informação/ esclarecimento;
- Musicoterapia;
- Toque;
- Sorriso;
- Humor;
- Presença;
- Silêncio;
- Relação de empatia/cumplicidade;
- Atender à decisão e desejos do outro;
- Respeito pelo outro;
- Alívio de desconfortos.



(Sousa, 2014)

- É primordial manter uma comunicação aberta com os familiares acerca das alterações que possam ocorrer durante o processo e responder às questões de forma sincera.
- A família deve entender o processo de morrer, explicar-lhes os sinais e sintomas como o aproximar da etapa final, para que estejam preparados e informados do porquê das mudanças quando estas ocorrem.



**Maior aceitação da família**

## Medidas promotoras de conforto

- ❑ Não esperar reacções idênticas de luto em pessoas diferentes e explicar variações na expressão do luto nos diferentes familiares;
- ❑ Evitar frases triviais como: "Todos temos de morrer um dia", "As coisas vão melhorar", "És muito jovem podes refazer a tua vida", "sei como se sente" "o tempo cura todas as feridas";
- ❑ Não comparar tragédias;
- ❑ Facilitar a identificação de sentimentos de irritação, raiva e culpa;
- ❑ Validar, normalizar as emoções intensas;
- ❑ Esclarecer de que se sentirá provavelmente pior antes de começar a melhorar;
- ❑ Não temer revelar os seus próprios sentimentos;
- ❑ Ajudar a actualizar a perda permitindo a repetição da historia tantas vezes quanto necessário;

## Medidas promotoras de conforto

- ❑ Identificar a forma como lidou com outras perdas;
- ❑ Avaliar as defesas para enfrentar as reacções dolorosas;
- ❑ Ajudar a lidar e resolver relações alteradas;
- ❑ Ajudar a restaurar a confiança em si: tomando decisões, aprendendo coisas novas, manejando problemas diários;
- ❑ Abordar problemas relacionados com celebrações (aniversário de nascimento, morte, datas significativas...);
- ❑ Identificar as modificações no meio e aprender a sobreviver num mundo diferente: novas rotinas, novos papéis e capacidades;
- ❑ Facilitar o estabelecimento de novas relações com outras pessoas;
- ❑ Ajudar a explorar o lado positivo de criar novos laços sem sentir-se culpado;

(Barbosa, 2010)

## Protocolo de Buckman



### Transmissão de más notícias

- 1- Preparação (Local, tempo e população);
- 2- Saber a informação que já dispõem;
- 3- Saber o que pretendem saber;
- 4- Partilhar informação;
- 5- Responder às emoções;
- 6- Planear o acompanhamento.

(Leal, 2003)

## Qualidades do profissional

- ❑ Capacidade de empatia;
- ❑ Atitude e ideologia tolerantes;
- ❑ Capacidade de introspecção (insight) sobre as emoções e conflitos pessoais;
- ❑ Não sofrer de perturbações psiquiátricas graves, nem de perturbações de personalidade;
- ❑ Possuir conhecimento dos processos de luto e das respostas e ritos sociais perante luto;
- ❑ Ter feito uma elaboração suficiente dos seus próprios lutos;
- ❑ Suficiente experiência de vida para poder relativizar as suas próprias experiências e crenças e as do enlutado;
- ❑ Fazer, se possível, supervisões ou tutorizações, individuais ou em para elaborar as dúvidas, conflitos e ambivalências decorrentes do acompanhamento em que está envolvido.

(Barbosa, 2010)

## Conclusão



A equipa de saúde pode funcionar como elemento intermediário, percebendo sensibilidades, desejos resistências, últimas vontades e fomentar momentos de comunicação intensa e exposição e partilha do melhor que se tem a dar aos mais íntimos na eminência da partida.



Quais as medidas promotoras de conforto à família em processo de morte que aplicamos no nosso dia a dia?

A morte não é uma destruição, é um lento acabar, um lento sumir. Vai-se o cadáver, mas... o corpo que morre é como um frasco de fina essência que se quebra deixando a casa, por muito, impregnada de aromas, até que o tempo o vai desvanecendo, e fica somente a saudade, que é a memória do coração.

( Coelho Neto)

Obrigado!

## Referências Bibliográficas



- Barbosa António , Neto Isabel Galriça - Manual de cuidados paliativos - editora Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2ª edição de 2010 pg 379- 395 ISBN - 9789729349225
- Castro, Cidália; Vilelas, José; Botelho, Maria - A experiência vivida da pessoa doente internada numa UCI: Revisão sistemática da Literatura- Revista pensar em Enfermagem Vol.15 nº2 de setembro de 2011
- Cidália de Fátima Cabral de Frias - A aprendizagem do cuidar e a morte. Um desígnio do Enfermeiro em Formação. Editora Lusociência. ISBN: 972-8383-50-9 2003
- Correia, Isabel e Torres, Gilson - O familiar cuidador face à proximidade da morte do doente oncológico em fim de vida. ISSN: 1981-8963 Artigo da revista de Enfermagem UFPE online de 2011
- Gonçalves, José António Saraiva Ferraz- A Boa- Morte, ética no fim da vida. ISBN: 978-989-8218-21-6 editora coisas de ler edições de 2009.
- Leal, Fátima - Transmissão de más notícias - dossier de cuidados paliativos de 2003
- Lima, Cristina - Do conceito ao diagnóstico de morte: controvérsias e dilemas éticos- Revista da sociedade portuguesa de medicina interna em 2005. vol. 12 nº1
- Sousa, Patrícia Pontífice. O conforto da pessoa idosa. Universidade Católica Editora, Lisboa 2014 ISBN: 978-972-54-0440-9



## Plano de Sessão

**Tema:** Medidas promotoras de conforto à família da pessoa em processo de morte internada na UCI

**Data:** 26.05.2015

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

**Duração:** 23'

**Publico Alvo:** Enfermeiros da UCI

**Prelector:** Andreia Póvoa

**Objectivo geral:** Contribuir para a qualidade dos cuidados confortadores prestados à família no processo de morte da pessoa internada na UCI.

### Objectivos específicos:

Analisar o actual contexto de morte na UCI;

Reforçar a importância da implementação das medidas promotoras de conforto à família da pessoa em processo de morte internada na UCI.

Etapa	Duração	Conteúdo	Método	MMS	Avaliação
Introdução	3'	Apresentação: -Tema -Objectivos	Expositivo	PC Data show	
Desenvolvimento	10'	-Actual contexto de morte na UCI; - Medidas promotoras de conforto à família da pessoa em processo de morte internada na UCI	Expositivo	PC Data show	
Conclusão/ Discussão	10'	Síntese dos aspectos gerais	Expositivo Interrogativo	PC Data show	Avaliação final através do preenchimento de um questionário de avaliação.



**APÊNDICE III – Questionário de avaliação da sessão de formação realizada na UCI**



# Questionário de Avaliação da Formação

Uma vez concluída a presente ação de formação, importa procedermos a uma avaliação do processo formativo, pelo que é pedida a sua colaboração no preenchimento deste questionário, de modo a melhorar em futuras acções realizadas. Obrigado.

Identificação da Ação de formação: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Por favor, indique a sua opinião sobre a ação de formação que frequentou, colocando um **X** na coluna que melhor exprime a sua avaliação em cada um dos seguintes aspetos, segundo a seguinte escala: **1- Mau; 2- Insuficiente; 3 – Suficiente; 4- Bom; 5 – Muito Bom**

	1	2	3	4	5
1. Esta ação correspondeu às suas expectativas-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Conteúdo é adequado para a sua actividade profissional-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Duração da ação face aos objectivos enunciados-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Adequação do ritmo face aos conteúdos desenvolvidos-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Adequação dos métodos e actividades pedagógicas-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Qualidade das instalações-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Qualidade dos meios audiovisuais utilizados-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Capacidade do formador para captar e manter interesse-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Capacidade do formador para desenvolver os conteúdos programáticos-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Resultados alcançados com frequência desta acção-----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Contribua com sugestões para a melhoria desta ação de formação.

---

---

---

---



**APÊNDICE IV- Procedimento de aplicação da pulseira de identificação de alergias medicamentosas**



## **Proposta de Norma de Procedimento: Segurança do doente no registo de reacções anafilácticas medicamentosas**

### **1. Objetivo**

Promover a melhoria dos cuidados de saúde ao utente com recurso à identificação e registo precoce de anteriores reacções anafilácticas medicamentosas.

### **2. Âmbito de Aplicação**

Aplica-se a todos os profissionais de saúde que intervêm no circuito do medicamento.

### **3. Definições**

Alergia medicamentosa é um tipo de reacção adversa à hipersensibilidade da pessoa ao medicamento administrado e que se manifesta por um conjunto de sinais e sintomas, de intensidade variável, podendo até conduzir à morte. (Infarmed) (1)

As reacções adversas a medicamentos correspondem a uma das causas mais importante de morbilidade e mortalidade tendo impacto significativo nos cuidados diários de saúde. (Ensina et al, 2008) (2)

A Farmacovigilância é a atividade de saúde pública que tem por objetivo a identificação, quantificação, avaliação e prevenção dos riscos associados ao uso dos medicamentos em comercialização, permitindo o seguimento dos possíveis efeitos adversos dos medicamentos. (Ordem dos Farmacêuticos, 2009) (3)

### **4. Descrição**

A pessoa é submetida a inúmeros procedimentos, quando recorre a uma instituição de saúde, estando por isso, em particular risco de sofrer uma reacção de hipersensibilidade relacionada com a administração de fármacos. Existem vários factores implicados nos incidentes relacionados com reacções alérgicas nomeadamente:

- Alergia não documentada no processo clínico;
- Alergia documentada em local pouco habitual/visível do processo;
- Acompanhante não disponível para fornecer informação;
- Incorreta identificação do fármaco;
- Falta de conhecimento farmacológico
- Desconhecimento da alergia por parte do utente
- Não valorização de alergias não medicamentosas ( latex, alimentos)

#### **4.1. Confirmação da existência de alergia**

A existência de alergia tem que ser confirmada em todos os doentes admitidos no serviço de urgência, internamento e em ambulatório, o mais precoce possível. Sempre que possível, deve ser feita pelo profissional de saúde no momento da admissão.

A informação recolhida deve incluir:

- Nome comercial e genérico da substância em causa;
- Tipo de reacção habitual;
- Data da última reacção verificada;
- Nome do profissional que fez a colheita de dados e respectiva data;
- Referência expressa à não existência de alergias, se for o caso.

#### **4.2. Documentação do estado de alergia no processo do doente**

- Registrar com letras maiúsculas e a vermelho, na primeira página do processo do utente, caso este seja em papel, o nome do medicamento que provoca alergia à pessoa.
- Em processos informatizados, registar no separador das alergias.
- Após a identificação de alergias, colocar uma pulseira roxa no pulso da pessoa, com o respectivo registo do nome do medicamento(s) a que é alérgico.
- Deixar registado por escrito, tanto na nota de alta como na nota de transferência do utente.

- Incluir a informação sobre alergia nas passagens de ocorrências de enfermagem e visitas médicas.
- Informar a pessoa/cuidador da situação alérgica relacionada com o fármaco.

#### **4.3. Característica da pulseira de identificação de alergia**

- A pulseira de identificação de alergia propõe-se que seja de cor roxa, para se destacar das restantes pulseira utilizadas no sector da saúde;
- O material deve ser antialérgico;
- Deve ser flexível e cómoda, sem arestas ou bordos cortantes, resistentes à água, tensão e calor;
- Deve ter a informação sobre o(s) alérgico(s) com letra visível e legível;
- Deve ser de tamanho ajustável no pulso e com fecho de segurança não manipulável;
- Não devem ser reutilizáveis e devem cumprir as normas relativas à protecção do ambiente.

#### **4.4. Procedimento para colocação e manutenção da pulseira**

- No momento da admissão ou assim que se verificar a existência de alergia medicamentosa;
- A pulseira é preferencialmente colocada no membro superior dominante. Se tal não for possível, cabe ao profissional identificar qual o local mais adequado para a sua colocação.
- Sempre que danificada, a pulseira deverá ser substituída;
- Se por alguma razão um profissional de saúde retira a pulseira é responsável por garantir a substituição da mesma.
- Quando, por motivos clínicos, o utente não puder usar a pulseira, compete ao profissional responsável pelos cuidados de saúde garantir a segurança do utente.
- Quando o utente recusar o uso da pulseira, o mesmo deve ser alertado para o risco que poderá ter e desta forma possa tomar

uma decisão informada. Caso mantenha a recusa, essa informação deverá constar em registos no processo clínico da pessoa;

- A pulseira deverá ser retirada apenas no momento da alta, no momento antes de sair da instituição.

## Referências Bibliográficas

- 1- Infarmed – Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P. site na internet:  
[<http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED>]
- 2- Luis Felipe Ensina, et al - Reações de hipersensibilidade a medicamentos- artigo publicado no guia prático de alergia e imunologia em 2008 acedido na internet  
[<http://www.asbai.org.br/revistas/Vol322/ART%202-09%20-%20GP%20-%20Rea%C3%A7%C3%B5es%20de%20Hipersensibilidade%20a%20Medicamentos%20-%20parte%20I.pdf>]
- 3- Manual de Boas Práticas Farmacêuticas para a Farmácia Comunitária. 3ª Edição. Conselho Nacional da Qualidade. Ordem dos Farmacêuticos. 2009

**APÊNDICE V- Folheto informativo aplicado no SUC**



# Medidas promotoras de conforto à família da pessoa em processo de morte do seu familiar

O conforto vai para além do alívio do desconforto, corresponde ao **carinho, toque, ao estar em paz, à conversa e à presença**, é variável o seu significado consoante a cultura, sexo, circunstâncias que desencadeiam a sua necessidade.

(Sousa, 2014)

Sentimentos vividos pelos familiares:  
**Medo; Culpa; Desespero; Tristeza; Revolta; Ansiedade.**

(Correia e Torres, 2011)

## Estratégias promotoras de conforto mobilizadas pelo Enfermeiro:

- Informação/ esclarecimento;
- Musicoterapia;
- Toque;
- Sorriso;
- Humor;
- Presença;
- Silêncio;
- Relação de empatia/cumplicidade;
- Atender à decisão e desejos do outro;
- Respeito pelo outro;
- Alívio de desconfortos.

(Sousa, 2014)

Segundo um estudo realizado por Sapeta et al (2012), providenciar a presença da família junto do paciente, criar um espaço no serviço para os familiares, promover um ambiente calmo são as principais medidas adotadas pelos enfermeiros

## Medidas promotoras de conforto

- Não esperar reacções idênticas de luto em pessoas diferentes e explicar variações na expressão do luto nos diferentes familiares;
- Evitar frases triviais como: "Todos temos de morrer um dia", "As coisas vão melhorar", "És muito jovem podes refazer a tua vida", "sei como se sente" "o tempo cura todas as feridas";
- Não comparar tragédias;
- Facilitar a identificação de sentimentos de irritação, raiva e culpa;
- Validar, normalizar as emoções intensas;
- Esclarecer de que se sentirá provavelmente pior antes de começar a melhorar;
- Não temer revelar os seus próprios sentimentos;
- Ajudar a actualizar a perda permitindo a repetição da história tantas vezes quanto necessário;
- Identificar a forma como lidou com outras perdas;
- Avaliar as defesas para enfrentar as reacções dolorosas;
- Ajudar a lidar e resolver relações alteradas;
- Ajudar a restaurar a confiança em si: tomando decisões, aprendendo coisas novas, manejando problemas diários;
- Abordar problemas relacionados com celebrações (aniversário de nascimento, morte, datas significativas...);
- Identificar as modificações no meio e aprender a sobreviver num mundo diferente: novas rotinas, novos papéis e capacidades;
- Facilitar o estabelecimento de novas relações com outras pessoas;
- Ajudar a explorar o lado positivo de criar novos laços sem sentir-se culpado;

(Barbosa, 2010)

## Transmissão de más notícias

### Protocolo de Buckman

- 1- Preparação (Local, tempo e população);
- 2- Saber a informação que já dispõe;
- 3- Saber o que pretendem saber;
- 4- Partilhar informação;
- 5- Responder às emoções;
- 6- Planear o acompanhamento.

(Pereira et al, 2013)



**APÊNDICE VI- Folheto informativo da Mucosite**



## Tratamento da Mucosite

### Higiene oral

Soro Fisiológico 0,9%; Solução de Bicarbonato de sódio; Uma mistura dos dois; clorexidina 0,12%

### Anestésicos tópicos:

Lidocaina; Benzocaina; Cloridrato de dclonina a 0,5% e 1% (HCl); Difenidramina solução oral;

### Agentes de revestimento da mucosa:

Sucralfato; Agentes metilcelulose hidroxipropili film-forming; Gelclair;

### Analgésicos

Benzidamina; opiáceos por via oral, IV, Transdermico ou transmucoso;

### Factores de crescimento:

Palifermina

### Abordagens tópicas:

Lavagens orais;  
Agentes de revestimento das mucosas;  
Agentes lubrificantes como a saliva artificial;  
Anestésicos tópicos;

- A aplicação de medidas preventivas minimizam o aparecimento das lesões orais, associadas ao tratamento com QT ou RT;
- Avaliação sistemática da cavidade oral permite uma detecção e início de tratamentos mais precoce;
- Cabe aos profissionais de Saúde desempenhar um papel activo ao nível dos ensinamentos sobre os cuidados com a Higiene oral.

Trabalho realizado no âmbito do curso de Especialidade de Enfermagem Médico Cirúrgico com Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa  
Andreia Póvoa Sob orientação da Enf<sup>a</sup> Rita Santos Silva e Professora Patrícia Pontífice Sousa

Novembro, 2015

### Bibliografia:

-Oncologia Oral – Lucio Lara Santos e Luis Medeiros Teixeira Editora Lidel, ISBN: 978-972-757-782-8, Lisboa 2011  
-Manual de Cuidados Paliativos – António Barbosa e Isabel Galriça Neto – Faculdade de medicina da Universidade de Lisboa, 2ª edição ISBN:978-972-9349-22-5

## Cuidados à Pessoa com Mucosite



## Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos



CATOLICA  
INSTITUTO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE

LISBOA-PORTO-VISEU

A mucosite oral consiste na inflamação da mucosa associada à radioterapia e à quimioterapia.

Atinge frequentemente as zonas não queratinizadas da mucosa oral, ou seja, a superfície lateral e ventral da língua e mucosa labial.

#### Fatores de Risco:

- Drogas que induzem a mucosite com maior frequência: capecitabina; docetaxel; doxorubicina; 5-fluorouracilo (5-FU); irinotecano; metotrexato; mitoxantrona e paclitaxel.
- Dose total e número de dias de tratamento;
- Doença oral prévia;
- Disfunção das glândulas salivares;
- Imuno-supressão;
- Mielo-supressão;
- Redução de IgA secretora;
- Infecções bacterianas, fúngicas ou virais

#### Fase de evolução da Mucosite:

##### Inflamatória ou vascular:

Após a administração da QT ou RT há libertação local de citocinas, que promovem a vasodilatação local, logo uma maior exposição dos tecidos aos citostáticos.

##### Epitelial:

A atrofia e ulceração que ocorrem são seguramente exacerbadas pela produção local de citocinas, bem como pelo trauma funcional.

A fase 1 e 2 ocorrem, geralmente, do dia 0 ao 5º dia de terapia.

##### Ulcerativa ou bacteriana:

Corresponde à mais complexa e sintomática. Coincide com o período de neutropenia mais intensa.

Ocorre geralmente entre o 6º e o 12º dia de terapêutica.

##### Cura:

Consiste na renovação do epitélio, com proliferação e diferenciação celular.

Ocorre entre o 12º e 16º dias.

#### Escala de Avaliação do Grau de Gravidade de Mucosite (OMS)

Grau	Sinais e Sintomas
0	Sem sintomas
1	Eritema sem Úlceras
2	Eritema com Úlceras mas capaz de comer normalmente
3	Apenas tolera líquidos
4	Incapaz de comer e de beber



Mucosite grau 1



Mucosite grau 2



do Câncer

Mucosite grau 3



Mucosite grau 4

#### Recomendações:

Antes do início dos tratamentos:

- Tratamentos de estomatologia;
- Ensinos face aos cuidados de higiene oral

**Durante o tratamento:**

- Crioterapia com gelo granizado na cavidade oral 30 minutos antes da administração da terapêutica, provocando vasoconstrição dos tecidos e limitando a acção da medicação na mucosa oral.

**Após a terapêutica:**

- Lavagens dos dentes e gengivas com clorexidina após as refeições e antes de deitar com escova macia;
- Restringir o uso de fio dentário;
- Fazer regularmente lavagens da boca com água;
- Se usar prótese dentária, retirá-la e limpá-la com regularidade;
- Evitar alimentos muito quentes ou muito frios, especiarias, álcool, tabaco;
- Inspeccionar regularmente a cavidade oral;
- Iniciar o mais precoce possível os tratamentos quando surgem os primeiros sintomas de mucosite;

**APÊNDICE VII- Folha de notificação da mucosite**







**APÊNDICE VIII- Questionário aplicado aos Enfermeiros da UCCP**



**Questionário: Medidas promotoras de conforto à família no processo de morte em contexto hospitalar**

O presente questionário surge em contexto do Curso de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgico com Mestrado em Enfermagem. É composto por 4 questões fechadas, de resposta rápida com o intuito de caracterizar a amostra e por quatro questões abertas que visam dar resposta à questão de investigação. O seu preenchimento destina-se exclusivamente a Enfermeiros, é facultativo e anónimo.

**1- Sexo:** Masculino ( )      Feminino ( )

**2- Seleccione o seu grupo etário:**

[21-25[ ( ) ; [25-30[ ( ) ; [30-35[ ( ) ; [35-40[ ( ) ; [40-45[ ( ) ; [45-50[ ( )

[50-55[ ( ) ; [55-60[ ( ) ; [60-65[ ( )

**3- Trabalha há:**

- < 1 ano ( ) ; 1-3 anos ( ) ; 4- 5 anos ( ) ; > 5 anos ( )

**4- Nível de escolaridade:**

Licenciatura ( )   Pós – graduação ( )   Especialidade ( )   Doutoramento ( )

**4.1. Indique o curso realizado:**

---

---

**5. O que é para si “conforto”?**

---

---

---

**6. O que entende por medidas promotoras de conforto à família da pessoa em contexto de hospitalização?**

---

---

---

**7. Indique exemplos de medidas promotoras de conforto à família no processo de morte do seu familiar em contexto de hospitalização.**

---

---

---

**8- Em que medida acha que são importantes a aplicação das medidas promotoras de conforto à família no processo de morte em contexto de hospitalização?**

---

---

---

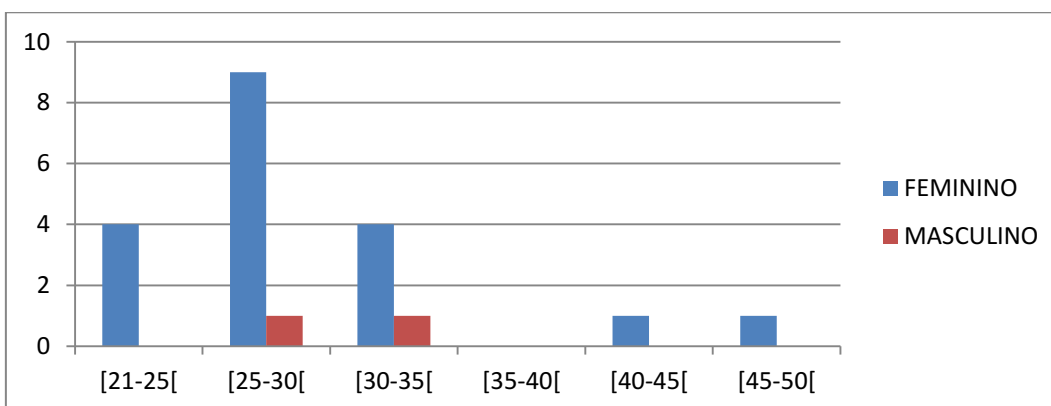


## **APÊNDICE IX - Caracterização dos sujeitos da amostra**

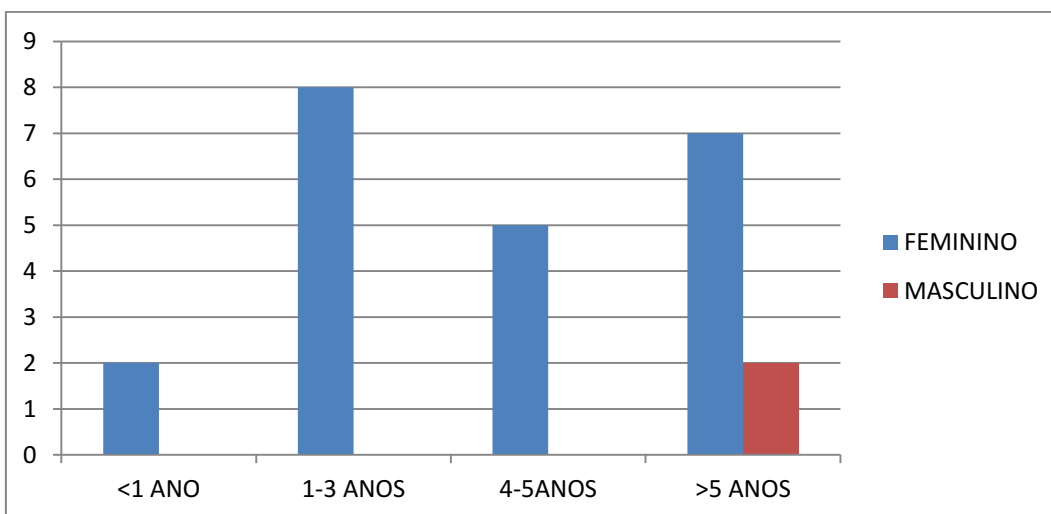


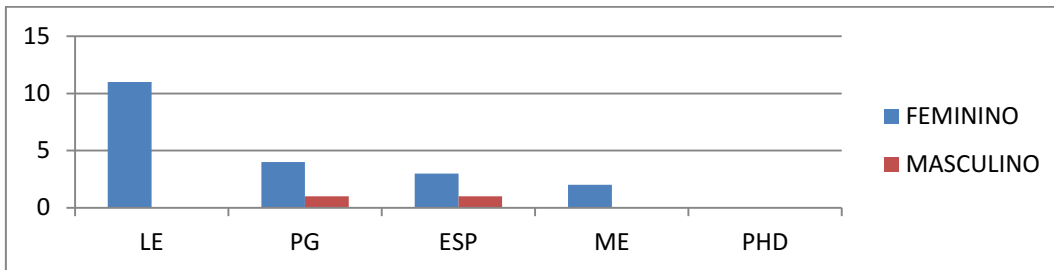
## Caracterização dos sujeitos da amostra do estudo de investigação

	[21-25[	[25-30[	[30-35[	[35-40[	[40-45[	[45-50[
FEMININO	4	9	4	0	1	1
MASCULINO	0	1	1	0	0	0



	<1 ANO	1-3 ANOS	4-5ANOS	>5 ANOS
FEMININO	2	8	5	7
MASCULINO	0	0	0	2





	LE	PG	ESP	ME	PHD
FEMININO	11	4	3	2	0
MASCULINO	0	1	1	0	0

**Legenda:**

**Sexo:**

- 1- Masculino
- 2- Feminino;

**Grupo Etário:**

- 1- [21-25[
- 2- [25-30[
- 3-[30-35[
- 4-[35-40[
- 5-[40-45[
- 6-[45-50[
- 7-[50-55[

**Tempo de exercício profissional:**

- 1- < 1 ano;
- 2- 1-3 anos
- 3- 4-5 anos;
- 4- > 5 anos

**Escolaridade:**

- 1- Licenciatura;
- 2- Pós graduação;
- 3- Especialidade;
- 4- Doutorado;
- 5- Mestrado

## **APÊNDICE X - Análise detalhada dos resultados do estudo de investigação**



## Categorização da amostra:

### O conforto da família da pessoa em processo de morte hospitalizada

#### Conceito de Conforto

- **Bem-estar físico, psico mental, social e espiritualmente;**
- Controlo sintomático;
- **Tranquilidade;**
- **Ausência de desconforto;**
- **Necessidades humanas básicas satisfeitas;**
- Conceito e sensação subjetiva;
- Sentirmo-nos respeitados;
- Estar informado;
- Ter qualidade de vida;
- Estar junto dos mais próximos;
- Ter tempo livre;
- Sentir-se bem;
- Ausência de preocupações;
- Sentir-se agradada;
- Estar acompanhado;
- Sentir apoio;
- **Ausência de dor;**
- Comodidade;

#### Medidas Promotoras de conforto

##### Conceito

- Ferramenta de **apoio à família** em situações preocupantes;
- **Estratégia adequadas às necessidades da família;**
- Estratégias de comunicação eficazes na diminuição do medo, ansiedade e sofrimento;
- Estabelecem proximidade com a família;
- **Permitem inclusão da família na tomada de decisão, nos cuidados;**
- Aliviam os sintomas;
- Ajudam a gerir situação de saúde/doença;
- Estratégias que permitem à família viver o processo de doença do seu familiar de forma mais positiva, mantendo a qualidade de vida de ambos;
- Auxílio na vivência de uma etapa difícil da vida;
- **Promotoras de bem-estar;**
- Promotoras de confiança;
- **Promotoras de tranquilidade;**
- Promotoras de segurança;
- Promotoras de privacidade;
- Promotora de equilíbrio em diferentes domínios;

##### Medidas

- **Escuta ativa;**
- Comunicação assertiva;
- Segurança nos cuidados;
- Ajustar expectativas;
- Atender à história de vida da pessoa e sua família;
- **Disponibilidade;**
- **Comunicação informativa e esclarecedora;**
- Atender a gostos e hábitos da família;
- Explorar medos da família;
- Privacidade;
- Ambiente agradável;
- Ambiente calmo;
- Tempo e espaço de qualidade;
- Incentivar a expressão de emoções e sentimentos;
- Alívio de sofrimento;
- Promover espaço para a despedida;
- Intervenções promotoras de dignidade e gestão de esperança;
- Antecipar medos;
- **Facilitar a presença da família;**
- Realizar conferências familiares;
- **Silêncio;**
- **Toque;**
- Reforço positivo;
- Incentivar o descanso do cuidador;
- Massagem;

##### Finalidade/Intensão

- Tranquilidade da família;
- **Prevenção de luto patológico/complicado;**
- Promove acompanhamento emocional;
- Reforça laços de proximidade na tríade Enfermeiro-família-doente;
- **Ajudam na vivência do processo de morte;**
- Importantes no controlo sintomático;
- **Permitem a inclusão da família no processo de fim de vida do seu familiar;**
- Desmistificação de mitos e crenças;
- São fundamentais e importantes no processo de cuidar;
- Diminuem o sofrimento e desconfortos;



**ANEXOS**



**ANEXO I- Parecer da OE sobre comunicação da notícia de morte**





**PARECER CJ 295 / 2011**

**SOBRE: COMUNICAÇÃO DA NOTÍCIA DA MORTE AOS FAMILIARES POR VIA TELEFÓNICA**

**1 - A questão colocada**

«No local onde presto cuidados de enfermagem, o director do serviço autorizou que fossem os enfermeiros a comunicar a notícia de morte aos familiares. Quando morre alguém no serviço, é passada a certidão de óbito pelo clínico de serviço e é comunicada a notícia aos familiares através do pedido urgente para estes se deslocarem à instituição. O problema surge quando os familiares referem que não podem comparecer de imediato no local onde o falecido se encontra, tanto por motivos geográficos como profissionais ...». Nesta sequência solicita à Ordem dos Enfermeiros parecer sobre se a comunicação da morte aos familiares pode ser efectuada por via telefónica.

**2- Fundamentação**

- 2.1- O diagnóstico de morte é uma competência médica, nos termos da Lei 141/99 de 28 de Agosto, pelo que a transmissão da informação sobre esse diagnóstico é competência médica.
- 2.2- A responsabilidade da comunicação da morte pode ser delegada em outro profissional de saúde do serviço no qual a pessoa faleceu ou chegou já cadáver, o qual designará, por sua vez o seu substituto para que nas suas faltas ou impedimentos tome as medidas inerentes às responsabilidades em causa.
- 2.3- Os interesses essenciais a assegurar pelo responsável e/ou por quem executa as competências referidas no processo de comunicação da notícia da morte aos familiares do morto são a celeridade e rigor na identificação do corpo, quando for caso disso; celeridade, correcção e discrição na informação aos familiares do morto devendo a todo o custo ser evitado que os familiares sejam informados do óbito por entidade estranha ao hospital.
- 2.4- O enfermeiro, ao acompanhar o cliente nas diferentes etapas da fase terminal, assume, nos termos das alíneas b) e c) do Art 87º do Código Deontológico do Enfermeiro, o dever de «respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas» e «respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte» respectivamente.
- 2.5- Neste sentido e aliado ao facto da permanência dos enfermeiros por mais tempo junto dos clientes e à natureza da sua formação e profissão faz com que sejam os enfermeiros os profissionais de saúde privilegiados na comunicação da notícia da morte aos familiares do morto.
- 2.6- Assim, o conhecimento do processo de perda e, fundamentalmente, a compreensão empática das emoções vividas pelo doente e seus familiares, constituem-se como pilares orientadores da acção do enfermeiro, perante a morte e comunicação da mesma. O enfermeiro a quem incumbir comunicar a notícia de morte deverá ser, dos presentes, o que melhor conhecer o familiar do falecido e que melhores competências tiver na comunicação de más notícias.
- 2.7- Pelo anteriormente referido a comunicação de uma má notícia, como é a da morte de um familiar, deve efectuar-se pessoalmente. No entanto, face à sua comprovada impossibilidade, poderão utilizar-se outros



meios, de preferência, que contemplem a possibilidade de audição ou visualização do profissional que comunica e do familiar que recebe a notícia. Cria-se assim condições para uma avaliação do estado emocional e dos recursos que o familiar dispõe no momento e a implementação de intervenções de suporte e ajuda para que o eventual dano/sofrimento pela recepção da má notícia seja atenuado.

### 3 – Conclusão

Tendo em atenção o exposto, os membros do Conselho Jurisdicional consideram que:

- 3.1- A comunicação de morte aos familiares deverá fazer-se de preferência pessoalmente e segundo as boas práticas de comunicação de más notícias.
- 3.2- Na impossibilidade, o enfermeiro poderá utilizar outros meios, de preferência, que contemplem a possibilidade de audição (como o telefone) ou visualização do enfermeiro que comunica e do familiar que recebe a notícia.
- 3.3- A comunicação de morte a um familiar por um enfermeiro, independentemente do meio utilizado, é uma intervenção de enfermagem pelo que pressupõe competência na avaliação da situação durante todo o processo e intervenções adequadas.

Foi relatora Merícia Bettencourt.

Discutido e aprovado por unanimidade na reunião plenária de 10 de Novembro de 2011.

Pel' O Conselho Jurisdicional

Enf.º Sérgio Deodato  
(Presidente)

**ANEXO II- Certificado de Participação no Meeting de Enfermagem  
Pneumológica**





# MEETING ENFERMAGEM PNEUMOLÓGICA

21 e 22 de Outubro de 2015

CHLN

## CERTIFICADO

Certifica-se que **Andreia Leandro Rodrigues Póvoa** participou no “Meeting” Enfermagem Pneumológica, realizado no Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital Santa Maria em Lisboa, a 21 de Outubro de 2015.

**P' A Comissão Organizadora**



CENTRO HOSPITALAR  
LISBOA NORTE, EPE





**ANEXO III- Autorização de aplicação do questionário na UCCP**



**Comissão de Ética para a Saúde  
Hospital da Luz**

Exma. Sr.<sup>a</sup> Enf.<sup>a</sup> Andreia Póvoa  
Hospital da Luz

Ref. CES/007/2016/PA

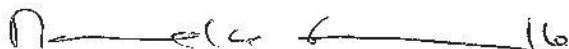
20 de Janeiro de 2016

C.C: Diretor Clínico / Conselho de Administração

**ASSUNTO: ESTUDO** “Medidas Promotoras de conforto à família no processo de morte em contexto hospitalar”

A **Comissão de Ética para a Saúde** do Hospital da Luz, reunida a 07 de Janeiro de 2016, aprovou a realização do estudo “Medidas Promotoras de conforto à família no processo de morte em contexto hospitalar” do qual é V. Exa. Investigadora principal.

Pe'l' A Comissão de Ética para a Saúde



Manuela Escumalha, Presidente



**ANEXO IV- Certificado de participação no encontro de cuidadores**





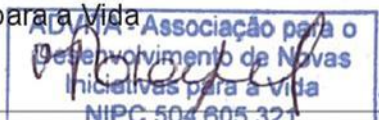
ASSOCIAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO  
DE NOVAS INICIATIVAS PARA A VIDA

## Certificado de Frequência de Formação Profissional

Certifica-se que Andreia Leandro Rodrigues Póvoa , natural de \_\_\_\_\_,  
nascido/a a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, nacionalidade \_\_\_\_\_, portador do N.º  
\_\_\_\_\_ válido até \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_, participou no Curso de Formação Profissional  
Sou cuidador...e agora? que decorreu em 27/11/2015 no/a Hospital da Luz com a duração  
total de 4 horas.

Lisboa, 27 de Novembro de 2015

O Responsável pela ADVITA - Associação para o Desenvolvimento de Novas  
Iniciativas para a Vida



(Assinatura e selo branco ou carimbo da entidade formadora Certificada)

Certificado n.º 9371/2016

De acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010



Coordenação Científica da Comissão de Ensino,  
Formação e Investigação do Hospital da Luz



ADVITA - ASSOCIAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE NOVAS INICIATIVAS PARA A VIDA  
Rua Carlos Alberto Mota Pinto, 17 - 9.º - 1070-313 Lisboa - Portugal \_ Telef.: 213 163 275 \_ Fax: 213 530 292 \_ info@advita.pt  
Instituição Particular de Solidariedade Social inscrição nº 42/02 a fls. 69 do livro nº 9 das Associações de Solidariedade Social \_ Pessoa Colectiva nº 504 605 321

