

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica,
Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica
Relatório de Estágio

**PROMOÇÃO DA DIGNIDADE HUMANA EM FIM
DE VIDA – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA**

Ana Catarina Farinha de Oliveira Morgado

Lisboa

2018



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em
Enfermagem Médico-Cirúrgica,
Área de Intervenção em Enfermagem
Oncológica
Relatório de Estágio

PROMOÇÃO DA DIGNIDADE HUMANA EM FIM
DE VIDA – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA

Ana Catarina Farinha de Oliveira Morgado

Orientador: Professor Doutor Óscar Manuel Ramos Ferreira

Lisboa

2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

À Luz Superior,
que sempre me iluminou com força, discernimento e motivação para continuar
À minha família, em particular aos meus pais Ricardo e Carmo e à minha irmã
Liliana,

pelo amor incondicional, dedicação, paciência e presença constante

Ao Sr. Professor Óscar Ferreira,
pela orientação, sabedoria, compreensão e disponibilidade

À Enfermeira Sandra Neves,
pela orientação, sabedoria, dedicação e sensibilidade

Aos meus amigos,
pela amizade, força, companheirismo e boas energias

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
CP	Cuidados Paliativos
CMEMC	Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
DGS	Direção Geral de Saúde
EC	Enfermeira Chefe
EE	Enfermeiro Especialista
EGA	Equipa de Gestão de Altas
EIHSCP	Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
ELA	Esclerose Lateral Amiotrófica
EO	Enfermeiro/a Orientador/a
EONS	European Oncology Nursing Society
OE	Ordem dos Enfermeiros
PII	Plano Individual de Intervenção
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
UAD	Unidade de Assistência Domiciliária
UCP	Unidade de Cuidados Paliativos
VD	Visita Domiciliária

RESUMO

No preâmbulo da Declaração Universal dos Direitos do Homem (ONU, 1948), considera-se que o reconhecimento da dignidade e dos direitos iguais e inalienáveis de todos os homens constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo. Julião (2014, p.6) refere que “Kant (1785) afirma que (...) a dignidade em si mesma é uma qualidade inata de todos os seres humanos devido à sua racionalidade e liberdade moral que os eleva acima de todos os seres vivos na Terra”. Está também descrito que na perspetiva ética, a relação entre quem cuida e quem recebe cuidados pauta-se por princípios e valores e que a dignidade humana é o verdadeiro pilar do qual decorrem os outros princípios, sendo que tem de estar presente de forma inequívoca em todas as decisões e intervenções (OE, 2006). A manutenção da dignidade do doente torna-se fundamental no processo de cuidados, uma vez que interfere com o seu estado de saúde. O doente procura diariamente que o seu papel enquanto tal não se sobreponha ao seu papel de pessoa, sendo nisso essencial a atuação do enfermeiro. Chochinov *et al* (2002) referem que os princípios básicos dos cuidados paliativos podem ser sumarizados pelo objetivo de ajudar os pacientes a morrer com dignidade. Desta forma, “a prestação de cuidados de fim de vida especializados e sensíveis exige que os prestadores de cuidados de saúde compreendam a dignidade na perspetiva dos doentes”, sendo que “as pessoas em fim de vida e as respectivas famílias merecem cuidados competentes, culturalmente congruentes e compassivos no final da vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, p.15 e 17). O Processo Clinical Caritas de Jean Watson (1996) e o trabalho de Chochinov sobre a dignidade humana, foram os referenciais teóricos adotados para sustentar este projeto e a Metodologia utilizada foi a realização de uma Revisão Scoping, a execução de uma reflexão crítica constante e a concretização de estágios em três locais distintos. A implementação deste projeto permitiu o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente oncológica e de Mestre, bem como a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem promotores de dignidade humana em fim de vida.

Palavras-chave: dignidade humana; pessoa em fim de vida; intervenções de enfermagem especializadas.

ABSTRACT

In the preamble to the Universal Declaration of Human Rights (UN, 1948), recognition of the dignity and the equal and inalienable rights of all people is considered the foundation of freedom, justice and peace in the world. Julião (2014, p.6) mentions that "Kant (1785) states that (...) dignity in itself is an innate quality of all human beings because of their rationality and moral freedom that elevates them above all living beings on Earth". It is also described that in the ethical perspective, the relationship between caregivers and care recipients is guided by principles and values and that human dignity is the true pillar from which other principles are derived, and must be present unequivocally in all decisions and interventions (OE, 2006). Maintaining the dignity of the patient becomes critical in the care process as it interferes with his or her state of health. The patient seeks on a daily basis that his role as such does not overlap with his role as a person, and this is essential for the nurse's performance. Chochinov *et al* (2002) state that the basic principles of palliative care can be summarized by the goal of helping patients to die with dignity. In this way, "the provision of skilled and sensitive end-of-life care requires that health care providers understand dignity from the perspective of patients," and that "people at the end of their lives and their families deserve competent, culturally competent care. congruent and compassionate at the end of life "(Nurses' Order, 2010a, p.15 and 17). The Caritas Clinical Process of Jean Watson (1996) and Chochinov's work on human dignity were the theoretical references adopted to support this project and the Methodology used was to carry out a Scoping Review, the execution of a constant critical reflection and the internships at three different locations. The implementation of this project allowed the development of skills of Specialist Nursing in Medical-Surgical Nursing, oncology and Master's degree, as well as the improvement of the quality of nursing care promoters of human dignity at the end of life.

Keywords: human dignity; person at the end of life; specialized nursing intervention

ÍNDICE	Pág.
INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1.1 A dignidade humana	19
1.2 Promoção da dignidade humana	21
1.3 Promoção da dignidade humana ao doente oncológico em fim de vida e sua família	23
2. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS	27
2.1 Identificação de cada tarefa realizada e resultados obtidos – UAD	27
2.2 Identificação de cada tarefa realizada e resultados obtidos – Serviço de CP e Convalescença	32
2.3 Identificação de cada tarefa realizada e resultados obtidos – UCP de referência nacional	37
3. AVALIAÇÃO	47
CONCLUSÕES E TRABALHOS FUTUROS	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57

APÊNDICES

APÊNDICE I	Revisão scoping
APÊNDICE II	Atividades e resultados esperados, projetados para cada campo de estágio
APÊNDICE III	Cronograma das atividades de estágio
APÊNDICE IV	Descrição da dinâmica da UAD e EIHSCP de um Centro Oncológico de referência nacional
APÊNDICE V	<i>Check-list</i>
APÊNDICE VI	Análise da observação realizada à intervenção de uma enfermeira numa VD – 1º campo de estágio
APÊNDICE VII	<i>Check-list</i> reformulada
APÊNDICE VIII	Reflexão individual sobre a intervenção de enfermagem ao doente oncológico e sua família

- APÊNDICE IX Diapositivos da apresentação realizada no serviço no final do 1º estágio
- APÊNDICE X Descrição da dinâmica do serviço de CP e Convalescença de uma Instituição privada
- APÊNDICE XI Análise da observação realizada à intervenção da EO – 2º campo de estágio
- APÊNDICE XII Reflexão individual – “Confronto de realidades”
- APÊNDICE XIII Descrição da dinâmica da UCP de uma Instituição privada de referência nacional
- APÊNDICE XIV Análise da observação realizada à intervenção do EO – 3º campo de estágio
- APÊNDICE XV Entrevista informal a uma doente sobre a dignidade humana
- APÊNDICE XVI Guia de boas práticas
- APÊNDICE XVII Diapositivos da apresentação realizada no serviço no final do 3º estágio

INTRODUÇÃO

Este relatório de estágio é realizado no âmbito do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (CMEMC), área de intervenção em Oncologia, estando integrado na unidade curricular Estágio com Relatório.

Em Maio de 2016 foi delineado um projeto de intervenção no âmbito da Unidade Curricular Opção II, sendo que o presente trabalho, intitulado “*Promoção da Dignidade Humana em fim de vida – intervenção do Enfermeiro Especialista*” trata da sua concretização, na qual adquiri e desenvolvi competências comuns de Enfermeiro Especialista (EE), em particular na área de especialização de Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, referenciadas pela Ordem dos Enfermeiros (OE), bem como competências preconizadas pela *European Oncology Nursing Society (EONS)* e também de Mestre em Enfermagem (Joint Quality Initiative informal group, 2004).

Atualmente, a doença oncológica é uma das principais causas de morbilidade e mortalidade, sendo que em Portugal, segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), prevê-se um aumento de novos casos deste tipo de doença em 12,6% (DGS, 2013). Assim, a intervenção do enfermeiro nesta área torna-se essencial, havendo a necessidade de desenvolvimento de competências especializadas para melhor cuidar o doente e sua família em contexto de doença oncológica.

A profissão de enfermagem tem evoluído no sentido de uma intervenção cada vez mais responsável, humanizada e fundamentada, tendo por objetivo a prestação de cuidados de excelência, preservando a dignidade da pessoa. Desta forma, o profissional de enfermagem deve procurar a adequação das suas intervenções tendo em conta que a pessoa cuidada tem direito a qualidade científica, técnica e humana (Bacalhau, 2014). Nesse sentido, é essencial uma prática centrada no cliente, desenvolvendo uma intervenção holística.

Os conhecimentos científicos e as habilidades técnicas dos enfermeiros são fatores importantes, mas verificam-se insuficientes se o profissional não vivenciar bom relacionamento interpessoal com assertividade e empatia. Assim, o equilíbrio entre o conhecimento científico e a prática torna-se imperatório (Takaki & Sant’Ana, 2004).

Neste CMEMC, pretendia-se o desenvolvimento de um projeto de intervenção. Uma vez que a Instituição onde exerço enfermagem não permitiu realizar estágio no serviço onde trabalho, por sugestão da Direção de Enfermagem, reuni-me com a Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos de modo a desenvolver o projeto junto deles, procurando inicialmente compreender as suas necessidades. Assim, surgiu o tema da promoção da dignidade humana.

Tendo em conta também a experiência pessoal e familiar sobre o fim de vida e a manutenção da dignidade humana, decidi que seria importante para o meu percurso o desenvolvimento desta temática. A Ordem dos Enfermeiros (OE) reconhece a consciência da influência pessoal como uma competência de EE, no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010c).

O desenvolvimento da temática surge também pela possibilidade de aplicabilidade noutras áreas do cuidar que não a oncologia, pretendendo, posteriormente, promover a melhoria dos cuidados em fim de vida no serviço onde exerço funções, nomeadamente no âmbito da promoção da dignidade humana.

Constatando-se a importância e a necessidade de desenvolvimento de competências no âmbito da promoção da dignidade humana em fim de vida, tendo em conta que a prática de Enfermagem Avançada é compatível com o perfil de Mestre em Enfermagem e Enfermeiro Especialista, pretendi desenvolver as seguintes competências no âmbito dos domínios comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2010c):

- Do domínio da melhoria contínua da qualidade – Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;
- Do domínio das aprendizagens profissionais – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Pretendi também desenvolver competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2011), nomeadamente:

- L5 – Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida:
 - L5.2.1 – Objetiva os cuidados na preservação da Dignidade da pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, promovendo a sua autonomia e maximizando a sua qualidade de vida, diminuindo o seu sofrimento, respeitando a perspetiva do próprio.
- L6 – Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte:
 - L6.1.1 – Incentiva ativamente doentes, cuidadores e seus familiares como parceiros na avaliação, planeamento, execução e avaliação de cuidados holísticos complexos, em consonância com os seus desejos e preferências.

Pretendi ainda desenvolver a seguinte competência preconizadas pela European Oncology Nursing Society (EONS, 2013):

- Proporciona cuidados paliativos e em fim de vida a doentes com cancro em colaboração com os pacientes e outros membros da equipa multidisciplinar.

No que concerne às competências de Mestre em Enfermagem, relativas ao segundo ciclo de estudos dos descritores de Dublin (Joint Quality Initiative informal group, 2004), pretendi desenvolver as seguintes:

- A nível de “conhecimento e capacidade de compreensão” – sustentar-me nos conhecimentos já adquiridos, desenvolvê-los e aprofundá-los;
- A nível da “aplicação de conhecimentos e compreensão” – saber aplicar conhecimentos e ter capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, mesmo que relacionados com a minha área de estudo;
- A nível da “realização de julgamento/tomada de decisões” – demonstrar capacidade para integrar conhecimentos e lidar com situações

complexas, desenvolvendo soluções para as mesmas e realizando uma reflexão sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais resultantes dessas soluções;

- A nível da “comunicação” – ser capaz de comunicar as minhas conclusões de forma clara e sem ambiguidades, bem como os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, tanto a especialistas como a não especialistas;
- A nível de “autoaprendizagem” – desenvolver competências que me permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de uma forma fundamentalmente auto-orientada e autónoma.

Defini como objetivo geral para o projeto:

- Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no âmbito da promoção da dignidade humana à pessoa em fim de vida.

Defini como objetivos específicos:

1. Adquirir competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente oncológico em fim de vida;
2. Identificar estratégias promotoras da dignidade humana ao doente oncológico em fim de vida;
3. Aplicar estratégias promotoras da dignidade humana ao doente oncológico em fim de vida;
4. Promover a prática de cuidados de enfermagem promotores da dignidade humana ao doente em fim de vida.

Com o objetivo de restabelecer a saúde pelo meio do cuidado de enfermagem, a utilização de referenciais teóricos na prática profissional torna-se imperativa, na medida em que se efetivam ações de cuidar que privilegiam o ser humano inserido em determinado ambiente (Mathias *et al*, 2006).

Assim, sabe-se que o uso consciencioso e judicioso de resultados de investigação e de informação baseada em teorias para tomar decisões sobre os cuidados a prestar à pessoa e família, é apontado como diretriz (Macnee, 2004).

Para a realização e desenvolvimento deste projeto, utilizo a teoria de Jean Watson. A autora desenvolveu um modelo de cuidados transpessoal, criando o Processo Clinical Caritas. Assim, propôs uma filosofia de cuidado transpessoal em enfermagem que, reconhecendo os limites do potencial humano como variáveis ainda não exploradas, procura despertar, em ambos os atores envolvidos no processo de cuidado, o conhecimento de si mesmo como forma de ampliação das próprias capacidades de reestruturação. O processo de crescimento interior constante, que reconhece o ser humano espiritual, gera autoconhecimento, autorrespeito, autocura e entendimento para o autocuidado (Watson, 1996). Para a autora, desenvolver o cuidado com genuína intencionalidade torna possível a conexão com o doente por meio da empatia, e assim, as prioridades e importâncias traçadas para o cuidado desse doente tornam-se comuns com as prioridades e importâncias do próprio. O Processo Clinical Caritas propõe que se aborde o outro com delicadeza, com sensibilidade e exercitando uma atenção cuidadosa (Watson, 1996).

Chochinov dedicou-se ao estudo da dignidade humana, em particular à sua promoção. Assim, após análise dos trabalhos realizados pelo autor, também o incluí como referencial teórico, dando particular atenção ao documento intitulado “*The A, B, C, and D of dignity conserving care*”, publicado em 2007, onde apresenta intervenções promotoras de dignidade humana. Nesta mnemónica, o A significa atitude, o B significa comportamento, o C significa compaixão e o D significa diálogo. Para cada uma das palavras, o autor propõe uma reflexão sobre os cuidados a prestar, bem como intervenções e atitudes a ter para com a pessoa cuidada.

Assim, para a *atitude (A)*, propõe que haja uma reflexão integrada na prática diária de cuidados, colocando as seguintes questões: “Como me sentiria se fosse esta pessoa?; estou consciente de que a minha atitude para com a pessoa pode afetá-la?; as minhas crenças pessoais, os valores e as experiências de vida estão a influenciar a minha atitude?”. Para o *comportamento (B)*, sugere uma ação de forma a que o doente perceba que tem total atenção, colocando-se a uma distância confortável do mesmo, usando linguagem ajustada e perguntando sempre ao doente se tem mais questões que necessitem de ser esclarecidas, deixando claro que haverá outras oportunidades para esclarecê-las caso

surjam. Na *compaixão (C)*, há proposta de uma reflexão sobre os seus próprios sentimentos acerca da vida e da humanidade, considerando as histórias que acompanham a doença de cada pessoa cuidada. Para com o doente, deve mostrar-se olhar compreensivo, apresentando pequenos gestos como um toque no ombro ou na mão e utilizando comunicação verbal e não-verbal que reconheça a pessoa para além da doença. No *diálogo (D)*, deve reconhecer-se a personalidade da pessoa, referindo “isto deve ser assustador para si; é natural sentir-se triste neste momento”, bem como a pessoa em si “o que devo saber sobre si que me ajude a trabalhar consigo? Nesta fase da sua vida, quais são as coisas que são mais importantes para si ou o que o preocupa mais? Quem mais quer junto de si neste momento?”.

A Metodologia utilizada consistiu na realização de uma Revisão Scoping (APÊNDICE I) e na realização de uma crítica reflexiva sobre as atividades que fui desenvolvendo ao longo dos três estágios que decorreram entre 26 de setembro de 2016 e 10 de fevereiro de 2017, cada um com 18 turnos de 8 horas.

Como primeiro campo de estágio foi selecionado um serviço de Assistência Domiciliária de um Centro Oncológico de referência Nacional, onde pude observar cuidados ao doente e família no seu domicílio, permitindo-me compreender a importância da promoção da dignidade humana neste contexto. O segundo estágio foi realizado num serviço de Cuidados Paliativos e de Convalescença de uma Unidade Privada, permitindo-me a observação e prestação de cuidados no âmbito da promoção da dignidade humana a doentes com doença crónica degenerativa (em particular Esclerose Lateral Amiotrófica). O terceiro e último estágio foi realizado numa Unidade de Cuidados Paliativos de uma Instituição privada de referência Nacional, onde pude implementar este projeto, adquirir e desenvolver, em particular, competências no âmbito da comunicação em cuidados paliativos.

Tendo em conta o referencial teórico que sustenta o projeto, foram definidas atividades e resultados esperados para cada um dos campos de estágio (APÊNDICE II). Em APÊNDICE III encontra-se o cronograma da realização dessas atividades.

Pretende-se que este trabalho, através da partilha das atividades, metodologia e resultados obtidos nos estágios e avaliação dos mesmos, demonstre o percurso de desenvolvimento de competências, com vista a obtenção de grau de EE e Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Assim, é constituído pela presente Introdução, pelo enquadramento teórico (1), no qual desenvolvo a temáticas da dignidade humana (1.1), da promoção da dignidade humana (1.2) e da promoção da dignidade humana em fim de vida ao doente oncológico e sua família. De seguida, apresento a execução das tarefas previstas em cada campo de estágio (2), na qual identifico cada uma delas com detalhe e discuto os resultados obtidos de acordo com o seu desenvolvimento cronológico e articulação. Na avaliação (3), identifico pontos fortes e fracos e a contribuição do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados. Na conclusão, perspetivo o trabalho futuro e termino com as referências bibliográficas e apêndices referidos ao longo de todo o trabalho.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Para a concretização da Revisão Crítica da Literatura que suporta o enquadramento teórico do presente projeto, foi realizada uma Revisão Scoping com a seguinte pergunta de partida: Quais as intervenções de enfermagem promotoras de dignidade humana à pessoa com doença oncológica em fim de vida?

Foram definidos três pontos específicos para este enquadramento teórico: A Dignidade Humana; Promoção da dignidade Humana e Promoção da Dignidade Humana à pessoa em fim de vida e sua família.

1.1. A dignidade humana

A palavra dignidade deriva do latim *dignitas*, significando *mérito*, e da palavra *dignus*, que significa valor. Assim, sabe-se que o *mérito* implica que tenha que se alcançar alguma coisa para haver dignificação ou para que a pessoa seja considerada digna. O *valor* remete diretamente para a qualidade, sendo o que confere a riqueza de alguém (Julião, 2014).

Julião (2014), afirma que “a dignidade é um conceito complexo e, apesar de ser utilizado coloquialmente na linguagem diária e até em documentos científicos e normativos, não existe uma definição consensual” (p. 11). Este conceito tomou maior ênfase na filosofia kantiana, sabendo-se que a autonomia se mostrava como base da natureza racional do homem e da sua dignidade. Julião (2014, p.6) refere: “Kant (1785) afirma que (...) a dignidade em si mesma é uma qualidade inata de todos os seres humanos devido à sua racionalidade e liberdade moral que os eleva acima de todos os seres vivos na Terra”.

No preâmbulo da Declaração Universal dos Direitos do Homem (ONU, 1948), considera-se que o reconhecimento da dignidade e dos direitos iguais e inalienáveis de todos os homens constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo.

Segundo Bacalhau (2014, p.16), o filósofo Savater refere que a dignidade humana implica quatro grandes dimensões: a inviolabilidade da pessoa humana, o reconhecimento da autonomia de cada um para a sua vida, o reconhecimento

de que cada um deve ser socialmente tratado de acordo com a sua conduta e a exigência de solidariedade para com a infelicidade e o sofrimento dos outros seres humanos.

Assim, entende-se que a dignidade da pessoa humana é uma qualidade intrínseca e inseparável de todo e qualquer ser humano, sendo uma característica que o define como tal. Após estudar vários modelos de dignidade humana, Julião (2014, p. 11) conclui que a mesma “está ligada à condição de existir como ser humano, à relação contextualizada com os outros (interação social e cultural) e é construída através de uma narrativa de vida individual e única”.

Percebe-se então, que não é simples reduzir em palavras o conceito de dignidade humana, uma vez que esta envolve uma reflexão individual, holística e é influenciada pelas características socioculturais de cada indivíduo (Bacalhau, 2014).

A dignidade define a própria noção de humanidade, constituindo as condições básicas e elementares para se ser alguém, ideia corroborada pelos autores Barroso & Martel (2010, p. 70), dado afirmarem que “o direito de todos e de cada um a uma *vida digna* é a grande causa da humanidade, a principal energia que move o processo civilizatório”. Estes autores referem ainda que a dignidade de cada pessoa não deve ser utilizada para satisfação de interesses de outros indivíduos ou para a realização de metas coletivas.

Carneiro (2006, p.1), analisando e traduzindo um artigo de Chochinov (2002) sobre a dignidade e o tratamento conservador, refere: “salienta-se, por um lado a dignidade como uma dimensão da vida perspectivada desde a dimensão espiritual, ou seja, inerente à própria condição humana e, por outro lado, mais ligada aos cuidados prestados e à qualidade dessa prestação, ou seja, uma dignidade que passa pelo reconhecimento do outro... é fazer sentir ao outro que tem valor”.

Li *et al* (2014) referem que a perda de independência e a deterioração cognitiva ameaçam a autoimagem e a identidade dos doentes, fazendo com que se sintam

indignos. Refere ainda que a perda do senso de dignidade pode promover sentimentos de inutilidade e o desejo de uma morte mais rápida.

1.2. Promoção da dignidade humana

Segundo está descrito na CIPE (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, p.13), “a dignidade humana é um valor essencial no exercício profissional da Enfermagem”. Tendo como base o conhecimento de que o conceito de “promoção” gera alteração de atitudes, sentimentos, emoções e práticas, cabe a cada profissional investir na promoção da dignidade humana das pessoas que cuida, conhecendo os seus desejos, vontades, medos e anseios.

É também essencial que o profissional tome consciência de que “é quando reconhece a dignidade incondicional do outro que o ser humano *vive* a sua própria dignidade” (Renaud, 2004, p.206), bem como de que “a dignidade ética efectivamente vivida, aquela que surge dos nossos actos e que tece insensivelmente a trama da nossa vida, não depende das marcas de respeito que recebemos dos outros, mas do nosso próprio agir” (Renaud, 2004, p.207).

Como é referido no artigo 78º do Código Deontológico do Enfermeiro, as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro (OE, 2005). Jean Watson (1988) refere que, como enfermeiros, deve procurar-se no profissional o sentido de dignidade para poder olhar os outros com dignidade.

Está também descrito que na perspectiva ética, a relação entre quem cuida e quem recebe cuidados pauta-se por princípios e valores e que a dignidade humana é o verdadeiro pilar do qual decorrem os outros princípios, sendo que tem de estar presente de forma inequívoca em todas as decisões e intervenções (OE, 2006).

A manutenção da dignidade do doente torna-se assim, fundamental no processo de cuidados, uma vez que interfere com o seu estado de saúde. O doente procura diariamente que o seu papel enquanto tal não se sobreponha ao seu papel de pessoa, sendo nisso essencial a atuação do enfermeiro. Gomes (2009, p.18), afirma que “é necessário que na prática clínica, os enfermeiros sejam

capazes de estabelecer relações de parceria com base no respeito pelo idoso e pela sua individualidade, preservando a autonomia e a dignidade da pessoa humana entendida como Ser único, irrepetível e insubstituível”.

Li *et al* (2014), afirma que a relação entre pacientes e profissionais influencia inevitavelmente o senso de dignidade dos pacientes. No estudo realizado, os autores referem que os enfermeiros acreditam que as suas atitudes e comportamentos para com os pacientes contribuem para a manutenção ou diminuição da dignidade dos mesmos. Referem também que os doentes que apresentam força psicológica e espiritual, têm maior potencial na preservação da sua própria dignidade face à progressiva e irreversível deterioração física, sendo que pacientes de diferentes culturas podem utilizar diferentes estratégias para proteção da sua dignidade. No estudo é concluído que as características intrínsecas de dignidade são a manifestação de como os doentes se valorizam a si próprios.

A literatura estabelece a importância da exigência dos cuidados de enfermagem à pessoa dando relevância a um cuidado guiado por um agir equitativo, responsável, centrado em “(...)promover, defender e preservar a dignidade da pessoa e desse fundo ético decorre a afirmação da autonomia para escolher os seus projectos de vida, no contexto situado” (Nunes, 2011, p.52)

No âmbito da promoção da dignidade humana, surge também o conceito de humanização dos cuidados. Segundo Pinto (2006), humanizar é tornar humano, cuidar a pessoa como pessoa, dar-lhe atenção e responder de uma forma positiva a toda a sua esperança, quando confiou nos serviços de saúde e a eles recorreu para se reencontrar na plenitude da sua realização pessoal.

Atualmente, o termo humanização é aplicado aquelas situações em que, além de valorizar o cuidado nas suas dimensões técnica e científicas, são reconhecidos os direitos do doente, respeitando-se a sua individualidade, a sua dignidade, a sua autonomia e a sua subjetividade, sem se esquecer do reconhecimento profissional também enquanto ser humano, ou seja, pressupõe uma relação sujeito/sujeito (Almeida *et al*, 2009).

Assim, é pedido que os enfermeiros prestem cuidados humanizados, visando o bem-estar físico e psicológico da pessoa. Isto consegue-se com respeito pelo outro e por nós próprios.

1.3. Promoção da dignidade humana ao doente oncológico em fim de vida e sua família

No que concerne à promoção da dignidade humana em fim de vida, importa, antes de mais, definir o conceito de doente em fim de vida. Segundo Pacheco (2002), o doente em fim-de-vida é portador de uma doença crónica e/ou incurável o qual se encontra numa fase irreversível e de agravamento de sintomas, indícios da proximidade da morte.

Sabe-se que a temática do fim de vida remete para os cuidados paliativos, sendo que a prática de cuidados paliativos tem como valor essencial o respeito pela autonomia do doente, assim como o alívio do sofrimento físico, psíquico, social e espiritual (Gomes, *et al.* 2013). A OMS descreveu a primeira definição de CP em 1990 e redefiniu-a em 2002, referindo que: “Cuidado Paliativo é uma abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares, que enfrentam doenças que ameacem a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual” (ANCP, 2012).

Deodato (2006) enfatiza a importância dos cuidados paliativos, apresentando que os mesmos concretizam o respeito pela dignidade na fase terminal e na morte como forma de o sistema de saúde responder às necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais da pessoa que vai morrer, cuidando-a de forma holística.

Pode então concluir-se, que o cuidado paliativo tem por objetivo melhorar a qualidade de vida dos doentes que se encontram na fase terminal da doença. É um cuidado voltado para prevenir e aliviar o sofrimento, através do tratamento da dor e outros sintomas físicos, psicossociais e espirituais, na conceção da reafirmação da vida e da visão da morte como um processo natural (Sadala & Silva, 2009).

Segundo Borges *et al.* (2006, p.363), o diagnóstico de cancro acarreta, já em si, a consciência da possibilidade de morte, sendo acompanhada de angústia e de medos que acompanham o desenrolar do tratamento: “o medo de morrer é universal e atinge todo os seres humanos”.

Para Macedo (2002), a morte passou a ser domínio dos técnicos de saúde em vez de ser domínio da família, como há anos atrás em que se morria em casa, despedindo-se dos entes queridos, resolvendo-se os problemas existentes e compromissos. Todo este processo era assistido pela família de forma natural.

Dentro da equipa de saúde, o enfermeiro é o elemento que mantém uma relação mais íntima com o doente em fim-de-vida e sua família, não só por permanecer nos serviços de prestação de cuidados de saúde mais tempo, mas também por ser o responsável pelos cuidados diretos ao doente (Pacheco, 2002). Logo, importa salientar que ajudar a morrer não é apenas uma questão de cuidados paliativos, mas sim uma questão que acompanha o enfermeiro de forma permanente em qualquer serviço de saúde.

Cuidar é a essência de enfermagem, tendo igualmente uma extensibilidade na teia das relações que acompanham a vida do ser humano, pois o cuidar é intrínseco à natureza humana (Festas, 1999).

Chochinov *et al* (2002) referem que os princípios básicos dos cuidados paliativos podem ser sumarizados pelo objetivo de ajudar os pacientes a morrer com dignidade.

A pessoa em fim de vida é um ser humano vulnerável, de forma particular se se encontrar dependente de outros para manutenção das suas atividades humanas básicas. É, então, essencial que se identifiquem as necessidades de cada pessoa nesta fase, de modo a que a qualidade de vida e a dignidade possam ser preservadas, dado que “o desejo de usufruir de dignidade na morte, assim como na vida, é comum a todas as pessoas, ainda que raramente pensem na sua morte” (Serra, 2012, p.30).

Desta forma, “a prestação de cuidados de fim de vida especializados e sensíveis exige que os prestadores de cuidados de saúde compreendam a dignidade na

perspectiva dos doentes”, sendo que “as pessoas em fim de vida e as respectivas famílias merecem cuidados competentes, culturalmente congruentes e compassivos no final da vida” (Ordem dos Enfermeiros, 2010a, p.15 e 17).

A prestação de cuidados tendo como foco de atenção a dignidade da pessoa cuidada é um desafio à prática de enfermagem. O conceito de dignidade é complexo e dotado de subjetividade. No entanto, é refletindo sobre o sentido das intervenções de enfermagem em cuidados paliativos que se torna imperativo atribuir significado à dignidade da pessoa doente (Ordem dos Enfermeiros, 2010b).

No Brasil, foi realizado um estudo por Silva & Simões, com o objetivo de definir os conceitos de “boa morte” e “morte digna”, sendo inquiridas 100 pessoas, entre elas doentes com problemas de saúde graves, familiares cuidadores e profissionais de saúde (médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem).

Os doentes referiram que uma boa morte ou morte digna é aquela isenta de sofrimento, com controlo da dor e outros sintomas perturbadores. Referem também que a proximidade com Deus é um fator que proporciona uma morte mais tranquila. Os familiares partilham desta mesma perspetiva de uma morte sem sofrimento, acrescentando a importância de uma morte tranquila, em paz e serenidade (Silva & Simões, 2008).

Por sua vez, os enfermeiros definem como boa morte, uma morte humanizada, sem solidão, encarada como algo natural com boa assistência de enfermagem e na companhia da família, referindo também a importância da morte sem sofrimento. Já médicos referem os mesmos aspetos que os enfermeiros, enfatizando uma morte humanizada, com assistência e suporte adequados e sem sofrimento (Silva & Simões, 2008).

Segundo Chochinov & Chochinov (2002), os doentes consideram o sentir a paz espiritual, o alívio do sofrimento e o estreitamento das relações com os familiares as condições mais importantes do cuidado em fim de vida.

2. EXECUÇÃO DAS TAREFAS PREVISTAS

Neste capítulo, encontra-se a descrição do percurso efetuado, por ordem cronológica, ao longo dos estágios, possibilitando a implementação deste projeto de intervenção. Para cada um dos estágios realizados, de forma individualizada será indicado o seu objetivo geral, os objetivos específicos, as tarefas realizadas, os resultados obtidos e a sua discussão.

2.1. Identificação de cada tarefa realizada e resultados obtidos – UAD

Este estágio decorreu no período entre 26 de setembro e 4 de novembro de 2016, perfazendo um total de 18 turnos de 8 horas. A descrição da dinâmica deste serviço encontra-se em APÊNDICE IV.

Os dois primeiros objetivos definidos para este campo de estágio foram:

- Adquirir competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente oncológico em fim de vida e Identificar estratégias promotoras da dignidade humana ao doente oncológico em fim de vida

Para alcançar estes objetivos, foi realizada uma integração ao serviço, conhecendo os vários elementos da equipa multidisciplinar e apresentando o projeto à chefia e equipa de enfermagem (nomeadamente os objetivos a atingir e competências a desenvolver). O período de integração mostra-se como uma fase essencial da adaptação e do desenvolvimento de um relacionamento saudável entre o novo enfermeiro e a restante equipa, em particular com o supervisor, onde há uma mútua adaptação, reduzindo o medo e a insegurança. O estabelecimento de uma relação empática e de uma eficaz comunicação entre o enfermeiro supervisionado e o enfermeiro supervisor é de crucial importância para todo este processo (Macedo, 2012).

No momento da escolha dos locais de estágio, já tinha reunido com a Enfermeira Chefe deste serviço apresentando de forma informal o meu projeto de intervenção, pelo que no início do estágio, apresentei apenas as alterações realizadas até então, em particular relativamente aos objetivos específicos a alcançar e atividades a desenvolver para tal. A Enfermeira Chefe reforçou o que já anteriormente me tinha dito relativamente à importância do projeto para a

Enfermagem, bem como do benefício para o serviço, em particular pela identificação de estratégias promotoras de dignidade humana que pretendia realizar. Ao longo da primeira semana, uma vez que acompanhei todas as Enfermeiras da UAD, realizei também, de forma individual e informal, a apresentação do projeto, dos objetivos e das atividades a realizar. Estas exposições realizadas à equipa mostraram-se benéficas, uma vez que os elementos puderam ter a perceção do propósito do estágio, mostrando-se envolvidos no projeto e com a máxima colaboração para o sucesso dos objetivos delineados. Desta forma, a integração na equipa ficou facilitada. Posso então concluir que a apresentação do projeto incrementou a minha integração na equipa.

Procedi à consulta de documentação de registo dos cuidados de Enfermagem, de forma a ter conhecimento da situação de doença e social dos doentes e famílias visitados diariamente, podendo assim preparar a observação da pessoa e sua família de forma holística. Esta atividade foi bem-sucedida, uma vez que, no momento da visita, conseguia ter uma visão global do doente e sua família, percebendo todas as intervenções tidas pela equipa, o que facilitou uma análise reflexiva das mesmas.

A revisão scoping foi realizada ao longo do estágio, pelo que logo pude ter perceção das intervenções promotoras de dignidade humana. Assim, na observação da prestação de cuidados de Enfermagem ao doente em fim de vida, dei especial realce e atenção às intervenções realizadas no âmbito da promoção da dignidade humana. Uma vez que não trabalho na área, percebi realmente a importância da utilização em CP de uma comunicação com características específicas, o que me permitiu refletir sobre a necessidade da sua utilização com doentes em fim de vida no sentido de promover e preservar a dignidade humana. Ao observar os cuidados no domicílio, verifiquei a sua importância e a necessidade de respeitar as decisões do doente, nomeadamente quando ele refere que quer morrer em casa. A equipa que acompanhei desempenha um papel chave na descodificação dos desejos dos doentes e famílias e na obtenção de meios para os satisfazer. Por variadas vezes, observei a gestão de recursos tanto domiciliários como comunitários para que um doente pudesse permanecer no seu lar com condições de higiene e segurança. Pude também observar a

realização do controlo sintomático dos doentes de forma rigorosa e intuitiva, com uma prática baseada na evidência, bem como a capacitação dos doentes e famílias para a perceção dos sintomas de modo a poderem minimizá-los e/ou resolvê-los no seu quotidiano. Por vezes, as famílias ou doentes contactavam as enfermeiras pedindo uma VD sem que estivesse programada (por descompensação sintomática, por exemplo) e, de imediato, as enfermeiras geriam a disponibilidade entre elas e realizavam a visita.

Esta observação da prática, permitiu-me consolidar conhecimentos na área dos CP e delinear o caminho que pretendia percorrer na minha prestação de cuidados especializados, em particular no âmbito da promoção da dignidade humana, ou seja, permitiu-me dar início ao desenvolvimento das competências a que me propus.

Informalmente pude também partilhar experiências das enfermeiras do serviço sobre a sua prática do cuidar do doente oncológico em fim de vida, nomeadamente quanto a estratégias e dificuldades; expectativas do doente/família com os cuidados de enfermagem. Esta partilha foi realizada ao longo das deslocações entre diferentes visitas domiciliárias. Quando havia essa possibilidade, questionava as enfermeiras relativamente às suas vivências diárias na prática do cuidar, tendo oportunidade de o realizar com as três profissionais que acompanhei, sendo que todas elas trabalham na área há largos anos e têm formação avançada em CP. Verifiquei que os sentimentos vivenciados pelas enfermeiras não são díspares, referindo que o facto de verdadeiramente gostarem da área em que exercem, lhes permite investir na mesma, seja a nível de formação académica, seja a nível de aquisição de estratégias pessoais e profissionais para lidar com a doença oncológica. Afirmam que, por vezes, e uma vez que somos todos seres humanos únicos e com pensamentos e vivências diferentes, a maior dificuldade remete para a gestão de expectativas do doente e sua família. Isto consegue-se com experiência na área, em particular através uma grande capacidade de ver o outro para além da doença e da utilização de uma comunicação clara e ajustada, referem. Estas atitudes estão descritas por Watson (1996) e Chochinov (2007) como promotoras de dignidade humana. Observei também uma grande coesão na equipa, havendo uma equidade nos cuidados prestados, facto que se verifica

nas VD: no geral, os doentes sentem-se confortáveis e confiantes com todas as enfermeiras da equipa, não fazendo distinção entre elas. Verifiquei que há doentes que partilham sentimentos mais com umas do que com outras, tal como é natural em todas as relações humanas, mas esse facto não influencia os cuidados que são prestados.

Propus também para este estágio, a realização de uma *check-list* com intervenções promotoras da dignidade humana em fim de vida (APENDICE V). Esta atividade foi realizada ao longo das quatro primeiras semanas de estágio, tendo por base Watson (1996) e Chochinov (2007), estando os objetivos da mesma descritos no apêndice anteriormente referido. Iniciei uma observação das estratégias de intervenção dos enfermeiros do serviço, no âmbito da promoção da dignidade humana, tendo em conta a evidência científica recolhida e com recurso à *check-list* elaborada (com os critérios definidos). Esta observação permitiu realizar uma análise e validar em que medida a equipa prestava cuidados no âmbito da promoção da dignidade humana de acordo com o que está descrito na literatura e se aplicavam, ou não, intervenções que não estavam descritas pelos autores consultados. Em APENDICE VI, apresento a análise da observação realizada à intervenção de uma enfermeira numa VD. Concluí que muitos dos cuidados prestados pela equipa estavam de acordo com o que está descrito na literatura, sendo que as intervenções neste âmbito mais aplicadas pela equipa eram: Apresenta-se ao utente e família; Utiliza linguagem ajustada; Trata o outro com respeito, interesse e atenção; Mostra compaixão; Ajuda na resolução de problemas capacitando o doente para tal; Promove a discussão em equipa sobre atitudes e comportamentos adotados/a adotar no futuro. Verifiquei também que aplicam intervenções que não estão descritas em literatura, como: Respeita o doente e família na tomada de decisão sobre a sua situação de doença; Realiza reforço positivo ao doente e família pelas metas alcançadas e pelas ações realizadas e Realiza a gestão de recursos sociais junto da família e comunidade. Estas intervenções foram introduzidas na *check-list* e, em conjunto com a EO e o Docente Orientador, foram definidos critérios de observação, sendo que os mesmos têm por base a experiência clínica da EO e a observação por mim realizada. As alterações serviram para aplicar e proceder

a diferentes observações nos estágios que se seguiram. Em APÊNDICE VII, apresento a *check-list* reformulada.

Tal como programado, realizei uma reunião com um enfermeiro perito do serviço para validar se a evidência recolhida estava de acordo com a prática clínica. Foi uma reunião informal em que apresentei à enfermeira orientadora a informação que tinha sobre a temática, em particular o que tinha reunido na revisão scoping e as intervenções selecionadas para a *check-list*, sendo que a enfermeira me confirmou que era o que estava preconizado para a prática e que se desenvolvia pelas profissionais daquele serviço. Aqui pude dar continuidade ao trabalho desenvolvido até então, tendo certezas da evidência recolhida.

Por fim, propus-me a realizar uma reflexão seguindo ciclo de Gibbs sobre a intervenção de enfermagem ao doente oncológico e sua família. Esta reflexão foi analisada pelo Docente Orientador e melhorada consoante as indicações dadas (APÊNDICE VIII). Permitiu-me refletir sobre os cuidados ao doente oncológico e ter perceção das características da comunicação em cuidados paliativos. A mesma tornou-se importante, uma vez que, tal como já referi, não trabalho na área e refletir sobre os cuidados observados ajudou-me, mais uma vez, na perceção do caminho a tomar para o desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista. Sabe-se que pensamento crítico é “o processo intelectualmente disciplinado de activa e competentemente conceptualizar, aplicar, analisar, sintetizar e/ou avaliar informação recolhida a partir de, ou gerada por, observação, experiência, reflexão, raciocínio, ou comunicação, como orientação para crenças e acção (Scriven & Paul, 1987, p.1).

Por sugestão da enfermeira orientadora, ao longo do estágio realizei observação e reflexão sobre os ganhos em saúde resultantes da atuação desta equipa tendo em conta os Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001). Assim, a nível da promoção da saúde, verifiquei que há ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlceras de pressão bem como sobre a gestão do regime terapêutico. A nível da promoção de complicações, verificam-se ganhos em aprendizagem de capacidades para as prevenir. No âmbito da readaptação funcional, observei ganhos em aprendizagem de capacidades para gerir a

analgesia, bem como em conhecimento sobre hábitos alimentares. No que concerne ao bem-estar e autocuidado, verificam-se ganhos em aprendizagem de capacidades para o autocuidado (higiene), em conhecimento do prestador de cuidados sobre autocuidado (higiene) e em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no autocuidado (higiene). A diminuição do recurso injustificado ao serviço de urgência e do reinternamento também foram ganhos observados.

No final do estágio, realizei uma apresentação do trabalho realizado junto da equipa (APÊNDICE IX), sendo que a mesma referiu que a observação e partilha realizadas por mim foram benéficas na medida em que puderam lembrar e reforçar o conhecimento sobre o tema da dignidade humana e sobre a sua promoção. O facto de realizar uma observação à prestação de cuidados, registar e partilhar com a equipa, também foi referido como um fator positivo, permitindo perceber os pontos que têm a manter e os que têm a melhorar.

2.2. Identificação de cada tarefa realizada e resultados obtidos – Serviço de CP e Convalescença

Este estágio decorreu no período entre 7 de novembro e 16 de dezembro de 2016, perfazendo um total de 18 turnos de 8 horas. A descrição da dinâmica deste serviço encontra-se em APÊNDICE X.

Para atingir os dois primeiros objetivos específicos propostos para este campo de estágio, foram definidas as mesmas atividades que no estágio anterior, uma vez que foi através do seu desenvolvimento que puderam ser alcançados.

Neste estágio pretendia **adquirir competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente oncológico em fim de vida e identificar estratégias promotoras da dignidade humana ao doente oncológico em fim de vida.**

Neste âmbito, na primeira semana de estágio procurei realizar uma integração ao serviço, conhecendo os vários elementos da equipa multidisciplinar e apresentando o projeto à chefia e equipa de enfermagem (nomeadamente os objetivos a atingir e competências a desenvolver). Apenas apresentei o projeto

à Enfermeira Responsável do serviço e à Enfermeira Orientadora (EO), salientando os objetivos e competências que pretendia desenvolver. A apresentação aos restantes elementos da equipa tal como planeado não foi realizada porque tanto a EO como a responsável consideraram não ser pertinente. No entanto, ao longo dos turnos, os colegas foram esclarecidos sobre a temática que estava a estudar e o que pretendia com o estágio. Informalmente e ao longo de todo o estágio fui falando com eles sobre a promoção da dignidade humana em fim de vida.

Realizei observação da prestação de cuidados de Enfermagem ao doente em fim de vida no âmbito da promoção da dignidade humana, de modo a poder observar diferentes formas de cuidar com o mesmo objetivo, tendo em conta a evidência científica recolhida sobre a promoção da dignidade humana e com recurso à *check-list* elaborada anteriormente. Por indicação da EO, esta observação foi realizada apenas durante a sua atividade de prestadora de cuidados ao longo de dois turnos. Posteriormente, analisei os registos com o objetivo de verificar se a enfermeira promovia a dignidade humana na sua prestação de cuidados de acordo com o que está descrito em literatura. Paralelamente pretendi identificar atividades que contribuíssem para essa promoção e que a literatura não tivesse revelado. Verifiquei que as intervenções mais frequentes foram: Utiliza linguagem ajustada; Trata o outro com respeito, interesse e atenção; Proporciona um ambiente cuidado e confortável, o que está conforme os diferentes autores consultados (Chochinov (2007) e Watson (1996)). Durante estes momentos não se identificaram outras intervenções que a literatura não explanasse, não havendo necessidade de reformular a *check-list*. Em APÊNDICE XI apresento o registo da observação realizada com recurso à *check-list*.

Realizei uma reflexão seguindo o ciclo de Gibbs incidindo na diferença que observei e senti entre a realidade de trabalho que vivo e a vivida no contexto de estágio – “confronto de realidades” (APÊNDICE XII). Crossetti *et al* (2009, p. 733) refere que “um dos elementos que pode auxiliar o enfermeiro nas suas decisões é a capacidade de pensar criticamente”. Esta reflexão permitiu-me expressar o meu sentimento sobre o confronto de realidades e, após reflexão, verifiquei que, apesar das realidades vividas em cada contexto, o foco deve ser sempre a

pessoa a cuidar e, neste caso em particular, a promoção e manutenção da sua dignidade enquanto ser humano. Concluo e observo que, após esta reflexão, tanto no estágio como no meu local de trabalho, procuro estar mais atenta a todos os pormenores e procuro dar uma atenção mais cuidada à pessoa – observando a situação e a pessoa que estou a cuidar, consigo ter um pensamento reflexivo e estruturar mais facilmente um plano de ação tendo em conta as competências que adquiri no âmbito da promoção da dignidade humana.

O terceiro objetivo específico delineado foi:

- Aplicar estratégias promotoras da dignidade humana ao doente oncológico em fim de vida

Consultei documentação de registo dos cuidados de Enfermagem sobre os cuidados praticados aos doentes de quem cuidei, de modo a ter conhecimento da história clínica, familiar e social, para poder trabalhar com eles de forma holística. Esta atividade permitiu-me conhecer melhor as pessoas a cuidar, possibilitando-me delinear um plano de cuidados tendo em conta as suas necessidades, podendo assim, prestar cuidados de forma especializada e individualizada e tendo sempre presente a importância da sua dignidade enquanto seres humanos.

No entanto, a realidade com que me deparei neste estágio era diferente da esperada: os doentes internados não estavam em fim de vida. Para obviar este constrangimento, prestei cuidados a doentes com doença crónica degenerativa, em particular a Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA). Segundo a Associação Portuguesa de Esclerose Lateral Amiotrófica (apela), a ELA é uma doença neurológica degenerativa, progressiva e rara. Nesta doença, os neurónios motores que têm como função conduzir a informação do cérebro aos músculos através da medula espinhal, têm uma morte precoce, havendo o enfraquecimento desses mesmos músculos como consequência. Como sintoma principal, os doentes apresentam cansaço muscular e espasticidade, havendo dificuldade na mobilização articular. Assim, ao longo do tempo, as atividades do quotidiano começam a ficar comprometidas, como o movimento dos 4 membros, a fala, a mastigação e deglutição e, nas fases mais avançadas, a respiração.

Habitualmente, toda a restante função cerebral é mantida, pelo que os doentes se mantêm conscientes até ao final de vida (apela, 2018).

Para prestar cuidados de qualidade e promover a dignidade humana a estes doentes, aprofundei conhecimentos acerca desta doença e das suas implicações na pessoa que a apresenta, bem como na sua família. Posteriormente cuidei destes doentes de forma holística e dei resposta às suas necessidades e desejos. Por turno, eram-me atribuídos 2 a 3 destes doentes, para além de colaborar com a EO nos cuidados aos doentes pelos quais ela era responsável.

Ao longo da prestação de cuidados, tendo em conta o que me era transmitido pelos doentes e com base na evidência científica, focava-me na promoção da dignidade humana, desenvolvendo as atitudes que promoviam e potenciavam essa promoção. Tal como sempre fiz, mantive a postura de me apresentar ao doente, referindo que a minha presença seria para lhe prestar cuidados de enfermagem e que, tanto quanto possível, os seus desejos realistas seriam atendidos, adequando o meu discurso a cada doente. O respeito, interesse e atenção também estiveram presentes, utilizando pequenos gestos que o demonstrassem, como o toque, os cuidados de higiene personalizados, por exemplo, questionando sobre sentimentos, sintomas, desejos e receios, tentando perceber o que mais podia conhecer sobre o doente de modo a ajudá-lo em pleno. Uma vez que se trata de uma instituição privada e com ótimas condições físicas, a possibilidade de proporcionar um ambiente cuidado e confortável foi total, deixando ainda ao critério do doente a possibilidade da presença de objetos pessoais no seu quarto, verificando a importância dos mesmos no seu dia-a-dia. Pude, por exemplo, por desejo dos doentes, levá-los a dar um passeio no jardim em cadeira de rodas, verificando a satisfação dos mesmos, alguns através de palavras, referindo terem gostado do passeio e pretenderem realizá-lo as vezes que fossem possíveis, outros através da comunicação não-verbal, revelando expressões faciais de satisfação e tranquilidade naquele momento. Procurei mostrar compaixão para com os doentes cuidados, apresentando uma intenção clara de ajuda, com toques gentis e um olhar compreensivo, utilizando também formas de comunicação verbal e não-verbal com o objetivo de reconhecer a pessoa para além da sua doença.

Particularmente em doentes com ELA, pude promover uma esperança diária, definindo objetivos para o próprio dia ou para os dias próximos. Por exemplo: em determinado dia, uma doente referiu que não conseguia ir ao wc para lhe serem prestados cuidados de higiene por “falta de coragem” (SIC). Tentei perceber a que se referia para poder intervir da melhor forma, sendo que a mesma me referiu que estava mais cansada e deprimida do que em dias anteriores. Foi seu desejo ficar a repousar no leito nesse dia, sendo que lhe ofereci a minha presença como companhia e eventualmente como ajuda para conversar, sendo recusada gentilmente. Foi então delineado com a doente um objetivo para o dia seguinte: ir ao wc para os cuidados de higiene, tratando-se assim da promoção de uma esperança realista. A promoção da esperança revela-se essencial, na medida em que, como refere Gameiro (1999, p.33), em situação de doença, “sobressaem as sensações, as emoções e condutas que estão relacionadas com o sofrimento e em que a esperança (em contraposição à desesperança) é o principal factor de alívio e superação”.

Algumas intervenções não me foram possíveis realizar por diversos motivos: pouco tempo útil para estar junto dos doentes, incompatibilidade de horários entre mim e a enfermeira orientadora para poder realizar turnos em dias seguidos, mantendo assim a continuidade de cuidados e, tal como já referi anteriormente, não estavam internados doentes em fim de vida. Assim, não pude adquirir competências, em particular, nas intervenções no âmbito da instilação da fé e na capacitação para a perceção dos sintomas de modo a conseguir minimizá-los. A discussão entre equipa sobre atitudes e comportamentos adotados e a adotar no futuro no âmbito da promoção da dignidade humana em fim de vida também não foi possível, uma vez que não me foi permitida essa intervenção. No que concerne ao contacto com a família, este foi praticamente nulo, uma vez que a presença da mesma junto dos doentes a meu cuidado não era assídua, não sendo noutros casos oportuna a minha intervenção.

Neste estágio, tive ainda a oportunidade de realizar uma sessão de formação de cerca de 1h com o Capelão e Guia Espiritual do local sobre o *burnout* dos profissionais de saúde. Colman (2006, p.108) define *burnout* como “uma desordem ou reação aguda de stress caracterizada pela exaustão, em virtude do excesso de trabalho, acompanhada de ansiedade, fadiga, insónia, depressão

e deterioração da performance no trabalho”. Ao longo dos anos, tem-se verificado um crescente número de estudos sobre esta temática pelo facto das instituições, empresas e serviços estarem preocupados com a qualidade de vida laboral que proporcionam aos colaboradores (a nível de bem-estar, saúde laboral, saúde física e mental), bem como pela necessidade de estudar os processos de stress profissional devido à importante influência que apresentam nas atividades organizacionais, resultando em variados casos de absentismo, de decréscimo da produtividade, de qualidade, de eficácia, de rapidez e de sucesso (Nogueira, 2016). Com esta formação pude conhecer mais sobre o conceito e sobre estratégias para o evitar, revelando-se benéfica para o meu dia-a-dia enquanto enfermeira preocupada com a promoção da dignidade humana em geral dos doentes que cuida e particularmente dos doentes em fim de vida.

2.3. Identificação de cada tarefa realizada e resultados obtidos – UCP de referência nacional

Este estágio decorreu no período entre 4 de janeiro e 10 de fevereiro de 2017, perfazendo um total de 18 turnos de 8 horas. No CMEMC é preconizado que o projeto de intervenção seja desenvolvido no serviço onde se exerce enfermagem, mas, tal como referido anteriormente, o hospital onde exerço funções não o permitiu, sugerindo-me desenvolver o projeto junto da EIHS CP ou do Hospital de Dia de Oncologia. Conversei com o Enfermeiro Chefe dos serviços e surgiu a temática da promoção da dignidade humana em fim de vida, uma vez que se apresentava como uma necessidade de reflexão e aprendizagem por parte da equipa. Aquando da oficialização do pedido de estágio, foi-me dito que por razões logísticas não seria de todo possível realizar estágio na instituição. Assim, tive a necessidade de procurar outro local para tal. Por sugestão dos EO da escola, visitei uma UCP de referência nacional, conversei com a Enfermeira Chefe do serviço sobre o meu projeto e sobre os meus objetivos e o estágio foi aceite. A descrição da dinâmica deste serviço encontra-se em APÊNDICE XIII.

Mantive os mesmos objetivos de estágio, de modo a dar continuidade ao trabalho realizado anteriormente, sendo que pretendi **adquirir competências para a**

prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente oncológico em fim de vida e Identificar estratégias promotoras da dignidade humana ao doente oncológico em fim de vida

Tal como referi anteriormente, algumas semanas antes do início do estágio, reuni-me com a Enfermeira Chefe (EC) do serviço e apresentei-lhe o projeto (nomeadamente os objetivos a atingir e competências a desenvolver), de modo a que ela tivesse conhecimento do que eu pretendia desenvolver e pedindo-lhe que me dissesse posteriormente quais as necessidades do serviço no âmbito da temática em questão. No início do estágio, apresentei também o projeto ao EO, sendo que reformulei as atividades a desenvolver de acordo com as minhas necessidades de aprendizagem e as características do serviço. Ao longo do tempo, fui conhecendo os vários elementos da equipa, sendo algumas vezes por apresentação da EC ou do EO, outras vezes por minha própria apresentação, falando sobre o meu projeto e objetivos de estágio a quem questionava ou mostrava interesse no assunto. Senti-me muito bem acolhida enquanto profissional e futura especialista, verificando uma imensa disponibilidade por parte de todos os elementos da equipa para o esclarecimento de dúvidas ou ajuda na resolução de medos. Verifiquei que é uma equipa que recebe regularmente alunos de vários níveis académicos, estando dotada de capacidades comunicacionais e de ensino adequadas e eficazes, capazes de realizar uma correta supervisão clínica, mostrando satisfação pela minha presença. Assim, todo o meu processo de aprendizagem e de desenvolvimento do projeto ficou facilitado. A OE (2009, p. 5) define supervisão clínica como um “processo formal de acompanhamento da prática profissional que visa promover a tomada de decisão autónoma, valorizando a protecção da pessoa e a segurança dos cuidados, através de processos de reflexão e análise da prática clínica”. Pude também desde início perceber que é uma equipa com um funcionamento muito próprio, no qual a enfermagem tem um papel preponderante na prestação de cuidados, nomeadamente na tomada de decisão sobre a resposta a dar aos problemas apresentados pelos doentes.

Consultei registos dos cuidados de Enfermagem de modo a perceber o funcionamento dos mesmos na instituição e também a atuação da equipa multidisciplinar junto dos doentes e da sua família. Assim, obtive uma visão

global dos cuidados prestados/a prestar, podendo delinear um plano de cuidados e agir em conformidade com a equipa.

Observei a prestação de cuidados de Enfermagem ao doente em fim de vida no âmbito da promoção da dignidade humana, para perceber a cultura e filosofia do serviço bem como a forma de atuação dos enfermeiros, em particular o EO. Esta observação foi realizada tendo em conta a evidência científica recolhida sobre a promoção da dignidade humana e com recurso à *check-list* elaborada anteriormente. Posteriormente, analisei os registos com o objetivo verificar se os enfermeiros promoviam a dignidade humana na sua prestação de cuidados de acordo com o que está descrito em literatura. Paralelamente pretendi identificar atividades que contribuíssem para essa promoção e que a literatura não tivesse revelado. Realizei a observação da intervenção do EO em dois turnos da primeira semana de estágio e efetuei o registo em documento próprio para análise (APÊNDICE XIV).

Verifiquei que a equipa presta cuidados no âmbito da dignidade humana consoante o que está descrito em literatura, acrescentando a isto, em particular, a importância dada à presença e participação da família nos cuidados aos doentes. Essa importância dada à família revela-se logo no primeiro dia de internamento, em que é apresentado o espaço e os elementos da equipa presentes naquele momento. Também é realizado o acolhimento onde é explicado o funcionamento da unidade, e são esclarecidas quaisquer dúvidas, entre outras coisas. Desde logo, a família é envolvida nos cuidados e nas decisões a tomar. Tal como é referido pela OE (2001, p.8), “o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)”. Algumas vezes, os doentes chegam com alterações do estado de consciência e incapazes de tomar decisões, outras vezes estas alterações acontecem durante o internamento, pelo que é importante que as famílias sejam conhecedoras do estado de saúde do seu familiar (tanto quanto desejem, ou seja, só lhes é dada a informação que pretendam receber) e que sejam envolvidas no processo de cuidar e de tomada de decisão. Silva & Araújo (2012) referem que como elemento essencial para uma vivência mais serena e tranquila do processo de morrer do doente, sem gerar expectativas que não possam vir a

ser atendidas, deve utilizar-se a transmissão de informação contínua e acessível aos familiares.

O terceiro objetivo específico delineado foi:

- Aplicar estratégias promotoras da dignidade humana ao doente oncológico em fim de vida.

Para tal, prestei cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em fim de vida e sua família, promovendo a dignidade humana e nesse sentido, mobilizando a evidência obtida com a revisão da literatura e o que havia observado no serviço. Inicialmente foi-me atribuído 1 doente por turno para cuidar, sendo que tendo em conta as minhas necessidades de aprendizagem e de intervenção, a partir da 4ª semana, cuidei de 2 ou 3 doentes, sempre com a supervisão do EO.

No início de cada turno, delineava os cuidados a prestar aos doentes que me eram atribuídos com base nos problemas identificados através da informação obtida na passagem de turno e junto dos doentes. Nos doentes conscientes e orientados, os cuidados eram planeados com os próprios, em particular os cuidados de higiene e os posicionamentos/transferências para cadeirão ou cadeira de rodas. Nos doentes em fase terminal que já não comunicavam ou nos doentes com desorientação, os cuidados eram delineados por mim tendo em conta a organização do serviço. Pude verificar que, naquele local, os cuidados, tanto quanto possível, tentavam dar resposta aos desejos dos doentes (por vezes, por meio de negociação), referindo-me, neste sentido em particular, aos cuidados de higiene, posicionamentos e momentos de partilha de sentimentos. Foi-me referido por alguns doentes que a possibilidade de usarem a sua própria roupa também é um fator importante para o seu bem-estar, minimizando, o sentimento de “estar doente” ou de “estar internado”. Ao agir de acordo com os seus desejos e perspetivas, percebi o real significado de cuidado centrado na pessoa, uma vez que reconheci a pessoa para além da doença e agi consoante o que era importante para si. Desta forma, verifiquei também maior satisfação por parte dos doentes e famílias, pois sentem que podem tomar decisões sobre o seu quotidiano. Esta atitude encontra-se descrita em literatura como sendo promotora de dignidade humana em fim de vida. *The Health Foundation* (2014)

é uma instituição que trabalha para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde no Reino Unido e refere-se ao cuidado centrado na pessoa como uma atuação em que os profissionais de saúde e dos serviços sociais trabalham em colaboração com as pessoas que usufruem dos cuidados de saúde, no sentido de lhes proporcionar conhecimento, estratégias e a confiança de que necessitam para uma melhor gestão da sua saúde e para a tomada de decisão de forma informada. Tudo isto é coordenado e triado tendo em conta as necessidades específicas de cada pessoa. Tendo isto por base, definiram 4 princípios para este cuidado: 1. Assegurar que as pessoas sejam tratadas com dignidade, compaixão e respeito; 2. Oferecer um cuidado, apoio ou tratamento coordenado; 3. Oferecer um cuidado, apoio ou tratamento personalizado; 4. Apoiar as pessoas para que reconheçam e desenvolvam as suas próprias aptidões e competências, a fim de terem uma vida independente e plena (The Health Foundation, 2014).

Para melhorar a minha intervenção junto dos doentes, senti necessidade de continuar a desenvolver competências no âmbito da comunicação, em particular comunicação específica em CP. Uma vez que se encontravam mais estudantes no local, foi sugerido pelo EO a realização de variados *role play* sobre determinadas situações. Dessa forma, tivemos a possibilidade de praticar técnicas de comunicação. Assim, era-nos apresentada uma situação e cada interveniente assumia o seu papel, estimulando o outro (em particular o que representava o papel de enfermeiro) a comunicar de forma terapêutica conforme aconselhado por Silva & Araújo (2012), consoante o que estava a ser dito e vivido. Em momentos-chave definidos pelo EO, eram realizadas pausas para perceção do que estava a ser dito, para correção e orientação e também para partilha de sentimentos.

Treinei estratégias de comunicação verbais e não-verbais (descritas por Silva & Araújo (2012) no Manual de CP), como por exemplo falar pausadamente utilizando tom de voz adequado, manter contacto visual, utilizar o silêncio, utilizar clareza e sinceridade no que é dito, ouvir reflexivamente, oferecer *feedback* ao que o outro manifesta, utilizar perguntas abertas de modo a estimular a expressão de sentimentos e valorizar os sentimentos identificados; entre outros. Estas atividades mostraram-se extremamente benéficas, uma vez que eu sentia

necessidade do desenvolvimento destas competências específicas e pude fazê-lo de forma calma e esclarecedora, sabendo também da sua importância enquanto futura EE, uma vez que “o emprego adequado de técnicas e estratégias de comunicação interpessoal pelos profissionais de saúde é medida terapêutica comprovadamente eficaz” Silva & Araújo (2012, p.75). Mullan & Kothe (2010), citados por Andrade *et al* (2013, p. 2524), salientam ainda que “no âmbito da Enfermagem, a comunicação representa uma estratégia de suma relevância para a prática dos cuidados paliativos. E quando subsidiada por uma relação de atitude, cooperação, sentimento e sensibilidade, este instrumento é um importante impulsionador da relação entre o enfermeiro e o paciente em fase terminal”.

Ainda inserido na comunicação em CP, tive também a oportunidade de desenvolver competências de relação de ajuda e de transmissão de más notícias e aplicá-las junto do doente em fim de vida e sua família, de modo a poder utilizar uma terminologia comum a todos os profissionais. Silva & Araújo referem que uma das tarefas mais difíceis para os profissionais de saúde é a transmissão de más notícias, sendo conseqüentemente uma das áreas que estes mais procuram desenvolver e aprimorar. Especificamente no que concerne à transmissão de más notícias, pude observar e treinar a aplicação do Protocolo de Buckman. Este Protocolo funciona como guião orientador para a comunicação de más notícias, sabendo que a forma como se comunica uma má notícia, seja ela um diagnóstico, uma opção terapêutica ou até mesmo a morte do familiar, influencia de forma significativa a reação que o doente e ou a família vão ter (Querido, 2010) e conseqüente poderá ter em conta e promover ou não a dignidade da pessoa. Assim, este guião é constituído por seis passos: 1 - Preparação e escolha do local adequado para a transmissão da notícia; 2 - Perceber o que a pessoa já sabe; 3 - Descobrir o que a pessoa quer saber; 4 - Partilhar a informação/dar a notícia; 5 - Responder a emoções e questões; 6 - Propor plano de acompanhamento e encerrar a entrevista (Buckman, 2005).

Tal como anteriormente me tinha sido proposto pela equipa docente da escola, aqui tive a oportunidade de entrevistar informalmente uma doente de modo a perceber o que é a dignidade na sua perspetiva, questionando exatamente o que era para ela a dignidade e se tinha experienciado alguma situação em que se

tivesse sentido cuidada com dignidade e de que forma isso afetou a sua vida e a sua doença. (APÊNDICE XV). Do diálogo estabelecido com essa doente, concluí que para ela, a dignidade é aquilo que se transmite aos outros e aquilo que podemos fazer pelo outro, sendo que é um conceito difícil de definir, “aparentemente pela sua complexidade” (sic). Este conceito remete para ser tratada com respeito, dedicação e carinho, é sentir-se bem cuidada em todas as situações. A doente referiu que até então, sempre se sentiu cuidada com dignidade, provavelmente por ser uma pessoa “afável”, conseguindo “cativar” as pessoas à sua volta e fazer amigos com facilidade, diz. Posso afirmar que este momento foi muito vantajoso para a minha aprendizagem e para o meu desenvolvimento enquanto EE, na medida em que ouvi o que é a dignidade humana na perspetiva de um doente oncológico e na medida em que pude, ao longo de toda a conversa, intervir no âmbito da promoção da dignidade humana utilizando estratégias específicas da comunicação em CP que adquiri ao longo dos estágios realizados.

Nesta equipa, há dois elementos com formação avançada na área do luto, pelo que desenvolveram um “Projeto de Acompanhamento no Luto”, que tem início no internamento e se prolonga ao longo do tempo (existe um organigrama para se definir o tempo de atuação e as intervenções a realizar¹). É importante referir que “às vezes só se sente a intensidade da perda sofrida meses depois e a pessoa enlutada nem sempre compreende que essa experiência é perfeitamente normal” (Macmillan *et al*, 2000, p. 150). Assim, esta intervenção torna-se essencial de modo a elucidar as famílias sobre o luto e acompanhá-las neste processo. Tive oportunidade de assistir a dois telefonemas de acompanhamento, verificando que as questões colocadas pelo profissional pretendiam identificar em que estágio do luto se encontrava a pessoa e, consoante isso, que intervenções deveriam ser realizadas (as quais vão desde repetir o telefonema em determinada altura a combinar, a sugerir intervenção de um psicólogo disponibilizado pela instituição). Não tive tempo de estágio suficiente para acompanhar um caso em particular, mas os profissionais, com base em investigação que têm realizado, referem que verificam diminuição do número de

¹ Não aloquei este documento que julgo interessante uma vez que não me foi fornecido pela Instituição por pertencer à documentação interna.

lutos patológicos desde que iniciaram esta intervenção. Entende-se por luto patológico a “intensificação do luto a um nível em que a pessoa se encontra destroçada, originando um comportamento não adaptativo face à perda, permanecendo interminavelmente numa única fase, impedindo a sua progressão com vista à finalização do processo de luto” (Horowitz, 1980, cit. por Worden, 1983).

Através da soma das intervenções descritas em literatura (evidência científica), das intervenções descritas pelos enfermeiros peritos na área da oncologia, doentes oncológicos e das intervenções observadas ao longo dos ensinamentos clínicos (experiência clínica), realizei um guia de boas práticas no âmbito da promoção da dignidade humana em fim de vida (APÊNDICE XVI). Pretende-se que este documento seja um instrumento orientador de boas práticas de enfermagem.

Surge a questão: porquê um guia de boas práticas? Tal como descrevi no mesmo, no seu dia-a-dia, o enfermeiro cuida o doente de forma holística. Vê o outro como um ser bio-psico-social e espiritual. Consoante seja a área de atuação, o cuidado pode centrar-se na pessoa com doença aguda, no cuidado à vida, na reabilitação ou na pessoa com doença crónica. A dignidade humana mostra-se como peça central da prática de cuidados para qualquer uma destas áreas. De forma a uniformizar os cuidados prestados em fim de vida no âmbito da promoção da dignidade humana, emerge a necessidade da realização de um guia de boas práticas.

No final do estágio, realizei uma sessão de formação aos variados elementos da equipa multidisciplinar onde falei um pouco sobre o conceito de dignidade humana, apresentei a *check-list* que tinha elaborado e os resultados da observação realizada e apresentei também o guia de boas práticas (APÊNDICE XVII). A equipa já apresentava um elevado conhecimento sobre esta temática, uma vez que foi aplicado junto deles a Terapia da Dignidade de Chochinov no âmbito de uma tese de Doutoramento (Julião, 2014), mas ainda assim todos agradeceram e acharam oportuna a revisão que foi realizada e a sumarização que é o Guia de Boas Práticas apresentado na formação.

Relativamente aos ganhos obtidos com a realização deste estágio, a nível pessoal remetem para a aprendizagem que tive com os utentes, incentivando-me a realizar uma reflexão regular sobre a vida e as relações interpessoais, tendo-me também permitido a aquisição de estratégias para lidar com familiares/amigos com doença oncológica. A nível de ganhos no âmbito profissional, pude adquirir competências na área da comunicação, reconhecendo o outro para além da doença, tive um incentivo para a reflexão diária sobre os cuidados prestados e a mudança de práticas (pensamento crítico e reflexivo). Ao observar a forma de trabalho desta equipa, pude partilhar essa experiência com a minha equipa e sugerir/tentar mudar um pouco os hábitos negativos de trabalho não promotores da dignidade humana, sempre com o objetivo de melhor cuidar o doente. Não se encontrava definido em objetivos e atividades, mas acabei também por desenvolver competências no âmbito do controlo sintomático, dado que se tornava uma necessidade premente para o cuidado direto ao doente. Utilizei fármacos que não utilizo regularmente no serviço onde desenvolvo funções, sendo que estudei os mecanismos de ação dos mesmos, efeitos adversos e, junto da equipa, aprendi as diversas formas de administração. Esta atividade tornou-se vantajosa, na medida em que aprendi ainda a administrar de diferentes formas alguns fármacos que utilizo regularmente, algumas delas mais eficazes para os doentes. Observei e pratiquei também técnicas utilizadas em CP benéficas para a minha prática diária (por exemplo, administração de medicação via subcutânea), sendo que pude transmitir esses conhecimentos à minha equipa e promover a melhoria dos cuidados prestados e, conseqüentemente, da dignidade do doente que merece cuidados de qualidade que respondam convenientemente às suas necessidades enquanto pessoa nas suas múltiplas dimensões.

Por fim, vejo cumpridos os objetivos a que me propus, uma vez que a equipa interveio de modo a promover a dignidade humana em fim de vida, tendo eu oportunidade de observar isso mesmo, aprendendo com peritos e aplicando posteriormente as intervenções específicas descritas.

3. AVALIAÇÃO

Neste capítulo será apresentada a avaliação do percurso realizado ao longo dos ensinamentos clínicos, evidenciando as aprendizagens que foram efetuadas, os pontos fortes e fracos, os objetivos alcançados através da execução das tarefas propostas, as competências desenvolvidas e o benefício da implementação do projeto na UCP de referência nacional no âmbito da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Uma vez que estagiei em distintas realidades da minha prática diária, tive a oportunidade de adquirir conhecimentos e saberes essenciais para o desenvolvimento de competências na área dos CP e da promoção da dignidade humana, podendo assim implementar com sucesso o projeto.

O estágio na UAD de um Centro Oncológico de Referência Nacional permitiu-me um primeiro contacto com a realidade dos CP. Assim, pude verificar na prática a especificidade dos mesmos, bem como a necessidade de formação específica para cuidar destes doentes. O contacto com esta população fez-me desenvolver ainda mais o gosto por esta área do cuidar e a vontade de adquirir mais conhecimentos sobre a mesma, tendo sempre como objetivo final o desenvolvimento de todas as competências propostas. Nesse sentido, frequentei uma conferência no âmbito dos 60 anos da UAD e do dia Mundial dos CP intitulada de “Cuidados que fazem a diferença”, organizada pela equipa do serviço onde estagiei e com a presença de oradores de referência nacional na área dos CP.

A observação que realizei à atuação desta equipa, fez-me verificar que neste serviço são prestados cuidados de excelência, em particular a nível da promoção da dignidade humana. Esta observação possibilitou-me compreender qual a melhor forma de atuar em variadas situações em prol da promoção da dignidade, podendo assim refletir e instruir-me sobre o meu papel, utilizando os saberes adquiridos e desenvolvidos nos estágios seguintes, na minha prática diária e, futuramente, enquanto enfermeira especialista. Foi um estágio muito dedicado à aquisição de saberes, à sua consolidação, ao desenvolvimento dos já adquiridos anteriormente e à reflexão, tudo isto incentivado pela EO e aceite por mim, revelando-se verdadeiramente vantajoso para a minha aprendizagem.

Como fatores facilitadores, sou a referir a receptividade por parte da equipa de enfermagem e dos restantes profissionais deste serviço, bem como o facto de serem peritos na área dos CP e da assistência domiciliária. O ponto fraco remete para a curta duração do estágio, permitindo apenas a observação de cuidados e não a evolução para prestação de cuidados no âmbito da promoção da dignidade humana. Na realidade, o estágio teve tanta duração quanto os outros, mas sendo o primeiro e não trabalhando eu na área dos CP, talvez tivesse sido benéfico ter tido mais tempo neste local para a consolidação de saberes e para desenvolvê-los com supervisão de quem me orientou. Mas tal acabou por ser conseguido no estágio seguinte.

Ao longo destas 6 semanas, tive também ganhos a nível pessoal e profissional. A nível pessoal, os ganhos remetem para a aprendizagem que tive com os doentes, proporcionando-me uma reflexão sobre a vida e sobre as relações interpessoais, bem como a aquisição de estratégias para lidar com familiares e amigos com doença oncológica. A nível profissional, o facto de lidar apenas com doentes com doença oncológica permitiu-me adquirir estratégias de comunicação na área e reconhecer o outro para além da doença, realizando uma reflexão quase diária sobre os cuidados que presto e na necessidade de mudança de práticas, dotando-me de saberes para poder planear e implementar intervenções promotoras de dignidade humana nos estágios seguintes e na minha vida profissional. Ao verificar a união e cumplicidade da equipa a trabalhar para benefício do doente, pude partilhar a experiência com a minha equipa de trabalho e perceber que estes são fatores facilitadores da melhoria dos cuidados e da aquisição de ganhos em saúde. Observando a forma como a equipa promove diariamente a dignidade humana das pessoas cuidadas, tive real percepção do conceito e da coesão entre o que está descrito em literatura e o que é realizado na prática.

Assim, os objetivos propostos para este estágio foram alcançados, possibilitando-me o desenvolvimento de competências no âmbito dos domínios comuns do Enfermeiro Especialista, em particular “concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade; (...) desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; (...) baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (Ordem dos

Enfermeiros, 2010c). No que concerne às competências de Mestre em Enfermagem (Joint Quality Initiative informal group, 2004), desenvolvi-as no âmbito do “conhecimento e capacidade de compreensão”, na medida em que desenvolvi e aprofundei os conhecimentos já adquiridos no 1º ciclo de estudos. A nível da “comunicação”, mostrei-me capaz de comunicar as minhas conclusões à equipa de forma clara.

O estágio realizado no serviço de CP e de Convalescença permitiu-me o contacto com uma realidade diferente daquela em que trabalho, uma vez que se trata de uma instituição privada que proporciona diferentes condições estruturais e ambientais aos doentes internados.

Como fatores facilitadores, destaco a experiência vivida no estágio anterior, a disponibilidade da equipa para esclarecimento de alguma dúvida que surgisse e a possibilidade de, em alguns turnos, passar algum tempo com as pessoas cuidadas, permitindo-me o desenvolvimento de competências a que me propus. Para além disto, a orientação tutorial que tive por parte da equipa docente do curso foi essencial, na medida em que vivi momentos delicados devido aos fatores dificultadores a que me refiro em baixo e, tanto em reuniões com colegas como individuais, consegui obter a coragem, energia e orientação necessárias para terminar o estágio e alcançar os objetivos a que me propus. A nível de fatores dificultadores, verifiquei os reduzidos rácios da equipa, fazendo com que por vezes eu fosse mais um elemento a trabalhar em conjunto com eles, havendo turnos em que cuidei de vários doentes (realizando em particular cuidados de higiene, posicionamentos e alimentação), não tendo tempo para me “sentar e conversar” com as pessoas cuidadas. Assim, houve dias em que não pude aplicar todas as intervenções promotoras de dignidade humana que pretendia e planeava, aplicando-as apenas, e obviamente, nos cuidados prestados, conforme descrito anteriormente. Ainda devido à diminuição dos rácios, a reduzida presença da EO foi também um fator dificultador, na medida em que os cuidados que prestei no âmbito da promoção da dignidade humana foram pouco observados e o feedback que tive sobre os mesmos foi reduzido. Se pretendia observação e feedback de algo, tinha que fazer o pedido à EO e o mesmo era acedido, mas regularmente intervi sozinha. Tendo em conta todos estes factos,

a minha gestão emocional foi difícil, tornando-se mais um fator dificultador da realização deste estágio. Senti necessidade de reunir mais vezes com o Docente Orientador para, em conjunto, delinear um plano para conseguir realizar as atividades e adquirir as competências a que me propus. Encontrei também grande apoio junto da família para ultrapassar os estados de labilidade emocional. Por último, é de salientar a não existência de doentes em fim de vida para cuidar, fator que dificultou a minha atuação e me fez procurar outro tipo de população para cuidar e para intervir no sentido da promoção da dignidade humana, dado que a mesma se pode promover em qualquer fase do ciclo de vida. Embora a necessidade de ter de prestar cuidados a um outro tipo de doentes me tenha proporcionado gerar novos saberes e relembrar alguns já adquiridos anteriormente, por momentos tornou-se num fator dificultador, na medida em que tive que dedicar inesperadamente mais tempo a adquirir esses mesmos saberes, como por exemplo os relacionados com a ELA.

Para além do desenvolvimento e aprofundamento das competências adquiridas no estágio anterior, aqui pude adquirir as seguintes: “cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal (...), em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida”; “estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal (...), de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte” (OE, 2011). No que concerne às competências de Mestre em Enfermagem (Joint Quality Initiative informal group, 2004), aprofundei as adquiridas no estágio anterior e realço a aquisição das seguintes neste estágio: a nível da “aplicação de conhecimentos e compreensão”, na medida em que soube aplicar conhecimentos e apresentei capacidade de resolução de problemas em situações novas e não familiares em contextos multidisciplinares e a nível da “realização de julgamento/tomada de decisões”, uma vez que mostrei capacidade para integrar conhecimentos e lidar com questões complexas, realizando reflexões sobre as implicações éticas e sociais resultantes da minha atuação.

No estágio realizado na UCP de referência nacional, tive a oportunidade de continuar a desenvolver as competências a que me propus e, em particular, pude

aplicar as intervenções promotoras de dignidade humana observadas e aprendidas até então. De uma forma refletida e estruturada, com a ajuda do EO, implementei os saberes adquiridos nos três estágios e propostos pela literatura. Resumindo tudo o que já foi referido até então e tendo em conta a literatura e a avaliação que me foi feita diariamente pelo EO, apresentei-me aos doentes e suas famílias, explicando o propósito da minha presença junto deles e utilizando uma linguagem ajustada. Tratei o outro com respeito, interesse e atenção, refletindo sobre a forma como a minha atitude o afetava e percebendo o que mais poderia fazer para melhorar o seu dia ou aliviar o seu sofrimento, questionando sobre sintomas, desejos e receios, algumas vezes e quando sentido fazia, utilizando pequenos gestos que demonstrassem a atenção dada. Dentro das possibilidades arquitetónicas e materiais do local onde o doente se encontrava (em particular o quarto), promovi um ambiente com as devidas condições de higiene, segurança e conforto, permitindo e incentivando que o doente tivesse consigo objetos pessoais significativos caso fosse seu desejo. No que concerne à autonomia do doente, incentivei sempre a prevalência da autonomia para a tomada de decisão sobre tratamentos e técnicas a realizar. Nas situações em que estas decisões não foram passíveis de ser tomadas pelo doente, foram tomadas pela família. Também tive oportunidade de incentivar a partilha de sentimentos por parte dos doentes com quem tive mais proximidade, questionando sobre preocupações e dificuldades, dando espaço à tristeza, maioritariamente manifestada pelo choro. Esta intervenção também foi implementada junto das famílias no momento de transmissão de más notícias, como a morte. Tentei sempre mostrar compaixão para com os doentes, apresentando uma intenção clara de ajuda com olhar compreensivo e por vezes com o toque, utilizando as formas de comunicação verbal e não-verbal treinadas até então, reconhecendo a pessoa para além da doença. Relativamente à fé e à esperança, pude promovê-las, no sentido em que, quando um doente me referia que era crente (independentemente da religião), realizava reforço positivo nos pontos de fé, percebendo se estes eram facilitadores do alívio do sofrimento ou não; incentivei também alguns doentes a recorrer a pensamentos positivos dirigidos para momentos felizes já vividos (intervenção muito observada e aprendida no primeiro estágio), tendo tido, por um momento, o privilégio de realizar uma dessas “viagens de memórias” com uma doente, na medida em que

partilhou comigo as suas memórias e pensamentos. No que remete para a capacitação do doente para a resolução de problemas, em particular o controlo sintomático, verifiquei que nesta unidade o controlo sintomático era realizado de forma exaustiva e extremamente personalizada, sendo que os doentes se encontram bem medicados. Observei um caso de descompensação sintomática de um doente acabado de ser internado, em que a equipa agiu de imediato e a situação ficou controlada. A nível da discussão em equipa sobre comportamentos adotados e a adotar no futuro, fui um elemento participativo dessa discussão, a qual é uma prática comum da unidade.

Como fatores facilitadores, descrevo as competências adquiridas e desenvolvidas nos estágios anteriores, a disponibilidade total da equipa e a possibilidade de dedicar tempo às pessoas cuidadas, podendo intervir no âmbito da promoção da dignidade humana e praticar a comunicação em CP e dessa forma responder às minhas necessidades de aprendizagem e desenvolvimento enquanto futura EE. Os fatores dificultadores remetem, em primeiro lugar, para o facto de não desenvolver o projeto no meu local de trabalho, na medida em que, não conhecendo a equipa, o serviço e os doentes, tive que apresentar os meus objetivos de forma incentivadora e encontrar estratégias para os envolver no trabalho a realizar. Em segundo lugar, refiro o facto de não trabalhar na área de CP, o que exigiu mais estudo e dedicação diariamente tanto no local de estágio como fora dele.

Toda a informação adquirida desde o início do desenvolvimento do projeto até ao final dos estágios, culminou na realização do Guia de Boas práticas, permitindo consolidá-la assim de forma simples, clara e esteticamente agradável. O Guia é um documento de fácil acesso e, dessa forma, vantajoso para as equipas, para os doentes e famílias, no sentido em que pretende promover a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e, conseqüentemente, o bem-estar da pessoa alvo das intervenções pela promoção da sua dignidade. Ao ler e interpretar o Guia, a equipa deste serviço referiu que se tratava de um documento importante para revisão de conhecimentos e para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

No que concerne às competências adquiridas, realizei, mais uma vez, um reforço de todas as que adquiri nos estágios anteriores, mas em particular, e por tudo o

que foi demonstrado neste relatório, desenvolvi as seguintes: “objetiva os cuidados na preservação da Dignidade da pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, promovendo a sua autonomia e maximizando a sua qualidade de vida, diminuindo o seu sofrimento, respeitando a perspetiva do próprio”; “incentiva ativamente doentes, cuidadores e seus familiares como parceiros na avaliação, planeamento, execução e avaliação de cuidados holísticos complexos, em consonância com os seus desejos e preferências” (OE, 2001, p.3 e 4), bem como proporcionar cuidados paliativos e em fim de vida a doentes com cancro [e outras doenças crónicas e terminais] em colaboração com os mesmos e outros membros da equipa multidisciplinar (EONS, 2013). Relativamente às competências de Mestre em Enfermagem (Joint Quality Initiative informal group, 2004), verifico que no final deste estágio aprofundei todas as adquiridas anteriormente e termino com o desenvolvimento de “competências de autoaprendizagem”, permitindo-me ser capaz de desenvolver uma aprendizagem ao longo da vida de um modo auto-orientado e autónomo.

CONCLUSÕES E TRABALHOS FUTUROS

O relatório apresentado descreve em detalhe o caminho efetuado no desenvolvimento do Projeto de Intervenção no decorrer dos três estágios, através da análise dos objetivos a que me propus, das atividades efetuadas, dos resultados e das competências especializadas em enfermagem obtidos. Ao implementar este projeto numa UCP de referência nacional, em particular com enfermeiros peritos na área dos CP e com conhecimentos específicos sobre a promoção da dignidade humana, pude desenvolver também saberes específicos na área e, dessa forma, proporcionar a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito da promoção da dignidade humana. Elucidando e relembrando a equipa de enfermagem sobre as intervenções promotoras de dignidade humana em fim de vida, percebi que as sensibilizei para a temática. Tendo em conta o feedback dado pelos doentes, verifiquei, tanto em estágio, como na minha prática diária, os benefícios de uma prática reflexiva e de uma intervenção no âmbito da promoção da dignidade humana.

O facto de adquirir competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente oncológica, a nível técnico-científico e, em particular, a nível relacional, tornou-me capaz de utilizar intervenções promotoras de dignidade humana em outras fases do ciclo de vida. Numa prática holística e centrada no doente, baseando-me na evidência obtida e nos princípios éticos e deontológicos, pude aplicar intervenções promotoras de dignidade humana nos cuidados diários que presto no serviço de cardiologia.

No que concerne a trabalhos futuros, foi combinado com a chefia do serviço onde exerço funções que, ao terminar o presente relatório de estágio, realizaria uma apresentação à equipa de enfermagem do trabalho realizado ao longo destes meses (incluindo a evidência obtida em literatura e a experiência tida nos diferentes estágios) e, em particular, a apresentação do guia de boas práticas sobre intervenções promotoras de dignidade humana em fim de vida. Há também a proposta de apresentação deste guia numa “Sessão Clínica” da instituição onde exerço funções, tratando-se de uma sessão de apresentação de temáticas pertinentes para os profissionais de saúde que se realiza 2 vezes por mês.

Uma vez que esta temática surgiu de uma necessidade da EIHS CP e do Hospital de Dia de Oncologia da instituição onde exerço funções, pretendo também apresentar-lhes o trabalho realizado, em particular o Guia e deixá-lo junto deles para consulta sempre que necessário.

Tendo-me especializado na área da oncologia devido ao gosto pela mesma, procuro também, num futuro próximo, ter a oportunidade de trabalhar numa instituição ou serviço onde cuide de doentes oncológicos, podendo desenvolver e aplicar os saberes que adquiri, sendo sempre um veículo promotor da dignidade humana em fim de vida.

Ao longo deste percurso, foi-me permitido adquirir competências do domínio comum do Enfermeiro Especialista (OE, 2010), competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa (OE, 2011), competências descritas pela EONS (2013), bem como as competências de Mestre em Enfermagem (Joint Quality Initiative informal group, 2004). Os objetivos inicialmente definidos foram atingidos, bem como as finalidades da unidade curricular em que este relatório se insere.

Tendo em conta todos os saberes adquiridos e todo o crescimento pessoal e profissional que desenvolvi ao longo deste percurso, posso constatar que evoluí do nível de competente para o nível de proficiente. Segundo Benner (2001), um enfermeiro torna-se competente quando se apercebe dos seus atos em termos objetivos, bem como dos planos a longo prazo dos quais está consciente, ou seja, “um plano estabelece uma perspectiva e baseia-se sobre uma análise consciente, abstrata e analítica do problema” (p. 53). Para a mesma autora, o nível de proficiente caracteriza-se pela perceção das situações como uma globalidade e não de forma isolada, sendo as ações guiadas por máximas, na medida em que “a enfermeira proficiente aprende pela experiência quais os acontecimentos típicos de acontecer numa determinada situação, e como se pode reconhecer que o que era previsto não se vai concretizar” (Benner, 2001, p. 54). Uma vez que pretendo trabalhar na área da oncologia aplicando todos os conhecimentos adquiridos até então e desenvolver novos saberes, ambiciono alcançar o nível de perito. Para Benner (2001), o enfermeiro perito compreende “de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis” (p. 58).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Academia Nacional de Cuidados Paliativos (2012). *Manual de cuidados paliativos*. Rio de Janeiro: ANCP.

Almeida, D.V., Chaves, E., Brito, J. (2009). Humanização dos cuidados de saúde: uma interpretação a partir da filosofia de Emmanuel Lévinas. *Revista Referência*. 10, 89-96.

Andrade, C., Costa, S., Lopes, M. (2013). Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Ciência & Saúde Coletiva*. 18 (09), 2523-2530.

Bacalhau, L. (2014). *Cuidar centrado na dignidade*. Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde. Tese de Mestrado em Enfermagem. Lisboa.

Barroso, L. & Martel, L. (2010). A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida. *Panóptica*. 19, 69-104.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito – Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Q. Editora.

Borges, A. *et al* (2006). Perceção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicologia em Estudo*. 11 (2), 361-369.

Buckman, R. (2005). Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community oncology*. 2, 138-142

Carneiro, P.J. (2006). *Dignity – conserving care – a new model for palliative care helping the patient feel valued*. Porto: Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Disponível em: www.apcp.com.pt/clube-de-leitura/dignity-conserving-care-a-new-model-for-palliative-care-helping-the-patient-feel-valued.

Chochinov, H. M. (2002). Dignity – conserving care – a new model for palliative care helping the patient feel valued. *JAMA* 1. 287 (17), 2253-60.

Chochinov, H.M. (2007). Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *British Medical Journal*. 335 (7612), 184-187.

Colman, A. (2006). *Oxford dictionary of psychology*. New York: Oxford University Press.

Crosseti, M.G.O., Bittencourt, G.K.G.D., Schaurich, D., Tancini, T., Antunes, M. (2009). Estratégias de ensino das habilidades do pensamento crítico na enfermagem. *Rev Gaúcha Enferm*. 30 (4), 732-41.

Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), disponível em: <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhuniversais/cidh-dudh.html>.

Deodato, S. (2006). Autonomia e Morte. In Ordem dos Enfermeiros. *Final de vida – VI Seminário do Conselho Jurisdicional* (pp. 6-13). Lisboa: OE.

Direção Geral de Saúde (DGS) (2013). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas – Portugal Doenças Oncológicas em Números*. Lisboa: Ministério da Saúde.

European Oncology Nursing Society (2013). *Cancer Nursing Curriculum 2013* (4th ed.). Brussels: EONS.

Festas, C. (1999). Cuidar no 3º milénio. *Servir*. 47 (2), 60-66.

Gomes, I. (2009). *Cuidado de Si – A natureza da parceria entre o Enfermeiro e o Doente Idoso no domicílio*. Universidade Católica Portuguesa. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Lisboa.

Gomes, B., Sarmiento, V. P., Ferreira, P. L., & Higginson, I. (2013). Estudo Epidemiológico dos Locais de Morte em Portugal em 2010 e Comparação com as Preferências da População Portuguesa. *Revista Científica Da Ordem Dos Médicos*. 26 (4), 327–334.

Joint Quality Initiative informal group. (2004). *Shared 'Dublin' descriptors for Short Cycle, First Cycle, Second Cycle and Third Cycle Awards*. Dublin: Draft 1 working document on JQI meeting.

Julião, M. (2014). Eficácia da *Terapia da Dignidade no Sofrimento Psicossocial de Doentes em Fim de Vida Seguidos em Cuidados Paliativos: Ensaio Clínico Aleatorizado e Controlado*. Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina de Lisboa. Dissertação de Doutoramento. Lisboa.

Li, H.-C., Richardson A., Speck P. & Armes J. (2014). Conceptualisations of dignity at the end-of-life: exploring theoretical and cultural congruence with dignity therapy. *Journal of Advanced Nursing*. 70 (12), 2920–2931.

Macedo, J. (2002). Dignidade da pessoa no fim da vida. *Boletim do Hospital de São Marcos*. XVIII (2), 73-78.

Macedo, M. (2012). *Supervisão na integração de enfermeiros à luz do modelo bioecológico*. Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado. Aveiro.

Macmillan, K., Hopkinson, J., Peden, J. & Hycha, D. (2000). *Como cuidar dos nossos*. Lisboa: AMARA e ESECG.

Macnee, C. (2004) – *Understanding nursing research. Reading and using research in practice*. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia.

Mathias, J., Zagonel, I., Lacerda, M. (2006). Processo clinical caritas: novos rumos para o cuidado de enfermagem transpessoal. *Acta Paul Enferm*. 19 (3), 332-7.

Nogueira, C. (2016). *Burnout dos Enfermeiros no Serviço de Urgência*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo - Escola Superior de Saúde. Dissertação de Mestrado. Viana do Castelo.

Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência.

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2009). Modelo de Desenvolvimento Profissional: pela segurança dos cuidados. *Revista Ordem dos Enfermeiros*. 32.

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Cuidados paliativos para uma morte digna – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os Enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. Conselho Internacional de Enfermeiros. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf. Consultado a 10/07/2016.

Ordem dos Enfermeiros (2010c). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: OE.

Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Lisboa: OE.

Pacheco, S. (2002). *Cuidar a pessoa em fase terminal: perspetiva ética*. Loures: Lusociência.

Periyakoil, V. *et al* (2009). Creation and the Empirical Validation of the Dignity Card-Sort Tool To Assess Factors Influencing Erosion of Dignity at Life's End. *Journal of Palliative Medicine*. 12 (12), 1125-1130.

Pinto, V. F. (1996). Humanização e qualidade de vida. *Servir*. 44 (1), 12-20.

Querido, A., Salazar, H., Neto, I. (2010) Comunicação. In Barbosa, A. & Galriça, I.N.. *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 461-485). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.

Renaud, M. (2004). Dignidade Humana. In Neves, M. & Pacheco, S. (Coords). *Para uma ética da enfermagem – desafios* (pp. 203-214). Ponta Delgada: Gráfica de Coimbra.

Sadala, M.L., Silva, F. (2009). Cuidando de pacientes em fase terminal: a perspectiva de alunos de enfermagem. *Revista Escola Enfermagem USP*. 43 (2), 287-294.

Scriven, M. & Paul, R. (1987). *Defining critical thinking: A statement by Michael Scriven and Richard Paul for the National Council for Excellence in Critical Thinking Instruction*. Disponível em: <http://www.criticalthinking.org/pages/defining-critical-thinking/410>.

Serra, S. (2012). *Morrer na presença de quem cuida: atitudes do enfermeiro de cuidados diferenciados face à morte e aos cuidados ao doente em fim de vida*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Tese de Mestrado. Porto.

Silva, J. V. & Simões, I. A. R. (2008). *Os significados de boa morte ou morte digna: as representações sociais do paciente, familiar cuidador e profissionais da área de saúde de Pouso Alegre*. Universidade do Vale do Sapucaí. Tese de Mestrado. Pouso Alegre.

Silva, M. & Araújo, M. (2012). Comunicação em Cuidados Paliativos. In Carvalho, R. & Parsons, H.. *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 75-85). ANCP.

Takaki, M. & Sant'Ana, D. (2004). A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde. *Cogitare Enferm., Curitiba*. 9 (1), 79-83.

The Health Foundation (2014). *Person-centered care made simple*. London: The Health Foundation.

Watson, J. (1996). Watson's theory of transpersonal caring. In P.H. Walker & B. Neuman. *Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice & administration* (pp. 141-184). NY: NLN Press.

Watson, J. (1988). *Enfermagem Pós-Moderna e Futura – Um novo paradigma da enfermagem*. Loures: Lusociência.

Worden, J. (1983). *Grief Counselling & Grief Therapy*. London and New York: Tavistock Publications.

APÊNDICES

APÊNDICE I
Revisão Scoping

A revisão scoping realizada neste trabalho teve como objetivo identificar as Intervenções de Enfermagem promotoras de dignidade humana à pessoa com doença oncológica em fim de vida. Para a revisão crítica da literatura, partiu-se da seguinte questão de pesquisa: Quais as intervenções de enfermagem promotoras de dignidade humana à pessoa com doença oncológica em fim de vida? Esta questão de pesquisa foi elaborada utilizando a estratégia da mnemónica PICO, que é usada para a procura de evidência e define os atributos dos estudos que devem ser incluídos, especificando-se na tabela em baixo apresentada.

P (População)	Pessoa com doença oncológica em fim de vida
I (Fenómeno de Interesse)	Intervenções de enfermagem promotoras de dignidade humana
Co (Contexto)	<i>Não definido</i>

Tabela 1 – esquematização da formulação da questão de pesquisa

Não foi definido contexto de modo a não limitar a pesquisa. Tendo como base a questão formulada, para a pesquisa foram definidos critérios de inclusão e exclusão com o intuito de alcançar estudos adequados à temática em questão, os quais se encontram explicitados na tabela 2 e 3 respetivamente.

Critérios para a seleção	Critérios de Inclusão
Tipo de Estudos	Revisões sistemáticas da literatura, estudos qualitativos, quantitativos e mistos, publicados entre 2000 e 2016 ¹
Tipo de Participantes	Adultos com idade igual ou superior a 19 anos ² que se encontrem em fim de vida
Fenómeno de Interesse	Intervenções promotoras de dignidade humana em fim de vida ³

Tabela 2 – critérios de inclusão

¹ A limitação temporal estabelecida permitiu aceder à evidência científica mais recente.

² A CINAHL e a MEDLINE definem “todos os adultos”, as pessoas com idade igual ou superior a 19 anos.

³ Incluídas todas as intervenções promotoras de dignidade humana em fim de vida, não só especificamente intervenções de Enfermagem, de modo a aceder à maior evidência científica existente nesta área.

Critérios para a seleção	Critérios de Exclusão
Tipo de Estudos	Estudos anteriores a 1999
Tipo de Participantes	Pessoas com idade igual ou inferior a 19 anos que se encontrem em fim de vida
Fenómeno de Interesse	Todas as intervenções que não visem promover a dignidade humana

Tabela 3 – critérios de exclusão

De modo a responder à questão formulada, começou por se fazer pesquisa nas bases de dados eletrónicas CINAHL e MEDLINE, da plataforma EBSCOhost *Integrated Search*, entre maio e outubro de 2016. Primeiramente, foi feita pesquisa na CINAHL e na MEDLINE, usando termos em linguagem natural, o que permitiu aceder a estudos relacionados com a presente problemática.

Seguidamente, foi realizada pesquisa na CINAHL, utilizando os termos identificados em linguagem natural e termos indexados, através da opção CINAHL Headings, empregando os operadores Boleanos OR e AND, tal como se apresenta na Tabela 4.

Pesquisa	Termos de pesquisa
S1	Human dignity
S2	Terminally ill
S3	Oncology
S4	S1 OR S2 OR S3
S5	(MM "Human Dignity") OR "human dignity"
S6	(MM "Terminally Ill Patients") OR (MM "Cancer Patients")
S7	Nurs*
S8	S5 AND S6 AND S7

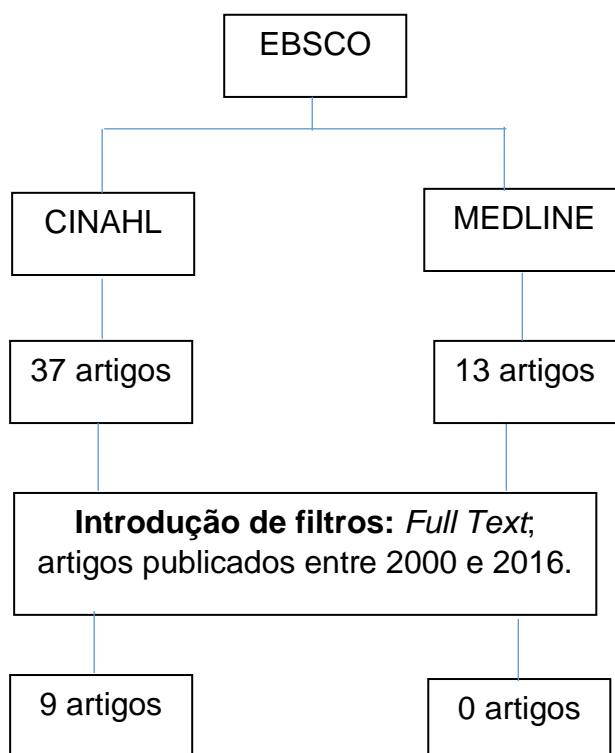
Tabela 4 – Pesquisa efetuada na CINAHL

Na **MEDLINE** foram pesquisados todos os termos identificados em linguagem natural e termos indexados, através da opção *Medical Subject Headings* (MeSH), empregando também os operadores Boleanos OR e AND. Como resultado da pesquisa, tal como se encontra exposto na Tabela 5.

Pesquisa	Termos de pesquisa
S1	Human dignity
S2	(MM "Terminally Ill") OR (MH "Terminal Care+")
S3	Nurs*
S4	S1 AND S2 AND S3

Tabela 5 – Pesquisa efetuada na MEDLINE

Os totais de artigos obtidos na CINAHL e na MEDLINE foram sujeitos à introdução dos seguintes filtros: *Full Text*, data de publicação desde 2000 até 2016 e “todos os adultos”. Após esta filtragem, foram identificados na CINAHL 9 artigos e na MEDLINE 0 artigos, como se encontra ilustrado no Esquema 1.



Esquema 1 – Resultados obtidos na CINAHL e na MEDLINE após introdução de filtros

Efetuuou-se a leitura dos títulos dos artigos obtidos, com base nos critérios de inclusão. Excluíram-se os que não cumpriam os critérios de inclusão e não se referiam à problemática do projeto. Prosseguiu-se com a leitura dos resumos destes artigos, tendo em conta os critérios de inclusão. Por fim, efetuou-se a leitura integral dos mesmos, o que permitiu eleger 1 artigo, conforme Tabela 6, que permite dar resposta à questão formulada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Volker, D. et al (2004). Patient Control and End-Of-Life Care Part II: The Patient Perspective. *Oncology Nursing Forum*, 31(5), 954-960.

Tabela 6 – Referências Bibliográficas do artigo eleito na CINAHL, após a leitura dos textos integrais, tendo em conta os critérios de inclusão

Com a leitura e análise dos 9 artigos, bem como dos autores citados e suas referências bibliográficas, foi possível obter mais 4 artigos relevantes para a temática em questão, conforme Tabela 7.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brown, Johnston & Östlund (2003). Identifying care actions to conserve dignity in end-of-life care. *British Journal of Community Nursing*, 6 (5), 238-245.

Chochinov, H. et al (2002) Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Social Science & Medicin.*, 54, 433-443.

Enes, S. (2003). Exploration of dignity in palliative care. *Palliative Medicine*, 17, 263-269.

Valente *et al* (2011). Nurses' perspectives of challenges in end of life care. *The Journal of Chi Eta Phi Sorority*, 55 (1), 28-31.

Tabela 7 – Referências Bibliográficas dos artigos obtidos através da leitura e análise dos artigos eleitos na CINAHL e na MEDLINE

Para além desta pesquisa e de modo a alcançar a maior evidência científica disponível, no mesmo período temporal, foram também efetuadas pesquisas em livros, artigos de periódicos, websites, registos históricos, assim como teses e dissertações de mestrado, cujas referências bibliográficas dos trabalhos obtidos, se encontram descritas na Tabela 8.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, D.V., Chaves, E., Brito, J., (2009). Humanização dos cuidados de saúde: uma interpretação a partir da filosofia de Emmanuel Lévinas. *Revista Referência*. 10, 89-96

Andrade, C., Costa, S., Lopes, M. (2013). Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Ciência & Saúde Coletiva*. 18 (09), 2523-2530

Bacalhau, L. (2014). *Cuidar centrado na dignidade*. Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde. Relatório de Estágio. Lisboa

Barroso, L. & Martel, L. (2010). A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida. *Panóptica*. 19, 69-104

Borges, A. *et al* (2006). Perceção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento. *Psicologia em Estudo, Maringá*. 11 (2), 361-369

Carneiro, P.J. (2006). Dignity – conserving care – a new model for palliative care helping the patient feel valued. Porto: Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Disponível em: www.apcp.com.pt/clube-de-leitura/dignity-conserving-care-a-new-model-for-palliative-care-helping-the-patient-feel-valued

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

Chochinov, H.M. (2007). Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *British Medical Journal*. 335 (7612), 184-187

Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), disponível em: <http://www.gddc.pt/direitos-humanos/textos-internacionais-dh/tidhuniversais/cidhdudh.html> (acedido a 07/04/2016)

Deodato, S. (2006). Autonomia e Morte. In Ordem dos Enfermeiros. *Final de vida – VI Seminário do Conselho Jurisdicional* (pp. 6-13). Lisboa: OE

Direção Geral de Saúde (DGS) (2013). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas – Portugal Doenças Oncológicas em Números*. Lisboa: Ministério de Saúde

Festas, C. (1999). Cuidar no 3º milénio. *Servir*. 47 (2), 60-66

Julião, M. (2014). Eficácia da *Terapia da Dignidade no Sofrimento Psicossocial de Doentes em Fim de Vida Seguidos em Cuidados Paliativos: Ensaio Clínico Aleatorizado e Controlado*. Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina de Lisboa. Dissertação de Doutoramento. Lisboa

Li, H.-C., Richardson A., Speck P. & Armes J. (2014). Conceptualisations of dignity at the end-of-life: exploring theoretical and cultural congruence with dignity therapy. *Journal of Advanced Nursing*. 70 (12), 2920–2931

Macedo, J. (2002). Dignidade da pessoa no fim da vida. *Boletim do Hospital de São Marcos*. XVIII, 2, 73-78

Macnee, C. (2004) – *Understanding nursing research. Reading and using research in practice*. Lippincott Williams & Wilkins: Philadelphia

Mathias, J., Zagonel, I., Lacerda, M. (2006). Processo clinical caritas: novos rumos para o cuidado de enfermagem transpessoal. *Acta Paul Enferm*. 19 (3), 332-337

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Cuidados paliativos para uma morte digna – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. Lisboa: OE

Pacheco, S. (2002). *Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética*. Loures: Lusociência

Periyakoil, V. *et al* (2009). Creation and the Empirical Validation of the Dignity Card-Sort Tool To Assess Factors Influencing Erosion of Dignity at Life's End. *Journal of Palliative Medicine*. 12 (12), 1125-1130

Pinto, V. F. (1996). Humanização e qualidade de vida. *Servir*. 44 (1), 12-20

<p>Renaud, M. (2004). Dignidade Humana. In Neves, M. & Pacheco, S. (Coords). <i>Para uma ética da enfermagem – desafios</i> (pp. 203-214). Açores: Gráfica de Coimbra</p>
<p>Sadala, M.L., Silva, F. (2009). Cuidando de pacientes em fase terminal: a perspectiva de alunos de enfermagem. <i>Revista Escola Enfermagem USP</i>, São Paulo. 43 (2), 287-294</p>
<p>Serra, S. (2012). <i>Morrer na presença de quem cuida: atitudes do enfermeiro de cuidados diferenciados face à morte e aos cuidados ao doente em fim de vida</i>. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Tese de Mestrado. Porto</p>
<p>Silva, J. V. & Simões, I. A. R. (2008). <i>Os significados de boa morte ou morte digna: as representações sociais do paciente, familiar cuidador e profissionais da área de saúde de Pouso Alegre</i>. Universidade do Vale do Sapucaí. Tese de Mestrado. Pouso Alegre</p>
<p>Watson, J. (1996). Watson's theory of transpersonal caring. In P.H. Walker & B. Neuman. <i>Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice & administration</i> (pp. 141-184). NY: NLN Press</p>
<p>Watson, J. (1988). <i>Enfermagem Pós-Moderna e Futura – Um novo paradigma da enfermagem</i>. Lusociência</p>

Tabela 8 – Referências Bibliográficas dos trabalhos e artigos obtidos nas pesquisas efetuadas em livros, artigos de periódicos, websites, registos históricos, teses e dissertações de mestrado

Segue-se a explicitação de como foi feita a análise dos artigos mais relevantes, obtidos na presente *Scoping Review* (Tabela 9).

TÍTULO (AUTORES, ANO)	- OBJETIVO - METODOLOGIA	RESULTADOS	- CONCLUSÕES - IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM
<p><i>“Patient Control and End-Of-Life Care Part II: The Patient Perspective”</i> (Volker et al, 2004)</p>	<p>- Explorar a natureza do que as pessoas com doença oncológica avançada pretendem relativamente ao controlo pessoal e conforto no fim de vida</p> <p>- Estudo Qualitativo Descritivo</p>	<p>Para os cuidados em fim de vida, os doentes privilegiam: a proteção da dignidade, o controlo da dor e outros sintomas associados à doença, a gestão do tratamento, a gestão do tempo que lhes resta, a gestão do impacto na família e o controlo do processo de morte;</p>	<p>- Os desejos dos doentes refletem os seus valores pessoais e crenças relativamente a como gastam o seu tempo e como querem controlar os cuidados que lhes são prestados.</p> <p>- Os profissionais devem estar sensíveis para as diferentes formas de controlo sobre o contexto do seu fim de vida que as pessoas com doença oncológica pretendem ter.</p>
<p><i>“Dignity in the terminally ill: a developing empirical model”</i> (Chochinov et al, 2002)</p>	<p>- Determinar de que forma os pacientes compreendem e definem o termo <i>dignidade</i>, para posteriormente se desenvolver um modelo de dignidade na doença terminal</p> <p>- Estudo Descritivo Exploratório</p>	<p>Para descrever dignidade, os doentes usam termos como orgulho, respeito próprio, qualidade de vida, bem-estar, esperança, autoestima;</p> <p>Alguns doentes descrevem o seu senso de dignidade apresentando uma visão de si próprios que é positiva, respeitosa e consistente com as perceções anteriores à doença;</p> <p>Muitos doentes referem que uma vida sem dignidade é uma vida que não vale a pena ser vivida;</p>	<p>- O conceito de dignidade e o desenvolvimento do modelo de dignidade podem promover a compreensão de como os doentes pretendem <i>navegar</i> no desejo de viver (ou de morrer) quando enfrentam uma doença terminal.</p> <p>- O modelo de dignidade convida os profissionais a considerar uma grande opção de intervenções que se referem à perceção de fontes de sofrimento que podem influenciar o senso de dignidade de cada um.</p>

		<p>A manutenção da autonomia, das boas relações familiares, da esperança e do controlo sobre a sua doença (tratamentos), são essenciais para a manutenção da dignidade.</p>	
<p>“Nurses’ perspectives of challenges in end of life care”</p> <p>(Valente et al, 2011)</p>	<p>- Perceber quais os desafios que os enfermeiros enfrentam nos cuidados em fim de vida, bem como as suas preocupações, desafios e dificuldades sobre a prestação de cuidados em fim de vida e, por fim, as estratégias que utilizam para promover uma morte digna.</p> <p>- Estudo Qualitativo Descritivo</p>	<p>Os enfermeiros referem que a comunicação é um desafio nos cuidados em final de vida;</p> <p>A gestão de conflitos entre profissionais e famílias no que concerne ao tratamento, também se releva um desafio para os enfermeiros;</p> <p>No que concerne a proporcionar uma morte digna, os enfermeiros referem que ouvem os desejos dos doentes e partilham-nos com a família e os restantes elementos da equipa; encorajam a família e doentes a partilhar sentimentos entre si; ajudam a família a focar-se no que é mais importante para a pessoa que está em fim de vida; proporcionam conforto e</p>	<p>- O estudo realizado suporta a necessidade de treino da comunicação sobre a morte, a necessidade de informar sobre os desejos dos doentes quando outros profissionais não estão a honrá-los e a necessidade de ajudar os profissionais a resolver problemas éticos, de comunicação e culturais.</p> <p>- Os enfermeiros precisam de adquirir habilidades para a discussão de assuntos sensíveis, resolver conflitos e para negociações de cuidados para diversas culturas.</p>

		<p>permitem concretização de alguns desejos (como a presença de velas, a realização de <i>rituais de passagem</i> conforme cada religião, por exemplo).</p>	
<p>“Exploration of dignity in palliative care”</p> <p>(Enes, 2003)</p>	<p>- O estudo pretende explorar o significado de dignidade para os pacientes, família e profissionais, analisando o impacto da doença avançada e seus tratamentos, bem como os problemas pertinentes no cuidado da dignidade.</p> <p>- Estudo Qualitativo</p>	<p>No significado de dignidade, surgem temas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “relação e pertença” – ser ouvido e entendido, dar e receber amor, ser incluído; • “ter controlo” sobre – as decisões, o seu corpo, o seu comportamento e o que está a acontecer; • “ser humano” (<i>being human</i>) – ser merecedor de respeito, ter valor, autoestima, ter direitos; • Manter o “self” – independência, individualidade, espaço e privacidade, ter as suas necessidades colmatadas, 	<p>- Com este estudo percebe-se a necessidade de explorar as perspetivas de grupos de diferentes culturas a que os cuidados paliativos pretendem chegar; é também essencial perceber mais sobre as experiências e sentimentos dos profissionais de modo a perceber se são necessárias mais medidas de apoio para os mesmos.</p> <p>- O desafio para os profissionais é encontrar uma linguagem para a dignidade; ser capaz e estar disposto a discutir com os doentes e famílias sobre os cuidados (isto implica suporte, consciência e conhecimento; a dignidade deve tornar-se um tema de formação contínua dentro dos cuidados paliativos).</p>

		<p>manter uma vida “normal”, ser livre para “ser”.</p>	
<p>“Identifying care actions to conserve dignity in end-of-life care”</p> <p>(Brown, Johnston & Östlund, 2003)</p>	<p>- O objetivo do estudo é sugerir intervenções que conservem a dignidade no fim de vida, baseadas na evidência da experiência e prática comunitária de enfermagem.</p> <p>- Estudo Qualitativo Descritivo</p>	<p>As intervenções definidas remetem para três temáticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestão do sofrimento – estabelecer contacto com doente e família o quanto antes para os conhecer tão bem quanto possível; os enfermeiros devem aplicar escalas, guias e <i>guidelines</i> a todos os elementos; ajudar os doentes a ter expectativas realistas e ajudar a fornecer o equipamento necessário; • Perspetivas de conservação da dignidade – os enfermeiros devem comunicar com o doente e família de uma forma que se mantenha tudo normal e 	<p>- As intervenções referidas devem ser testadas de modo a validar as evidências sugeridas nas ações prestadas e nas questões identificadas como importantes para uma morte digna.</p> <p>- Este estudo mostra que os enfermeiros, ao agirem como mediadores ou facilitadores da comunicação entre a família, faz com que estes sintam maior suporte social. Mostra também que alguns enfermeiros podem estar desconfortáveis na comunicação com os doentes em fim de vida, devendo investir na sua formação contínua nessa área.</p>

		<p>equitativo; dar permissão para a tristeza; ajudar os doentes a articular o que é importante;</p> <ul style="list-style-type: none">• Inventário de dignidade social – estar sensível para a necessidade de privacidade dos utentes; ser respeitador na prestação de cuidados; ajudar os doentes a aceitar a mudança das suas circunstâncias.	
--	--	---	--

Tabela 9 – Resumo da análise dos artigos mais relevantes, obtidos na presente Scoping Review

APÊNDICE II

Atividades e resultados esperados, projetados para cada campo de estágio

Objetivo Geral: Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no âmbito da promoção da dignidade humana à pessoa em fim de vida

Campo de Estágio:

1º Campo de Estágio – UAD de um Centro Oncológico de Referência Nacional – 26 Outubro a 04 Novembro 2016

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação
<p>1. Adquirir competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente oncológico em fim de vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Integração ao serviço, conhecendo os vários elementos da equipa multidisciplinar e apresentando o projeto à chefia e equipa de enfermagem (nomeadamente os objetivos a atingir e competências a desenvolver); • Consulta de documentação de registo dos cuidados de Enfermagem; • Observação da prestação de cuidados de Enfermagem ao doente em fim de vida no âmbito da promoção da dignidade humana; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Equipa de Enfermagem ✓ Supervisor Clínico 	<ul style="list-style-type: none"> • Integra-se no serviço apresentando o projeto de estágio, bem como os objetivos e competências a desenvolver. • Consulta os registos dos cuidados de enfermagem. • Observa de que forma o supervisor clínico presta cuidados especializados em fim de vida, nomeadamente no âmbito da promoção da dignidade humana. No final, retira notas sobre o que

<p>2. Identificar estratégias promotoras da dignidade humana ao doente oncológico em fim de vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Partilha de experiências dos enfermeiros do serviço sobre a sua prática do cuidar do doente oncológico em fim de vida (estratégias e dificuldades dos enfermeiros; expectativas do doente/família com os cuidados de Enfermagem); • Realização de revisão scoping sobre a temática em questão; • Realização de uma <i>check-list</i> com intervenções promotoras da dignidade humana em fim de vida; • Observação e análise das estratégias de intervenção dos enfermeiros do serviço, no âmbito da promoção da dignidade humana, tendo em conta a evidência científica recolhida e com 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisão Bibliográfica ✓ Documentação do Serviço ✓ Notas de campo 	<p>observou e esclarece dúvidas caso existam.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conversa com os Enf. do serviço sobre a sua prática de cuidar do doente oncológico em fim de vida. • Apresenta uma prática-reflexiva no cuidar centrado na pessoa com doença oncológica. • Realiza <i>check-list</i>. • Aplica <i>check-list</i> em observação e analisa as estratégias promotoras de dignidade humana em fim de vida.
--	--	--	---

	<p>recurso à <i>check-list</i> elaborada (com os critérios definidos);</p> <ul style="list-style-type: none">• Reunião com pelo menos um enfermeiro perito do serviço para validar se a evidência recolhida está de acordo com a prática clínica;• Realização de uma reflexão seguindo ciclo de Gibbs sobre a intervenção de enfermagem ao doente oncológico e sua família;• Apresentação à equipa do trabalho realizado junto da mesma.		<ul style="list-style-type: none">• Reúne com um Enf. perito do serviço para validar a documentação que apresenta.• Realiza relato de experiências em reflexão individual.• Apresenta à equipa o trabalho que realizou junto da mesma, bem como os resultados da observação realizada.
--	--	--	--

Objetivo Geral: Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no âmbito da promoção da dignidade humana à pessoa em fim de vida

Campo de Estágio:

2º Campo de Estágio – UCP e de Convalescença de uma Instituição Privada – 07 Novembro a 16 Dezembro 2016

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação
<p>1. Adquirir competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente oncológico em fim de vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Integração ao serviço, conhecendo os vários elementos da equipa multidisciplinar e apresentando o projeto à chefia e equipa de enfermagem (nomeadamente os objetivos a atingir e competências a desenvolver); • Consulta de documentação de registo dos cuidados de Enfermagem; • Observação da prestação de cuidados de Enfermagem ao doente em fim de vida no âmbito da promoção da dignidade humana; 	<p>✓ Equipa de Enfermagem</p> <p>✓ Supervisor Clínico</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Integra-se no serviço apresentando o projeto de estágio, bem como os objetivos e competências a desenvolver. • Consulta os registos dos cuidados de enfermagem. • Observa de que forma o supervisor clínico presta cuidados especializados em fim de vida, nomeadamente no âmbito da promoção da dignidade humana. No final, retira notas sobre o que

<p>2. Identificar estratégias promotoras da dignidade humana ao doente oncológico em fim de vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Partilha de experiências dos enfermeiros do serviço sobre a sua prática do cuidar do doente oncológico em fim de vida (estratégias e dificuldades dos enfermeiros; expectativas do doente/família com os cuidados de Enfermagem); • Observação e análise das estratégias de intervenção dos enfermeiros do serviço, no âmbito da promoção da dignidade humana, tendo em conta a evidência científica recolhida e com recurso à <i>check-list</i> elaborada (com os critérios definidos); • Reunião com pelo menos um enfermeiro perito do serviço para validar se a evidência recolhida está de acordo com a prática clínica; 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisão Bibliográfica ✓ Documentação do Serviço ✓ Notas de campo 	<p>observou e esclarece dúvidas caso existam.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conversa com os Enf. do serviço sobre a sua prática de cuidar do doente oncológico em fim de vida. • Aplica <i>check-list</i> em observação e analisa as estratégias promotoras de dignidade humana em fim de vida. • Reúne com um Enf. perito do serviço para validar a documentação que apresenta
--	---	--	---

<p>3. Aplicar estratégias promotoras da dignidade humana ao doente oncológico em fim de vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Terminar revisão scoping sobre a temática em questão; • Realização de uma reflexão seguindo o ciclo de Gibbs; • Prestação de cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em fim de vida, aplicando estratégias promotoras da dignidade humana; • Reformulação da <i>check-list</i> se for necessário; • Apresentação à equipa do trabalho realizado junto da mesma. 		<ul style="list-style-type: none"> • Termina a revisão scoping. • Realiza relato de experiências em reflexão individual. • Presta cuidados especializados aplicando estratégias promotoras de dignidade humana. • Reformula <i>check-list</i> com novas intervenções promotoras de dignidade humana. • Apresenta à equipa o trabalho que realizou junto da mesma, bem como os resultados da observação realizada.
--	--	--	--

Objetivo Geral: Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no âmbito da promoção da dignidade humana à pessoa em fim de vida

Campo de Estágio:

3º Campo de Estágio – UCP de uma Instituição privada de Referência Nacional – 3 Janeiro a 10 Fevereiro 2017

Objetivos Específicos	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação
1. Adquirir competências para a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente oncológico em fim de vida	<ul style="list-style-type: none">• Integração ao serviço, conhecendo os vários elementos da equipa multidisciplinar e apresentando o projeto à chefia e equipa de enfermagem (nomeadamente os objetivos a atingir e competências a desenvolver);• Consulta de documentação de registo dos cuidados de Enfermagem;• Observação da prestação de cuidados de Enfermagem ao doente em fim de vida no âmbito da promoção da dignidade humana;	✓ Equipa de Enfermagem ✓ Supervisor Clínico	<ul style="list-style-type: none">• Integra-se no serviço apresentando o projeto de estágio, bem como os objetivos e competências a desenvolver.• Consulta os registos dos cuidados de enfermagem.• Observa de que forma o supervisor clínico presta cuidados especializados em fim de vida, nomeadamente no âmbito da promoção da dignidade humana. No final, retira notas sobre o que

<p>2. Identificar estratégias promotoras da dignidade humana ao doente oncológico em fim de vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Partilha de experiências dos enfermeiros do serviço sobre a sua prática do cuidar do doente oncológico em fim de vida (estratégias e dificuldades dos enfermeiros; expectativas do doente/família com os cuidados de Enfermagem); • Observação e análise das estratégias de intervenção dos enfermeiros do serviço, no âmbito da promoção da dignidade humana, tendo em conta a evidência científica recolhida e com recurso à <i>check-list</i> elaborada (com os critérios definidos); • Reunião com pelo menos um enfermeiro perito do serviço para validar se a evidência recolhida está de acordo com a prática clínica; 	<p>(...)</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Revisão Bibliográfica ✓ Documentação do Serviço ✓ Notas de campo 	<p>observou e esclarece dúvidas caso existam.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conversa com os Enf. do serviço sobre a sua prática de cuidar do doente oncológico me fim de vida. • Aplica <i>check-list</i> em observação e analisa as estratégias promotoras de dignidade humana em fim de vida. • Reúne com um Enf. perito do serviço para validar a documentação que apresenta
--	---	---	---

<p>3. Aplicar estratégias promotoras da dignidade humana ao doente oncológico em fim de vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realização de uma reflexão seguindo o ciclo de Gibbs; • Prestação de cuidados de Enfermagem especializados à pessoa em fim de vida, aplicando estratégias promotoras da dignidade humana; • Reformulação da <i>check-list</i> se for necessário; • Desenvolver competências de relação de ajuda e aplicá-las junto da pessoa em fim de vida e sua família; • Perceber o que é a dignidade na perspetiva dos utentes, questionando o que é para eles a dignidade e se 	<p>✓ Reflexão crítica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza relato de experiências em reflexão individual. • Presta cuidados especializados aplicando estratégias promotoras de dignidade humana. • Reformula <i>check-list</i> com novas intervenções promotoras de dignidade humana. • Cria relação empática e de confiança com os utentes e, de forma informal, introduz questões sobre a dignidade humana. • Realiza pelo menos 1 entrevista informal a um doente, percebendo o que é a
--	--	---------------------------	---

<p>4. Promover a prática de cuidados de enfermagem promotores da dignidade humana ao doente em fim de vida</p>	<p>experienciaram alguma situação em que se tenham sentido cuidados com dignidade e de que forma isso afetou a sua vida e a sua doença;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover a discussão em equipa sobre intervenções promotoras de dignidade humana utilizadas/a utilizar; • Realização um Guia de boas práticas no âmbito da promoção da dignidade humana; • Apresentação do Guia à equipa multidisciplinar, bem como do trabalho realizado ao longo das semanas de estágio. 		<p>dignidade humana na sua perspetiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promove, junto da equipa, a partilha e discussão de intervenções promotoras de dignidade humana utilizadas e a utilizar no futuro em cada doente cuidado. • Realiza o Guia de boas práticas. • Apresenta o Guia de boas práticas à equipa, bem como a metodologia e ferramentas utilizadas para o realizar. Apresenta também o trabalho realizado junto da equipa e os resultados da sua observação.
--	--	--	---

APÊNDICE III


Cronograma das atividades de estágio

Semanas		26 Set. a 4 Nov.						7 Nov. a 18 Dez.						3 Jan. a 10 Fev. 2017						13 Fev. a 5 Mar.
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
Atividades	Perceber o que é a dignidade na perspetiva dos utentes, questionando o que é para eles a dignidade e se experienciaram alguma situação em que se tenham sentido cuidados com dignidade e de que forma isso afetou a sua vida e a sua doença																			
	Promover a discussão em equipa sobre intervenções promotoras de dignidade humana utilizadas/a utilizar																			
	Realização de um guia de boas práticas no âmbito da promoção da dignidade humana;																			
	Apresentação do Guia à equipa multidisciplinar, bem como do trabalho realizado ao longo das semanas de estágio																			
	Elaboração do relatório de estágio																			

Legenda:

 Atividades planeadas e executadas

 Atividades não planeadas e executadas

 Atividades não executadas

APÊNDICE IV

Descrição da dinâmica da UAD e EIHSCP de um Centro Oncológico de referência nacional

Este centro oncológico nacional foi criado em 1923 e desde então dedica-se à luta organizada contra o cancro no nosso país e à prestação de cuidados de saúde diferenciados. Nele, doente é visto “como um todo” e é nesse sentido que o cuidado se baseia nas três vertentes implícitas à prática da medicina: cuidar, ensinar e investigar, tudo isto centrado no doente oncológico. Com a multidisciplinariedade deste centro, pretende-se abranger as áreas de investigação, ensino, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e continuidade dos cuidados, assegurando a cada pessoa cuidados de acordo com as suas necessidades específicas. O modelo teórico que sustenta a prestação de cuidados de enfermagem nesta instituição e que incentiva a avaliação do doente como um todo nas suas diferentes dimensões é o referencial Teórico de Virgínia Henderson. O Centro utiliza uma filosofia de cuidados em que se destaca “o doente em primeiro lugar”.

Este serviço é constituído por 3 equipas distintas: a equipa de Assistência Domiciliária (UAD), a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e a equipa da Gestão de Altas (EGA). Alguns elementos são transversais às várias equipas, outros pertencem só a uma.

A equipa de Enfermagem é constituída por 1 enfermeira chefe que pertence às 3 equipas, 2 enfermeiras a tempo inteiro na UAD, 2 enfermeiras que dividem o tempo entre a UAD e a EIHSCP, 1 enfermeira a tempo inteiro na EGA. À equipa Médica pertencem 2 médicas que são transversais às 3 equipas (1 é diretora de serviço). Há também 1 Assistente Social que é transversal às 3 equipas, 1 Psicóloga que divide tempo entre a EIHSCP e a consulta da dor e dá apoio à UAD, 1 Assistente Técnica que é transversal às 3 equipas, 1 Assistente Operacional que pertence à UAD e dá apoio às outras 2 equipas. Os motoristas não fazem parte da equipa, embora a instituição disponibilize um motorista diário para a UAD. De segunda a sexta existe um segundo motorista (sempre que haja disponibilidade da equipa de motoristas).

A UAD funciona 365/366 dias por ano das 8h às 16h, com disponibilidade telefónica nesse horário. De segunda-feira a sexta-feira saem para os domicílios duas equipas, uma com médica e enfermeira, outra só com enfermeira (a saída desta segunda equipa está sujeita à disponibilidade de um segundo motorista). Ao fim de semana está presente apenas uma enfermeira no mesmo horário, ficando uma médica de apoio telefónico.

A EIHS CP funciona de segunda-feira a sexta-feira das 8h às 16h com disponibilidade telefónica nesse horário, com uma enfermeira e uma médica que se deslocam aos serviços para observar os doentes referenciados. Existe também tempo de consulta externa às terças e quintas-feiras das 13h às 15h.

A EGA funciona de segunda-feira a sexta-feira, das 8h às 16h.

As três equipas estão sediadas no mesmo espaço físico, sendo que o mesmo é constituído por:

- Gabinete da Diretora de Serviço, que funciona como gabinete de passagem de turno e reuniões;
- Gabinete da Enfermeira Chefe, onde há uma secretária extra onde habitualmente outra enfermeira realiza trabalhos/registos de turno;
- Sala ampla dividida em 3 espaços: copa do pessoal, sala de material e um espaço maior onde estão as secretárias e computadores para as enfermeiras, uma secretária e material de apoio para a assistente técnica e estantes para arrumar documentação necessária;
- Armazém para arrumação das ajudas técnicas.

A referenciação quer para a UAD, quer para a EIHS CP é feita pelo médico assistente do doente. Não existe um número máximo de doentes a seguir, pois varia consoante a complexidade das necessidades dos doentes/famílias. Na UAD habitualmente são seguidos entre 20 a 24 doentes. A equipa presta cuidados exclusivamente na área da Grande Lisboa.

Na escala mensal, a enfermeira chefe define para cada dia que enfermeiras ficam atribuídas à UAD e à EIHS CP (para que todas conheçam todos os doentes), sendo que o turno se inicia com a passagem de todos os doentes de ambos os serviços (com a presença da(s) médica(s) e enfermeiras), havendo lugar à discussão de intervenções tomadas e a tomar. De seguida, cada elemento segue para o seu local, organizando o trabalho e as deslocações autonomamente consoante as necessidades dos doentes/serviços. Há uma enfermeira que exerce funções exclusivamente na UAD, e outra na EGA, sendo que todas as outras exercem funções na UAD e EIHS CP, conhecendo todos os doentes, o que facilita o planeamento dos cuidados e a proximidade com as pessoas e famílias cuidadas.

APÊNDICE V

Check-list

A realização desta *check-list* teve como objetivo esquematizar as intervenções de enfermagem promotoras de dignidade humana, de modo a perceber de que forma as equipas as aplicavam ou não, pretendendo verificar se a prática de enfermagem estava de acordo com o que é sugerido pela literatura e/ou se tinha algo a acrescentar ou corrigir ao que está descrito pelos autores. Assim, após reunir a informação existente em literatura sobre as intervenções promotoras de dignidade humana, focamo-nos nos autores escolhidos como referencial teórico do projeto, Jean Watson e M. Chochinov, uma vez que são os autores que mais documentação apresentam sobre esta temática. Seleccionamos dois documentos específicos, “*Watson’s theory of transpersonal caring*”, de Watson (1996) e “*Dignity and the essence of medicine: the A, B,C, and D of dignity conserving care*”, de Chochinov (2007), procedendo-se à esquematização das intervenções promotoras de dignidade humana definidas por cada um, podendo concluir-se que algumas delas são comuns na descrição dos dois autores. Após observação da intervenção dos enfermeiros, pretendia-se registar as intervenções a acrescentar ao documento realizado.

Este documento, abaixo exposto, comporta duas tabelas, sendo a primeira referente às intervenções promotoras de dignidade humana e a segunda aos critérios para análise da intervenção dos enfermeiros dos serviços (através da observação direta da respetiva atuação).

Estágio com Relatório

Intervenções Promotoras de Dignidade	Critérios para análise	Análise de comportamentos, atitudes e estratégias de comunicação
Apresenta-se ao utente e família ¹	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta-se ao utente e família, referindo quais os objetivos da sua presença. 	
Utiliza linguagem ajustada ¹	<ul style="list-style-type: none"> • Adequa-se a cada doente, família e contexto. 	
Trata o outro com respeito, interesse e atenção ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Tem noção de como a sua atitude afeta o outro; • Percebe que mais pode saber sobre o doente para o ajudar em pleno; • Questiona sobre sentimentos, sintomas, desejos, receios, ...; • Considera as histórias pessoais e/ou familiares que acompanham a doença; • Utiliza pequenos gestos que demonstram atenção para com o doente (toque, oferecer algo para beber, ajeitar a almofada, ...). 	

¹ Chochinov, H.M. (2007). Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *British Medical Journal*. 335 (7612), 184-187

² Watson, J. (1996). Watson's theory of transpersonal caring. In P.H. Walker & B. Neuman. *Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice & administration* (pp. 141-184). NY: NLN Press

Proporciona um ambiente cuidado e confortável ²	<ul style="list-style-type: none"> • Garante condições de higiene e segurança; • Promove ambiente confortável para o contacto/conversa com o doente. 	
Incentiva a partilha de sentimentos ²	<ul style="list-style-type: none"> • Questiona o doente sobre preocupações, dificuldades, fatores positivos e negativos da situação; 	
Mostra compaixão ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta intenção clara de ajuda; • Apresenta olhar compreensivo, toques gentis; • Utiliza formas de comunicação verbal e não-verbal que reconhecem a pessoa para além da doença. 	
Instila a fé e a esperança ²	<ul style="list-style-type: none"> • Promove a esperança diariamente; • Respeita a crença do doente e família; • Reforço positivo nos pontos de fé do doente; • Promove pensamentos positivos dirigidos para momentos felizes já vividos. 	
Ajuda na resolução de problemas capacitando o doente para tal ²	<ul style="list-style-type: none"> • Capacita o doente para perceção dos sintomas de modo a conseguir minimizá-los/resolvê-los no dia-a-dia. 	
Promove a discussão em equipa sobre atitudes e comportamentos adotados/a adotar no futuro ¹	<ul style="list-style-type: none"> • Questiona as suas próprias atitudes e reflete em equipa; • Incentiva o desenvolvimento de estratégias para a promoção da dignidade humana. 	

APÊNDICE VI

Análise da observação realizada à intervenção de uma enfermeira
numa VD – 1º campo de estágio

Estágio com Relatório

Intervenções Promotoras de Dignidade	Critérios para análise	Análise de comportamentos, atitudes e estratégias de comunicação
Apresenta-se ao utente e família ¹	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta-se ao utente e família, referindo quais os objetivos da sua presença. 	<p>- A Enf. já conhecia o doente e cumprimentou-o, de seguida apresentou-me e pediu autorização para a minha presença, referindo que me encontrava a estagiar junto da equipa.</p>
Utiliza linguagem ajustada ¹	<ul style="list-style-type: none"> • Adequa-se a cada doente, família e contexto. 	<p>- Trata-se de um doente diferenciado (médico), sendo utilizada linguagem ajustada ao mesmo.</p>
Trata o outro com respeito, interesse e atenção ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Tem noção de como a sua atitude afeta o outro; • Percebe que mais pode saber sobre o doente para o ajudar em pleno; • Questiona sobre sentimentos, sintomas, desejos, receios, ...; • Considera as histórias pessoais e/ou familiares que acompanham a doença; • Utiliza pequenos gestos que demonstram atenção para com o doente (toque, oferecer algo para beber, ajeitar a almofada, ...). 	<p>- Questionou o doente sobre os seus sintomas. Posteriormente doente procurou a Enf. para partilhar sentimentos e receios, sendo claramente tida em conta a sua história de doença.</p> <p>- Por variadas vezes foram utilizados gestos de atenção para com o doente, em particular o toque.</p>

¹ Chochinov, H.M. (2007). Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *British Medical Journal*. 335 (7612), 184-187

² Watson, J. (1996). Watson's theory of transpersonal caring. In P.H. Walker & B. Neuman. *Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice & administration* (pp. 141-184). NY: NLN Press

<p>Proporciona um ambiente cuidado e confortável²</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Garante condições de higiene e segurança; • Promove ambiente confortável para o contacto/conversa com o doente. 	<ul style="list-style-type: none"> - A casa dispunha de condições de higiene e segurança; - Quando o doente iniciou a partilha de sentimentos, a Enf. colocou-se mais perto do mesmo.
<p>Incentiva a partilha de sentimentos²</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Questiona o doente sobre preocupações, dificuldades, fatores positivos e negativos da situação; 	<ul style="list-style-type: none"> - Na partilha de sentimentos, foram colocadas questões específicas ao doente para conduzir a interação.
<p>Mostra compaixão^{1,2}</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta intenção clara de ajuda; • Apresenta olhar compreensivo, toques gentis; • Utiliza formas de comunicação verbal e não-verbal que reconhecem a pessoa para além da doença. 	<ul style="list-style-type: none"> - Todas estas atitudes foram claramente observadas e transmitidas ao doente. No final da conversa, o mesmo referiu “gosto tanto de conversar consigo! Obrigada pela ajuda e preocupação” (sic), dizendo também em tom de brincadeira e entre risos “volte sempre que quiser” (sic).
<p>Instila a fé e a esperança²</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promove a esperança diariamente; • Respeita a crença do doente e família; • Reforço positivo nos pontos de fé do doente; • Promove pensamentos positivos dirigidos para momentos felizes já vividos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Observada a promoção de esperança realista; - Tendo o doente demonstrado a sua fé em Deus, foi instilada a mesma, sendo incentivado a utilizar a sua relação com Deus para ultrapassar/minimizar os seus problemas diários.
<p>Ajuda na resolução de problemas capacitando o doente para tal²</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Capacita o doente para perceção dos sintomas de modo a conseguir minimizá-los/resolvê-los no dia-a-dia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não foi realizada nenhuma intervenção neste sentido, mas percebi que o doente e a esposa estavam capacitados para o controlo da dor (até pelos conhecimentos que o doente possuía sobre o assunto pela sua profissão).
<p>Promove a discussão em equipa sobre atitudes e comportamentos adotados/a adotar no futuro¹</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Questiona as suas próprias atitudes e reflete em equipa; • Incentiva o desenvolvimento de estratégias para a promoção da dignidade humana. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nesse dia não foi observado, mas no dia seguinte em passagem de turno (atividade realizada todas as manhãs), foi observada a discussão dos cuidados prestados/a prestar ao doente.

Intervenções Promotoras de Dignidade observadas na prática e não documentadas	Análise de comportamentos, atitudes e estratégias de comunicação
Respeita o doente e família na tomada de decisão sobre a sua situação de doença;	- O doente e família são parte do planeamento dos cuidados a realizar, no quais são envolvidos e as suas decisões são respeitadas.
Realiza reforço positivo ao doente e família pelas metas alcançadas e pelas ações realizadas	- Ao longo de toda a visita, a enfermeira realizou reforço positivo ao doente e sua esposa sobre a forma como gerem a situação de doença.
Realiza a gestão de recursos sociais junto da família e comunidade	- Intervenção observada ao longo do estágio, não em particular nesta visita. A equipa informa as famílias sobre os recursos disponíveis na comunidade para apoio no domicílio. Dispõe também de material para empréstimo às famílias, como cadeiras de banho, cadeiras de rodas, colchões anti-escaras, entre outros.

APÊNDICE VII
Check-list reformulada

Estágio com Relatório

Intervenções Promotoras de Dignidade	Critérios para análise	Análise de comportamentos, atitudes e estratégias de comunicação
Apresenta-se ao utente e família ¹	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta-se ao utente e família, referindo quais os objetivos da sua presença. 	
Utiliza linguagem ajustada ¹	<ul style="list-style-type: none"> • Adequa-se a cada doente, família e contexto. 	
Trata o outro com respeito, interesse e atenção ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Tem noção de como a sua atitude afeta o outro; • Percebe que mais pode saber sobre o doente para o ajudar em pleno; • Questiona sobre sentimentos, sintomas, desejos, receios, ...; • Considera as histórias pessoais e/ou familiares que acompanham a doença; • Utiliza pequenos gestos que demonstram atenção para com o doente (toque, oferecer algo para beber, ajeitar a almofada, ...). 	

¹ Chochinov, H.M. (2007). Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *British Medical Journal*. 335 (7612), 184-187

² Watson, J. (1996). Watson's theory of transpersonal caring. In P.H. Walker & B. Neuman. *Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice & administration* (pp. 141-184). NY: NLN Press

Proporciona um ambiente cuidado e confortável ²	<ul style="list-style-type: none"> • Garante condições de higiene e segurança; • Promove ambiente confortável para o contacto/conversa com o doente. 	
Incentiva a partilha de sentimentos ²	<ul style="list-style-type: none"> • Questiona o doente sobre preocupações, dificuldades, fatores positivos e negativos da situação; 	
Mostra compaixão ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta intenção clara de ajuda; • Apresenta olhar compreensivo, toques gentis; • Utiliza formas de comunicação verbal e não-verbal que reconhecem a pessoa para além da doença. 	
Instila a fé e a esperança ²	<ul style="list-style-type: none"> • Promove a esperança diariamente; • Respeita a crença do doente e família; • Reforço positivo nos pontos de fé do doente; • Promove pensamentos positivos dirigidos para momentos felizes já vividos. 	
Ajuda na resolução de problemas capacitando o doente para tal ²	<ul style="list-style-type: none"> • Capacita o doente para perceção dos sintomas de modo a conseguir minimizá-los/resolvê-los no dia-a-dia. 	
Promove a discussão em equipa sobre atitudes e comportamentos adotados/a adotar no futuro ¹	<ul style="list-style-type: none"> • Questiona as suas próprias atitudes e reflete em equipa; • Incentiva o desenvolvimento de estratégias para a promoção da dignidade humana. 	

<p>Respeita o doente e família na tomada de decisão sobre a sua situação de doença³</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Percebe o que a pessoa e família sabem e pretendem saber sobre a doença e evolução da mesma; • Questiona sobre o desejo relativamente a intervenções a realizar no futuro (abordando temas como a sedação, a terapêutica analgésica e a realização de quimioterapia/radioterapia paliativa, por exemplo); • Esclarece dúvidas e mitos (sobre analgesia com opióides e sobre como é expectável que sejam os últimos dias de vida, por exemplo); • Envolve o doente e família na tomada de decisão sobre procedimentos a realizar. 	
<p>Realiza reforço positivo ao doente e família pelas metas alcançadas e pelas ações realizadas³</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Escuta ativamente o doente e família sobre as metas alcançadas e realiza o reforço positivo; • Incentiva o doente e a família a estipular metas diárias e a manter as ações realizadas, dando sentido ao dia-a-dia de cada pessoa. 	
<p>Realiza a gestão de recursos sociais junto da família e comunidade³</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informa o doente e família sobre os recursos sociais existentes na comunidade, articulando a comunicação com outras instituições e assistente social caso seja necessário; • Esclarece o doente e família sobre recursos físicos existentes para apoio nos 	

³ Intervenções Promotoras de Dignidade observadas na prática e não documentadas.

	cuidados no domicílio (camas articuladas, cadeiras de banho, entre outros).	
--	---	--

APÊNDICE VIII

Reflexão individual sobre a intervenção de enfermagem ao doente oncológico e sua família

Este trabalho é elaborado no contexto de ensino clínico e tem por objetivo a elaboração de uma reflexão sobre uma situação experienciada, sendo utilizado o ciclo reflexivo de Gibbs para estruturação.

A situação descrita passou-se no contexto de uma visita domiciliária a um utente com diagnóstico de linfoma em fase avançada de doença. Utente seguido há cerca de um ano pela equipa, tendo já desenvolvido confiança na mesma. Após a realização do penso à ferida que apresenta, questionou a enfermeira sobre o seu estado de saúde, tendo em conta que tinha realizado análises na semana anterior. Era do conhecimento da enfermeira de que a médica já tinha dado feedback sobre o assunto, pelo que perguntou ao utente o que é que ele já sabia e o que é que pretendia saber de diferente. O utente referiu que sabia que as análises estavam a piorar e, conseqüentemente, “o linfoma está a piorar” (SIC). A enfermeira validou a informação e questionou o utente sobre as suas preocupações relativamente ao futuro. O utente partilhou com a enfermeira o seu receio de deixar a esposa, referindo que tudo o resto na sua vida está organizado e não lhe provoca anseios. Existiram vários momentos de emoção por parte do doente, com períodos de silêncio. Alguns silêncios foram quebrados pelo doente, ou continuando o assunto, ou referindo que se devia mudar de assunto e que já chegava de “lamechices”. Quando entrava a cuidadora ou a esposa no quarto, o tom de voz do utente era alterado e havia uma quebra na temática. A enfermeira ouviu os anseios do doente e interveio de modo a minimizar a sua dor e a ajudá-lo a melhorar e ultrapassar a angústia que mostrou sentir.

No momento, pude experienciar sentimento de impotência por perceber que não poderia mudar o prognóstico da doença e eliminar a dor emocional que o utente sentia – a dor de perceber que a sua doença está a avançar e de que a sua morte pode estar mais perto. Senti também receio de que aquela situação se passasse diretamente comigo, ou seja, de que o doente me questionasse a mim, pois ainda não estaria preparada para dar uma resposta efetiva e provavelmente não conseguiria minimizar o seu sofrimento naquele momento.

Por outro lado, experienciei sentimento de satisfação e gratidão por perceber que estava junto do doente uma pessoa capaz de aliviar o seu sofrimento –

mesmo que por algum motivo não fosse capaz, a enfermeira era uma pessoa dotada de experiência e capacidades para tal e, essencialmente, apresentava intenção de ajuda. Ribeiro (1995, p. 30) afirma que “como ninguém, os enfermeiros cuidam dos indivíduos na sua totalidade, estão autorizados a tocá-los, a partilhar as suas experiências de saúde, de doença e a manter com eles um contacto, cuja intensidade e duração dificilmente são experienciados por outros técnicos. Isto intensifica a possibilidade de conhecimento, acompanhamento, partilha de valores e necessidades de ajuda”.

Considero que o ponto negativo da experiência, foi perceber que o utente não conseguiu expressar todos os seus sentimentos por estarem presentes elementos da família e encurtou a conversa exatamente por esse mesmo motivo. Sem esta condicionante, provavelmente ter-se-iam conseguido explorar mais sentimentos, medos e angústias e, conseqüentemente, realizar uma maior intervenção no sentido de ajuda ao utente.

O ponto mais positivo da experiência foi poder assistir à intervenção realizada pela enfermeira. Uma intervenção totalmente direccionada para o utente, com uma intenção clara de o ajudar e, aparentemente, com resultados benéficos para o mesmo. Pude observar as técnicas de comunicação utilizadas: as formas de questionar o doente, as respostas dadas às questões colocadas e o respeito pelos silêncios. Collière (2001) citado por Santos (2005, p. 12), refere que cuidar “(...) é acolher, ir ao seu encontro, ousar a comunicação, numa abertura de espírito feita de tolerância, de calor humano, de autenticidade. É um acto de vida que se situa na encruzilhada do que faz viver, renascer e morrer, no comunicar a vida, e no acompanhar a morte.”

Observei também a aplicação de atitudes promotoras de dignidade humana tal como descritas em literatura, como a tentativa de promover um ambiente calmo, confortável e privado para a conversa (embora que este último dificultado pela rotina habitual da sua casa), a compaixão, a promoção da partilha de sentimentos, o reforço positivo pela força e energia que tem no seu dia-a-dia e pelo bom percurso de vida que fez (o reconhecimento da pessoa para além da doença). Verifiquei também a promoção de esperança diária realista,

percebendo ao longo do ensino clínico que se tratava de uma intervenção muito usada com este doente e família. Hopkins (1998, p.1821), afirma que “ter esperança é desejar ou ansiar por qualquer coisa que nos traga satisfação; é uma necessidade espiritual que, para ser expressa pelo indivíduo é necessário que se alicerce em factos reais ou do passado”. Todas estas intervenções observadas estão descritas em particular por Chochinov e Jean Watson, sendo que se encontram resumidas numa *check-list* de intervenções promotoras de dignidade humana elaborada por mim ao longo deste ensino clínico.

Com esta situação, pude ainda observar competências de comunicação, onde está incluída a relação de ajuda. *Lazurre (1994, p.14) fazendo referência a Confúcio, refere-se à relação de ajuda mostrando que o enfermeiro não deverá resolver os problemas do doente, mas sim capacitá-lo para tal: “se encontrares um homem com fome, não lhe dês um peixe, ensina-o a pescar”.*

Pretendo registar o que observei e adquirir competências de modo a dar resposta às competências específicas de enfermeiro especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (Ordem dos Enfermeiros, 2010), que me proponho a desenvolver ao longo dos ensinamentos clínicos, sendo elas:

- Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida;
- Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

Se eu própria estivesse na situação daquela enfermeira, nesta fase de desenvolvimento pessoal e profissional, sentiria muita dificuldade em dar resposta à situação, tendo consciência de que ainda preciso de desenvolver variadas competências para tal, em particular no âmbito do autoconhecimento e da comunicação – o centro do cuidar. Cabete (2000, p. 80) afirma que “para ajudarmos o doente a um melhor conhecimento de si próprio, precisamos de nos

conhecermos bem a nós mesmos, de conhecermos as nossas percepções e valores pessoais, de iniciarmos uma reflexão sobre a nossa história e a nossa personalidade, de clarificarmos as nossas motivações profissionais e de nos aceitarmos, tal como somos, com as nossas forças e com as nossas fraquezas. O nosso passado, os nossos lutos, o nosso sofrimento do momento são, por vezes, um obstáculo à nossa capacidade de estarmos presentes para o outro”. No que concerne à comunicação, é importante desenvolver competências de comunicação em cuidados paliativos (verbal e não-verbal). Mullan & Kothe (2010), citados por Andrade *et al* (2013), referem que “no âmbito da Enfermagem, a comunicação representa uma estratégia de suma relevância para a prática dos cuidados paliativos. E quando subsidiada por uma relação de atitude, cooperação, sentimento e sensibilidade, este instrumento é um importante impulsionador da relação entre o enfermeiro e o paciente em fase terminal”.

Tal como já referi, esta situação fez-me refletir sobre a prestação de cuidados ao doente oncológico e sobre as intervenções promotoras de dignidade humana em fim de vida. Daqui em diante, pretendo continuar a observar técnicas de comunicação com o doente oncológico e intervenções promotoras de dignidade humana, de forma a poder interiorizá-las e praticá-las nos ensinamentos clínicos e na minha prática diária em contexto de trabalho. Caso a situação aconteça comigo, ou seja, se eu for a enfermeira prestadora de cuidados e procurada pelo utente, pretendo utilizar algumas das estratégias que observei e que espero ter desenvolvido até então. Este processo reflexivo ajuda-me a perceber que competências ainda pretendo adquirir, permitindo-me estruturar melhor os objetivos para os ensinamentos clínicos seguintes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Andrade, C., Costa, S. & Lopes, M. (2013). Cuidados paliativos: a comunicação como estratégia de cuidado para o paciente em fase terminal. *Ciência e Saúde Coletiva*. 18 (9), 2523-2530

Cabete, D. (2000). *Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos - «cuidar»: ética e práticas*. Loures: Lusociência.

Hopkins, V. – Promover a Saúde Espiritual. In: Bolander, V. (1998). *Enfermagem Fundamental: Abordagem psicofisiológica*. (pp.1821-1849). Lisboa: Lusodidacta

Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.

Ribeiro, L. (1995). *Cuidar e tratar: formação em enfermagem e desenvolvimento sóciomoral*. Lisboa: Educa-Formação

Santos, F. (2005). *Integração dos princípios bioéticos no cuidado ao doente em fim de vida* – Escola Superior de Enfermagem S. Francisco das Misericórdias. Trabalho de Investigação para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem. Lisboa

APÊNDICE IX

Diapositivos da apresentação realizada no serviço no final do 1º estágio

PROMOÇÃO DA DIGNIDADE HUMANA EM FIM DE VIDA – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Estágio com relatório – 1º Campo de estágio
26 de Setembro a 4 de Novembro 2017

Elaborado por:

Ana Catarina Morgado

Orientador:

Professor Óscar Ferreira



OBJETIVOS

- Elucidar acerca do conceito de *Dignidade Humana*;
- Apresentar *check-list* elaborada;
- Descrever observação realizada ao longo do estágio.



DIGNIDADE HUMANA

- Qualidade intrínseca e inseparável de todo e qualquer ser humano, sendo uma característica que o define como tal;
- “salienta-se, por um lado a dignidade como uma dimensão da vida perspectivada desde a dimensão espiritual, ou seja, inerente à própria condição humana e, por outro lado, mais ligada aos cuidados prestados e à qualidade dessa prestação, ou seja, uma dignidade que passa pelo reconhecimento do outro... é fazer sentir ao outro que tem valor”.

(Carneiro, 2006, p.1)



DIGNIDADE HUMANA (CONT.)

- A prática de cuidados paliativos tem como valor essencial o respeito pela autonomia do doente, assim como o alívio do sofrimento físico, psíquico, social e espiritual; (Gomes *et al.*, 2013)
- Relacionando a dignidade humana com o fim de vida e investigando a perspetiva de enfermeiros, doentes e familiares, Silva & Simões (2008) concluem que uma morte tranquila é aquela que é livre de dor e sofrimento, de acordo com os desejos do doente e família e, tanto quanto possível, consistente com os padrões clínicos, culturais e éticos.



DIGNIDADE HUMANA (CONT.)

- “as pessoas em fim de vida e as respectivas famílias merecem cuidados competentes, culturalmente congruentes e compassivos no final da vida” (p.15);
- “a prestação de cuidados de fim de vida especializados e sensíveis exige que os prestadores de cuidados de saúde compreendam a dignidade na perspectiva dos doentes” (p.17).

(OE - CIPE, 2010)



TRABALHO REALIZADO JUNTO DA EQUIPA

- Check-list com intervenções promotoras de dignidade humana;
- Análise de comportamentos, atitudes e estratégias de comunicação.

CHECK-LIST - AUTORES

- The A, B, C, D of Dignity Conserving Care - Chochinov, 2007

- | | |
|----------------------|-----------------|
| ▪ A ttitude | ▪ Atitude |
| ▪ B ehaviour | ▪ Comportamento |
| ▪ C ompassion | ▪ Compaixão |
| ▪ D ialogue | ▪ Diálogo |

7

CHECK-LIST – AUTORES (CONT.)

- Processo Clinical Caritas – Jean Watson, 1996

- ✓ Propõe abordar o outro com delicadeza, com sensibilidade, dando-lhe atenção especial e exercitando uma atenção cuidadosa;
- ✓ Desenvolver o cuidado com genuína intencionalidade torna possível a conexão com o doente por meio da empatia, e assim, as prioridades e importâncias traçadas para o cuidado desse doente tornam-se comuns com as prioridades e importâncias do próprio.

8

Intervenções Promotoras de Dignidade	Análise de comportamentos, atitudes e estratégias de comunicação
Apresenta-se ao utente e família ¹	
Utiliza linguagem ajustada ¹	
Trata o outro com respeito, interesse e atenção ¹	
Proporciona um ambiente cuidado e confortável ²	
Incentiva a partilha de sentimentos ²	
Mostra compaixão ^{1,2}	
Instila a fé e a esperança ²	
Ajuda na resolução de problemas capacitando o doente para tal ²	
Promove a discussão em equipa sobre atitudes e comportamentos adotados/a adotar no futuro ¹	

¹ Chochinov, H.M. (2007). Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *British Medical Journal*, 335(7612): 194-197.

² Watson, J. (1996). Watson's theory of transpersonal caring. In P.H. Walker & B. Neuman. *Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice & administration* (pp. 141-194). NY: NLN Press.

9

Intervenções Promotoras de Dignidade	Análise de comportamentos, atitudes e estratégias de comunicação
Apresenta-se ao utente e família ¹	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta-se ao utente e família, referindo quais os objetivos da sua presença.
Utiliza linguagem ajustada ¹	<ul style="list-style-type: none"> • Adequa-se a cada doente, família e contexto.
Trata o outro com respeito, interesse e atenção ¹	<ul style="list-style-type: none"> • Tem noção de como a sua atitude afeta o outro; • Percebe que mais pode saber sobre o doente para o ajudar em pleno; • Questiona sobre sentimentos, sintomas, desejos, receios, ...; • Considera as histórias pessoais e/ou familiares que acompanham a doença; • Utiliza pequenos gestos que demonstram atenção para com o doente (toque, oferecer algo para beber, ajeitar a almofada, ...).
Proporciona um ambiente cuidado e confortável ²	<ul style="list-style-type: none"> • Garante condições de higiene e segurança; • Promove ambiente confortável para o contacto/conversa com o doente.
Incentiva a partilha de sentimentos ²	<ul style="list-style-type: none"> • Questiona o doente sobre preocupações, dificuldades, fatores positivos e negativos da situação.

Intervenções Promotoras de Dignidade	Análise de comportamentos, atitudes e estratégias de comunicação
Mostra compaixão ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta intenção clara de ajuda; • Apresenta olhar compreensivo, toques gentis; • Utiliza formas de comunicação verbal e não-verbal que reconhecem a pessoa para além da doença.
Instila a fé e a esperança ²	<ul style="list-style-type: none"> • Promove a esperança diária; • Respeita a crença do doente e família; • Reforço positivo nos pontos de fé do doente; • Promove pensamentos positivos dirigidos para momentos felizes já vividos.
Ajuda na resolução de problemas capacitando o doente para tal ²	<ul style="list-style-type: none"> • Capacita o doente para perceção dos sintomas de modo a conseguir minimizá-los/resolvê-los no dia-a-dia.
Promove a discussão em equipa sobre atitudes e comportamentos adotados/a adotar no futuro ¹	<ul style="list-style-type: none"> • Questiona as suas próprias atitudes e reflete em equipa; • Incentiva o desenvolvimento de estratégias para a promoção da dignidade humana.

OBSERVAÇÃO E ANÁLISE REALIZADAS

- Check-list aplicada entre 26 Out. e 3 Nov. a todas as interações observadas (4 turnos);
- Intervenções mais comuns realizadas pela equipa:
 - ✓ Apresenta-se ao utente e família;
 - ✓ Utiliza linguagem ajustada;
 - ✓ Trata o outro com respeito, interesse e atenção;
 - ✓ Mostra compaixão;
 - ✓ Ajuda na resolução de problemas capacitando o doente para tal;
 - ✓ Promove a discussão em equipa sobre atitudes e comportamentos adotados/a adotar no futuro.

OBSERVAÇÃO E ANÁLISE REALIZADAS (CONT.)

Promoção da dignidade humana
consoante descrito na literatura

Intervenções observadas mas
não descritas na literatura

- ✓ Respeito – tomada de decisão
- ✓ Reforço positivo ao doente e família
- ✓ Gestão de recursos na família/comunidade



13

OBSERVAÇÃO E ANÁLISE REALIZADAS (CONT.)

- ✓ Respeito – tomada de decisão
- ✓ Reforço positivo ao doente e família
- ✓ Gestão de recursos na família/comunidade

Doente sente-se parte do plano
de cuidados; sente-se valorizado
enquanto pessoa

Aumento da autoestima
Aumento da vontade de
autocuidado
Aumento da esperança

“Alívio” para o utente e família
Agilização dos recursos

14

OBSERVAÇÃO E ANÁLISE REALIZADAS (CONT.)

- Ganhos em Saúde observados:

Promoção da saúde

- Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre prevenção de úlceras de pressão;
- Ganhos em conhecimento sobre a gestão do regime terapêutico.

Prevenção de complicações

- Ganhos em aprendizagem de capacidades para prevenir complicações.

Readaptação funcional

- Ganhos em aprendizagem de capacidades para gerir analgesia;
- Ganhos em conhecimento sobre hábitos alimentares.

15

OBSERVAÇÃO E ANÁLISE REALIZADAS (CONT.)

▪ Ganhos em Saúde observados:

Bem-estar e autocuidado

- Ganhos em aprendizagem de capacidades para o autocuidado (higiene);
- Ganhos em conhecimento do prestador de cuidados sobre autocuidado (higiene);
- Ganhos em aprendizagem de capacidades do prestador de cuidados para assistir no autocuidado (higiene).

Outros ganhos

- *Diminuição* da taxa de recurso injustificado ao serviço de urgência;
- *Diminuição* da taxa de reinternamento.

16

GANHOS OBTIDOS NO ESTÁGIO

▪ Nível pessoal:

- ✓ Aprendizagem com os utentes – reflexão sobre a vida e relações interpessoais;
- ✓ Estratégias para lidar com familiares/amigos com doença oncológica.

▪ Nível profissional:

- ✓ Cuidar de pessoas com doença oncológica – estratégias de comunicação, reconhecer o outro para além da doença;
- ✓ Reflexão sobre os cuidados prestados diariamente e mudança de práticas;
- ✓ União e cumplicidade da equipa a trabalhar para benefício do utente – partilhar experiência com a minha equipa de trabalho;
- ✓ Promoção diária da dignidade humana – real perceção do conceito e intervenções promotoras.

17

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brown, Johnston & Östlund (2003). Identifying care actions to conserve dignity in end-of-life care. *British Journal of Community Nursing*, 6(5):238-245
- Chochinov, H. et al (2002) Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Social Science & Medicine*, 54:433-443
- Chochinov, H. M., & Chochinov, P. (2002). Tema: questões éticas: dignidade, 267(17):1-2
- Chochinov, H.M. (2007). Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *British Medical Journal*, 335(7612): 184-187
- Enes, S. (2003). Exploration of dignity in palliative care. *Palliative Medicine*, 17:263-269
- Julião, M. (2014). Eficácia da Terapia da Dignidade no Sofrimento Psicossocial de Doentes em Fim de Vida Seguidos em Cuidados Paliativos: Ensaio Clínico Aleatorizado e Controlado. Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina de Lisboa. Dissertação de Doutoramento. Lisboa
- Ordem dos Enfermeiros (2006). Final de vida – VI Seminário do Conselho Jurisdicional, 20:6-13. Capítulo: *Autonomia e Morte por Deodato*, S.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Cuidados paliativos para uma morte digna – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPPE)*
- Silva, J. V. & Simões, I. A. R. (2008). Os significados de boa morte ou morte digna: as representações sociais do paciente, familiar cuidador e profissionais da área de saúde de Pouso Alegre. Universidade do Vale do Sapucaí Tese de Mestrado. Pouso Alegre
- Valente et al (2011) Nurses' perspectives of challenges in end of life care. *The Journal of Chi Eta Phi Sorority*, 55(1):28-31
- Volker, D. et al (2004). Patient Control and End-Of-Life Care-Part II: The Patient Perspective. *Oncology Nursing Forum*, 31(5):954-960
- Watson, J. (1996). Watson's theory of transpersonal caring. In P.H. Walker & B. Neuman. *Blueprint for use of nursing models* Education, research, practice & administration, 141-184. NY: NLN Press

18

OBRIGADA!!!



APÊNDICE X

Descrição da dinâmica do serviço de CP e Convalescença de uma
Instituição privada

Este hospital foi inaugurado em 2006 e teve como objetivo introduzir em Portugal um conceito inovador em cuidados de saúde, na medida em que associou os serviços e competências tecnológicas e humanas de um hospital a infraestruturas hoteleiras de qualidade superior. Com base numa avaliação multidisciplinar das necessidades médicas, funcionais, psicológicas e sociais de cada doente e sua família, oferece as vertentes de convalescença e reabilitação, cuidados geriátricos, neuro-estimulação (em particular na doença de Alzheimer), acompanhamento de doenças crónicas e cuidados paliativos e de apoio à família. Desenvolvendo planos personalizados e especializados de intervenção desenvolvidos por equipas formadas por profissionais de variadas áreas, designam a sua forma de abordagem “Método Compreensivo de Atuação”. Tem como missão e compromisso desenvolver a excelência, a inovação e o talento, assumindo-os através do trabalho desenvolvido pelos seus colaboradores.

A equipa do serviço onde realizei o estágio é constituída por 4 médicos, 39 enfermeiros, sendo que 2 dos enfermeiros assumem funções de gestão, 32 assistentes operacionais que cuidam dos doentes, da limpeza do espaço e distribuem a alimentação na hora das refeições. Existem vários técnicos de fisioterapia e de saúde ocupacional, bem como serviços ao dispor dos doentes, nomeadamente o ginásio de fisioterapia, que possui várias salas individuais que permitem a realização de atividades adaptadas a cada doente, a sala de Terapia Ocupacional, o cabeleireiro, onde estão contemplados serviços como manicura e pedicura. É ainda de salientar que no hospital há um Capelão e um Psicólogo destinados especificamente ao apoio espiritual e psicológico dos doentes, familiares e pessoas significativas.

Os cuidados de enfermagem são prestados nas 24h, sendo que o turno da manhã funciona das 8h às 16h, o turno da tarde das 15h30 às 23h e o turno da noite das 22h30 às 8h30. A chefia define para cada turno os doentes que ficam atribuídos a cada enfermeiro, sendo que funcionam com método individual de trabalho, iniciando-se o turno com uma visita aos doentes, de seguida a confirmação e administração de terapêutica e, consoante o turno, as restantes atividades (de manhã os cuidados de higiene e conforto, de tarde e noite os posicionamentos e também a alimentação a doentes dependentes ou com sonda nasogástrica).

Relativamente ao tipo de cuidados prestados neste serviço, estes caracterizam-se por serem direcionados a doentes com necessidade de Cuidados Paliativos e em

Convalescência/ Reabilitação. Tratam-se de pessoas com pluripatologias, nomeadamente com doenças crónicas, progressivas e evolutivas, como é o caso da população idosa com demência que perfaz um grande número dos doentes do serviço. Existem vagas particulares, vagas destinadas à RNCCI e vagas destinadas a internamento de doentes com seguros de saúde e seguro profissional. A entrada de doentes é gerida através de uma equipa de gestão de camas, sendo que a mesma efetua os contactos e diligências tanto com os particulares, como com a RNCCI e com as seguradoras, organizando as datas de internamento e a duração do mesmo. Com a maior brevidade possível, a equipa do serviço é informada do novo internamento. São aceites doentes de todas as áreas do país.

O serviço é constituído por duas alas, denominadas de ala direita e ala esquerda, que se dividem em quartos duplos e individuais, femininos e masculinos, tendo um total de 36 camas articuladas. Cada quarto tem um WC privativo e está equipado com uma TV/Rádio/Computador, que é possível ser adaptado consoante a localização do doente no leito, cadeirão ou outro local do quarto.

É um serviço que apresenta uma grande disponibilidade de recursos materiais com o objetivo de garantir a qualidade dos cuidados, segurança dos doentes e de melhorar a sua qualidade de vida, nomeadamente colchões anti-escaras, dispositivos de contenção pélvica, tronco ou abdominal, para prevenção de quedas e cadeiras de rodas adaptadas às necessidades específicas de cada doente.

Relativamente aos cuidados de higiene, é um serviço que apresenta algumas particularidades, nomeadamente no que refere à existência de uma sala de “*banho assistido*”, onde é possível prestar cuidados de higiene a doentes acamados em maca/banheira, com o intuito de realizar “*banho total*”.

Ao dispor dos doentes, há um refeitório amplo, que se destina a todos os doentes que podem sair do leito para as refeições ao longo do dia. Neste espaço existem mesas de refeição, onde se gerem os lugares de acordo com a preferência dos doentes. Ao longo do período das refeições, os familiares podem estar presentes no mesmo espaço, quer para auxiliarem os doentes, quer para se alimentarem também, necessitando apenas de solicitar uma senha na receção. Junto ao refeitório, existe a “Sala do Mar”, uma sala que permite a permanência dos doentes e dos seus

familiares, sendo por vezes utilizada pelo grupo de profissionais da Terapia Ocupacional para a realização de algumas atividades de lazer.

Este serviço, tal como já foi dito anteriormente, caracteriza-se por ser iluminado por “luz natural” a partir das diversas janelas que percorrem os corredores, sendo este um local privilegiado onde os doentes podem permanecer, descansando e desfrutando da paisagem que rodeia o hospital.

No serviço existem também alguns espaços destinados a arrumações de material e de funcionalidade interna como a sala de preparação de medicação, sala de consumíveis, sala de passagem de turno, escritório, a rouparia, a sala de sujos e a copa para os clientes.

APÊNDICE XI

Análise da observação realizada à intervenção da EO – 2º campo
de estágio

Estágio com Relatório

Intervenções Promotoras de Dignidade	Critérios para análise	Análise de comportamentos, atitudes e estratégias de comunicação
Apresenta-se ao utente e família ¹	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta-se ao utente e família, referindo quais os objetivos da sua presença. 	<p>- Intervenção não foi observada. Eu apresentei-me e expliquei ao doente que me encontrava a fazer um estágio de especialidade junto da equipa.</p>
Utiliza linguagem ajustada ¹	<ul style="list-style-type: none"> • Adequa-se a cada doente, família e contexto. 	<p>- Utilização de linguagem ajustada ao doente em questão.</p>
Trata o outro com respeito, interesse e atenção ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Tem noção de como a sua atitude afeta o outro; • Percebe que mais pode saber sobre o doente para o ajudar em pleno; • Questiona sobre sentimentos, sintomas, desejos, receios, ...; • Considera as histórias pessoais e/ou familiares que acompanham a doença; • Utiliza pequenos gestos que demonstram atenção para com o doente (toque, oferecer algo para beber, ajeitar a almofada, ...). 	<p>- Observada utilização de pequenos gestos que demonstraram atenção para com o doente;</p> <p>- Está atento a sintomatologia, em particular presença ou não de dor, avaliando-a por escala numérica ou de faces e agindo de forma a aliviá-la.</p>

¹ Chochinov, H.M. (2007). **Dignity** and the **essence** of **medicine**: the A, B, C, and D of **dignity** conserving care. British Medical Journal. 335(7612): 184-187

² Watson, J. (1996). Watson's theory of transpersonal caring. In P.H. Walker & B. Neuman. Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice & administration (pp. 141-184). NY: NLN Press

Proporciona um ambiente cuidado e confortável ²	<ul style="list-style-type: none"> • Garante condições de higiene e segurança; • Promove ambiente confortável para o contacto/conversa com o doente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Condições de higiene e segurança garantidas pela instituição e preservadas por mim e pela equipa; - Promoção de um ambiente confortável e privado para o contacto com o doente.
Incentiva a partilha de sentimentos ²	<ul style="list-style-type: none"> • Questiona o doente sobre preocupações, dificuldades, fatores positivos e negativos da situação; 	<ul style="list-style-type: none"> - Não observado.
Mostra compaixão ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta intenção clara de ajuda; • Apresenta olhar compreensivo, toques gentis; • Utiliza formas de comunicação verbal e não-verbal que reconhecem a pessoa para além da doença. 	<ul style="list-style-type: none"> - Utilização de toques gentis e formas de comunicação verbal e não-verbal.
Instila a fé e a esperança ²	<ul style="list-style-type: none"> • Promove a esperança diariamente; • Respeita a crença do doente e família; • Reforço positivo nos pontos de fé do doente; • Promove pensamentos positivos dirigidos para momentos felizes já vividos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não observado.
Ajuda na resolução de problemas capacitando o doente para tal ²	<ul style="list-style-type: none"> • Capacita o doente para perceção dos sintomas de modo a conseguir minimizá-los/resolvê-los no dia-a-dia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Não observado.
Promove a discussão em equipa sobre atitudes e comportamentos adotados/a adotar no futuro ¹	<ul style="list-style-type: none"> • Questiona as suas próprias atitudes e reflete em equipa; • Incentiva o desenvolvimento de estratégias para a promoção da dignidade humana. 	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenção observada em passagem de turno.

<p>Respeita o doente e família na tomada de decisão sobre a sua situação de doença³</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Percebe o que a pessoa e família sabem e pretendem saber sobre a doença e evolução da mesma; • Questiona sobre o desejo relativamente a intervenções a realizar no futuro (abordando temas como a sedação, a terapêutica analgésica e a realização de quimioterapia/radioterapia paliativa, por exemplo); • Esclarece dúvidas e mitos (sobre analgesia com opióides e sobre como é expectável que sejam os últimos dias de vida, por exemplo); • Envolve o doente e família na tomada de decisão sobre procedimentos a realizar. 	<p>- Não observado.</p>
<p>Realiza reforço positivo ao doente e família pelas metas alcançadas e pelas ações³ realizadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Escuta ativamente o doente e família sobre as metas alcançadas e realiza o reforço positivo; • Incentiva o doente e a família a estipular metas diárias e a manter as ações realizadas, dando sentido ao dia-a-dia de cada pessoa. 	<p>- Intervenção de incentivo para estabelecer metas diárias observada. Não tive possibilidade de observar se houve reforço positivo após a sua concretização uma vez que não estive no campo de estágio no dia seguinte.</p>
<p>Realiza a gestão de recursos sociais junto da família e comunidade³</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informa o doente e família sobre os recursos sociais existentes na comunidade, articulando a comunicação com outras instituições e assistente social caso seja necessário; • Esclarece o doente e família sobre recursos físicos existentes para apoio nos 	<p>- Não foi necessária esta intervenção para nenhum doente.</p>

³ Intervenções Promotoras de Dignidade observadas na prática e não documentadas.

	cuidados no domicílio (camas articuladas, cadeiras de banho, entre outros).	
--	---	--

APÊNDICE XII

Reflexão individual – “Confronto de realidades”

Esta reflexão remete para a diferença que observei e senti entre a realidade de trabalho que vivo e a vivida no contexto de estágio – “confronto de realidades”. Seguirei o ciclo reflexivo de Gibbs para estruturação deste trabalho.

No contexto de estágio, pude observar que os cuidados prestados aos utentes são mais dirigidos para os próprios e sempre tendo em conta os seus desejos e rotinas (quando uso a palavra *mais*, é em comparação à realidade que vivo no meu contexto de trabalho). Por exemplo, se um utente tem rotina de tomar banho à noite, essa mesma rotina é mantida; todos os utentes são incentivados a usar a sua roupa habitual e isso efetivamente acontece. Observei também tempo dedicado a cada utente para que todos os cuidados fossem prestados de forma meticulosa. Cada mesa-de-cabeceira é organizada conforme indicação do utente (quando estes não têm capacidade para organizar por si mesmos); uma vez que são quartos individuais ou duplos, há a possibilidade de personalizá-los com elementos decorativos a gosto do utente; há a preocupação com uso de produtos de higiene e cosmética dos utentes, entre outras coisas. Há acompanhamento regular por parte de nutricionista, pelo que todos os utentes são questionados sobre os seus hábitos e preferências alimentares, sendo definido um plano dietético consoante as informações que obtiveram e as patologias que os utentes apresentam – este plano é revisto periodicamente ou a pedido dos utentes ou profissionais de saúde.

Inicialmente, senti que os cuidados eram assim prestados por se tratar de um contexto privado e esse fator assim o permitir. Por vezes, cheguei a sentir que os utentes “exigiam” cuidados. Muitas das vezes, cuidados que pensava que não tinham que ser prestados pela equipa de enfermagem. Os familiares davam importância a pormenores que, por vezes, dificultavam o nosso trabalho enquanto profissionais. Ao longo do estágio, fui refletindo sobre o assunto e os meus sentimentos iniciais mudaram, tornando-se em fatores positivos.

Observando pontos positivos e negativos da situação, posso referir que o sentimento inicial de “exigência” de cuidados foi negativo para mim, uma vez que poderá em algum momento ter dificultado a minha interação com os utentes.

Senti-me fragilizada e com dificuldade em dar resposta às necessidades dos utentes. Posteriormente, após integração no serviço e perceção das reais necessidades daquela população, bem como reflexão sobre a prática de cuidados que observava, consegui perceber que efetivamente eram dirigidos ao utente e às suas necessidades. A vontade de fazer mais e melhor pelo outro, tornou-se um fator positivo, bem como a capacidade de reflexão sobre a temática.

Realizando uma análise da situação, percebo que a cultura de cuidados vivida neste contexto em tudo está relacionada com a dignidade humana, nomeadamente com a manutenção e promoção da mesma.

Refletindo sobre a dignidade humana, posso começar por referir que, segundo Barroso & Martel (2010), "o direito de todos e de cada um a uma *vida digna* é a grande causa da humanidade, a principal energia que move o processo civilizatório" (p.70). Assim, enquanto enfermeira que pretende prestar cuidados dignos, percebi que os cuidados prestados aos utentes, não se tratavam de respostas a "exigências" dos próprios ou dos seus familiares, mas sim de direitos. Tratavam-se de necessidades dos próprios para a manutenção da sua dignidade.

Cabete (2001) refere que "a hospitalização é uma experiência assustadora para doentes de todas as idades e leva a sentimentos de isolamento, solidão e ansiedade". Estando internados, os utentes perdem a sua autonomia e podem sofrer alterações na autoimagem, sendo que tal como refere Li *et al* (2014), consequências como a perda de independência e a deterioração cognitiva ameaçam a autoimagem e a identidade dos doentes, fazendo com que se sintam indignos. Refere ainda que a perda do senso de dignidade pode promover sentimentos de inutilidade e o desejo de uma morte mais rápida. Desta forma, é essencial que os profissionais proporcionem o melhor ambiente possível aos utentes, com atitudes como a utilização da sua roupa de dia a dia e manutenção das rotinas de alimentação e banho, por exemplo.

No meu contexto de trabalho, a manutenção desse tipo de rotina fica comprometida por variados fatores, como a cultura existente dentro do próprio hospital, em que os cuidados de higiene são realizados no período da manhã, e também como a pouca disponibilidade por parte dos funcionários, seja pela carga de trabalho (apenas 1 auxiliar nos turnos da tarde e noite e 34 doentes), seja pela pouca percepção da importância da manutenção das rotinas do utente tanto quanto possível (por parte de todos os profissionais de saúde). A presença do nutricionista apenas se verifica após pedido específico para determinado doente, ou seja, os doentes não são todos acompanhados por este profissional. A nível hoteleiro, também não há a possibilidade de dar resposta a todos os desejos do doente, uma vez que a variedade de alimentos é pouca. Contudo, nas pequenas refeições questiona-se sempre o utente sobre o que pretende comer dentro das possibilidades existentes; antes das grandes refeições, é dado a escolher entre prato de carne e prato de peixe. Quanto à própria roupa, é sugerido que a família forneça pijamas dos utentes, bem como chinelos e roupa para idas à fisioterapia (caso assim se aplique). Em internamentos curtos, alguns utentes usam a sua própria roupa, mas em internamentos mais longos são poucas pessoas a fazê-lo, uma vez que não há no hospital lavandaria para roupas pessoais e a lavagem diária de roupa revela-se uma logística difícil para as famílias, bem como o receio expressado de contaminação do domicílio com roupas que estão em meio hospitalar (realizado sempre ensino de como lavar a roupa que sai deste meio).

É referido pela Ordem dos Enfermeiros (2006) que, “na perspectiva ética, a relação entre quem cuida e quem recebe cuidados pauta-se por princípios e valores – a dignidade humana é o verdadeiro pilar do qual decorrem os outros princípios e quem tem de estar presente, de forma inequívoca em todas as decisões e intervenções”. Para que sejam prestados cuidados de excelência, é essencial que todos os valores e princípios estejam bem definidos – seja da instituição, do profissional, do doente e sua família.

Cabe-nos a nós, profissionais de saúde, fazer a diferença e procurar mudar hábitos e culturas que não vão de encontro às reais necessidades dos utentes. Se uma pessoa tem como rotina tomar banho à noite, uma das suas reais necessidades é essa. Não é simplesmente tomar banho “a que hora for”, como

muitas vezes se ouve os profissionais dizer. Remetendo para os conteúdos adquiridos sobre Enfermagem Avançada, importa acrescentar que é essencial o uso de raciocínio clínico, uma vez que “está presente em todas as ações e decisões assistenciais do enfermeiro: no diagnóstico dos fenómenos, na escolha de intervenções apropriadas e na avaliação dos resultados obtidos” (Tanner, 2006, referenciada por Cerullo & Cruz, 2010).

Na check-list que elaborei no primeiro ensino clínico, verificam-se listadas algumas das atitudes que observei e que vão de encontro à reflexão que estou a realizar:

- Trata o outro com respeito, interesse e atenção - questiona sobre sentimentos, sintomas, desejos, receios, ...; utiliza pequenos gestos que demonstram atenção para com o doente (toque, oferecer algo para beber, ajeitar a almofada, ...).
- Mostra compaixão - apresenta intenção clara de ajuda.

Estas atitudes são promotoras de dignidade humana e vão de encontro à satisfação das necessidades das pessoas cuidadas.

É importante concluir, após reflexão e análise da situação, que é notória a diferença de culturas entre estas duas instituições: uma dedica-se a pessoas com doença aguda e outra dedica-se a pessoas com doença crónica. O foco de atenção é, sem dúvida, a pessoa, mas a cultura de cuidados curativos da doença aguda por vezes dificulta um olhar holístico sobre o outro, não permitindo a prática de cuidados centrados na pessoa, verificando-se antes e muitas vezes, uma prática de cuidados centrada na doença, o que é apanágio do modelo biomédico.

Relativamente ao sentimento negativo que tive inicialmente, posso referir que, após reflexão, sinto uma grande diferença positiva. Analisando a situação de uma forma organizada e fundamentada, percebi que esta prática reflexiva deve ser sempre usada no contexto da prática clínica, permitindo uma melhor organização dos cuidados a prestar. Assim, pude melhorar a minha prática diária de cuidados, tal como descreverei em baixo.

Quanto à questão “o que poderia ter feito diferente?”, respondo que, inicialmente, poderia ter olhado para este “confronto” de realidades de uma forma mais positiva e numa perspetiva mais construtiva. Tal como referi, ao deparar-me com a nova realidade, o meu sentimento foi bastante negativo e isso influenciou os primeiros contactos com os utentes. Isto deveu-se ao facto de, também como referi antes, viver uma realidade diferente, o que influencia a minha perspetiva sobre outras instituições e outras culturas de prestação de cuidados. Após reflexão, pude tomar consciência de que aquela era a realidade desejada para que todos os utentes vissem as suas necessidades respondidas e a sua dignidade enquanto seres humanos promovida.

Caso volte a deparar-me com este “confronto” de realidades (certamente acontecerá ao longo da minha vida profissional), pretendo agir de forma mais ponderada. Perceber efetivamente qual a realidade que estou a observar e refletir sobre a mesma, fundamentando a minha reflexão e consultando documentação sobre tal. Posteriormente, formularei um plano de ação e um pensamento elaborado sobre a temática. Evitarei uma observação negativa da situação de modo a que isso não influencie a minha prestação de cuidados.

Sinto que este ensino clínico mudou a minha forma de cuidar, no sentido em que pude observar de que forma as atitudes promotoras de dignidade humana descritas em literatura são aplicadas na prática diária de cuidados. No que concerne ao desenvolvimento pessoal e profissional, pude, mais uma vez, perceber o real conceito de dignidade e traduzi-lo em ações. Pude perceber que cada pessoa define o seu conceito de dignidade e, para determinada pessoa, esse significado pode modificar-se ao longo do trajeto da doença. Assim sendo, é importante ir questionando sempre a pessoa relativamente aos seus desejos presentes e para o futuro. Pude perceber que um simples gesto de atenção para com o outro, pode melhorar o seu bem-estar e contribuir para a promoção da sua dignidade. Atualmente, procuro, mais do que já era hábito, satisfazer todas as necessidades dos utentes. Procuro estar mais atenta a todos os pormenores e procuro dar uma atenção mais cuidada à pessoa – observando a situação e a pessoa que estou a cuidar, consigo ter um pensamento reflexivo e estruturar

mais facilmente um plano de ação tendo em conta as competências que adquiri no âmbito da promoção da dignidade humana. Percebo também que a nível pessoal, nas minhas relações interpessoais, é importante a reflexão e a atenção cuidada ao outro, melhorando a qualidade das relações e dos laços existentes. Assim, concluo que pude também encontrar ganhos nesse âmbito.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barroso, L. & Martel, L. (2010). A morte como ela é: dignidade e autonomia individual no final da vida. *Panóptica*. 19, 69-104.

Cabete, D. (2001). *O Impacto do Internamento Hospitalar no Estado Funcional e Psicológico da Pessoa Idosa*. Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Dissertação de Mestrado. Lisboa.

Cerullo, J.A. & Cruz D.A. (2010). Raciocínio clínico e pensamento crítico. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem* 18 (1).

Deodato, S. (2006). Autonomia e Morte. In Ordem dos Enfermeiros. *Final de vida – VI Seminário do Conselho Jurisdicional* (pp. 6-13). Lisboa: OE.

Li, H.-C., Richardson A., Speck P. & Armes J. (2014). Conceptualisations of dignity at the end-of-life: exploring theoretical and cultural congruence with dignity therapy. *Journal of Advanced Nursing*. 70 (12), 2920–2931

APÊNDICE XIII

Descrição da dinâmica da UCP de uma Instituição privada de referência nacional

Esta unidade está integrada numa instituição privada que foi fundada em 1894, pertencendo a uma Congregação Católica. Esta instituição tem como missão a prestação de cuidados diferenciados e humanizados em saúde, promovendo a qualidade e eficiência e o respeito pela individualidade e sensibilidade dos doentes, numa visão humanista e integral da pessoa cuidada e sua família. Integrando uma adequação sistemática e progressiva às necessidades da população em cada momento, têm como objetivo enquadrar na assistência prestada os aspetos médicos e sociais que englobam a dimensão física, psíquica, social e espiritual de cada doente.

A assistência integral desta UCP é levada a cabo por uma equipa multidisciplinar, com formação avançada ou básica em Cuidados Paliativos constituída por 12 enfermeiros, 2 médicos, 6 assistentes operacionais, psicóloga, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional, assistente espiritual, capelão e 3 voluntários. A assistência dada é de 24h, sendo que os enfermeiros realizam turnos rotativos. O turno da manhã é das 8h às 16h, o turno da tarde é das 15h30 às 23h e o turno da noite é das 22h30 às 8h30. As auxiliares também realizam turnos rotativos em horários diferentes conforme estipulado pela enfermeira chefe e os restantes profissionais apresentam horários específicos definidos entre eles e a instituição, estando presentes maioritariamente no período da manhã.

A nível físico, o serviço é composto por 12 quartos individuais, sendo que alguns apresentam casa de banho, 1 gabinete de hidromassagem, 1 sala de apoio, 1 gabinete de apoio, 1 copa e um grande jardim.

Conforme o acordo estabelecido entre a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e a Instituição, a UCP recebe os pedidos de admissão provenientes dos Hospitais de Agudos e dos Centros de Saúde de todo o país numa plataforma informática, estando inserida na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Esses pedidos são feitos após um parecer médico, de enfermagem e de serviço social. Existem também vagas particulares disponíveis, sendo que qualquer pessoa se pode dirigir à instituição para a conhecer e saber informações. São aceites doentes provenientes de todo o país.

O acolhimento de doentes é feito por um enfermeiro e por um médico, e durante este processo são estabelecidas as necessidades do doente e sua família. Este momento

é considerado de eleição, uma vez que é durante este processo que se começa a estabelecer relação com o doente e/ou família, sendo averiguados os gostos, desejos ou aspetos que o doente menos aprecia, e é possível proceder ao esclarecimento de dúvidas e receios existentes. A finalidade deste processo é ir ao encontro das necessidades, tanto do doente como da sua família, para que seja possível a criação de um ambiente o mais acolhedor possível e minimizar a ansiedade.

O processo clínico de cada doente internado na unidade engloba os registos dos profissionais da equipa de saúde (médicos, enfermeiros, psicóloga, entre outros), facilitando deste modo, o cuidado holístico a cada pessoa.

Diariamente, no início do turno, as ocorrências mais relevantes são discutidas. Em primeiro lugar, em passagem de turno de enfermagem e depois com o médico do serviço, sendo desta forma delineados planos de atuação multidisciplinares e ajustes terapêuticos. Fora da visita diária, existe sempre um médico de prevenção 24h.

Em cada turno, o método de trabalho é o individual, sendo os doentes distribuídos pelos enfermeiros pela enfermeira chefe, tendo em conta as competências do enfermeiro responsável e o grau de necessidades de cada doente. Os cuidados de enfermagem iniciam-se com uma passagem pelos quartos dos doentes, realizando-se de seguida a confirmação e administração da terapêutica prescrita para cada horário e, consoante os turnos e o combinado com os doentes, as atividades de cuidados de higiene e conforto, alimentação e terapias.

A psicóloga encontra-se presente no serviço 4 dias por semana, realizando intervenções junto dos doentes e suas famílias – algumas programadas, outras espontâneas por sua observação ou por sugestão da equipa médica e de enfermagem.

Em situações particulares, e em função das necessidades encontradas em determinado doente, há a intervenção da terapeuta ocupacional – a equipa de enfermagem ou a psicóloga verificam alguma necessidade de realizar determinada atividade e, em conjunto, definem um plano de ação. Pude observar uma dessas situações: estava-se a aproximar o dia dos namorados e uma doente internada referiu que gostava de fazer uma surpresa ao seu marido. Uma vez que a doente gostava de trabalhos manuais, a equipa organizou-se e disponibilizou material para a doente

realizar um postal. Esta atividade foi realizada com a presença da terapeuta ocupacional. Após esta atividade, verificou-se uma grande satisfação por parte da doente, referindo sentir-se realizada e agradecida por lhe serem dadas condições para satisfazer aquele desejo de fazer uma surpresa ao seu marido.

APÊNDICE XIV

Análise da observação realizada à intervenção do EO – 3º campo
de estágio

Estágio com Relatório

Intervenções Promotoras de Dignidade	Critérios para análise	Análise de comportamentos, atitudes e estratégias de comunicação
Apresenta-se ao utente e família ¹	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta-se ao utente e família, referindo quais os objetivos da sua presença. 	<p>- A doente já conhecia o Enf., sendo que o mesmo me apresentou e pediu autorização para a minha presença, referindo que me encontrava a estagiar junto da equipa.</p>
Utiliza linguagem ajustada ¹	<ul style="list-style-type: none"> • Adequa-se a cada doente, família e contexto. 	<p>- Utilização de linguagem ajustada à doente e sua filha.</p>
Trata o outro com respeito, interesse e atenção ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Tem noção de como a sua atitude afeta o outro; • Percebe que mais pode saber sobre o doente para o ajudar em pleno; • Questiona sobre sentimentos, sintomas, desejos, receios, ...; • Considera as histórias pessoais e/ou familiares que acompanham a doença; • Utiliza pequenos gestos que demonstram atenção para com o doente (toque, oferecer algo para beber, ajeitar a almofada, ...). 	<p>- Utilização de gestos que demonstram atenção (toque, ajeitar a roupa da cama);</p> <p>- Questionamento sobre sintomatologia, percebendo de que forma a doente fala sobre a sua dor de modo a ajudar a geri-la; realiza avaliação da dor segundo escala numérica ou de faces e, de seguida, gestão da sintomatologia com terapêutica adequada e/ou medidas não farmacológicas)</p> <p>- Incentivada a família a levar objetos pessoais para melhorar o conforto da doente.</p>

¹ Chochinov, H.M. (2007). **Dignity** and the **essence** of **medicine**: the A, B, C, and D of **dignity** conserving care. British Medical Journal. 335(7612): 184-187

² Watson, J. (1996). Watson's theory of transpersonal caring. In P.H. Walker & B. Neuman. Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice & administration (pp. 141-184). NY: NLN Press

Proporciona um ambiente cuidado e confortável ²	<ul style="list-style-type: none"> • Garante condições de higiene e segurança; • Promove ambiente confortável para o contacto/conversa com o doente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Condições de higiene e segurança garantidas pela instituição e preservadas por mim e pela equipa; - Em alguns momentos do contacto, o Enf. sentou-se junto do doente num ambiente confortável.
Incentiva a partilha de sentimentos ²	<ul style="list-style-type: none"> • Questiona o doente sobre preocupações, dificuldades, fatores positivos e negativos da situação; 	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenções observadas, tendo o doente partilhado os seus sentimentos, bem como posteriormente a filha quando abordada.
Mostra compaixão ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta intenção clara de ajuda; • Apresenta olhar compreensivo, toques gentis; • Utiliza formas de comunicação verbal e não-verbal que reconhecem a pessoa para além da doença. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atitudes claramente observadas. - Transmitido à doente e família uma intenção clara de ajuda e disponibilidade para ajuda na resolução de problemas.
Instila a fé e a esperança ²	<ul style="list-style-type: none"> • Promove a esperança diariamente; • Respeita a crença do doente e família; • Reforço positivo nos pontos de fé do doente; • Promove pensamentos positivos dirigidos para momentos felizes já vividos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promoção de esperança realista – doente pretendia ir a casa no fim-de-semana, algo que não tinha conseguido realizar anteriormente por náuseas e diarreias. Situação gerida com a doente e família de modo a que se pudesse preparar a ida no fim-de-semana seguinte.
Ajuda na resolução de problemas capacitando o doente para tal ²	<ul style="list-style-type: none"> • Capacita o doente para perceção dos sintomas de modo a conseguir minimizá-los/resolvê-los no dia-a-dia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Doente com dor crónica. Orientada na perceção da mesma para comunicar à equipa de modo a conseguir-se realizar uma boa gestão.
Promove a discussão em equipa sobre atitudes e comportamentos adotados/a adotar no futuro ¹	<ul style="list-style-type: none"> • Questiona as suas próprias atitudes e reflete em equipa; • Incentiva o desenvolvimento de estratégias para a promoção da dignidade humana. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atitudes observadas em passagem de turno e em reunião com a equipa multidisciplinar.

<p>Respeita o doente e família na tomada de decisão sobre a sua situação de doença³</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Percebe o que a pessoa e família sabem e pretendem saber sobre a doença e evolução da mesma; • Questiona sobre o desejo relativamente a intervenções a realizar no futuro (abordando temas como a sedação, a terapêutica analgésica e a realização de quimioterapia/radioterapia paliativa, por exemplo); • Esclarece dúvidas e mitos (sobre analgesia com opióides e sobre como é expectável que sejam os últimos dias de vida, por exemplo); • Envolve o doente e família na tomada de decisão sobre procedimentos a realizar. 	<p>- Intervenção observada ao longo do estágio, não nesta observação. Verifiquei, em particular, a importância dada à presença da família junto do doente, envolvendo-a na tomada de decisão relativamente às intervenções a realizar.</p>
<p>Realiza reforço positivo ao doente e família pelas metas alcançadas e pelas ações realizadas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Escuta ativamente o doente e família sobre as metas alcançadas e realiza o reforço positivo; • Incentiva o doente e a família a estipular metas diárias e a manter as ações realizadas, dando sentido ao dia-a-dia de cada pessoa. 	<p>- Intervenção não observada.</p>
<p>Realiza a gestão de recursos sociais junto da família e comunidade</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Informa o doente e família sobre os recursos sociais existentes na comunidade, articulando a comunicação com outras instituições e assistente social caso seja necessário; • Esclarece o doente e família sobre recursos físicos existentes para apoio nos 	<p>- Intervenção observada ao longo do estágio, não em particular nesta observação. Houve uma situação em que a família desejou levar o doente para casa e a equipa multidisciplinar interveio de forma a informar sobre os recursos de apoio na comunidade, como o centro de saúde, instituições para apoio nos cuidados de higiene, locais para compra de camas articuladas e outros materiais, entre outras coisas.</p>

³ Intervenções Promotoras de Dignidade observadas na prática e não documentadas.

	cuidados no domicílio (camas articuladas, cadeiras de banho, entre outros).	
--	---	--

APÊNDICE XV

Entrevista informal uma doente sobre a dignidade humana

Tratava-se de uma doente de 69 anos com diagnóstico de adenocarcinoma (ADC) gástrico, apresentando antecedentes pessoais mais relevantes de Acidente Vascular Cerebral (AVC) há cerca de 15 anos com plegia do membro superior direito e hemiparesia do membro inferior esquerdo, ADC da mama esquerda há cerca de 8 anos com metastização hepática e óssea, síndrome depressivo, epilepsia vascular, entre outros. A senhora M., antes de se reformar devido às sequelas do AVC, era técnica de laboratório da indústria farmacêutica, segundo refere e recorda com um estilo de vida bastante ativo. É casada e tem duas filhas. Quando a conheci, estava internada nesta UCP há cerca de 6 semanas.

Após vários turnos a meu cuidado e após muita interação entre as duas, sabendo a Sra. M. o propósito do meu estágio, questionei-a sobre a possibilidade de conversarmos um pouco sobre a dignidade humana, sendo que me foi dito prontamente que sim. Escolhemos a melhor altura do dia e sentamo-nos as duas de forma confortável a conversar, sendo que me autorizou a retirar notas escritas.

Quando a questioneei sobre o que era para si a dignidade, referiu que a mesma é aquilo que transmite aos outros e o que podemos fazer pelo outro, sendo para si um conceito difícil de definir, “aparentemente pela sua complexidade”, diz. Ainda assim, consegue dizer-me que remete para ser tratado com respeito, dedicação e com carinho. Sente que desde que teve o AVC, tendo em conta toda a sua dependência e presença regular em hospitais e outras instituições de saúde, foi sempre cuidada com dignidade. Falou regularmente de si própria, descrevendo-se como uma pessoa “afável”, conseguindo “cativar” as pessoas à sua volta e fazer amigos com facilidade – estes podem ser os motivos pelos quais sempre foi cuidada com dignidade, diz a mesma.

Quando questionada sobre alguma situação em particular em que se tenha sentido cuidada, ou não, com dignidade, afirma não se recordar de nada negativo. Recorda-se apenas de se sentir bem cuidada em todas as situações.

Nesta conversa, pude também perceber que a Sra. M. tem um bom sentido de autoconceito, na medida em que consegue descrever-se a si própria enquanto ser humano e enquanto mulher, tendo noção de todos os problemas de saúde e

dificuldades pelos quais passou até então. O seu “espírito positivo” e a sua família têm sido os grandes alicerces para ultrapassar as dificuldades e para “andar para a frente”. Aqui, realizei o reforço positivo.

A Sra. M. pretendeu explorar outros assuntos na conversa, como a necessidade de mudança de instituição, tendo criado expectativas elevadas sobre esta instituição, embora se tenha desiludido um pouco, pois esperava continuar a fazer reabilitação e rapidamente percebeu que eram instituições com diferentes objetivos. Referiu que assistiu à morte de 2 doentes na unidade e que isso a fragilizou bastante. Nesta altura, promovi a expressão de sentimentos “como se sentiu” e, de seguida, validei-os. A doente terminou o discurso e não introduzi novo tema.

Nesta conversa pude aplicar estratégias de comunicação em cuidados paliativos que fui adquirindo ao longo deste tempo de formação. Este momento foi muito vantajoso para a minha aprendizagem e para o meu desenvolvimento enquanto EE, na medida em que escutei de forma ativa o que era a dignidade humana na perspetiva de um doente oncológico e na medida em que pude, ao longo de toda a conversa, intervir no âmbito da promoção da dignidade humana utilizando estratégias específicas da comunicação em CP.

APÊNDICE XVI
Guia de boas práticas

PROMOÇÃO DA DIGNIDADE HUMANA EM FIM DE VIDA

Guia de boas práticas

Fevereiro de 2017

Objetivos

Este guia é elaborado no âmbito da Unidade Curricular *Estágio com Relatório* do 7º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Vertente Oncológica. Pretende-se que este documento seja um instrumento orientador de boas práticas de enfermagem no âmbito da promoção da dignidade humana em fim de vida. Assim, reúne um conjunto de intervenções descritas em literatura (evidência científica), intervenções descritas pelos enfermeiros e doentes peritos na área da oncologia e intervenções observadas ao longo dos ensinamentos clínicos (experiência clínica).

Porquê um guia de boas práticas?

No seu dia-a-dia, o enfermeiro cuida o doente de forma holística. Vê o outro como um ser bio-psico-social e espiritual. Consoante seja a área de atuação, o cuidado pode centrar-se na pessoa com doença aguda, no cuidado à vida, na reabilitação ou na pessoa com doença crónica. A dignidade humana mostra-se como peça central da prática de cuidados para qualquer uma destas áreas. De forma a uniformizar os cuidados prestados em fim de vida no âmbito da promoção da dignidade humana, emerge a necessidade da realização de um guia de boas práticas.



“Como enfermeiras, temos a oportunidade de cuidar do coração, do espírito, da alma e do corpo dos nossos doentes, das suas famílias e de nós próprias. Eles podem esquecer o nosso nome, mas nunca esquecerão como os fizemos sentir.”

(Maya Angelou)

Pode ver neste guia

- Intervenções promotoras de dignidade humana obtidas através de:
- Literatura;
- Informação de peritos (enfermeiros e doentes);
- Experiência adquirida em

O que é a dignidade humana?

A dignidade da pessoa humana é uma qualidade intrínseca e inseparável de todo e qualquer ser humano, sendo uma característica que o define como tal.

Carneiro (2006, p.1), analisando e traduzindo um artigo de Chochinov (2002) sobre a dignidade humana, afirma: “salienta-se, por um lado a dignidade como uma dimensão da vida perspectivada desde a dimensão espiritual, ou seja, inerente à própria condição humana e, por outro lado, mais ligada aos cuidados prestados e à qualidade dessa prestação, ou seja, uma dignidade que passa pelo reconhecimento do outro... é fazer sentir ao outro que tem valor”.

Relacionando a dignidade humana com o fim de vida e investigando a perspectiva de enfermeiros, doentes e familiares, Silva & Simões (2008) concluem que uma morte tranquila é aquela que é livre de dor e sofrimento, de acordo com os desejos do doente e família e, tanto quanto possível, consistente com os padrões clínicos, culturais e éticos.

A literatura estabelece a importância da exigência dos cuidados de enfermagem à pessoa dando relevância a um cuidado guiado por um agir equitativo, responsável, centrado em “(...)promover, defender e preservar a dignidade da pessoa e desse fundo ético decorre a afirmação da autonomia para escolher os seus projectos de vida, no contexto situado” (Nunes, 2011, citado por Bacalhau 2014, p.

“a prestação de cuidados de fim de vida especializados e sensíveis exige que os prestadores de cuidados de saúde compreendam a dignidade na perspectiva dos doentes”

(Ordem dos Enfermeiros, 2010)



Campanha da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos 2016

[a dignidade] “está ligada à condição de existir como ser humano, à relação contextualizada com os outros (interacção social e cultural) e é construída através de uma narrativa de vida individual e única”

(Julião, 2014, p.11)

Intervenções promotoras de dignidade humana em fim de vida

- Apresentar-se ao utente e família, referindo quais os objetivos da sua presença;
- Utilizar linguagem ajustada, adequando-se a cada doente, família e contexto;
- Tratar o outro com respeito, interesse e atenção:
 - Ter noção de como a sua atitude afeta o outro;
 - Perceber que mais pode fazer pelo outro;
 - Questionar sobre sentimentos, sintomas, desejos, receios e prestar cuidados personalizados respeitando os desejos dos utentes e família;
 - Utilizar pequenos gestos que demonstrem atenção para com o doente, como por exemplo o toque, oferecer algo para beber, ajeitar a almofada, entre outros.
- Proporcionar um ambiente cuidado e confortável:
 - Garantir condições de higiene e segurança;
 - Promover um ambiente confortável para o contacto/conversa com o doente;
 - Sempre que possível, permitir e incentivar o utente a ter consigo objetos pessoais significativos.
- Promover a manutenção da autonomia do utente:
 - Incentivar a manutenção da autonomia nas decisões sobre tratamentos e técnicas a realizar (garantindo que o doente apresenta manutenção das capacidades cognitivas para tal);
 - Incentivar o autocuidado tanto quanto possível e permitido pela evolução da doença;
- Incentivar a partilha de sentimentos:
 - Questionar o doente sobre preocupações, dificuldades, fatores positivos e negativos da situação;
 - Dar espaço à tristeza;
 - Treinar técnicas de comunicação em cuidados paliativos – leitura sobre a temática, realizar *role play* em equipa;
 - Utilizar técnicas de relação de ajuda - conhecer as teorias de relação de ajuda existentes e coloca-las em prática;
- Mostrar compaixão:
 - Apresentar intenção clara de ajuda;
 - Apresentar olhar compreensivo, toques gentis;
 - Utilizar formas de comunicação verbal e não-verbal que reconhecem a pessoa para além da doença.

“na perspectiva ética, a relação entre quem cuida e quem recebe cuidados pauta-se por princípios e valores – a dignidade humana é o verdadeiro pilar do qual decorrem os outros princípios e quem tem de estar presente, de forma inequívoca em todas as decisões e intervenções”.

(Ordem dos Enfermeiros, 2006)

Intervenções promotoras de dignidade humana em fim de vida

- Instilar a fé e a esperança:
 - Promover a esperança diária;
 - Respeitar a crença do doente e família;
 - Realizar reforço positivo nos pontos de fé do doente;
 - Promover pensamentos positivos dirigidos para momentos felizes já vividos;
- Ajudar na resolução de problemas capacitando o doente para tal:
 - Realizar controlo sintomático de forma rigorosa e intuitiva, utilizando uma prática baseada na evidência;
 - Capacitar o doente para a perceção dos sintomas de modo a conseguir minimizá-los/resolvê-los no dia-a-dia;
 - Ajudar o doente a compreender e aceitar mudança das suas circunstâncias de vida.
- Promover a discussão em equipa sobre atitudes e comportamentos adotados/a adotar no futuro:
 - Questionar as suas próprias atitudes e promover a discussão em equipa;
 - Incentivar o desenvolvimento de estratégias e intervenções para a promoção da dignidade humana;
 - Planear em equipa os cuidados a prestar ao utente em fim de vida e sua família;
 - Caso os desejos do doente não estejam a ser honrados por algum profissional de saúde, deve promover-se a comunicação em equipa de modo a alterar o plano de cuidados;
 - Realizar momentos de reflexão em equipa para partilha de sentimentos e prevenir o *burnout* pessoal e da equipa.

Referências bibliográficas

- Bacalhau, L. (2014). *Cuidar centrado na dignidade*. Universidade Católica Portuguesa – Instituto de Ciências da Saúde. Relatório de Estágio. Lisboa
- Brown, Johnston & Östlund (2003). Identifying care actions to conserve dignity in end-of-life care. *British Journal of Community Nursing*. 6 (5), 238-245
- Carneiro, P.J. (2006). Dignity – conserving care – a new model for palliative care helping the patient feel valued. Porto: Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Disponível em: www.apcp.com.pt/clube-de-leitura/dignity-conserving-care-a-new-model-for-palliative-care-helping-the-patient-feel-valued
- Chochinov, H. et al (2002) Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Social Science & Medicine*. 54, 433-443
- Chochinov, H. M., & Chochinov, P. (2002). *Tema: questões éticas: dignidade*. 287 (17), 1-2
- Chochinov, H.M. (2007). Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *British Medical Journal*. 335 (7612), 184-187
- Deodato, S. (2006). Autonomia e Morte. In Ordem dos Enfermeiros. *Final de vida – VI Seminário do Conselho Jurisdicional* (pp. 6-13). Lisboa: OE
- Enes, S. (2003). Exploration of dignity in palliative care. *Palliative Medicine*. 17, 163-269
- Julião, M. (2014). *Eficácia da Terapia da Dignidade no Sofrimento Psicossocial de Doentes em Fim de Vida Seguidos em Cuidados Paliativos: Ensaio Clínico Aleatorizado e Controlado*. Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina de Lisboa. Dissertação de Doutoramento. Lisboa
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Cuidados paliativos para uma morte digna – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*. Lisboa: OE
- Silva, J. V. & Simões, I. A. R. (2008). *Os significados de boa morte ou morte digna: as representações sociais do paciente, familiar cuidador e profissionais da área de saúde de Pouso Alegre*. Universidade do Vale do Sapucaí. Tese de Mestrado. Pouso Alegre
- Valente et al (2011). Nurses' perspectives of challenges in end of life care. *The Journal of Chi Eta Phi Sorority*. 55 (1), 18-31
- Volker, D. et al (2004). Patient Control and End-Of-Life CarePart II: The Patient Perspective. *Oncology Nursing Forum*. 31 (5), 954-960
- Watson, J. (1996). Watson's theory of transpersonal caring. In P.H. Walker & B. Neuman. *Blueprint for use of nursing models: Education, research,*



Realizado por:

Ana Catarina

Morgado

Orientação:

Óscar Ferreira

Sandra Neves

APÊNDICE XVII

Diapositivos da apresentação realizada no serviço no final do 3º estágio

PROMOÇÃO DA DIGNIDADE HUMANA EM FIM DE VIDA – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Estágio com relatório – 3º Campo de estágio
3 de Janeiro a 10 de Fevereiro 2018

Elaborado por:
Ana Catarina Morgado
Orientador:
Professor Óscar Ferreira



OBJETIVOS

- Elucidar acerca do conceito de *Dignidade Humana*;
- Apresentar *check-list* elaborada;
- Descrever trabalho realizado ao longo do estágio.



DIGNIDADE HUMANA

- Qualidade intrínseca e inseparável de todo e qualquer ser humano, sendo uma característica que o define como tal;
- *“salienta-se, por um lado a dignidade como uma dimensão da vida perspectivada desde a dimensão espiritual, ou seja, inerente à própria condição humana e, por outro lado, mais ligada aos cuidados prestados e à qualidade dessa prestação, ou seja, uma dignidade que passa pelo reconhecimento do outro... é fazer sentir ao outro que tem valor”*.

(Carneiro, 2006, p.1)



DIGNIDADE HUMANA (CONT.)

- A prática de cuidados paliativos tem como valor essencial o respeito pela autonomia do doente, assim como o alívio do sofrimento físico, psíquico, social e espiritual; (Gomes *et al.*, 2013)
- Relacionando a dignidade humana com o fim de vida e investigando a perspetiva de enfermeiros, doentes e familiares, Silva & Simões (2008) concluem que uma morte tranquila é aquela que é livre de dor e sofrimento, de acordo com os desejos do doente e família e, tanto quanto possível, consistente com os padrões clínicos, culturais e éticos.



DIGNIDADE HUMANA (CONT.)

- “as pessoas em fim de vida e as respectivas famílias merecem cuidados competentes, culturalmente congruentes e compassivos no final da vida” (p.15);
- “a prestação de cuidados de fim de vida especializados e sensíveis exige que os prestadores de cuidados de saúde compreendam a dignidade na perspetiva dos doentes” (p.17).

(OE - CIPE, 2010)



CHECK-LIST - AUTORES

- The A, B, C, D of Dignity Conserving Care - Chochinov, 2007
 - **A**ttitude
 - **B**ehaviour
 - **C**ompassion
 - **D**ialogue
 - Atitude
 - Comportamento
 - Compaixão
 - Diálogo



CHECK-LIST – AUTORES (CONT.)

▪ Processo Clinical Caritas – Jean Watson, 1996

- ✓ Propõe abordar o outro com delicadeza, com sensibilidade, dando-lhe atenção especial e exercitando uma atenção cuidadosa;
- ✓ Desenvolver o cuidado com genuína intencionalidade torna possível a conexão com o doente por meio da empatia, e assim, as prioridades e importâncias traçadas para o cuidado desse doente tornam-se comuns com as prioridades e importâncias do próprio.



Intervenções Promotoras de Dignidade	Análise de comportamentos, atitudes e estratégias de comunicação
Apresenta-se ao utente e família ¹	
Utiliza linguagem ajustada ¹	
Trata o outro com respeito, interesse e atenção ¹	
Proporciona um ambiente cuidado e confortável ²	
Incentiva a partilha de sentimentos ²	
Mostra compaixão ^{1,2}	
Instila a fé e a esperança ²	
Ajuda na resolução de problemas capacitando o doente para tal ²	
Promove a discussão em equipa sobre atitudes e comportamentos adotados/a adotar no futuro ¹	

¹ Chochinov, H.M. (2007). Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *British Medical Journal*, 335(7612): 184-187.

² Watson, J. (1986). Watson's theory of transpersonal caring. In P.H. Walker & B. Neuman. *Blueprint for use of nursing models: Education, research, practice & administration* (pp. 141-184). NY: NLN Press.



Intervenções Promotoras de Dignidade	Análise de comportamentos, atitudes e estratégias de comunicação
Apresenta-se ao utente e família ¹	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta-se ao utente e família, referindo quais os objetivos da sua presença.
Utiliza linguagem ajustada ¹	<ul style="list-style-type: none"> • Adequa-se a cada doente, família e contexto.
Trata o outro com respeito, interesse e atenção ¹	<ul style="list-style-type: none"> • Tem noção de como a sua atitude afeta o outro; • Percebe que mais pode saber sobre o doente para o ajudar em pleno; • Questiona sobre sentimentos, sintomas, desejos, receios, ...; • Considera as histórias pessoais e/ou familiares que acompanham a doença; • Utiliza pequenos gestos que demonstram atenção para com o doente (toque, oferecer algo para beber, ajeitar a almofada, ...).
Proporciona um ambiente cuidado e confortável ²	<ul style="list-style-type: none"> • Garante condições de higiene e segurança; • Promove ambiente confortável para o contacto/conversa com o doente.
Incentiva a partilha de sentimentos ²	<ul style="list-style-type: none"> • Questiona o doente sobre preocupações, dificuldades, fatores positivos e negativos da situação.

Intervenções Promotoras de Dignidade	Análise de comportamentos, atitudes e estratégias de comunicação
Mostra compaixão ^{1,2}	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta intenção clara de ajuda; • Apresenta olhar compreensivo, toques gentis; • Utiliza formas de comunicação verbal e não-verbal que reconhecem a pessoa para além da doença.
Instila a fé e a esperança ²	<ul style="list-style-type: none"> • Promove a esperança diária; • Respeita a crença do doente e família; • Reforço positivo nos pontos de fé do doente; • Promove pensamentos positivos dirigidos para momentos felizes já vividos.
Ajuda na resolução de problemas capacitando o doente para tal ²	<ul style="list-style-type: none"> • Capacita o doente para perceção dos sintomas de modo a conseguir minimizá-los/resolvê-los no dia-a-dia.
Promove a discussão em equipa sobre atitudes e comportamentos adotados/a adotar no futuro ¹	<ul style="list-style-type: none"> • Questiona as suas próprias atitudes e reflete em equipa; • Incentiva o desenvolvimento de estratégias para a promoção da dignidade humana.



TRABALHO REALIZADO JUNTO DA EQUIPA

- Aplicação da *check-list* com intervenções promotoras de dignidade humana - análise de comportamentos, atitudes e estratégias de comunicação;
- Prestação de cuidados diretos aos doentes em fim de vida aplicando estratégias promotoras de dignidade humana;
- Realização de um **Guia de Boas Práticas**.

GUIA DE BOAS PRÁTICAS

- **Literatura** – revisão scoping, pesquisa em livros, artigos de periódicos, websites, registos históricos, assim como teses e dissertações de mestrado;
- **Informação de peritos** – enfermeiros e doentes;
- **Experiência nos ensinamentos clínicos** – observação e prestação direta de cuidados.

GUIA DE BOAS PRÁTICAS

13

OBSERVAÇÃO E ANÁLISE REALIZADAS

Promoção da dignidade humana
consoante descrito na literatura

- ✓ Incentivo a ter objetos pessoais
junto da pessoa;
- ✓ Presença da família.

Intervenções observadas mas
não descritas na literatura



14

GANHOS OBTIDOS NO ESTÁGIO

- Nível pessoal:
 - ✓ Aprendizagem com os utentes – reflexão sobre a vida e relações interpessoais;
 - ✓ Estratégias para lidar com familiares/amigos com doença oncológica.
- Nível profissional:
 - ✓ Cuidar de pessoas com doença oncológica – estratégias de comunicação, reconhecer o outro para além da doença;
 - ✓ Desenvolver competências de comunicação;
 - ✓ Reflexão sobre os cuidados prestados diariamente e mudança de práticas;
 - ✓ Discussão diária em equipa sobre os cuidados prestados/a prestar – partilhar experiência com a minha equipa de trabalho;
 - ✓ Intervenções para controlo sintomático;
 - ✓ Intervenções promotoras da dignidade humana.

15

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brown, Johnston & Ostlund (2003). Identifying care actions to conserve dignity in end-of-life care. *British Journal of Community Nursing*, 6(5):236-245.
- Carneiro, P.J. (2006). Dignity – conserving care – a new model for palliative care helping the patient feel valued. Porto: Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Disponível em: www.apcp.com.pt/club-de-leitura/dignity-conserving-care-a-new-model-for-palliative-care-helping-the-patient-feel-valued
- Chochinov, H. et al (2002). Dignity in the terminally ill: a developing empirical model. *Social Science & Medicine*, 54:433-443.
- Chochinov, H. M., & Chochinov, P. (2002). Tema: questões éticas: dignidade. 287(17):1-2.
- Chochinov, H.M. (2007). Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *British Medical Journal*, 335(7612): 184-187.
- Enes, S. (2003). Exploration of dignity in palliative care. *Palliative Medicine*, 17:263-269.
- Julião, M. (2014). Eficácia da Terapia da Dignidade no Sofrimento Psicossocial de Doentes em Fim de Vida Seguidos em Cuidados Paliativos. Ensaio Clínico Aleatorizado e Controlado. Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina de Lisboa. Dissertação de Doutoramento. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2006). Final de vida – VI Seminário do Conselho Jurisdicional. 20.6-13. Capítulo: *Autonomia e Morte por Deodato*, S.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Cuidados paliativos para uma morte digna – Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)*.
- Silva, J. V. & Simões, I. A. R. (2008). *Os significados de boa morte ou morte digna: as representações sociais do paciente, familiar cuidador e profissionais da área de saúde de Pouso Alegre*. Universidade do Vale do Sapucaí. Tese de Mestrado. Pouso Alegre.
- Valente et al (2011). Nurses' perspectives of challenges in end of life care. *The Journal of Chi Eta Phi Sorority*, 55(1):28-31.
- Volker, D. et al (2004). Patient Control and End-Of-Life CarePart II: The Patient Perspective. *Oncology Nursing Forum*, 31(5):954-960.
- Watson, J. (1996). Watson's theory of transpersonal caring. In P.H. Walker & B. Neuman. *Blueprint for use of nursing models* Education, research, practice & administration. 141-184. NY: NLN Press.

OBRIGADA!!!