



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

**Intervenção de Enfermagem no Conforto da Pessoa
nos Últimos Dias/Horas de Vida e sua Família numa
Unidade de Cuidados Paliativos**

**Lisboa
2022**



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

**Intervenção de Enfermagem no Conforto da Pessoa
nos Últimos Dias/Horas de Vida e sua Família numa
Unidade de Cuidados Paliativos**

Inês Alexandra Alves Arcadinho

Orientador: Professora Sandra Cristina da Silva Neves

**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“Mais cedo ou mais tarde, todos os que assistem os moribundos descobrem face à sua resistência e à sua coragem, e muitas vezes ao seu humor, que recebem muito mais do aquilo que dão. Devemos dizer-lhes: ensinem-nos a sermos cada vez mais humanos.”

Cicely Saunders

AGRADECIMENTOS

A elaboração e conclusão deste relatório exigiu empenho e dedicação pessoais. Porém, foi fundamental o apoio e incentivo de muitas pessoas que me acompanharam nesta caminhada e a quem, por isso, não poderia deixar de agradecer.

Deste modo, agradeço:

À Sr.^a Prof.^a Dr.^a Sandra Neves pela orientação consistente, a exigência e os desafios lançados para o desenvolvimento do trabalho. Pela disponibilidade, incentivo e reforço positivo constantes que me motivaram ao longo de todo o percurso.

À Enf.^a orientadora Vanda Veiga, por toda a dedicação, apoio e partilha de conhecimento.

Ao Enf. orientador Ricardo Silva pela colaboração, incentivo e apoio sempre demonstrados.

À Enf.^a Mariana Van Innis, colega e orientadora incansável, pelo companheirismo, apoio e incentivo constantes.

À equipa de gestão do serviço, equipa de enfermagem e equipa multidisciplinar, por terem acolhido este projeto.

A Todos aqueles de quem Cuidei, pessoas e suas famílias, e que tanto me ensinaram na profissão e na Vida.

À minha Família e Amigos, pelo apoio incondicional nos momentos mais difíceis.

Em especial à minha mãe, pelas palavras de coragem e por todas as horas de desabafos ao telefone.

Um agradecimento Muito Especial aos meus filhos, Miguel e Diogo, e ao meu Marido, João, por toda a compreensão e paciência em tantas horas e dias de ausência.

Por fim, o meu muito obrigado a todos que de alguma forma contribuíram para que eu conseguisse alcançar este objetivo.

LISTA DE SIGLAS

CCEE	Competências Comuns de Enfermeiros Especialista
CEEEEMC	Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
CF	Conferência Familiar
CHBM	Centro Hospitalar Barreiro-Montijo
CHULC	Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CNCP	Comissão Nacional de Cuidados Paliativos
CP	Cuidados Paliativos
DGS	Direção Geral da Saúde
EIHSCP	Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
EONS	<i>European Oncology Nursing Society</i>
ESEL	Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
GCQ	<i>General Comfort Questionnaire</i>
GOP	Guia Orientador da Prática
HCQ-F-PT®	Questionário de Conforto Holístico- Família- PT
HCQ-PT-DC®	Escala de Conforto Holístico – Doentes Crónicos
IAHPC	<i>International Association for Hospice and Palliative Care</i>
JBI	<i>Joanna Briggs Institute</i>
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEDCP	Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos
RCCEE	Regulamento de Competências Comuns de Enfermeiro Especialista
RCEEEEMC	Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
RNCCI	Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
UC	Unidade Curricular
UCP	Unidade de Cuidados Paliativos
UCPA	Unidade de Cuidados Paliativos Agudos
UDHV	Últimos Dias e Horas de Vida

RESUMO

Cuidar da pessoa nos últimos dias/horas de vida (UDHV) e sua família é desafiante para os enfermeiros, sendo por isso essencial implementar estratégias que os capacitem a prestar cuidados de qualidade. A análise reflexiva acerca dos cuidados prestados na Unidade de Cuidados Paliativos Agudos (UCPA), a análise dos dados estatísticos epidemiológicos da mesma e dos registos de enfermagem e a aplicação do questionário aos enfermeiros contribuíram para a identificação de lacunas na promoção do conforto da pessoa nos UDHV e família. Assim, surgiu a questão: “*Quais são as intervenções de enfermagem promotoras de conforto da pessoa nos UDHV e sua família numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP)?*”. Este trabalho foi elaborado segundo a metodologia de projeto com a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. De modo a basear a prática na evidência científica, foi elaborada uma *scoping review* visando mapear as intervenções de enfermagem promotoras do conforto, que foram complementadas com a observação estruturada e participante durante a prestação de cuidados em estágio e a realização de entrevistas semiestruturadas a enfermeiros peritos. Estas intervenções foram a base para a elaboração de um Guia Orientador da Prática (GOP), que foi apresentado à equipa de enfermagem através de ações de formação. O GOP encontra-se estruturado com base nos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental da Teoria do Conforto de Kolcaba que norteia este projeto, tendo as intervenções de enfermagem sido organizadas com base nos mesmos. Deste modo, concluo que o enfermeiro tem um papel importante na promoção do conforto da pessoa nos UDHV e família, uma vez que a sua intervenção atende a todas as dimensões da pessoa. Assim, este projeto contribuiu para a melhoria na qualidade dos cuidados na UCPA através da elaboração de um instrumento de apoio à prática e da capacitação dos enfermeiros.

Palavras-Chave: Conforto, Intervenção de Enfermagem, Cuidados paliativos, últimos dias e horas de vida.

ABSTRACT

Caring for the person in the last days/hours of life and their family is challenging for nurses, being so essential to implement strategies that enable them to provide quality care. The reflective analysis about the care provided in the Acute Palliative Care Unit, the analysis of its epidemiological statistical data and nursing records, and the application of the nurses' questionnaire contributed to the identification of gaps in the promotion of the comfort of the person in the last days/hours of life and family. So, the question: "What are the nursing interventions that promote the comfort of the person in last days/hours of life and their family in a Palliative Care Unit? This study was developed using the project methodology with the purpose of contributing to improving the quality of nursing care. In order to base the practice on scientific evidence, a scoping review was prepared to map comfort-promoting nursing interventions, which were complemented with structured and participant observation during the provision of internship care and semi-structured interviews with expert nurses. These interventions were the basis for the development of a Guiding Practice Guide, which was presented to the nursing team through training sessions. The Guiding Practice Guide is structured based on the physical, psychospiritual, sociocultural and environmental contexts of Kolcaba's Theory of Comfort, which guides this project, and nursing interventions were organized based on them. I conclude that nurses play an important role in promoting the comfort of the person in the last days/hours of life and family, since their intervention addresses all dimensions of the person. This project contributed to improving the quality of care at the Palliative Care Unit through the development of a practice support tool and the nurses' empowerment.

Keywords: comfort, palliative care, hospice, last days or hours of life, nursing intervention.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	14
1.1 A Pessoa nos UDHV e sua Família.....	14
1.2 As Intervenções de Enfermagem Promotoras de Conforto da Pessoa nos UDHV e sua Família	16
1.3 A Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.....	21
2. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS.....	24
2.1 Desenvolver Competências de Enfermeiro Especialista no Âmbito das Intervenções de Enfermagem Promotoras de Conforto da Pessoa nos UDHV e sua Família.....	24
2.1.1 Conhecer a estrutura organizacional e o funcionamento do contexto clínico, de forma a promover a integração na equipa multidisciplinar do serviço.....	25
2.1.2 Identificar a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem que promovem o conforto da pessoa nos UDHV e sua família numa UCP.....	30
2.1.3 Identificar as intervenções de enfermagem promotoras de conforto à pessoa nos UDHV e sua família através da observação estruturada e participante durante a prestação de cuidados na UCP/ na EIHSCP.....	31
2.1.4 Sintetizar as intervenções de enfermagem promotoras de conforto à pessoa nos UDHV e sua família, uniformizando-as em linguagem CIPE®....	39
2.2 Contribuir para a Melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Prestados à Pessoa Internada numa UCPA nos UDHV, Promovendo o seu Conforto e o da sua Família.....	40
2.2.1 Apresentar os objetivos e as atividades a implementar do projeto à enfermeira gestora e à equipa de enfermagem.....	40
2.2.2 Implementar as intervenções de enfermagem promotoras de conforto à pessoa nos UDHV e sua família numa UCPA.....	42

2.2.3 Capacitar a equipa de enfermagem no que respeita às intervenções promotoras de conforto à pessoa nos UDHV e sua família numa UCP.....	46
3. AVALIAÇÃO.....	49
3.1 Pontos Fortes e Fracos.....	49
3.2 Contributos do Projeto para a Melhoria da Qualidade dos Cuidados.....	52
4. QUESTÕES ÉTICAS.....	54
5. CONCLUSÃO E PERSPETIVAS FUTURAS.....	57
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
APÊNDICES	

Apêndice I - Intervenções de Enfermagem Orientadas para a Promoção do Conforto da Pessoa em Últimos Dias e Horas de Vida e sua Família –*Scoping Review*

Apêndice II - Parecer da Comissão de Ética - Estágio A

Apêndice III - Guião das Entrevistas Semi-Estruturadas

Apêndice IV - Promovendo o Conforto nos UDHV – Reflexão Crítica

Apêndice V - Desenvolvendo Competências no Congresso de Cuidados Paliativos

Apêndice VI - Articular Para Confortar, Desenvolvendo Competências - Reflexão Crítica

Apêndice VII - Síntese das Intervenções Promotoras do Conforto da Pessoa em UDHV e sua Família numa Unidade de Cuidados Paliativos

Apêndice VIII - Sessão de Apresentação do Projeto – Estágio C

Apêndice IX - O Apoio Confortador à Família da Pessoa em UDHV - Reflexão Crítica

Apêndice X - Guia Orientador da Prática “Promoção do Conforto da Pessoa nos Últimos Dias/Horas de Vida e sua Família numa Unidade de Cuidados Paliativos - Intervenção de Enfermagem”

Apêndice XI - Sessão de Formação – Estágio C

Apêndice XII - Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Para Participação na Entrevista

Apêndice XIII - Consentimento Informado, Esclarecido e Livre para Participação na Metodologia *Delphi*

ANEXOS

Anexo I - Certificado de Apresentação de Comunicação Livre

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – ANÁLISE SWOT..... 47

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), e resulta do trabalho contínuo desenvolvido ao longo da UC. Com este relatório pretendo descrever e refletir acerca do caminho que percorri para o desenvolvimento das competências científicas, técnicas e relacionais de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Enfermagem Oncológica, consideradas essenciais para a prestação de cuidados especializados no âmbito da promoção do conforto da pessoa nos UDHV e sua família. Neste relatório abordarei as atividades desenvolvidas ao longo do estágio que visaram alcançar os objetivos a que me propus com a implementação deste projeto de intervenção. Concomitantemente, serão abordadas as competências que me propus desenvolver tendo por base o Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE) (OE, 2019) e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (RCEEEEMCPSCP) (OE, 2018) da Ordem dos Enfermeiros (OE), *European Oncology Nursing Society (EONS) Cancer Nursing Education Framework 2018* (EONS, 2018), as competências de mestre previstas no Processo de Bolonha (decreto-lei 107/2008) e o Modelo de desenvolvimento de competências exigidas por Benner (Benner, 2001).

A problemática que deu origem a este projeto de intervenção que propus desenvolver e implementar no serviço onde exerço funções, que se trata de uma UCPA, resultou de reflexão conjunta com os elementos da equipa de enfermagem e da equipa de gestão da UCPA, de onde emergiu a necessidade de melhorar a prática de enfermagem e dar visibilidade à prática de cuidados através da sua documentação adequada. Deste modo, no sentido de compreender quais seriam as necessidades formativas dos enfermeiros no que respeita ao cuidar da pessoa em cuidados paliativos (CP), foi aplicado um questionário aos enfermeiros cuja sua elaboração teve por base o Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) "*Cuidados Paliativos para uma Morte Digna*". Para identificar quais as intervenções de enfermagem a estas pessoas documentadas no plano de cuidados na linguagem da CIPE® foi realizada a observação e análise dos planos de todas as

peças internadas na UCPA no mês de março de 2021. Foram ainda analisadas as características da população internada na UCPA no mesmo período. Após a triangulação dos dados colhidos, caracterização da população, intervenções de enfermagem constantes nos planos de cuidados e necessidades de formação identificadas pelos enfermeiros nas respostas ao questionário, resultou a área de intervenção a ser desenvolvida no âmbito deste projeto- conforto da pessoa nos UDHV e sua família.

De acordo com a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) (2021), verificou-se um aumento da população portuguesa com necessidade de CP no biénio 2020-2021, que é consistente com o envelhecimento da população, independentemente do aumento da doença crónica. Os CP são, por definição consensual da *International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC)*, cuidados holísticos ativos a pessoas de todas as idades que apresentam sofrimento relacionado com a saúde devido a doenças graves e especialmente, aquelas que estão perto do fim da vida. O seu objetivo é melhorar a qualidade de vida das pessoas, suas famílias e seus cuidadores (Radbruch, De Lima & Knaul, 2020). A sua filosofia está largamente difundida por todo o Mundo, todavia, o acesso aos CP e sua prática rigorosa é ainda bastante assimétrica (Neto, 2016). A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que os CP são mais eficazes quando integrados mais precocemente no percurso da doença, pois melhoram a qualidade de vida da pessoa e da sua família, mas também reduzem hospitalizações desnecessárias e a utilização inadequada dos serviços de saúde. A acessibilidade a CP demonstra-se assim um tema de elevada importância, e deve ser determinada pelas necessidades que a pessoa e a família apresentam e não apenas relacionada com o prognóstico (CNCP, 2021).

“Paliar é confortar, aliviar sintomas, ouvir, respeitar, compartilhar, acolher, acompanhar até ao fim e depois da vida o doente e familiares” (Souza, Jaramillo e Borges, 2021, p. 435). As pessoas que vivenciam uma doença progressiva e incurável têm normalmente associado um conjunto de problemas geradores de sofrimento, sejam eles físicos e não só (Neto, 2016). A promoção do conforto da pessoa ao longo da trajetória da doença até ao fim da sua vida faz parte da intervenção de enfermagem, bem como promover este conforto aos seus familiares que vivenciam também o processo de doença (Gomes, 2010; Souza et al, 2021). Cuidar da pessoa em fim de vida pressupõe dar a devida importância a tudo o que altere ou perturbe a sua qualidade de vida, sendo que as intervenções devem ter como objetivo final a maximização dos seus níveis de conforto. Os UDHV refletem a fase de agonia e, os

cuidados nesta fase “*têm como objetivo central proporcionar o melhor conforto ao paciente, promovendo a dignidade e a qualidade de vida, sem o intuito de acelerar ou atrasar o processo de morte*” (Neto, 2016, p.319).

Conforto é uma palavra de deriva do latim “*confortare*”, que significa “*para fortalecer muito*” (Kolcaba,1991, p. 238) ou “*fortificar, corroborar, conceder, consolar, aliviar, assistir, ajudar e auxiliar*” (Souza et al, 2021, p. 435). O conforto é um construto complexo e multidimensional que resulta de uma experiência subjetiva, positiva e individual vivenciada em situação de doença, sendo o próprio conforto o resultado desejável (Souza et al, 2021). Assim sendo, este projeto encontra-se sustentado na Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba.

A fim de alcançar os objetivos deste projeto e desenvolver as competências a que me propus, foram realizados estágios em três contextos distintos. Os dois primeiros estágios com o objetivo de desenvolver competências de enfermeiro especialista no âmbito das intervenções de enfermagem promotoras de conforto da pessoa nos UDHV e sua família, que decorreram numa UCP de um Centro Hospitalar da região de Lisboa e Vale do Tejo (denominado estágio A), e numa Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) de um Centro Hospitalar da região de Lisboa (denominado estágio B), respetivamente. A seleção dos referidos locais relaciona-se com a semelhança do local de estágio A com o serviço onde iria ser implementado o projeto, e a maior probabilidade de contato com a pessoa em situação de UDHV e sua família (no local de estágio A e B) de forma permitir a identificação das intervenções promotoras de conforto da pessoa e família e o desenvolvimento de competências no âmbito da implementação dessas mesmas intervenções. O terceiro local de estágio foi a UCPA onde exerço funções, com o objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa internada numa UCPA nos UDHV, promovendo o seu conforto e o da sua família através da implementação das intervenções confortadoras e de formação à equipa de enfermagem.

Deste modo, defini como objetivos do presente relatório: descrever e analisar as atividades desenvolvidas ao longo do percurso dos estágios, refletir acerca das aprendizagens e sobre o processo de desenvolvimento das competências a que me propus e analisar a contribuição da implementação do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados.

O relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos principais. Em primeiro lugar apresentarei o enquadramento teórico onde será abordado o conforto da pessoa em UDHV e da sua família, o papel da enfermagem na promoção desse conforto e a teoria do conforto de Kolcaba que serviu de sustentação ao projeto. No segundo capítulo abordarei as atividades desenvolvidas ao longo do percurso dos estágios e as competências desenvolvidas, utilizando os objetivos que defini para o projeto como linha orientadora dessa descrição e análise. No terceiro capítulo farei uma avaliação do trabalho desenvolvido abordando o seu contributo para a melhoria da qualidade dos cuidados. De seguida abordarei as questões éticas relacionadas com a prestação de cuidados à pessoa em UDHV e sua família, uma vez que a pessoa se encontra numa condição de elevada vulnerabilidade onde a satisfação das suas necessidades de conforto devem ser o foco da intervenção de enfermagem. Por último, a conclusão do relatório e as perspetivas futuras para a continuidade deste projeto de intervenção.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo é apresentado o enquadramento teórico que dá corpo ao trabalho realizado ao longo do projeto e no qual me fundamentei para o seu desenvolvimento e implementação. Aqui são abordados os principais conceitos deste projeto de intervenção, os quais dividi em subcapítulos. Primeiramente será abordada a temática da pessoa em situação de UDHV e sua família. De seguida as intervenções de enfermagem confortadoras para a pessoa em UDHV e sua família que foram alvo da minha pesquisa ao longo de todo este percurso. Por fim, a abordagem do modelo teórico de Katharine Kolcaba, Teoria do conforto, onde foi sustentado o projeto.

1.1 A Pessoa nos UDHV e sua Família

Os CP englobam todos os cuidados que visam a promoção da qualidade de vida e bem-estar das pessoas e das suas famílias em situação de sofrimento causado por uma doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, por meio da prevenção, alívio e tratamento do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual (Lei nº52/2012). Estes assentam em quatro pilares fundamentais: o controlo de sintomas, a comunicação adequada, o apoio à família e o trabalho em equipa, de modo a promover a adaptação da pessoa e família a uma nova realidade, ajudando a enfrentar da melhor forma possível a situação de terminalidade (Gomes, 2010; Neto, 2016).

Os UDHV são habitualmente definidos como a fase de agonia. Apesar de não existir uma definição consensual, Neto (2016) afirma que pode variar entre 1 a 14 dias antes da morte. Consistem numa fase em que a pessoa experiencia mudanças clínicas e fisiológicas, em que existe o aparecimento de novos sintomas e/ou agravamento dos já existentes. É de extrema importância a identificação dos sinais clínicos de agonia no contexto de uma doença avançada, progressiva e incurável para que se consigam adequar os cuidados prestados que devem privilegiar o conforto da pessoa. Por isso, os principais pilares dos cuidados nos UDHV estão relacionados com o controlo sintomático, a adequação do regime terapêutico e o apoio à família (Braga, Rodrigues, Alves e Neto, 2017; Neto, 2016).

Os principais sinais e sintomas presentes na pessoa nos UDHV são: a deterioração evidente e progressiva do estado físico, manifestada por fadiga que a leva a estar confinada ao leito; o desinteresse pelos alimentos sólidos e líquidos e a dificuldade

progressiva da deglutição que leva à diminuição da ingestão; a alteração do estado de consciência que pode significar estar mais sonolento ou apresentar sinais de agitação e *delirium*; alterações no padrão respiratório apresentando períodos de apneia, padrão de Cheyne-Stokes ou respiração ruidosa (estertor); evidência de falência de múltiplos órgãos manifestada por hipotensão, taquicardia, oligúria/anúria, falência de controlo de esfíncteres, alterações na temperatura corporal e alterações na coloração da pele (sinais de má perfusão periférica) (Braga et al., 2017; Neto, 2016).

Por este motivo, a intervenção no controlo sintomático das pessoas em situação de UDHV está relacionado também com a adequação do regime terapêutico, e tem como principal objetivo a promoção do conforto da pessoa e da sua família (Neto, 2016). A comunicação tem um papel fundamental para uma intervenção terapêutica nos UDHV, pois é através dela que se abordam os valores, objetivos e preferências da pessoa. Idealmente, esta abordagem deve ser iniciada num estadio precoce da doença, realizando avaliações ao longo da sua trajetória, de forma que a sua concretização seja assegurada nesta fase. É comum que a pesquisa desta informação seja feita junto da família que acompanha a pessoa nos UDHV (Braga et al., 2017; Neto, 2016). Pelo que a relação que se estabelece entre a família e a equipa de saúde ao longo da trajetória da doença é fundamental para prestar o melhor apoio nesta fase e, por conseguinte, garantir a qualidade dos cuidados prestados à pessoa nos UDHV (Neto, 2016). O apoio à família é também um foco de intervenção da equipa de saúde, na medida em que nesta fase é comum ocorrerem sentimentos ambivalentes na família (Neto, 2016). Podem coexistir o temor da morte, mas também o desejo do alívio físico e psicológico do seu ente querido. O que gera sentimentos como o medo, ansiedade, incerteza ou até mesmo impotência, sendo que o sentimento de perda está cada vez mais evidente nos familiares que acompanham a pessoa nos UDHV (Neto, 2016). Estes poderão ainda experienciar dúvida, sensação de mistério, as quais podem ser potenciadas por ideias preconcebidas associadas ao momento da morte, já que, na sociedade moderna, poucas pessoas presenciaram o falecimento de alguém (Neto, 2016). Pelo que se revela pertinente identificar as necessidades da família, esclarecer a família acerca dos objetivos dos cuidados nos UDHV e, se possível, consensualizá-los com esta, para garantir o apoio à família com qualidade (Neto, 2016).

Neto (2016) citando Cicely Saunders afirma que *“a forma de morrer de uma pessoa fica gravada em todos quantos a presenciaram”* (Neto, 2016 p. 329). Nessa medida, o apoio e acompanhamento da família por uma equipa de saúde, especificamente uma

equipa de enfermagem especializada, assegurará a satisfação das necessidades da família que acompanha o ente querido nos seus UDHV, o que poderá também facilitar o acompanhamento no luto (Neto, 2016).

1.2 As Intervenções de Enfermagem Promotoras de Conforto da Pessoa nos UDHV e sua Família

A pessoa em situação de UDHV apresenta uma deterioração global que é caracterizada por um conjunto de condições que devem ser identificadas pelos profissionais de saúde que lhes prestam cuidados, onde se incluem os enfermeiros. Esta identificação é crucial para que se possam adequar os cuidados às reais necessidades da pessoa e da sua família, uma vez que esta condição causa grande impacto emocional tanto à pessoa, como à família que a acompanha, como também aos profissionais de saúde que lhe prestam cuidados (Neto, 2016). Apesar dos sintomas que a pessoa apresenta estarem intimamente relacionados com a patologia de base, existem sintomas que são mais frequentemente identificados nesta fase, tais como: a confusão/*delirium* (55%), respiração ruidosa/estertor (45%), agitação (43%), dor (26%), dispneia (25%) e náuseas e/ou vômitos (14%) (Neto, 2016). São ainda identificados frequentemente sintomas como: a xerostomia, a presença ou aumento de secreções brônquicas, a febre, a ansiedade e/ou insónia e a obstipação (Blinderman e Billings, 2015).

Face a todas as alterações vivenciadas pela pessoa nos UDHV, existem determinadas circunstâncias que levam a que o internamento e acompanhamento da pessoa e família em situação de UDHV por uma equipa de saúde especializada e devidamente preparada seja a melhor forma de alcançar o objetivo dos cuidados, são elas: o descontrolo sintomático severo, a exaustão ou claudicação do cuidador, a solicitação da pessoa devidamente negociada com a equipa de saúde, ou o défice de aptidão do cuidador ou mesmo a sua inexistência (Neto, 2016).

Os enfermeiros desempenham um importante papel na prestação de cuidados à pessoa em situação de UDHV e na preparação da pessoa e dos seus familiares para a morte, nomeadamente em internamento em CP, visando o seu conforto e a promoção da dignidade e da qualidade de vida (Hansen, Higgins, Warner e Mayo 2015; Hovland e Kramer, 2019). Como já foi referido, nos UDHV a pessoa vivencia um agravamento dos sintomas presentes ou surgimento de novos sintomas (Neto,

2016). O papel do enfermeiro ganha aqui especial relevância na gestão e administração da terapêutica prescrita, de forma a controlar estes sintomas, nomeadamente também no que respeita à adequação da via de administração de acordo com a situação clínica da pessoa (Hold, 2017; Kisvetrová, Vévodová, e Školoudík, 2018; Zheng, Guo, Dong e Owens, 2015). Porém, o enfermeiro tem também uma intervenção ativa no controlo sintomático por meio de medidas não farmacológicas (Hold, 2017; Kisvetrová et al, 2018; Wholihan, 2016; Zheng et al, 2015), como por exemplo, através da otimização do posicionamento (Oliveira, Fothergill-Bourbonnais, McPherson e Vanderspank-Wright, 2016) e da gestão do ruído e da luminosidade (Bander, 2017; Lo Monaco et al., 2020; Oliveira et al, 2016). Segundo Neto (2016), o controlo da confusão/*delirium*, sendo um dos sintomas mais comuns nos UDHV, exige a gestão de medidas não-farmacológicas relacionadas com a gestão do ambiente envolvente em complementaridade com as medidas farmacológica.

A dor, sendo um sintoma muito temido pela pessoa com doença grave e incurável que se encontra em UDHV, requer uma avaliação sistemática por parte do enfermeiro estando atento à comunicação verbal e/ou não-verbal da pessoa, de modo a alcançar o seu controlo (Blinderman et al, 2015). A literatura sugere que este sintoma é alvo de especial atenção por parte dos enfermeiros, os quais se sentem satisfeitos quando conseguem controlar o sintoma, considerando que deste modo contribuem para o importante objetivo da promoção do conforto (Hold, 2017; Zheng et al, 2015). Porém a intervenção de enfermagem no que respeita à promoção do conforto físico é mais abrangente do que o controlo de sintomas, estando relacionada também com a prestação de cuidados atendendo à higiene corporal (Bander, 2017; Oliveira et al, 2016; Zheng et al, 2015), aos cuidados à boca (Oliveira et al, 2016; Zheng et al, 2015), à gestão da ingesta (Kisvetrová et al, 2018) e ao posicionamento (Oliveira et al, 2016). Existem outros aspetos para além dos físicos que são geradores de desconforto para a pessoa em UDHV e família (Neto, 2016). É evidente a necessidade que o enfermeiro sente em relacionar as necessidades de conforto físico e de conforto psicoespiritual da pessoa ao longo da sua intervenção (Hold, 2017). A perda de capacidades físicas que a pessoa em situação de UDHV vivencia, leva à perda da sua autonomia e, conseqüentemente, influencia a sua autoestima. Este efeito pode levar ao aparecimento do desconforto psicoespiritual a que os enfermeiros devem estar atentos. A pessoa toma assim consciência da sua vulnerabilidade e da finitude da vida, o que gera habitualmente uma abertura à sua espiritualidade e à procura do

conforto por meio da relação intrapessoal e também com o transcendente (Coelho, Parola, Escobar-Bravo e Apóstolo, 2016). Para que a intervenção do enfermeiro seja um agente promotor do conforto da pessoa nos UDHV, devem ser incluídas na sua prática intervenções como: demonstrar respeito pela dignidade e pela singularidade da pessoa (Bander, 2017; Kisvetrová et al, 2018; Lo Monaco, Mallaci Bocchio e Natoli, 2020), estabelecer uma relação empática e de confiança (Kisvetrová et al, 2018; Lo Monaco et al, 2020; Zheng et al, 2015), demonstrar compaixão em relação à situação vivenciada pela pessoa (Lo Monaco et al., 2020; Zheng et al, 2015), estar presente junto da pessoa e família (Duffy, 2016; Kisvetrová et al, 2018; Lalani, Duggleby e Olson, 2019; Martz, 2015; Oliveira et al, 2016), escutar ativamente (Bander, 2017; Duffy, 2016; Kisvetrová et al, 2018; Wholihan, 2016; Zheng et al, 2015), disponibilizar tempo (Oliveira et al, 2016), respeitar a pessoa independentemente da sua condição assegurando a promoção da sua dignidade (Lo Monaco et al., 2020), apoiar a pessoa no processo de luto (Price e Knotts, 2017), identificar sentimentos e emoções negativas da pessoa (raiva, angústia, sofrimento) associadas à sensação de se sentir um fardo (Mori, Sasahara e Morita, 2019), apoiar a pessoa na gestão de sentimentos e emoções negativas (angústia, raiva, zanga e/ou revolta) (Duffy, 2016; Lo Monaco et al., 2020; Mori et al., 2019), apoiar a pessoa na construção de um legado e valorizá-lo (Price et al, 2017), incentivar a expressão de sentimentos e emoções entre a pessoa e a sua família (Zheng et al, 2015), estabelecer e assegurar o compromisso de não-abandono (Bander, 2017; Kisvetrová et al, 2018), valorizar os aspetos culturais/religiosos/rituais da pessoa (Bander, 2017), incentivar e proporcionar momentos para a prática espiritual/religiosa (Hold, 2017; Zheng et al, 2015).

Em relação à dimensão espiritual, segundo um estudo de Hold (2017) os enfermeiros realçam a importância do cuidado espiritual à pessoa nos UDHV e sua família, revelando que procuram conjugar as necessidades físicas e as necessidades religiosas/espirituais da pessoa, incentivando a prática espiritual e proporcionando momentos em conjunto com os familiares, bem como o acompanhamento pelo conselheiro espiritual (Hold, 2017).

Para que o enfermeiro consiga satisfazer as necessidades da pessoa nos UDHV e sua família em todas as dimensões da experiência humana, com vista a promover o seu conforto, deve ter em conta a interligação que existem entre as mesmas. De acordo com um estudo de Steinhauer e Tulsy (2015), as pessoas nos UDHV experimentam um declínio da sua capacidade física importante, porém as

necessidades relacionadas com a dimensão social e emocional podem apresentar um crescimento. A pessoa com doença grave e incurável vivencia papéis e estabelece relações que necessitam de ser mantidos como parte de cuidado holístico da pessoa (Steinhauser et al, 2015). Coelho et al (2016) salientam também que nos UDHV as relações que a pessoa estabelece ganham especial importância devido à consciencialização da pessoa em relação à sua vulnerabilidade. O conforto da pessoa em UDHV pode assim ser potenciado pelos afetos com os familiares, os amigos, os pares e os profissionais de saúde (Coelho et al, 2016). A pessoa que recebe amor e apoio familiar nos UDHV vivencia o processo de morrer com maior tranquilidade e paz de espírito (Lo Monaco et al., 2020). Por isso, segundo Steinhauser et al (2015) a garantia do respeito pela dignidade da pessoa e a atenção aos aspetos sociais, emocionais e espirituais são importantes para garantir uma preparação para a morte. Esta preparação não deve ser assegurada apenas à pessoa, mas também à família, garantindo o apoio da mesma, de forma a estarem preparados para o que esperar do processo de progressão da doença e das tomadas de decisão (Steinhauser et al, 2015). Para Hansen et al (2015), um dos resultados importantes do seu estudo foi compreender que a pessoa em UDHV internada em CP apresentava níveis mais elevados de envolvimento e conforto nas suas relações com os familiares em comparação com as pessoas em UDHV no domicílio.

Todavia, de acordo com Oliveira et al (2016), a família necessita de estabelecer uma relação com os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, e que estes lhes disponibilizem tempo e presença, atendendo às suas necessidades emocionais para assim diminuir a sua ansiedade. Assim, o enfermeiro torna-se promotor do conforto da pessoa nos UDHV e família quando intervém no sentido de: estabelecer uma relação terapêutica de confiança com os familiares (Hold, 2017; Lalani et al, 2019), identificar as necessidades de conforto da família respondendo às mesmas (Oliveira et al, 2016), educar a família acerca das necessidades da pessoa em UDHV e do controlo sintomático (Hold, 2017; Martz, 2015; Zheng et al, 2015), informar e esclarecer acerca do que esperar no processo de morrer do seu familiar (Hovland et al, 2019; Martz, 2015; Merlane e Booth, 2020; Oliveira et al, 2016; Wholihan, 2016), envolver os familiares no planeamento e na prestação de cuidados (Hovland e Kramer, 2019; Kisvetrová et al, 2018; Lalani et al, 2019; Martz, 2015; Oliveira et al, 2016), incentivar os familiares a estar junto da pessoa nos UDHV (Kisvetrová et al, 2018; Lalani et al, 2019; Zheng et al, 2015), valorizar dos cuidados prestados pela família (Martz, 2015; Zheng et al, 2015), dar tempo à família e incentivá-la a exprimir

os seus sentimentos e emoções (Bander, 2017; Kisvetrová et al, 2018; Martz, 2015; Zheng et al, 2015). Segundo o estudo de Lalani et al (2019), os familiares/cuidadores da pessoa em UDHV enfatizaram a importância do apoio, do incentivo, do cuidado compassivo e da presença dos profissionais de saúde como respostas às suas necessidades de conforto, levando-os a encontrar esperança, coragem e força espiritual. Os familiares/cuidadores afirmaram também que passar por esta etapa com o seu ente querido nos UDHV foi uma oportunidade para aprofundar e fortalecer a relação entre eles (Lalani et al, 2019).

Em concordância com estas intervenções de enfermagem confortadoras identificadas estão os enfermeiros participantes do estudo de Oliveira et al (2016), que reconhecem o seu papel fundamental no acompanhamento da família da pessoa em UDHV, disponibilizando tempo e presença junto da família para apoiar e atender às necessidades da mesma (Oliveira et al, 2016).

Não obstante, o ambiente em que a pessoa está envolvida num contexto de internamento deve ser levado em conta também pela equipa de enfermagem, no sentido de o transformar num ambiente confortador para a díade pessoa-família.

A gestão do ambiente para além de promover o conforto da pessoa em UDHV e sua família, pode adquirir uma segunda função relacionada com o controlo de sintomas (Neto, 2016). Consideram-se intervenções de enfermagem promotoras do conforto ambiental da pessoa em UDHV e sua família: a gestão do ruído e da luminosidade de forma a promover um ambiente calmo e tranquilo (Bander, 2017; Lo Monaco et al., 2020; Oliveira et al, 2016), a garantia da privacidade da pessoa e dos momentos em família (Kisvetrová et al, 2018; Oliveira et al, 2016), a utilização de um tom de voz sereno e pausado e de uma atitude corporal com adoção de movimentos suaves por parte dos profissionais durante abordagem à pessoa e à sua família (Duffy, 2016; Lo Monaco et al., 2020; Oliveira et al, 2016; Wholihan, 2016) Assim, as intervenções de suporte relacionadas com o ambiente podem ser apontadas também como medidas para o controlo do *delirium* terminal (Barbosa, Gama e Lawlor, 2016).

Todos estes aspetos levam a concluir que a intervenção de enfermagem promotora do conforto da pessoa nos UDHV e sua família é capaz de atender a uma constante interação entre as várias necessidades de conforto nas diferentes dimensões da experiência humana. Uma intervenção jamais dará resposta apenas a uma necessidade isolada da pessoa tendo o conforto, por isso, uma dimensão holística na área do cuidar em enfermagem.

1.3 A Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba

O papel da enfermagem na promoção do conforto da pessoa nos UDHV e sua família demonstrou-se desafiante ao longo deste percurso, dada a abrangência da sua intervenção em todas as dimensões da pessoa e da sua família no sentido de atender à multiplicidade de necessidades destas. O cuidado confortador em enfermagem enquanto cuidado especializado requer conhecimento e desenvolvimento de competências específicas para que possa ser alcançado com sucesso.

Para isso, foi crucial sustentar este projeto no referencial teórico de Katharine Kolcaba, a Teoria do conforto, que me orientou de forma sistemática ao longo do processo de desenvolvimento e implementação do projeto.

Kolcaba (1991) define conforto como um estado de ver satisfeitas as necessidades humanas básicas em três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência). Sendo que entende alívio como a condição em que a pessoa vê uma necessidade específica satisfeita, tranquilidade como um estado de calma ou de contentamento e a transcendência como a condição em que a pessoa tem a capacidade de suplantar os problemas e o sofrimento (Dowd, 2004; Kolcaba, 1991, 2003). Segundo Dowd (2004), Kolcaba ao longo da pesquisa para o desenvolvimento da teoria confirmou que o conceito de conforto já era utilizado no âmbito dos cuidados de enfermagem desde o tempo de Florence Nightingale.

Posteriormente, Kolcaba (2003) definiu conforto holístico como a experiência imediata de ser fortalecido por ver satisfeitas as suas necessidades nos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência humana (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental). Assim, o conforto físico está relacionado com as sensações corporais e mecanismos homeostáticos que podem ou não estar relacionados com diagnósticos específicos. Remete para a satisfação das necessidades do corpo como a higienização, o posicionamento, o controlo dos sintomas (Kolcaba, 2003; Kolcaba e Fisher, 1996). O conforto psicoespiritual provém da combinação de aspetos mentais, emocionais e espirituais, e está relacionado com a consciência de si mesmo onde se inclui a autoestima, o conceito de si próprio, a sexualidade, o sentido de vida e a relação com um ser ou uma ordem superior (Kolcaba, 2003; Kolcaba et al, 1996). O conforto sociocultural está relacionado com a satisfação das necessidades relativas aos relacionamentos interpessoais, familiares e sociais, tendo sido também incluídos os aspetos da cultura, como: as histórias

familiares, as tradições, a linguagem e os costumes (Kolcaba, 2003). E o conforto ambiental diz respeito ao meio envolvente, às condições e às influências externas à pessoa, onde se incluem os aspetos relacionados com a luz, o ruído, a temperatura do ambiente, a vista da janela, o acesso à natureza e o contato com elementos naturais e/ou sintéticos (Kolcaba, 2003).

Segundo a teórica, os enfermeiros satisfazem as necessidades de cuidados de saúde, descritas como necessidades de conforto, da pessoa que ainda não tenham tido resposta por outros sistemas de suporte. Aplicando o modelo conceptual da Teoria do Conforto ao contexto da prestação de cuidados de enfermagem em CP, Kolcaba et al (1996) considera que este constitui uma estrutura sólida e eficiente que orienta a prestação de cuidados de conforto holístico à pessoa em fim de vida e sua família. As necessidades de conforto são avaliadas pelos enfermeiros de forma subjetiva, através daquilo que a pessoa ou família transmite ao enfermeiro, ou de forma objetiva, resultante da observação do enfermeiro. Porém, podem coexistir informação acerca das necessidades de conforto da pessoa e família provenientes de outras fontes, nomeadamente outros profissionais prestadores de cuidados à pessoa no fim de vida e família, que devem ser consideradas e consensualizadas. Para dar resposta a estas necessidades de conforto, o enfermeiro planeia medidas de conforto, que podem ser várias ao mesmo tempo, para dar resposta às necessidades numa situação única. Contudo, é importante tomar em consideração todas as variáveis intervenientes, de forma a intervir nos quatro contextos (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental) e nos três tipos de conforto (alívio tranquilidade e transcendência) (Kolcaba et al, 1996).

De acordo com Kolcaba et al (1996), as medidas de conforto devem ser implementadas pelo enfermeiro com o envolvimento da pessoa em fim de vida e da sua família na tomada de decisão ao longo da prestação dos cuidados de conforto. Após a implementação das medidas, o conforto deve ser reavaliado. Por um lado, para determinar a eficácia das medidas de conforto implementadas, e por outro para determinar possíveis intervenções (medidas de conforto) que aumentem o nível de conforto da pessoa em fim de vida e família, com vista a atingir o conforto total. Kolcaba et al (1996) relembra, porém, que são raras as situações em que na prestação de cuidados de saúde é possível alcançar o conforto total da pessoa, sendo na maioria das vezes implementadas medidas de conforto que visam o aumento do nível de conforto da pessoa e família em comparação a uma primeira avaliação, e planeadas novas reavaliações e implementação de novas medidas no sentido crescendo. Desta

forma, o conforto faz parte do processo e do produto (Dowd, 2004; Kolcaba, 1991, 2001). De acordo com os pressupostos da teoria de Kolcaba, quando o conforto é alcançado a pessoa sente-se capaz de adotar comportamentos de procura de saúde, sendo que estes podem ser internos, externos ou metas que a pessoa e/ou a família desejam, como a morte pacífica (Kolcaba, 2001). Quando aplicado ao contexto dos CP, Kolcaba et al (1996) define uma boa morte como aquela que termina bem para a pessoa, para a sua família e também para os profissionais de saúde. Contudo, o contrário pressupõe a ocorrência da morte na presença de sentimentos como a sobrecarga, o desamparo, a culpa, a ansiedade, pese embora estes sentimentos possam ser vivenciados por todos ou qualquer pessoa que se encontra no processo de morrer. Por isso, a teórica afirma que o cuidado de conforto holístico é coincidente com uma boa morte e pode incluir a “*revisão de vida, as relações resolvidas e a esperança de uma libertação pacífica*” (Kolcaba et al, 1996, p.75). O alcance de uma morte confortável deve ser articulado pela pessoa antes e durante os UDHV, através da implementação de medidas específicas de conforto que assegurem uma morte boa e natural (Kolcaba et al, 1996).

Katharine Kolcaba, desenvolveu um instrumento de avaliação do conforto, o *General Comfort Questionnaire* (GCQ) que pode ser aplicado a qualquer pessoa que necessita de cuidados de saúde e apresenta necessidades de conforto, em qualquer estadió da sua vivência. De acordo com Kolcaba et al (1996), como o conforto holístico pode ser avaliado de forma objetiva (através da observação dos enfermeiros/prestadores de cuidados), o modelo do cuidado de conforto é aplicável independentemente da condição cognitiva, de vigília ou de orientação da pessoa.

No nosso país, encontram-se traduzidos e validados para a população portuguesa dois instrumentos para avaliação do conforto, a Escala de Conforto Holístico – Doentes Crónicos (HCQ-PT-DC[©]) (Querido e Dixe, 2012) e o Questionário de Conforto Holístico- Família- PT (HCQ-F-PT[©]) (Marques, Dixe, Querido e Sousa, 2016) que foram integrados no GOP elaborado durante a implementação do projeto.

2. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS

Neste capítulo descrevo a etapa da metodologia de projeto que corresponde à execução das atividades. Segundo Ferrito, Nunes e Ruivo (2010), nesta etapa é onde se materializa o que foi planejado anteriormente. Deste modo, irei abordar o percurso realizado ao longo dos três locais de estágio definidos no planejamento do projeto, no que respeita à descrição e análise das atividades desenvolvidas como meio de alcançar os objetivos específicos, à descrição e análise dos resultados dessas atividades e às competências desenvolvidas. De acordo com Ferrito et al. (2010), pressupõe-se que o resultado desta etapa seja ao nível da *“aprendizagem, resolução de problemas e desenvolvimento de competências”* (Ferrito et al., 2010, p.24). Assim, a descrição e análise das atividades desenvolvidas e dos resultados das mesmas será realizada de forma crítica e reflexiva com base na evidência científica pesquisada e no referencial teórico que sustenta o projeto.

Todavia, sendo o projeto um processo dinâmico, foi necessário realizar alguns ajustes nas atividades planejadas de forma a contornar os obstáculos que iam surgindo ao longo o percurso, resultantes das especificidades dos contextos de estágio.

Os estágios serão identificados por A, B e C, correspondendo aos locais anteriormente descritos. Para os três locais de estágios foram definidos objetivos gerais e específicos. Sendo que os estágios A e B visam o alcance de um objetivo geral comum, irei abordar, descrever e analisar as atividades desenvolvidas e os resultados obtidos em ambos os estágios, estruturando esta descrição e análise com base nos seus objetivos específicos. Posteriormente, irei abordar o objetivo geral do estágio C, estruturando a descrição e análise das atividades e os resultados das mesmas com base nos seus objetivos específicos.

2.1 Desenvolver Competências de Enfermeiro Especialista no Âmbito das Intervenções de Enfermagem Promotoras de Conforto da Pessoa nos UDHV e sua Família

Este objetivo geral é comum a ambos os estágios (A e B) uma vez que ao longo dos mesmos a pesquisa e recolha de informação foi sendo realizada de forma constante e continuada, quer com base na evidência científica, quer através da observação da prática dos peritos que me orientaram nos estágios e que me acompanharam em todo

o processo reflexivo e de tomada de decisão durante a prestação de cuidados, de forma que fosse possível desenvolver competências de enfermeiro especialista e mestre em enfermagem. Segundo Benner (2001), a teoria serve de guia para os enfermeiros, porém, de modo formal, apenas apresenta o que pode ser explicitado. A experiência prática de enfermagem que cada enfermeiro vivencia é sempre mais complexa e mais variada no que respeita às realidades, do que a teoria consegue explicar (Benner, 2001). Por isso, o acompanhamento e orientação por parte de enfermeiros peritos neste processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências, através da observação da sua prática e reflexão partilhada das experiências em contexto de prestação de cuidados, revelou-se facilitador para o desenvolvimento das competências a que me propus. Nomeadamente, no desenvolvimento da prática de enfermagem com base nos princípios éticos e deontológicos da profissão e da especialização em enfermagem médico-cirúrgica, no cuidado centrado na pessoa e nas suas necessidades de conforto em situação de UDHV e sua família, valorizando o estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa e família e utilizando estratégias de comunicação adequadas e eficazes.

2.1.1 Conhecer a estrutura organizacional e o funcionamento do contexto clínico, de forma a promover a integração na equipa multidisciplinar do serviço

O estágio A decorreu numa UCP, tendo esta escolha recaído no fato de se tratar de um contexto de prestação de cuidados semelhante ao contexto onde exerço funções e onde foi implementado o projeto. Esta UCP tem como missão prestar cuidados a pessoas com problemas e necessidades de difícil resolução, decorrentes de uma situação de doença incurável, avançada e progressiva, que exigem apoio específico, organizado e interdisciplinar (CHBM, s.d.). No decurso do estágio foi ainda possível participar no 1º Congresso de Cuidados Paliativos da instituição onde exerço funções. No início do estágio A, passei por uma primeira fase de integração na equipa e conhecimento da unidade. A consulta de documentos reguladores da unidade e a tomada de conhecimento de procedimentos e organização do serviço, através de conversas com a enfermeira orientadora, foram importantes para me integrar na equipa multidisciplinar. Algumas das dinâmicas do serviço, nomeadamente no que respeita à admissão e procedimentos de acolhimento da pessoa e família na unidade, sofreram constrangimentos relacionados com a pandemia. A enfermeira orientadora

clarificou, por exemplo, acerca dos constrangimentos relativos à realização das conferências familiares. Estas, habitualmente, eram realizadas com regularidade, porém devido à restrição de visitas e à diminuição da circulação de pessoas no hospital motivadas pela pandemia, passaram a ser efetuadas após avaliação da equipa médica/multidisciplinar. Por este motivo, habitualmente a informação aos familiares acerca do planeamento dos cuidados e o envolvimento dos mesmos nesse planeamento assegurando as preferências da pessoa, decorria durante a visita da família, sem qualquer agendamento ou planeamento prévio. Apesar destes constrangimentos, foi possível estabelecer contato com os familiares da pessoa em UDHV, no sentido de observar, identificar e implementar intervenções promotoras do conforto da família. Também foi possível estar presente e participar nos momentos de passagem de turno em que diariamente a equipa médica e de enfermagem estavam reunidas, aproveitando este período para consensualizar objetivos terapêuticos e definir um plano individual de cuidados ajustando, sempre que necessário, a intervenção. Nestes momentos eram levadas a discussão as mais diversas necessidades que cada pessoa internada na UCP e sua família apresentavam, sendo que muitas dessas necessidades se relacionavam com o conforto, para o qual eram planeadas intervenções a executar durante o internamento. Ao longo do estágio A foi-me possível participar nessa partilha e discussão para garantir o planeamento de cuidados confortadores de qualidade à pessoa nos UDHV, pelo que pretendo aqui descrever e analisar brevemente um desses momentos.

Encontrava-se internada na UCP uma pessoa do sexo feminino em situação de UDHV. Esta apresentava uma ferida maligna na região mamária bilateral, de extensa dimensão e com odor fétido. A execução do tratamento à ferida, que se realizava diariamente, era um momento que gerava grande desconforto para a pessoa, de acordo com a mesma. Apontava o aumento da dor na região quando manipulada, a exposição ao odor que percorria todo o quarto e a exposição da ferida que a obrigava, inevitavelmente, a confrontar-se com a lesão como fatores geradores desse desconforto. Durante o momento de passagem de turno levei a discussão a frequência com que se executava o tratamento à ferida e qual o seu benefício para a promoção do conforto da pessoa face a esta necessidade. E após partilha entre os pares que se encontravam presentes, foi considerado que a execução do tratamento da ferida maligna passaria a ter como premissa a promoção do conforto da pessoa e não apenas obedecendo a uma rotina diária de cuidados.

Neste exemplo aqui descrito, saliento que a minha intervenção junto da equipa de enfermagem que me acolheu neste estágio contribuiu para uma mudança na visão dos cuidados prestados diariamente a esta pessoa em situação de UDHV, o que levou a uma melhoria na qualidade do cuidado confortador prestado à mesma. Contudo, é importante referir que as questões levadas a discussão durante a passagem de turno, já tinham sido alvo de reflexão conjunta com a enfermeira orientadora durante a prestação de cuidados à pessoa, sendo que a minha tomada de decisão teve por base o desconforto por esta manifestado, procurando prestar cuidados adequados às necessidades da mesma em todas as suas dimensões.

Com esta situação pretendo demonstrar não só o desenvolvimento de competências no cuidado confortador à pessoa em situação de UDHV, mas sobretudo, a forma como me integrei na equipa de enfermagem no decurso do estágio, que me permitiu partilhar conhecimento com os pares facilitando o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista. Realço as competências comuns de enfermeiro especialista (CCEE) no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no que respeita à garantia da prática de cuidados respeitando os direitos humanos e a responsabilidade profissional. No domínio da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, garantindo um ambiente terapêutico e seguro. E no domínio da gestão de cuidados, procurando melhorar a resposta da equipa e articulando com a equipa multidisciplinar (OE, 2019). Relativamente às competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica (CEEEEMC), com a situação descrita é possível demonstrar o desenvolvimento de competências no que respeita à otimização dos processos terapêuticos da pessoa e família que vivenciam situações de doença complexas, e no cuidado à pessoa em situação paliativa, contribuindo para o alívio do sofrimento e promovendo o bem-estar, o conforto e a qualidade de vida (OE, 2018). No que se refere às competências preconizadas pela EONS (2018), a situação descrita permite demonstrar o desenvolvimento de competências no que se refere ao planeamento da atuação com base na continuidade dos cuidados, reconhecendo a sua importância, atendendo sempre à condição da pessoa e transmitindo a sua tomada de decisão a outros profissionais.

Por último, as competências de mestre no que respeita à aplicação dos conhecimentos e à resolução de problemas que permitem a aprendizagem ao longo da vida, como se destaca na situação descrita relativamente à satisfação das necessidades relacionadas com a execução do tratamento da ferida maligna (decreto-lei nº 107/2008).

No que respeita ao estágio B, este decorreu no contexto de uma EIHS CP que tem como missão:

“prestar cuidados diferenciados, estruturados e de acordo com as melhores práticas clínicas a pessoas em situação de doença avançada, incurável e progressiva e/ou intenso sofrimento, bem como às suas famílias, com vista à prevenção e alívio da dor e de outros sintomas geradores de sofrimento” (CHULC, 2020, p.3).

No início do estágio B passei, tal como no estágio anterior, por uma primeira fase de integração na equipa e conhecimento dos elementos que a constituem. O acesso a documentos reguladores da equipa e de articulação entre esta e os diversos serviços de internamento no centro hospitalar, permitiu a integração na equipa multidisciplinar e a compreensão das atividades desenvolvidas pela EIHS CP. A possibilidade de estar presente nas reuniões multidisciplinares realizadas semanalmente foi um aspeto que facilitou esta compreensão e a minha integração. Durante as reuniões foi fácil compreender como os diferentes profissionais de saúde se articulam dentro da EIHS CP, de forma a garantir a resposta às necessidades da pessoa internada no centro hospitalar e, especificamente, o papel do enfermeiro no seio da equipa. Foi possível também perceber a forma como é planeada a articulação da EIHS CP com os serviços de internamento a quem prestam consultoria e, conseqüentemente, juntos das pessoas e famílias que acompanham durante o internamento e em ambulatório. A EIHS CP encontra-se organizada por micro-equipas, isto é, os vários profissionais de saúde que a constituem (enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos e administrativos) organizam-se em equipas menores constituídas por um elemento de cada categoria profissional, os quais são distribuídos pelas diferentes unidades hospitalares que constituem o centro hospitalar. Por este motivo, as reuniões multidisciplinares tornam-se momentos importantes para reflexão conjunta entre os profissionais das diferentes micro-equipas acerca das necessidades e do planeamento de cuidados das pessoas e famílias que acompanham.

Deste modo, os enfermeiros visitam os serviços a quem prestam consultoria, na maioria das vezes, em conjunto com o médico e a assistente social podendo, sempre que necessário, incluir o psicólogo nesta visita. É neste momento em equipa que realizam a avaliação das necessidades da pessoa e o planeamento das intervenções para fazer face às mesmas, partilhando e discutindo os mesmos com os enfermeiros do serviço de internamento responsáveis pela prestação direta de cuidados. Durante as visitas aos serviços de internamento, foi possível refletir em conjunto com o enfermeiro orientador acerca das intervenções de enfermagem confortadoras para a

pessoa nos UDHV, sendo esta reflexão realizada na maioria das vezes no seio da micro-equipa onde me integrei.

Os enfermeiros da EIHSCP são também responsáveis pela articulação com a família/pessoa significativa no que se refere ao planeamento da alta hospitalar, sendo eles que iniciam o encaminhamento da pessoa para as UCP da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). Assim, foi-me possível desenvolver competências no que respeita ao encaminhamento da pessoa internada para os recursos existentes na comunidade e conhecer esses mesmos recursos existentes a nível nacional e mais especificamente na área metropolitana de Lisboa. Este aspeto constituiu um elemento diferenciador do local de estágio A, que considero ter permitido o desenvolvimento de competência no sentido crescendo. Ao longo do meu percurso profissional o contato que tinha estabelecido com uma EIHSCP foi enquanto elemento de uma equipa/serviço que solicita a consultoria da mesma. Por isso, a possibilidade de integrar uma equipa e com os seus diferentes elementos interagir e refletir acerca da necessidade de cuidados da pessoa e da sua família, possibilitou-me também desconstruir ideias pré-concebidas acerca da prática de cuidados que eu detinha como enfermeira com experiência profissional apenas em contexto de internamento. Desta forma, considero ter demonstrado ao longo do estágio o desenvolvimento de CCEE em relação do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal atuando na área da especialidade de acordo com normas legais, princípios éticos e a deontologia profissional, respeitando os direitos humanos de todas as pessoas e família que acompanhei. Mas sobretudo, considero ter desenvolvido competências no domínio da gestão dos cuidados no que respeita à otimização da resposta da equipa de saúde e à gestão dos recursos às situações e contextos, garantindo a qualidade dos cuidados. No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, considero que este estágio possibilitou igualmente o desenvolvimento do autoconhecimento (OE, 2019).

Assim sendo, considero que as atividades realizadas para o alcance deste objetivo específico me permitiram desenvolver as competências a que me propus ao longo deste percurso de aprendizagem e desenvolvimento profissional.

2.1.2 Identificar a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem que promovem o conforto da pessoa nos UDHV e sua família numa UCP

A pesquisa acerca das intervenções de enfermagem promotoras de conforto foi realizada de uma forma contínua ao longo de todo o percurso de desenvolvimento e implementação do projeto. Porém, a identificação das intervenções de enfermagem promotoras de conforto da pessoa em situação de UDHV e sua família na evidência científica materializou-se através da elaboração de uma *scoping review*, com base na metodologia *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Aromataris e Munn, 2020) (apêndice I).

Segundo Fortin (1999), numa disciplina, a produção de uma base científica que guie a prática assegura a credibilidade de uma profissão. Por isso, a investigação define os parâmetros da profissão e contribui para o seu desenvolvimento contínuo. Pois é reconhecida a credibilidade de uma categoria profissional quando os seus membros são considerados peritos numa área (Fortin, 1999). A autora afirma também que os enfermeiros, em qualquer que seja o seu nível de formação, têm a responsabilidade de *“participar no desenvolvimento do conhecimento em ciências de enfermagem e na sua utilização na prática”* (Fortin, 1999, p.29).

Desta forma, para a elaboração na *scoping review* defini como objetivo mapear as intervenções de enfermagem promotoras de conforto para a população adulta e família, em situação de UDHV, que fossem possíveis de executar em contexto de internamento numa UCP. A pesquisa foi realizada na base de dados de evidência científica CINAHL *Complete*, com a frase booleana ((MH *Death*) OR (MH *Hospice Patients*) OR (KW *dying*)) AND ((MH *Comfort*) OR (MH *Hospice and Palliative Nursing*)) AND ((MH *Hospice Care*) OR (KW *hospice*)), e na MEDLINE *Complete* com a frase booleana ((MH *Death*) OR (MH *Terminally Ill*) OR (KW *dying*)) AND ((MH *Patient Comfort*) OR (KW *comfort*) OR (MH *Terminal Care*) OR (MH *Hospice and Palliative Care Nursing*)) AND ((MH *Hospice Care*) OR (MH *Hospices*)). No cronograma do projeto estava planeada a elaboração da *scoping review* ao longo do estágio A. Contudo, por dificuldades acrescidas na etapa da estratégia de pesquisa, a conclusão da *scoping review* teve lugar em meados do estágio B.

Os resultados da *scoping review* permitiram-me identificar intervenções de enfermagem promotoras de conforto à pessoa nos UDHV e sua família. Estas intervenções foram organizadas numa grelha orientadora da observação participante realizada ao longo do estágio, tendo por base o modelo teórico de Kolcaba que norteou o projeto. O conjunto de intervenções de enfermagem identificadas na

pesquisa demonstrou-se muito abrangente, o que me permitiu concluir que a intervenção de enfermagem promotora de conforto da pessoa em UDHV garante a resposta às necessidades da pessoa e sua família em todas as suas dimensões, garantindo um cuidado holístico. Kolcaba, define o cuidado confortador como uma arte de enfermagem que inclui pôr em prática medidas de conforto realizadas por uma enfermeira a uma pessoa a quem presta cuidados, procurando como resultado um nível mais elevado de conforto (Kolcaba, 1995).

Assim, a elaboração da *scoping review* contribuiu para desenvolver CCEE no que respeita à prática baseada na evidência. Pois, enquanto realizava a pesquisa e adquiria conhecimentos através da evidência científica, ia aplicando e aprofundando esses conhecimentos durante a prestação de cuidados no contexto da prática (OE, 2019). Considero também, que esta atividade foi um forte contributo para o desenvolvimento das competências de mestre relativamente à aplicação de conhecimentos no âmbito da investigação e a aplicação dos seus resultados na prática de cuidados (decreto-lei nº 107/2008). Ela permitiu-me também desenvolver as competências preconizadas pela EONS (2018), no que respeita à produção de conhecimento numa área de cuidar. Desta forma, considero que as atividades realizadas permitiram dar resposta ao objetivo específico definido e ao desenvolvimento de competências a que me propus. Toda a pesquisa realizada ao longo deste percurso foi uma importante ferramenta para o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre no âmbito do cuidado confortador à pessoa nos UDHV e sua família, e também para o cumprimento da minha responsabilidade profissional como futura enfermeira especialista e mestre.

Contudo, para além da *scoping review*, que planeio propor para publicação num periódico desta área de cuidar, outras atividades foram executadas nos locais de estágio A e B para permitir a recolha de novas intervenções não identificadas nesta pesquisa e que serão abordadas em seguida.

2.1.3 Identificar as intervenções de enfermagem promotoras de conforto à pessoa nos UDHV e sua família através da observação estruturada e participante durante a prestação de cuidados na UCP/ na EIHS CP

Segundo Benner (2001), a experiência prática dos enfermeiros requer tempo e contato com situações reais. A autora afirma que nem sempre os enfermeiros se apercebem dos seus progressos, porém os enfermeiros peritos baseiam mais a sua intervenção

na intuição e nas experiências vivenciadas no contexto da prática, do que em princípios analíticos (regras, indicações, máximas). Por este motivo, o alcance deste objetivo específico tem por base o desenvolvimento de competências durante a prestação de cuidados, procurando identificar as intervenções de enfermagem promotoras de conforto à pessoa nos UDHV e sua família através da observação da prática de peritos, bem como participar na prestação de cuidados confortadores.

Ao longo do estágio A foram muitas as pessoas internadas na UCP em situação de UDHV, que permitiram observar de forma estruturada a prestação de cuidados, e também prestar cuidados confortadores à pessoa em UDHV, bem como às suas famílias. Estas pessoas são provenientes de outros serviços de internamento, do serviço de urgência do hospital (através da articulação com a EIHS CP que realiza uma avaliação prévia ao internamento na UCP) ou da consulta externa de CP. Uma vez que, a referenciação para a UCP carece do pedido de observação/colaboração por parte das equipas médicas de outras especialidades, por vezes as pessoas chegam à UCP numa fase muito avançada da doença, em situação de fim de vida e/ou UDHV. Em relação ao acompanhamento da família da pessoa em UDHV, apesar de estarmos a atravessar um período em que existiam constrangimentos no que respeita ao regulamento de visitas em contexto hospitalar, foi possível observar e executar intervenções de enfermagem promotoras de conforto da família da pessoa em UDHV aquando das visitas diárias que estavam limitadas a uma pessoa por dia.

Ao longo da prestação de cuidados acompanhei a enfermeira orientadora e observei de forma estruturada e participante a sua prática no que respeita à promoção do conforto da pessoa em UDHV, partilhei experiências refletindo sempre acerca das necessidades de conforto da pessoa em UDHV e as intervenções de enfermagem que lhe podiam dar resposta.

De forma a documentar o conhecimento adquirido através da prática e identificar novas intervenções promotoras de conforto, estava planeado elaborar uma grelha de intervenções de enfermagem promotoras de conforto à pessoa em UDHV e sua família e realizar uma entrevista semi-estruturada a um enfermeiro perito da UCP. De acordo com Fortin (1999), a entrevista é um método de colheita de dados que permite a recolha de informação relacionada com a questão de investigação junto dos participantes, e este requer planeamento e disciplina na sua execução, e por isso consome algum tempo para a sua concretização. A entrevista pode ter mais que uma função segundo a autora, neste caso foi aplicada no sentido de validar os resultados obtidos e procurar a profundidade desses resultados (Fortin, 1999). Para a realização

das entrevistas foram salvaguardados os procedimentos éticos inerentes, tendo esta atividade obtido um parecer favorável da comissão de ética da instituição, da coordenação clínica e chefia de enfermagem da UCP (apêndice II). A entrevista realizada foi do tipo semi-estruturada (apêndice III) o que, segundo Fortin (1999), requer a elaboração de um guia para a entrevista onde conste o objetivo principal da temática a abordar, bem como subtemas colocados por uma ordem lógica que orientam o entrevistador no decorrer da entrevista.

Ao longo do estágio documentei ainda as intervenções confortadoras que eram identificadas em momentos de partilha com os elementos da equipa de enfermagem e com a enfermeira orientada, bem como em momentos de discussão do planeamento dos cuidados no seio da equipa multidisciplinar, tendo no final compilado esta informação num documento em formato de grelha. Todavia, numa primeira fase de construção deste instrumento, as intervenções não se encontravam categorizadas de acordo com os contextos defendidos por Kolcaba, para assim evitar qualquer enviesamento da leitura e síntese das intervenções numa fase mais adiante do desenvolvimento do projeto.

Assim, foi possível executar e identificar inúmeras intervenções de enfermagem que se revelaram promotoras de conforto. Estas intervenções pretendiam dar respostas às necessidades em todos os contextos (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental), tendo por base do modelo teórico onde ancorei o projeto. Com os resultados constatei que o papel do enfermeiro na promoção do conforto da pessoa em situação de UDHV tem início desde a admissão na UCP com a demonstração de disponibilidade para a pessoa e para a família, o esclarecimento de dúvidas e fornecimento de informação acerca do planeamento dos cuidados. Ao longo do internamento na prestação dos cuidados de enfermagem para satisfazer as necessidades físicas no que respeita aos cuidados de higiene corporal, os cuidados à boca, os cuidados à pele, o posicionamento e a gestão da ingesta. No cuidado com o conforto ambiental, promovendo o ambiente seguro e tranquilo, otimizando a luminosidade e o ruído. No cuidado com as necessidades socioculturais na identificação das necessidades de conforto da família, no estabelecimento de uma relação de confiança, no escutar a família durante a visita na UCP. E no cuidado com as necessidades psicoespirituais, estando presente, estabelecendo uma relação terapêutica com a pessoa, escutando ativamente e promovendo a prática espiritual, tendo conseguido implementar estas intervenções confortadoras junto das pessoas e famílias a quem prestei cuidados ao longo do estágio. Deste modo, considero ter

desenvolvido CCEE no que respeita à garantia de uma prática de cuidados com respeito pelos direitos humanos e responsabilidade profissional, assegurando a prestação de cuidados de qualidade num ambiente terapêutico e seguro, utilizando a evidência científica como base para a prática clínica (OE, 2019).

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, a relação terapêutica que o enfermeiro estabelece durante o seu exercício profissional é caracterizada pela parceria que é estabelecida com a pessoa em relação às suas capacidades e valorização do seu papel, envolvendo também as pessoas significativas para a mesma. A relação é desenvolvida através de um processo dinâmico para ajudar a pessoa a ser proativa no seu projeto de saúde (Conselho de Enfermagem, 2001). Benner (2001), quando aborda o poder da relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa afirma que o tipo de relação estabelecida estimula os recursos internos e externos da pessoa tornando-a mais forte, trazendo-lhe esperança e confiança em si própria e nos outros. Considero que no decurso do estágio A, foi possível estabelecer uma relação terapêutica com as pessoas e famílias a quem prestei cuidados e promover o seu conforto. Deste modo, considero que o estágio na UCP se revelou um local que facilitou o desenvolvimento de competências a que me propus, pois foi possível desenvolver CEEEMC no que respeita ao cuidado à pessoa e família que vivencia processos médicos e/ou cirúrgicos resultantes de uma doença aguda ou crónica, otimizando o ambiente e os processos terapêuticos. E, mais especificamente, no cuidado à pessoa em situação paliativa cuidando-a tendo em vista a maximização do seu bem-estar, conforto e qualidade de vida e estabelecendo uma relação terapêutica com a mesma (OE, 2018). Foi também possível o desenvolvimento de competências definidas pela EONS (2018), no que respeita à identificação do impacto da doença avançada para a pessoa nos contextos físico, psicológico, social, emocional e existencial, dando resposta às necessidades que daí emergem com vista à promoção do conforto e da dignidade. E, também, à discussão do planeamento do cuidado confortador à pessoa e família no seio da equipa multidisciplinar durante os momentos de passagem de turno e os períodos de reflexão com conjunto com a enfermeira orientadora (EONS, 2018).

As experiências vivenciadas em contexto da prática de cuidados foram alvo da minha reflexão com a enfermeira orientadora de forma contínua como já foi referido, porém também foi alvo da minha reflexão individual. Por isso, uma das situações vivenciadas em contexto da prática que mais marcaram este meu percurso na UCP resultou numa reflexão crítica elaborada com base no ciclo de Gibbs e que se encontra em apêndice

IV. De acordo com Benner (2001), o ensino experiencial aliado à prática reflexiva reforça as aprendizagens e, por conseguinte, a aquisição e desenvolvimento de competências nos diferentes níveis.

Ao longo do estágio A foi ainda possível estar presente no 1º Congresso de Cuidados Paliativos da CUF. O congresso teve duração de dois dias, onde foram abordadas várias temáticas. A participação no congresso permitiu-me aprofundar e desenvolver conhecimentos acerca dos CP em Portugal, e mais especificamente, acerca dos mesmos no grupo de saúde no qual exerço funções. A minha participação no congresso permitiu-me desenvolver a prática reflexiva, tendo esta atividade resultado na elaboração de uma reflexão crítica que se encontra em apêndice V.

A elaboração destas reflexões põe em evidencia o desenvolvimento de competências de mestre, uma vez que demonstra capacidades de refletir acerca da prática diária e contribui para a aprendizagem ao longo da vida como está previsto nas competências de mestre do Processo de Bolonha (decreto-lei 107/2008).

Como um trabalho contínuo, a identificação das intervenções confortadoras estendeu-se ao estágio B. A grelha de intervenções construída no estágio A acompanhou-me ao longo do estágio B, tendo sofrido atualizações à medida que observava de forma estruturada e participante a prática do enfermeiro orientador da EIHS CP. Sendo que este estágio decorreu numa EIHS CP a sua atividade constitui um contexto da prática distinto do estágio anterior. Nesta equipa o papel do enfermeiro traduz-se em avaliar as necessidades da pessoa e da sua família em contexto de internamento e ambulatório, prestar consultoria junto da equipa de enfermagem dos serviços assistenciais de forma a colaborar no planeamento dos cuidados, assegurando a sua execução e articular com as equipas de cuidados da comunidade. Assim, no decurso do estágio foi possível acompanhar o enfermeiro orientador em todos estes contextos da prática.

O acompanhamento da pessoa pela EIHS CP nos serviços de internamento é iniciado sempre pelo pedido de colaboração da equipa médica do internamento. Assim, durante o estágio, quando nos deslocávamos ao serviço a equipa multidisciplinar iniciava a sua intervenção com uma avaliação das necessidades da pessoa. A população com que me deparei neste contexto de estágio era distinta da UCP. Aqui, a população tinha um vasto leque de patologias de base distintas e, apesar de ter tido oportunidade de acompanhar pessoas em situação de UDHV, esta população não se encontrava em maioria. Por isso, focando-me na população alvo do meu projeto, foi

possível observar a prática do enfermeiro orientador na execução de intervenções promotoras de conforto e no apoio que este dava à equipa prestadora de cuidados, no sentido de orientar a prática destes para a promoção do conforto da pessoa nos UDHV e sua família. Nos contextos de prestação de cuidados a prática reflexiva foi realizada regularmente e em conjunto com o enfermeiro orientador, e até mesmo com a equipa multidisciplinar em que estava integrada, acerca das necessidades de conforto da pessoa em situação de UDHV que estávamos a acompanhar e qual a nossa intervenção na promoção do cuidado confortador. Numa dessas visitas, recordo-me de uma situação que foi relevante para a minha tomada de consciência acerca das aprendizagens e desenvolvimento de competências que estava a vivenciar.

Tratava-se de uma pessoa do sexo masculino, internada num serviço do centro hospitalar em situação de UDHV. Esta encontrava-se num quarto com mais duas pessoas internadas e estava na cama junto à janela. Quando nos aproximámos da unidade da pessoa, observei que se apresentava sonolenta. Sem abertura ocular espontânea nem direção do olhar. Ligeiramente dispneica, sob oxigenoterapia por máscara facial. Tinha a cabeceira elevada. E por cima da cama encontravam-se múltiplas sondas de aspiração penduradas e quase a caírem para cima da cama. Na mesa de cabeceira encontrava-se uma garrafa de água destilada para lavagem da tubagem do aspirador. Estava também no suporte de soro ao lado da cama uma seringa infusora que se encontrava desligada. Tinha um copo cheio com água na mesa de cabeceira e pequenas caixas de bolos secos. Estava sozinho, pois não nos encontrávamos em horário de visita.

Quando o enfermeiro orientador me questionou acerca das necessidades de conforto que conseguia identificar naquele momento, o que me saltou mais à vista foram aquelas que se relacionavam com o conforto ambiental. Todos aqueles dispositivos médicos, alguns que não se encontravam em uso naquele momento e a presença de alimentos dispostos na mesa de cabeceira que a pessoa já não tinha condição para os ingerir, fizeram-me sentir que a intervenção mais emergente naquela situação seria promover o conforto ambiental tornando o ambiente mais seguro e tranquilo, livre de objetos em redor da cama. Pensei também, que a presença de todos aqueles objetos poderia não proporcionar conforto à família quando esta o visitasse mais tarde, apesar de não o poder constatar por não nos encontrarmos em horário de visita. Esta situação foi alvo de reflexão no contexto da prática com o enfermeiro orientador e a intervenção

da EIHS CP na gestão do ambiente foi no sentido de sensibilizar a equipa prestadora de cuidados para as situações apontadas.

Para além da necessidade de intervenção no conforto ambiental, era também visível o desconforto físico relacionado com a dispneia presente, e aí o enfermeiro orientador interveio orientando a equipa de enfermagem prestadora de cuidados para a gestão da terapêutica em SOS para controlo dessa sintomatologia uma vez que, neste caso a médica da EIHS CP tinha prescrito a administração de morfina subcutânea em SOS.

Com a descrição desta situação pretendo demonstrar a aplicação dos conhecimentos adquiridos no contexto de estágio anterior e neste, e também através da pesquisa da evidência científica sobre a temática, que me fizeram estar desperta para um conjunto de intervenções de enfermagem promotoras de conforto. De acordo com Benner (2001), a enfermeira proficiente aprende com maior facilidade em situação de estudo de caso ou situações reais vivenciadas. Por isso, estes momentos de reflexão com o enfermeiro orientador demonstraram-se muito importantes para o desenvolvimento de CCEE no que respeita à garantia da qualidade e continuidade de cuidados por meio de articulação com as equipas, ao desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade e também da prática baseada na evidência (OE, 2019). Também no desenvolvimento de CEEEMC durante a prestação de cuidados à pessoa em situação complexa, garantido um ambiente seguro e terapêutico, mais especificamente no cuidado à pessoa em situação paliativa procurando contribuir para a maximização do bem-estar, conforto e qualidade de vida da pessoa com doença crónica, progressiva e incurável (OE, 2018). Também foi possível desenvolver competências estabelecidas pela EONS (2018), sobretudo no que diz respeito à comunicação e discussão do planeamento do cuidado confortador à pessoa nos UDHV e família em conjunto com a equipa multidisciplinar, procurando identificar e dar resposta às necessidades físicas, psicológicas, sociais, emocionais e existenciais da pessoa promovendo um cuidado holístico, assegurando a dignidade e o conforto em fim de vida (EONS, 2018). Assim, uma das situações vivenciadas em contexto da prática foi alvo da minha reflexão individual, elaborada com base no ciclo de Gibbs (apêndice VI). O que me possibilitou desenvolver competências de mestre no que se refere à reflexão da prática de cuidado, à aplicação de conhecimentos na prática e à promoção da aprendizagem ao longo da vida (decreto-lei 107/2008).

Importa salientar que a minha intervenção na EIHS CP foi sempre realizada mediante a reflexão com o enfermeiro orientador, sendo este que articulava diretamente com os

enfermeiros dos serviços de internamento. Este aspeto está relacionado com a necessidade que existe em ser estabelecida uma relação prévia com a equipa de enfermagem prestadora de cuidados e os profissionais da EIHS CP de forma que a continuidade dos cuidados seja alcançada com sucesso, o que pela variedade de serviços visitados não me foi possível estabelecer.

Como referido anteriormente, no decurso do estágio B, observei a prática do enfermeiro orientador na referenciação para a UCP da RNCCI. Importa salientar que esta referenciação era precedida sempre pelo agendamento e realização de uma conferência familiar (CF) com a pessoa significativa da pessoa internada no centro hospitalar. Por isso, estes foram momentos privilegiados onde pude estabelecer contato com os familiares das pessoas internadas no centro hospitalar que acompanhávamos em internamento. Na CF estavam sempre presentes o enfermeiro e a assistente social, podendo por vezes estar também o médico e/ou o psicólogo. Ali era explicitado o estado de saúde atual da pessoa internada, fornecida informação acerca dos recursos disponíveis na comunidade, esclarecidas dúvidas acerca do funcionamento das instituições e de como decorreria a referenciação. A equipa multidisciplinar identificava as necessidades da família nas mais variadas vertentes (sociais, financeiras) e necessidades de conforto, onde na maioria das vezes as intervenções de enfermagem se baseavam no informar acerca do que esperar, na escuta ativa, na demonstração de disponibilidade, no estabelecimento de compromisso de não-abandono e na gestão das expectativas.

Ao longo do estágio estive também presente nas consultas externas realizadas pelo enfermeiro orientador à pessoa em regime de ambulatório. Porém, neste contexto não me foi possível acompanhar nenhuma pessoa em situação de UDHV.

Assim sendo, a visita aos serviços de internamento na prestação de consultoria e a presença das CF realizadas durante o estágio foram os contextos que me ofereceram mais oportunidades para identificar as intervenções de enfermagem confortadoras, para dar continuidade à construção e atualização da grelha iniciada no estágio anterior. Contudo, de forma a recolher novas intervenções que pudessem não estar identificadas na prática, planeei realizar uma entrevista a um enfermeiro perito da EIHS CP.

Concluo por isso, que tanto o estágio A como o B foram contextos da prática que contribuíram para o desenvolvimento das minhas competências no que se refere ao cuidado confortador especializado à pessoa em situação de UDHV e sua família e também, ao desenvolvimento das competências de mestre.

2.1.4 Sintetizar as intervenções de enfermagem promotoras de conforto à pessoa nos UDHV e sua família, uniformizando-as em linguagem CIPE®.

Este objetivo específico foi desenvolvido durante o estágio B visando a continuidade do trabalho desenvolvido até esta fase. No final deste estágio estava planeada a compilação das intervenções de enfermagem promotoras de conforto da pessoa em situação de UDHV e sua família originárias das diferentes fontes, de forma a contribuir para a etapa seguinte de implementação do projeto no local de estágio C.

Assim, foi elaborado um documento que sintetiza as intervenções de enfermagem identificadas durante a observação da prática de enfermagem, que resultaram da realização das entrevistas a peritos e identificadas através da elaboração de *scoping review* (apêndice VII). A organização estrutural destas intervenções foi baseada no modelo teórico de Kolcaba, que norteia o projeto. Assim, as intervenções de enfermagem promotoras de conforto identificadas foram categorizadas com base nos quatro contextos da experiência humana defendidos por Kolcaba: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. Este instrumento constituiu a base para o desenvolvimento contínuo do projeto e sua implementação, tendo sido o suporte teórico para a construção de um GOP na fase de implementação do projeto na UCPA durante o estágio C.

A definição deste objetivo específico tinha também contemplada a ‘tradução’ das intervenções de enfermagem confortadoras em linguagem CIPE®, de forma a servir de suporte à prática de enfermagem através da documentação no sistema informático destas intervenções. Porém, no decorrer dos estágios concomitantemente com a minha prática diária no serviço onde exerço funções e onde iria implementar o projeto, fui procurando perceber se existiam intervenções no sistema informático que se aproximassem das intervenções identificadas, e verifiquei que tal não acontecia. Uma vez que a instituição se encontrava em fase de construção de um novo sistema informático de registos de enfermagem, fui informada que não seria possível solicitar a inclusão de novas intervenções ao sistema já existente, e por outro lado, o sistema a utilizar no futuro terá como base a ontologia de enfermagem e encontra-se ainda numa fase inicial de construção. Assim, dados os constrangimentos com a gestão do tempo fruto da natureza académica deste trabalho, optei por incluir no GOP as intervenções de enfermagem em linguagem natural.

Em suma, todas as atividades realizadas, as experiências vivenciadas e as competências desenvolvidas nos estágios A e B tiveram um forte contributo para dar

continuidade ao trabalho desenvolvido e permitir a implementação do projeto no estágio C como apresentado em seguida.

2.2 Contribuir para a Melhoria da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Prestados à Pessoa Internada numa UCPA nos UDHV, Promovendo o seu Conforto e o da sua Família

Este objetivo geral foi definido para o estágio C visando a implementação do projeto de forma a contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às pessoas em situação de UDHV e sua família internadas na UCPA onde exerce funções, promovendo o seu conforto. Para isso, foi imprescindível o acompanhamento da enfermeira orientadora deste local de estágio, que sendo um dos elementos da equipa de enfermagem com mais experiência profissional em CP, me possibilitou a implementação das intervenções promotoras de conforto às pessoas internadas e suas famílias, a reflexão conjunta acerca das estratégias para a sua implementação, a materialização do trabalho realizado num GOP de suporte à prestação de cuidados e a apresentação do mesmo à equipa de enfermagem visando a capacitação dos enfermeiros no cuidado confortador à pessoas nos UDHV e sua família.

2.2.1 Apresentar os objetivos e as atividades a implementar do projeto à enfermeira gestora e à equipa de enfermagem

Numa primeira fase do planeamento do projeto, a equipa de gestão da UCPA tomou conhecimento dos resultados da fase de diagnóstico de situação e da temática do projeto que seria implementado. Contudo, de forma a apresentar a fase de desenvolvimento em que o projeto se encontrava, no início do estágio C foi realizada uma reunião com a equipa de gestão do serviço apresentando o percurso percorrido até ao momento e os objetivos do estágio C. Posteriormente, para dar conhecimento do projeto e sua implementação a toda a equipa multidisciplinar da UCPA, foi planeada e realizada uma sessão de apresentação (apêndice VIII) no decurso da reunião multidisciplinar semanal, onde estiveram presentes elementos das diferentes categorias profissionais que a constituem sendo: enfermeiros, médicos, farmacêutica e psicóloga. Apesar da apresentação ter sido agendada e divulgada por vários meios de comunicação dentro da equipa (whatsapp e e-mail) com cerca de uma semana de

antecedência, e dada a possibilidade de assistir à mesma de forma presencial ou online, a presença da equipa de enfermagem foi de apenas 32%. Todavia, para contornar este constrangimento, no decurso das passagens de turno apresentei aos colegas que não estiveram presentes, o trabalho que me encontrava a desenvolver neste estágio.

O feedback dos profissionais presentes na apresentação foi de modo geral positivo. Tendo alguns enfermeiros manifestado interesse em acompanhar a implementação do projeto, reconhecendo que sentiam necessidades de formação no que respeita à promoção do conforto da pessoa nos UDHV e sua família e que seria uma mais valia abordar a temática no nosso contexto de prestação de cuidados. É importante salientar que, face à rotatividade constante de elementos na equipa de enfermagem, parte da equipa que assistiu a esta apresentação não exercia funções na UCPA à data da aplicação do questionário na fase do diagnóstico de situação do qual emergiu a necessidade de abordar esta temática e que, por isso, esse feedback positivo foi importante para garantir que a necessidade identificada anteriormente se mantinha atual para a equipa. Os elementos de outras categorias profissionais presentes também se manifestaram, considerando que a temática é pertinente para o contexto e que os resultados da implementação, ou seja, a disponibilização do GOP e a formação à equipa de enfermagem para a prestação de cuidados confortadores à pessoa nos UDHV e sua família, iria contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Assim sendo, considero que as atividades desenvolvidas para o alcance deste objetivo específico me permitiram desenvolver CCEE no que se refere à melhoria contínua da qualidade, através da prestação de cuidados de qualidade e da gestão e colaboração nos programas de melhoria da qualidade (OE, 2019). Das competências definidas pela EONS no que respeita à comunicação dentro da equipa multidisciplinar (EONS, 2018). E as competências de mestre referentes à aplicação de conhecimento, capacidades e resolução de problemas em situações novas e à capacidade de comunicação para transmitir conhecimentos, raciocínios e conclusões do trabalho desenvolvido (decreto-lei 107/2008).

2.2.2 Implementar as intervenções de enfermagem promotoras de conforto à pessoa nos UDHV e sua família numa UCPA

Durante todo o estágio C, foi possível prestar cuidados a pessoas em situação de UDHV e sua família de forma a dar continuidade ao trabalho contruído, à aplicação dos conhecimentos adquiridos e aprofundados na prestação de cuidados através da execução de intervenções promotoras de conforto identificadas ao longo do percurso, bem como ao contínuo desenvolvimento de competências. A partilha das experiências vivenciadas nos contextos de estágio anteriores com a enfermeira orientadora permitiram refletir em conjunto acerca dos cuidados prestados. A comunicação com a família da pessoa em UDHV foi um aspeto muito presente nestes momentos de reflexão, pois no contexto específico da UCPA onde exerço funções, sendo uma instituição hospitalar do setor privado, apesar de algumas limitações ainda existentes devido à situação pandémica, é possível o acompanhamento de um elemento da família durante 24h junto da pessoa nos UDHV. Este fato permitiu-me implementar intervenções promotoras de conforto à família, e, por conseguinte, promover o conforto da pessoa e família no contexto sociocultural defendido pela teoria do conforto de Kolcaba. Foi possível implementar intervenções nomeadamente no que respeita ao estabelecimento de uma relação de confiança, em esclarecer acerca dos sinais e sintomas presentes nesta fase e instruir acerca dos cuidados necessários e como a família pode estar incluída neles (como por exemplo nos cuidados com a higiene e hidratação da mucosa oral), se assim o desejar, informar acerca do que esperar procurando gerir as expectativas, prestar apoio emocional à família durante o processo de luto antecipatório e estar presente junto desta dando tempo para exprimir sentimentos e emoções. As implementações destas intervenções exigem a utilização de estratégias de comunicação que considero ter utilizado como: a validação, a escuta ativa, a presença e a proximidade com a pessoa, a adoção de um tom de voz calmo e tranquilizador e a adoção de uma atitude que demonstre disponibilidade. Como resultado da aplicação destas intervenções confortadoras à família, percecionei que os familiares me tinham em consideração como um elemento de referência na equipa multidisciplinar para a obtenção de informação e para a prestação de cuidados ao seu ente querido.

A aplicação dos conhecimentos adquiridos na prática, para além de serem alvo de reflexão com a enfermeira orientadora, foram também alvo de partilha com os colegas durante as passagens de turno onde procurei sensibilizá-los para os cuidados

confortadores prestados e os resultados obtidos. Um dos contatos com a família da pessoa no UDHV foi alvo da minha reflexão individual que se materializou na elaboração de uma reflexão crítica com base do ciclo de Gibbs (apêndice IX). A escolha da situação descrita nessa reflexão deve-se ao fato de eu considerar ter sido o momento mais desafiador com que me deparei ao longo de todos os estágios, que exigiu que eu mobilizasse os conhecimentos adquiridos e as competências desenvolvidas neste percurso formativo. Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, *“no processo da tomada de decisão em enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática”* (Conselho de Enfermagem, 2001, p.12)

Porém, apesar dos cuidados confortadores à família da pessoa em UDHV terem um importante destaque no estágio C, importa salientar que foram implementadas intervenções promotoras de conforto às pessoas internadas na UCPA em situação de UDHV. Algumas dessas intervenções implementadas constam inclusive dos enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem tais como: o respeito pelas capacidades da pessoa, pelas suas crenças, valores e desejos; o estabelecimento de uma relação empática com a pessoa; o envolvimento da pessoa e da família no planeamento dos cuidados a prestar estabelecendo uma parceria nos cuidados (Conselho de Enfermagem, 2001).

Desta forma, considero que durante o estágio C desenvolvi CCEE no que respeita à prática de cuidados na área da especialidade com base nas normas legais, princípios éticos e deontológicos da profissão, mantendo sempre o respeito pelos direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Em relação à contribuição para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados na UCPA e à gestão dos mesmos, adotando um papel dinamizando através da partilha das intervenções confortadoras implementadas durante a prestação de cuidados com os elementos da equipa de enfermagem durante a passagem de turno, permitindo assim dar continuidade aos cuidados prestados. E no que se refere ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais baseando a prática na evidência e desenvolvendo o autoconhecimento e a assertividade (OE, 2019).

Desenvolvi também CEEEEMC à pessoa em situação paliativa cuidando da pessoa visando o alívio do sofrimento e a maximização do bem-estar, conforto e qualidade de vida, através da identificação das necessidades de conforto da pessoa em UDHV e promovendo a implementação de intervenções promotoras de conforto com base na

evidência, tendo em consideração sempre o envolvimento da família e o estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa e a família (OE, 2018).

De acordo com as competências da EONS (2018), considero ter desenvolvido competências em relação à identificação do impacto da doença avançada para a pessoa nos diferentes contextos da experiência humana, dando respostas às necessidades que daí emergiam com vista à promoção do conforto e da dignidade da pessoa nos UDHV, sobretudo através da adoção das estratégias de comunicação com a pessoa em situação de UDHV e sua família que já foram referidas anteriormente (EONS, 2018).

Nos momentos de reflexão sobre a prática com a enfermeira orientadora e com a elaboração da reflexão crítica de uma situação vivenciada, desenvolvi competências de mestre no sentido da aplicação dos conhecimentos adquiridos na prática de cuidados e na promoção da aprendizagem ao longo da vida (decreto-lei 107/2008).

Para alcançar este objetivo específico durante o estágio C, encontrava-se planeada também a elaboração do GOP (apêndice X) e sua disponibilização à equipa, de forma a dar suporte à prestação de cuidados. De acordo com o que é referido nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, a construção de guias orientadores para a boa prática de cuidados com base na *“evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”* (Conselho de Enfermagem, 2001, p. 12). Este GOP, como já foi referido anteriormente, resultou do documento elaborado no estágio B que sintetizava as intervenções de enfermagem promotoras de conforto que emergiram das diferentes fontes (*scoping review*, observação participante e entrevistas semi-estruturadas), sendo estas organizadas com base na estrutura taxonómica do modelo teórico que norteia o projeto. Ao longo do estágio C o guia em construção foi sendo partilhado com a enfermeira orientadora que colaborou através do seu olhar crítico para o trabalho elaborado. Os conteúdos do GOP serviram de base para a sessão de formação aos enfermeiros que irei abordar no objetivo específico seguinte.

Numa fase posterior, de forma a obter a validação dos conteúdos do GOP acerca da sua pertinência e adequabilidade, foi pedida a colaboração de peritos em CP para participar num *focus group*. Numa primeira fase foram escolhidos os potenciais participantes no processo de validação dos conteúdos do GOP tendo em conta a sua experiência em CP e no cuidado confortador, inclusive com pesquisas e publicações nesta área de cuidar. Após o primeiro contato com os quatro potenciais participantes

por e-mail, onde explicitava o que pretendia com a sua colaboração, esclarecia acerca do âmbito do trabalho elaborado e à forma como o processo de validação ia decorrer, obtive a resposta positiva de todos. Em seguida, foi enviado o GOP via e-mail, bem como o consentimento informado, livre e esclarecido para a participação no *focus group*. Porém, após várias tentativas de agendamento do *focus group* através da ferramenta doodle, não foi possível concretizar o mesmo. Assim, para contornar este constrangimento, optei por realizar o processo de validação do GOP através da metodologia Delphi. De acordo com Fortin (1999), a metodologia Delphi visa obter o julgamento de um grupo de especialistas, avaliar prioridades e/ou fazer previsões. Uma das vantagens é permitir recolher a opinião de um número elevado de peritos sem necessidade destes se deslocarem, através do envio de um questionário ao qual os peritos dão resposta e reenviam ao investigador para sua análise. Após a análise por parte do investigador dos dados que não refletiram o consenso dos peritos, estes são reformulados e reenviados aos peritos tantas vezes quantas necessárias até obter consenso (Fortin, 1999).

Desta forma, voltei ao contato com os quatro potenciais participantes tendo proposto a integração de um quinto participante. Tendo obtido resposta positiva dos mesmos, construí um formulário em *Google Forms*, que incluía todas as intervenções presentes no GOP, num total de 159, que eram validadas numa escala likert entre “Muito Pertinente” a “Nada Pertinente”. Incluía também as restantes componentes do GOP como a introdução, o enquadramento teórico, o fluxograma e as considerações finais que eram validados em campos de resposta aberta. Construí também um formulário para recolha de dados sociodemográficos de forma a caracterizar os participantes do processo de validação.

Dos cinco participantes, quatro responderam sendo que os resultados refletiam 80% de consenso em 97.5% das intervenções de enfermagem incluídas no GOP e 60% de consenso em 2.5% das intervenções. Porém, nos campos de observações/sugestões do questionário os participantes fizeram referências a alguns aspetos que tive em consideração. Por isso, foi reenviado aos quatro participantes um segundo questionário que incluía 12 intervenções de enfermagem reformuladas que tinham sido alvo de sugestões e/ou que não tinham obtido consenso superior a 75%. Nos resultados ao segundo questionário obtive 100% de consenso nas intervenções de enfermagem propostas tendo assim conseguido concluir a validação dos conteúdos do GOP com sucesso.

Deste modo, considero que a construção e validação do GOP contribuíram para desenvolver as competências de mestre no que respeita obtenção e posse de conhecimentos e capacidade de compreensão para o desenvolvimento ou aplicações originais no contexto da investigação e à aplicação dos conhecimentos e capacidade de compreensão e resolução de problemas (decreto-lei 107/2008).

2.2.3 Capacitar a equipa de enfermagem no que respeita às intervenções promotoras de conforto à pessoa nos UDHV e sua família numa UCP

De forma a alcançar este objetivo específico, apesar da partilha do conhecimento e da implementação das intervenções promotoras de conforto no cuidado à pessoa nos UDHV e sua família durante os momentos de passagem de turno, foi planeada e executada uma sessão de formação (apêndice XI) para os enfermeiros, de modo a promover a capacitação no âmbito do cuidado confortador. Esta sessão de formação teve como base os conteúdos do GOP e foi estruturada de acordo com as partes que o constituem. Esta foi agendada com a antecedência de dez dias e em duas datas distintas de forma a permitir a presença dos diferentes elementos da equipa. Foi realizada também a divulgação das datas da sessão de formação bem como o planeamento da sessão nos meios de comunicação da equipa (whatsapp e e-mail). As sessões de formação decorreram tal como planeado e no final de cada sessão surgiu um momento de partilha de experiências tendo sido o feedback dos colegas positivo face ao trabalho elaborado, considerando que a disponibilização do GOP para conhecimento e consulta na UCPA constituía uma mais valia para o apoio à prática de cuidados, para a documentação dos cuidados prestados no sistema informático mesmo que em linguagem natural no espaço destinado às notas livres e para melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoas em situação de UDHV e família. No final de cada sessão de formação informei os presentes de que iriam receber no seu e-mail institucional um breve formulário para aferir se os conteúdos teóricos transmitidos ao longo da sessão de formação alcançaram o seu objetivo.

Considero que a adesão por parte dos enfermeiros da equipa foi fraca, tendo assistido a ambas as formações apenas 59% dos enfermeiros. Todavia importa salientar que, apesar de todos os enfermeiros presentes já possuírem ou estarem a frequentar formação avançada em CP, obtive 100% das respostas corretas em apenas duas questões das cinco que constavam no formulário, demonstrando a necessidade de repetir a sessão de formação. Por isso, para contornar estes constrangimentos,

elaborei a sessão de formação em suporte de vídeo e partilhei com todos os elementos da equipa de enfermagem por e-mail e whatsapp, anexando uma breve introdução ao trabalho elaborado e sensibilizando para a visualização do vídeo. Em conversas com os colegas fui também procurando sensibilizar para a visualização do vídeo. Concomitantemente enviei também o formulário de avaliação de conhecimentos para todos os enfermeiros de forma a perceberem quantos enfermeiros assistiam à formação em vídeo e se os objetivos da sessão de formação estavam alcançados. Contudo, apenas 59% dos enfermeiros responderam ao formulário após decorrerem todas as sessões de formação e o envio da sessão em vídeo, tendo concluído que o mesmo não contribuiu para a adesão da equipa à sessão de formação.

Estes resultados foram alvo de análise, tendo-se identificado alguns fatores que podem ter contribuído para este resultado, designadamente na fraqueza previamente identificadas na análise SWOT advinda da instabilidade da equipa de enfermagem com a rotatividade muito frequente de novos elementos (figura1).

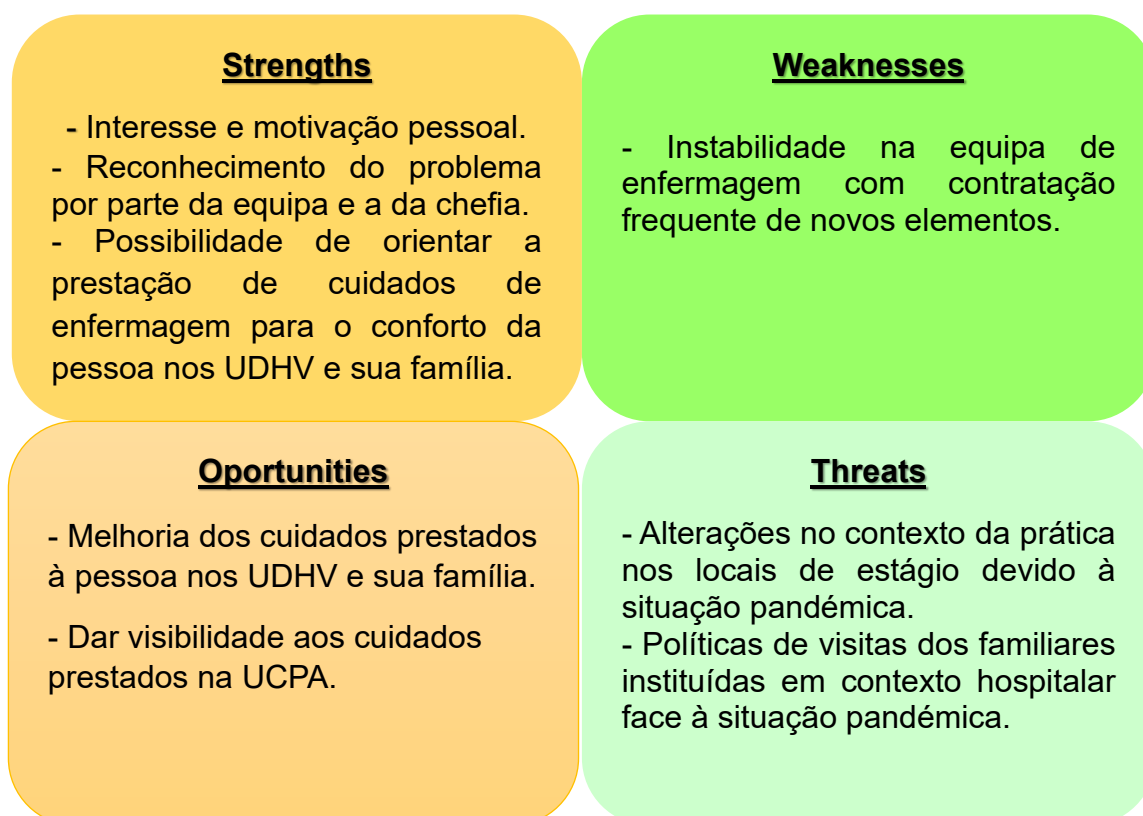


Figura 1 – Análise SWOT

Aliado a este fator, a carga horária laboral sofria um acréscimo quase constante neste período em que decorreu o estágio C, o que levava conseqüentemente à falta de disponibilidade dos elementos da equipa de enfermagem para participar em atividades extras à prestação de cuidados e ao cumprimento do horário laboral.

Porém, apesar da adesão dos enfermeiros à formação ter sido inferior ao desejado e da dificuldade em alcançar este objetivo específico, considero ter desenvolvido CCEE com respeito à adoção de um papel dinamizador na equipa gerindo os cuidados para a otimização das respostas da equipa e a articulação dentro da equipa de saúde (OE, 2019). As competências estabelecidas pela EONS no que respeita à dinamização da equipa de enfermagem adotando uma atitude de liderança e à transmissão de conhecimentos adquiridos dentro da equipa (EONS, 2018). E as competências de mestre relativamente à comunicação dos conhecimentos, raciocínios e conclusões de forma clara e abrangente a especialistas e não especialistas (decreto-lei 107/2008). Em suma, as atividades planeadas para o desenvolvimento do projeto foram, de um modo geral, executadas com sucesso obtendo resultados positivos que me permitiram avançar em cada fase do desenvolvimento do projeto e sua implementação e para o meu desenvolvimento profissional para me tornar enfermeira especialista e mestre.

3. AVALIAÇÃO

Segundo Ferrito et al. (2010), sendo a Metodologia de Projeto um processo dinâmico, a sua avaliação é realizada de forma contínua, o que visa facilitar a adaptação do projeto às necessidades e constrangimentos que surgem ao longo do percurso. Assim sendo, o processo de avaliação nesta metodologia “*é complexo e implica a contemplação de várias vertentes de análise e reflexão*”, requerendo a comparação entre os objetivos definidos na fase inicial e os objetivos atingidos (Ferrito et al., 2010, p.25). Neste sentido, no presente capítulo avalio e reflito acerca dos pontos fortes e fracos que facilitaram ou dificultaram o processo de desenvolvimento e implementação do projeto e dos contributos do mesmo para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Saliento ainda que, todo o desenvolvimento do projeto desde a sua fase de planeamento até à execução das atividades foi acompanhado pela docente orientadora da ESEL. Também ao longo do decurso dos estágios nos três contextos distintos, foram realizados momentos de avaliação acompanhados pelos enfermeiros orientadores das instituições onde realizei os estágios e pela docente orientadora que contribuíram para orientar no caminho a seguir e dar continuidade ao trabalho planeado de uma forma consistente.

3.1 Pontos Fortes e Fracos

Como já referido anteriormente, na fase de planeamento do projeto foi elaborada uma análise SWOT que identificava as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças do projeto. As forças e oportunidades identificadas inicialmente foram constatadas e reforçadas ao longo do desenvolvimento e implementação do projeto. A temática abordada, além de ser identificada como pertinente e com necessidade de intervenção pela equipa de gestão da UCPA onde exerço funções e pela equipa de enfermagem à data da fase de diagnóstico, foi também identificada como necessária pelos novos elementos da equipa de enfermagem que estiveram presentes na sessão de formação no serviço e que acompanharam a implementação das intervenções promotoras de conforto à pessoa e família no contexto da prática, dando continuidade aos cuidados prestados. Por outro lado, a minha motivação e gosto pessoal pela temática também me permitiram dar continuidade ao trabalho desenvolvido de forma satisfatória. Por

isso considero que o projeto contribuiu para a melhoria dos cuidados prestados na UCPA, através da sensibilização de toda a equipa para o cuidado confortador, da minha prática diária na promoção e prestação do cuidado confortador à pessoa nos UDHV e sua família, agindo como elemento de referência no seio da equipa, e a disponibilização do GOP no serviço para consulta de todos os elementos da equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar. Deste modo, apesar de em registo informático não ter sido possível realizar alterações na parametrização de intervenções em linguagem CIPE[®], o GOP pode ser utilizado como uma ferramenta de auxílio tanto para a prática, através da implementação das intervenções, como para os enfermeiros conseguirem descrever e registar as intervenções de enfermagem que executaram com o objetivo de promover o conforto da pessoa nos UDHV e sua família. Como ponto forte pretendo destacar também todo o acompanhamento por parte dos enfermeiros orientadores dos três contextos de estágios, no sentido da sua disponibilidade para a reflexão conjunta acerca do cuidado confortador, visando alcançar os objetivos delineados para cada estágio e o desenvolvimento contínuo das competências de enfermeira especialista e mestre, bem como para a orientação durante a prestação de cuidados de forma a potenciar as oportunidades de aprendizagem. Outro ponto forte do trabalho desenvolvido que pretendo destacar é a validação do GOP através da metodologia Delphi por parte de peritos em CP. Este processo para além de dar consistência e validação técnica, permite que o GOP seja proposto para publicação no futuro e assim aumentar a disseminação deste conhecimento a enfermeiros e outros profissionais de saúde em outros contextos de cuidados de saúde. Podendo assim alargar a possibilidade de se tornar uma ferramenta de apoio à prática de enfermagem no que respeita ao cuidado confortador à pessoa nos UDHV e sua família.

Porém, importa referir também os pontos fracos do processo de desenvolvimento e implementação do projeto de forma a serem alvo da minha reflexão, pois também estes contribuíram para a aprendizagem e desenvolvimento de competências. Como fraqueza do projeto estava identificada a instabilidade da equipa de enfermagem da UCPA que levava a uma constante contratação de novos elementos. Este aspeto, embora não tivesse sido refletido no feedback recebido por parte da equipa em relação à pertinência da temática, considero ter-se refletido na taxa de adesão às sessões de formação à equipa. Pois, esta instabilidade na equipa leva a que a carga horária dos enfermeiros esteja acrescida constantemente, o que os deixa com pouca disponibilidade para assistir a conteúdos do serviço fora do seu horário de trabalho.

Contudo, importa reforçar que na tentativa de contornar esta dificuldade, que foi identificada logo no decurso do estágio, foi elaborado e disponibilizado o vídeo com a sessão de formação ainda durante o mesmo. Ainda assim, considero que o objetivo específico definido respeitante à capacitação dos enfermeiros para o cuidado confortador e seus resultados não foi alcançado, uma vez que participaram na formação apenas 59% da equipa de enfermagem.

Para além desta fraqueza, é importante também referir alguns aspetos negativos que resultaram de constrangimentos que surgiram ao longo do processo de desenvolvimento do projeto e que levaram à necessidade de adaptar algumas atividades planeadas, o que se revelou importante sobretudo no que respeita à gestão do tempo para as terminar. Assim, ressalvo a morosidade no parecer da comissão de ética durante o estágio A, que implicou uma adaptação da estratégia inicialmente prevista para coligir as intervenções observadas.

Na análise SWOT, como ameaças ao projeto estavam identificadas possíveis dificuldades no contato com a família da pessoa em situação de UDHV relacionadas com a situação pandémica em que se encontrava o nosso país. Contudo verifiquei que no decurso dos estágios foi possível estabelecer este contato e implementar intervenções promotoras de conforto à família, sobretudo no estágio C, mas também nos estágios A e B onde a circulação de pessoas nas instituições hospitalares do setor público estava sujeita a restrições.

Importa ainda referir que, em relação ao objetivo específico do estágio B, relacionado com a sintetização das intervenções de enfermagem promotoras de conforto, foi necessário ajustá-lo às alterações que se encontravam a decorrer na instituição no sistema de documentação em enfermagem. Deste modo, foi dada a prioridade à elaboração do GOP em linguagem natural. Porém, tal não comprometeu a continuidade do trabalho desenvolvido, tendo sido reforçado à equipa de enfermagem durante a sessão de formação que as intervenções de enfermagem apresentadas, quando executadas, deveriam ser registadas no campo de notas gerais. Todavia, no futuro de forma a dar continuidade ao trabalho desenvolvido, coloco a hipótese de proceder à operacionalização desta atividade com o auxílio de peritos, bem como elaborar e apresentar uma proposta de parametrização das mesmas à direção de enfermagem.

3.2 Contributos do Projeto para a Melhoria da Qualidade dos Cuidados

Para o presente projeto defini como um dos objetivos gerais contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa nos UDHV, promovendo o seu conforto e o da sua família. Com o decurso do seu desenvolvimento e implementação considero que a execução das atividades planeadas nos diferentes locais de estágio, que levou à identificação de um conjunto de intervenções de enfermagem promotoras de conforto, para além de possibilitar o desenvolvimento das minhas competências no cuidado especializado, permitiu a sensibilização para o cuidado confortador à pessoa nos UDHV e sua família nos diferentes contextos onde estagiei. Esta sensibilização ocorreu quer por meio da reflexão com enfermeiros peritos e com os pares nas passagens de turno, quer por observação da prática de peritos e pela realização das sessões de formação à equipa de enfermagem. Por outro lado, a identificação das intervenções por meio da investigação através da elaboração da *scoping review* e a construção do GOP, que inclusivamente foi validado por peritos, poderão constituir um forte contributo para a disseminação do conhecimento nesta área de cuidar. Como já referido anterior, segundo o Conselho de Enfermagem (2001), a construção de Guias Orientadores de Boa Prática com base na evidência empírica contribui para melhorar a qualidade do exercício profissional, apoiando a tomada de decisão dos enfermeiros e a implementação de intervenções autónomas (Conselho de Enfermagem, 2001).

Como primeiro passo para essa disseminação de conhecimento produzido, propus apresentar o projeto de intervenção e seus resultados numa comunicação livre de um evento científico, que foi aceite. Esta apresentação decorreu no 2º Congresso Internacional “Cuidado Centrado no Cliente e nos Padrões de Qualidade”, organizado pela ESEL (anexo I).

No que respeita à prática de cuidados, considero que o desenvolvimento do projeto, a sua implementação e o desenvolvimento de competências subjacentes a todo este processo, contribuíram para a prestação de cuidados especializados na UCPA onde exerço funções com maior qualidade. De acordo com a CNCP, no Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022 (PEDCP 2021-2022) a qualidade é considerada um valor dos CP e é definida como “*cuidados com alto nível científico e humano, com uma abordagem integral das necessidades da pessoa e sua*

família” (CNCP, 2021, p. 13). O projeto sustentado na teoria do conforto de Kolcaba orientou a minha prática de acordo com um modelo teórico que visa a identificação das necessidades individuais da pessoa em todas as suas dimensões, contribuindo assim para a prestação do cuidado holístico e centrado na pessoa. Por outro lado, o eixo prioritário II do PEDCP 2021-2022 dá destaque à formação dos profissionais que prestam CP, salientando que a formação avançada contribui para a garantia da prestação de cuidados de qualidade através da *“identificação precoce das necessidades de forma ativa, efetiva e em constante reavaliação”* (CNCP, 2021, p. 44). Desta forma, o projeto contribuiu para a minha formação contínua e avançada, mas também para a formação dos pares através das sessões de formação realizadas e da disponibilização do GOP para consulta junto da equipa de enfermagem.

Deste modo, considero que os objetivos gerais definidos para o projeto foram alcançados com sucesso, pois ao longo dos estágios A e B foi possível desenvolver competências no cuidado confortador à pessoa em situação de UDHV e sua família através de inúmeras experiências vivenciadas nos contextos da prática. A possibilidade de observar a prática de enfermeiros peritos em CP, prestar cuidados à pessoa e família nesta fase sob a sua supervisão e refletir em conjunto com eles acerca da promoção do conforto permitiu-me desenvolver competências de enfermeira especialista, de acordo com o RCCEE nos seus quatro domínios: da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão de cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019). Desenvolver competências de acordo com o RCEEEEMC sobretudo na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa (OE, 2018). Desenvolver competências previstas pela EONS, sobretudo no que respeita ao apoio das pessoas durante a doença avançada e no fim da vida e da comunicação (EONS, 2018). Desenvolver competências de mestre previstas no Processo de Bolonha (decreto-lei 107/2008).

Em suma, o projeto de intervenção no âmbito da promoção do conforto à pessoa nos UDHV e sua família deu resposta à necessidade identificada na fase de diagnóstico, tendo os seus resultados contribuído para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados na UCPA e para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

4. QUESTÕES ÉTICAS

A pessoa em situação de UDHV encontra-se numa condição de elevada vulnerabilidade onde a promoção do conforto e da dignidade ganham principal destaque na prestação de cuidados de enfermagem, sendo importante também ter em consideração aspetos éticos e deontológicos inerentes ao exercício profissional. Assim sendo, no decurso dos estágios e na elaboração deste relatório tive em consideração o respeito pelos direitos humanos fundamentais, pelos direitos do doente internado e da pessoa em fase terminal, bem como os princípios éticos, legais e deontológicos da profissão de enfermagem, quer na prestação de cuidados, quer nas etapas da investigação.

Segundo Vieira (2007), os enfermeiros incluem o exercício da bioética na prestação de cuidados diários, sendo a sua formação moral e ética tão ou mais importante que a formação técnica, servindo de base para sustentar a tomada de decisão. Assim, considero que tive em conta os princípios da bioética (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) durante a prestação de cuidados à pessoa nos UDHV. No que respeita ao princípio da autonomia promovia tomada de decisão por parte da pessoa respeitando sempre a sua individualidade, as ideias, crenças, valores e liberdade. Relativamente ao princípio da beneficência, promovi o bem da pessoa, evitando sempre qualquer prejuízo para a mesma durante a prestação de cuidados. No princípio da não maleficência não infligi qualquer dano intencional à pessoa. E, relativamente ao princípio da justiça considero ter atendido as necessidades de todas as pessoas a quem prestei cuidados, livre de quaisquer preconceitos ou segregações sociais, respeitando todas as culturas.

Ainda durante a prestação de cuidados, tive especial cuidado em apresentar-me às pessoas e suas famílias como estudante no âmbito do curso de mestrado e pós-licenciatura. Uma vez que todos os estágios decorreram em instituições hospitalares, tive em consideração a Carta dos Direitos do Doente Internado (DGS, 2005), respeitando a singularidade da pessoa independentemente das suas convicções culturais, filosóficas e religiosas, a confidencialidade e a privacidade. Procurando sempre garantir o direito da pessoa à informação e ao consentimento informado, esclarecido e livre e a receber os cuidados de acordo com a sua condição de saúde, nomeadamente nos UDHV, atendendo à componente socio-afetiva e à dimensão espiritual, salientando o direito a estar acompanhado, se assim o desejar, pelos seus familiares e amigos. Importa referir também que na prestação de cuidados fomentei o

envolvimento da pessoa no planeamento dos cuidados sempre que esta manifestou essa vontade, procurei prestar os cuidados adequados às necessidades de cada pessoa, respeitei o direito da pessoa se fazer acompanhar por quem desejar, e garanti a privacidade e a confidencialidade dos dados, tal como é mencionado na Base V da Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (CNCP, 2012). Em relação ao direito da confidencialidade dos dados, este aspeto foi levado em conta também na realização de todos os trabalhos no decurso dos estágios, através da utilização de nomes fictícios na descrição das situações vivenciadas, nomeadamente nas reflexões críticas que elaborei.

Em relação à família da pessoa em situação de UDHV e nos cuidados prestados à mesma, tive em consideração o direito da família de receber apoio adequado, participar na escolha do local da prestação de cuidados, receber informação acerca da condição clínica do ente querido se assim o desejar, estar envolvido no planeamento de cuidados e receber informação acerca do internamento (CNCP, 2012).

No que respeita à deontologia da profissão de enfermagem, durante a prestação de cuidados confortadores à pessoa em situação de UDHV e família tomei especial atenção aos artigos do Código Deontológico do Enfermeiro destacando: o artigo 102º - Dos valores humanos, o artigo 103º - Dos direitos à vida e à qualidade de vida, o artigo 104º - Do direito ao cuidado, o artigo 108º - Do respeito pela pessoa em situação de fim de vida, o artigo 109º Da excelência do exercício e o artigo 110º Da humanização dos cuidados (OE, 2015).

De acordo com Fortin (1999), qualquer investigação junto de seres humanos levanta questões éticas e morais que devem ser levadas em conta. Por isso, respeitante à fase de pesquisa deste projeto, no início do estágio A foi identificada a necessidade de solicitar o parecer da comissão de ética da instituição hospitalar para a realização e utilização da grelha de intervenções e para a realização da entrevista a um enfermeiro perito. A resposta positiva por parte da comissão de ética foi rececionada antes do término do estágio, o que permitiu realizar a entrevista à qual se antecedeu o pedido de consentimento informado, esclarecido e livre (apêndice XII) ao enfermeiro perito da UCP, que foi escolhido com o auxílio da enfermeira orientadora e enfermeira gestora do serviço, tendo em consideração a sua experiência profissional em CP e no cuidado confortador. No estágio B realizado na EIHS CP, foi-me igualmente sugerido pelo enfermeiro orientador um enfermeiro perito da equipa para participar na entrevista, tendo também sido obtido o seu consentimento informado, esclarecido e

livre antes da realização da entrevista. Juntamente com os formulários de consentimento informado, esclarecido e livre foi sempre entregue um documento de informação e esclarecimento acerca do âmbito do trabalho, do enquadramento da entrevista, da forma como a entrevista iria decorrer e como seriam tratados os resultados. Importante ainda referir, que na elaboração de todos os formulários de consentimento informado, esclarecido e livre utilizados ao longo do desenvolvimento e implementação do projeto, tive em consideração os aspetos éticos aplicados à investigação, baseando-me nos direitos fundamentais das pessoas (Fortin, 1999). No que respeita ao direito à autodeterminação, os formulários deixavam explícito o respeito pelo direito de a pessoa aceitar participar ou não, enquanto pessoa autónoma e capaz de decidir por si própria. O direito à intimidade, sobretudo nas entrevistas, garantindo o respeito pela liberdade da pessoa em decidir a extensão da informação que fornece e em que medida aceita partilhar essas informações. O direito ao anonimato e confidencialidade, respeitando a identidade da pessoa e não associando os resultados aos participantes. O direito à proteção contra o desconforto e prejuízo, garantido no formulário de consentimento informado que a suspensão da participação não resulta em qualquer prejuízo pessoa ou profissional. E o direito a um tratamento justo e equitativo, assegurado a informação aos participantes do âmbito do trabalho, dos objetivos do mesmo e da sua duração.

No que respeita ao processo de validação do GOP, que se realizou após o término do estágio, foi estabelecido um primeiro contato com os participantes. Após estes aceitarem participar, foi enviado via e-mail o consentimento informado, esclarecido e livre respeitante à participação na metodologia Delphi salvaguardando todos os direitos acima referidos e a política de proteção de dados (apêndice XIII). Em conjunto com o consentimento informado foi enviado também um documento a informar e esclarecer acerca do âmbito do trabalho, dos objetivos do processo de validação e de como esse processo iria decorrer.

5. CONCLUSÃO E PERSPETIVAS FUTURAS

O presente relatório demonstra que os objetivos definidos inicialmente para o desenvolvimento e implementação do projeto foram alcançados com sucesso, sendo que todas as etapas e atividades realizadas neste percurso foram importantes para esse resultado e para o desenvolvimento de competências a que me propus. No decurso dos estágios existiram muitas oportunidades de aprendizagem que me permitiram adquirir novos conhecimentos no cuidado confortador à pessoa nos UDHV e sua família numa UCP, bem como aprofundar conhecimentos já adquiridos no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados que presto diariamente na UCPA onde exerço funções. A vasta pesquisa em evidência científica que realizei e a sustentação do projeto num modelo teórico de enfermagem ajudaram a tornar consistente o conhecimento adquirido ao longo de todo o processo, baseando assim a prática diária na evidência sendo ao mesmo tempo orientada pela teoria. Outro aspeto importante que esteve presente de uma forma constante ao longo de todo o decurso dos estágios foi a prática reflexiva, tendo esta sido facilitada pela colaboração dos enfermeiros orientadores e sendo ela própria preponderante para a contribuição da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. Todos estes aspetos foram propícios ao desenvolvimento de competências de especialista e mestre. Assim, considero que ao longo deste percurso foi possível desenvolver competências previstas no RCCEE (OE, 2019), no RCEEEEMC em enfermagem à pessoa em situação paliativa (OE, 2018), pela EONS (EONS, 2018) e no Processo de Bolonha em relação às competências de mestre (decreto-lei 107/2008) de uma forma satisfatória.

Da realização do projeto resultaram documentos que podem contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa nos UDHV e sua família, no sentido de promover o seu conforto. A *scoping review* e o GOP que foram elaborados ao longo do desenvolvimento e implementação do projeto são ferramentas resultantes da produção de conhecimento que podem apoiar a prática dos enfermeiros na prestação do cuidado confortador à pessoa e família que vivenciam esta fase de vida. Contudo, importa salientar que os documentos produzidos são uma forma de abordar a problemática identificada, não se esgotando assim a possibilidade de realizar novas pesquisas e elaborar outros documentos acerca da temática do conforto da pessoa nos UDHV e família.

Deste modo, apesar de algumas dificuldades com que me deparei e dos constrangimentos que ocorreram naturalmente ao longo deste percurso, e que já

foram referidas neste relatório, considero que o trabalho desenvolvido contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, tornando-me numa enfermeira com um olhar especializado sobre a pessoa nos UDHV, a sua família e o conforto de ambas, tendo o presente relatório contribuído também para a reflexão acerca desse desenvolvimento.

Todavia, considero que o trabalho não termina com a elaboração do relatório. Como perspectivas futuras pretendo propor a *scoping review* para publicação num periódico, bem como pretendo solicitar o apoio de uma instituição para a publicação do GOP, para que o conhecimento produzido possa ser acessível a todos os profissionais que prestam CP.

Na instituição hospitalar onde exerço funções, pretendo apresentar uma proposta de parametrização em sistema informático das intervenções promotoras de conforto após a uniformização das mesmas em linguagem CIPE®, de forma que a documentação destas intervenções quando executadas seja facilitada para os enfermeiros. Contudo, uma vez que a formação dos enfermeiros no cuidado confortador foi demonstrada ser essencial para melhorar os cuidados a prestar à pessoa nos UDHV, pretendo continuar a contribuir para a capacitação dos enfermeiros da UCPA onde exerço funções acerca da temática através do reagendamento de novas sessões de formação.

Assim sendo, pretendo no futuro dar continuidade ao estudo da temática da promoção do conforto da pessoa nos UDHV família, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem neste âmbito e desenvolvendo o meu papel de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica e mestre na equipa e na instituição que integro, mas também na disciplina e profissão de enfermagem em geral.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aromataris, E. e Munn, Z. (Ed.) (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Austrália: Joanna Briggs Institute. DOI: [10.46658/JBIMES-20-01](https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01)
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bander, P. (2017). Palliative Sedation: When Suffering Is Intractable at End of Life. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 19(5), 394–403. DOI: 10.1097/NJH.0000000000000368
- Barbosa, A., Gama, G. e Lawlor, P. (2016). Confusão/*Delirium*. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. e Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p.297-316). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Braga, B., Rodrigues, J., Alves, M. e Neto, I. (2017). Guia Prático da Abordagem da Agonia. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. 24 (1), p. 48-55. Acedido a 16/06/2021. Disponível em https://www.spmi.pt/revista/vol24/vol24_n1_2017_48_55.pdf
- Blinderman, C. e Billings, J. (2015). Comfort Care for Patients Dying in the Hospital. *The New England Journal of Medicine*. 373 (26), 2549-2561. DOI: 10.1056/NEJMra1411746
- Centro Hospitalar Barreiro-Montijo (CHBM). (s.d.). Unidade de Cuidados Paliativos. <http://www.chbm.min-saude.pt>
- Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (CHULC) (2020). Regulamento Interno da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos do CHULC, EPE.
- Coelho, A., Parola, V., Escobar-Bravo, M. e Apóstolo, J. (2016). Comfort experience in palliative care: a phenomenological study. *BioMed Central Palliative Care*. 15 (71), 1-8. DOI: 10.1186/s12904-016-0145-0
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2021). *Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos*. Acedido a 26/12/2021. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>
- Conselho de Enfermagem (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem- Enquadramento conceptual Enunciados Descritivos*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 18/08/2021. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Decreto-lei nº 107 (2008). Processo de Bolonha. Ministério da Ciência, Inovação e Ensino Superior. *Diário da República*, I Série (Nº 121 de 25/06/2008), 3835-3853. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/107/2008/06/25/p/dre/pt/html>

Direção-Geral de Saúde (2005). Carta dos Direitos do Doente Internado. Lisboa: Ministério da Saúde. Acedido em 29-03-2022. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>

Dowd, T. (2004). Teoria do Conforto. In Alligood, M. e Tomey, A. (5ª ed) *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (p.481-496). Loures: Lusociência.

Duffy, M. (2016). “An Immutably Personal Process”: A Hospice Nurse Contemplates Uncontrol. *AJN American Journal of Nursing*, 116(2), 59. DOI: [10.1097/01.NAJ.0000480498.63846.34](https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000480498.63846.34)

European Oncology Nursing Society (2018). EONS Cancer Nursing Education Framework. Acedido a 18.08.2021. Disponível em: <https://cancernurse.eu/education>

Gomes, A.M.R. (2010). O Cuidados e o doente em fim de vida – família e/ou pessoa significativa. *Enfermería Global*. (18), 1-9. Acedido a 12/06/2021. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/pt_revision3.pdf

Ferrito, C., Nunes, L. & Ruivo, M.A. (2010). Metodologia de Projeto: colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*. 15 (1), 3-37. Acedido a 12/06/2021. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Fortin, M.F. (1999). O Processo de Investigação- Da concepção à Realização. Loures: Lusociência.

Gomes, A.M.R. (2010). O Cuidados e o doente em fim de vida – família e/ou pessoa significativa. *Enfermería Global*. (18), 1-9. Acedido a 12/06/2021. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/pt_revision3.pdf

Hansen, D., Higgins, P., Warner, C. e Mayo, M. (2015). Exploring family relationships through associations of comfort, relatedness states, and life closure in hospice patients: A pilot study. *Palliative & Supportive Care*. 13 (2),305–311. DOI: 10.1017/S1478951514000133

Hold, J. (2017). A good death: Narratives of experiential nursing ethics. *Nursing Ethics*, 24(1), 9–19. DOI: [10.1177/0969733015602051](https://doi.org/10.1177/0969733015602051)

Hovland, C. e Kramer, B. (2019). Barriers and Facilitators to Preparedness for Death: Experiences of Family Caregivers of Elders with Dementia. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 15(1), 55–74. DOI: [10.1080/15524256.2019.1595811](https://doi.org/10.1080/15524256.2019.1595811)

- Kisvetrová, H., Vévodová, Š. e Školoudík, D. (2018). Comfort-Supporting Nursing Activities for End-of-Life Patients in an Institutionalized Environment. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 50(2), 126–133. DOI: [10.1111/jnu.12341](https://doi.org/10.1111/jnu.12341)
- Kolcaba, K. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Journal of Nursing Scholarship*. 23 (4), 237-240. DOI:10.1111/j.15475069.1991.tb00678.x
- Kolcaba, K. (1995). The art of comfort care. *Journal of Nursing Scholarship*. 4 (27), p. 287-289. Acedido a 09/02/2022. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/14670610>
- Kolcaba, K. (2001). Evaluation of the Mid Range Theory of Comfort for Outcomes Research. *Nursing Outlook*. 49 (2), 86-92. DOI: 10.1067/mno.2001.110268
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice – A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Kolcaba, K. e Fisher, E. (1996). A Holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Critical Care Nursing Quarterly*. 18(4), 66-76. DOI: 10.1097/00002727-199602000-00009
- Lalani, N., Duggleby, W. e Olson, J. (2019). Rise Above: Experiences of Spirituality Among Family Caregivers Caring for Their Dying Family Member in a Hospice Setting in Pakistan. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 21(5), 422–429. DOI: [10.1097/NJH.0000000000000584](https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000584)
- Lei n.º 52/2012. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Ministério da Saúde. *Diário da República*, I Série (Nº172 de 05-09-2012), 5119 – 5124. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/52/2012/09/05/p/dre/pt/html>
- Lei n.º 156/2015. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, I Série (Nº181 de 16-09-2015), 8059 – 8105. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Lo Monaco, M., Mallaci Bocchio, R., Natoli, G., Scibetta, S., Bongiorno, T., Argano, C. ... Corrao, S. (2020). Human relationships in patients' end-of-life: a qualitative study in a hospice ward. *Internal and Emergency Medicine*, 15(6), 975–980. DOI: [10.1007/s11739-019-02254-6](https://doi.org/10.1007/s11739-019-02254-6)
- Marques, R., Dixe, M., Querido, A. e Sousa, P. (2016). Revalidação do *Holistic Comfort Questionnaire – Family* para cuidadores de pessoas com doença crónica avançada. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV (11), 91-100. DOI: 10.12707/RIV16060

Martz, K. (2015). Actions of Hospice Nurses to Alleviate Guilt in Family Caregivers During Residential Care Transitions. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 17(1), 48–55. DOI: [10.1097/NJH.0000000000000122](https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000122)

Merlane, H. e Booth, Z. (2020). Discharge planning in end-of-life care. *British Journal of Nursing*, 29(4), 202–203. DOI: [10.12968/bjon.2020.29.4.202](https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.4.202)

Mori, M., Sasahara, T., Morita, T., Aoyama, M., Kizawa, Y., Tsuneto, S. ... Miyashita, M. (2019). Achievement of a good death among young adult patients with cancer: analyses of combined data from three nationwide surveys among bereaved family members. *Supportive Care in Cancer*, 27(4), 1519–1527. DOI: [10.1007/s00520-018-4539-9](https://doi.org/10.1007/s00520-018-4539-9)

Neto, I. (2016). Cuidados Paliativos: Princípios e Conceitos Fundamentais. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. e Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 1 – 22). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Neto, I. (2016). Cuidados na Agonia. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. e Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 317 – 330). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Oliveira, I., Fothergill-Bourbonnais, F., McPherson, C., e Vanderspank-Wright, B. (2016). Battling a Tangled Web: The Lived Experience of Nurses Providing End-of-Life Care on an Acute Medical Unit. *Research & Theory for Nursing Practice*, 30(4), 353–378. DOI: [10.1891/1541-6577.30.4.353](https://doi.org/10.1891/1541-6577.30.4.353)

Price, D., e Knotts, S. (2017). Communication, Comfort, and Closure for the Patient with Cystic Fibrosis at the End of Life: The Role of the Bedside Nurse. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 19(4), 298–304. DOI: [10.1097/NJH.0000000000000362](https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000362)

Querido, A. e Dixe, M. (2012). *A promoção da esperança em fim de vida Avaliação da efetividade de um programa de intervenção em pessoas com doença crónica avançada e progressiva* - (Tese de Doutoramento). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/13418>

Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S. ... Pastrana, T. (2020). Redefining Palliative Care – a New Consensus-based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management*. 60 (4), 754-764. DOI: [10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027).

Regulamento n.º 429 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa,

na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.^a série (N.º 135 de 16-08-2018), 19359-19370. Acedido a 26/11/2020. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>

Regulamento n.º 140 (2019). Regulamento de competências comuns do enfermeiro. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.^a Série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750. Acedido a 26/11/2020. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Souza, M., Jaramillo, R. e Borges, M. (2021). Conforto de pacientes em cuidados paliativos: revisão integrativa. *Enfermería Global*. (61), 433-448. DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.420751>

Steinhauser, K. e Tulsky, J. (2015). Defining a 'good' death. *Oxford University Press*. 5^o ed. 1-22. DOI: 10.1093/med/9780199656097.003.0008

Vieira, T. R. (2007). Bioética e Enfermagem: uma Análise Interdisciplinar. In Malagutti, W. (Ed.) *Bioética e Enfermagem – Controvérsias, Desafios e Conquistas* (p.17-30). São Paulo: Rubio.

Wholihan, D. (2016). Seeing the Light. *Nursing Clinics of North America*, 51(3), 489–500. DOI: [10.1016/j.cnur.2016.05.005](https://doi.org/10.1016/j.cnur.2016.05.005)

Zheng, R., Guo, Q., Dong, F. e Owens, R. (2015). Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 288–296. DOI: [10.1016/j.ijnurstu.2014.09.009](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.09.009)

APÊNDICES

APÊNDICE I

Intervenções de Enfermagem Orientadas para a Promoção do Conforto da Pessoa em Últimos Dias e Horas de Vida e sua Família –*Scoping Review*

APÊNDICE I

Intervenções de Enfermagem Orientadas para a Promoção do Conforto da Pessoa em Últimos Dias e Horas de Vida e sua Família – *Scoping Review*

Resumo

Objetivo: A revisão visa mapear as intervenções de enfermagem promotoras do conforto da pessoa nos últimos dias/ horas de vida (UDHV) e sua família numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP).

Background: Os principais pilares dos cuidados à pessoa nos UDHV estão relacionados com o controlo sintomático, a adequação do regime terapêutico e o apoio à família. Assim, o conforto da pessoa em situação de UDHV e sua família é o foco da intervenção de enfermagem e, por isso, revela-se essencial identificar como promover o mesmo.

Metodologia: A revisão *scoping* é baseada na metodologia JBI. A pesquisa foi realizada entre 15 de outubro e 15 de novembro de 2021 nas bases de dados CINAHL *Complete* (via EBSCO) e a MEDLINE *Complete* (via EBSCO), nos idiomas: português, inglês e espanhol.

Resultados: Integram esta revisão 14 artigos de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. Os resultados sugerem que as intervenções de enfermagem promotoras de conforto da pessoa em UDHV e sua família abrangem todas as dimensões da pessoa, tendo especial destaque as intervenções nos contextos psicoespiritual e sociocultural defendidos pela teórica de enfermagem Katharine Kolcaba.

Conclusão: Os enfermeiros têm um papel muito importante na garantia do conforto da pessoa nos UDHV e sua família. O contexto psicoespiritual da pessoa em UDHV destaca-se pela necessidade crescente de ser incluído na formação dos enfermeiros na procura da melhoria da qualidade dos cuidados.

Palavras-Chave: conforto, últimos dias e horas de vida, cuidados paliativos, intervenção de enfermagem.

Background

Os Cuidados Paliativos (CP) são, por definição consensual da *International Association for Hospice and Palliative Care* (IAHPC), cuidados holísticos ativos a pessoas de todas as idades que apresentam sofrimento relacionado com a saúde, devido a doenças graves e, especialmente, aquelas que estão perto do fim da vida. O seu objetivo é melhorar a qualidade de vida das pessoas, das suas famílias e dos seus cuidadores (Radbruch, De Lima & Knaul, 2020). A filosofia dos CP está sobejamente difundida por todo o Mundo, todavia, o acesso a estes e sua prática rigorosa é ainda bastante assimétrica. Os CP assentam em quatro pilares fundamentais: o controlo de sintomas, a comunicação adequada, o apoio à família e o trabalho em equipa (Neto, 2016). Por isso, promovem a adaptação da pessoa e família a uma nova realidade, ajudando a enfrentar da melhor forma possível a situação de terminalidade, cujos cuidados se centram no controlo de sintomas, na boa comunicação, no apoio psicossocial e no trabalho em equipa (Gomes, 2010). Os últimos dias/horas de vida (UDHV) são muitas vezes definidos como a fase de agonia e apesar de não existir consenso temporal que os defina, Neto (2016) afirma que pode variar entre 1 a 14 dias antes da morte. Consistem

numa fase em que a pessoa vivencia mudanças clínicas e fisiológicas e em que ocorre o aparecimento de novos sintomas e/ou agravamento daqueles já existentes. É de extrema importância a identificação dos sinais clínicos de agonia no contexto de uma doença avançada, progressiva e incurável para que se consiga adequar os cuidados prestados que devem privilegiar o conforto da pessoa. Por isso, os principais pilares dos cuidados nos UDHV estão relacionados com o controlo sintomático, a adequação do regime terapêutico e o apoio à família (Braga, Rodrigues, Alves e Neto, 2017; Neto, 2016).

O apoio à família é um foco de intervenção da equipa de saúde, na medida em que nesta fase é comum ocorrerem sentimentos ambivalentes na família. Podem coexistir o temor da morte, mas também o desejo do alívio físico e psicológico do seu ente querido, o que gera sentimentos como o medo, ansiedade, incerteza ou até mesmo impotência, sendo que o sentimento de perda está cada vez mais evidente nos familiares que acompanham a pessoa nos UDHV (Neto, 2016). Deste modo, o conforto da pessoa e família é o principal foco da intervenção nos UDHV e a comunicação tem um papel fundamental para uma intervenção terapêutica. Através dela, a abordagem

sobre os valores, objetivos e preferências da pessoa e família deve iniciar-se idealmente, numa fase precoce da doença, com reavaliações regulares ao longo da sua trajetória, de forma que nos UDHV seja assegurado o cumprimento e respeito dos mesmos (Braga et al, 2017; Neto, 2016).

Uma vez que, o conforto é um foco de atenção na prática do enfermeiro que presta cuidados à pessoa nos UDHV e família, faz sentido abordar Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. A teórica define conforto holístico como a experiência imediata de ser fortalecido por ver satisfeitas as suas necessidades nos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência), nos quatro contextos da experiência humana (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental) (Kolcaba, 2003). Kolcaba desenvolveu uma estrutura taxonómica que permitiu operacionalizar este conceito e considera o conforto como um estado resultante das intervenções de enfermagem que tem sido considerado como uma característica própria da profissão. Assim, os tipos de conforto são experimentados em quatro contextos distintos: físico- relativamente às sensações do corpo; psicoespiritual- relacionado com a consciência de si próprio, incluindo a autoestima, conceito de si próprio, sexualidade, sentido de

vida, relação com um ser ou entidade superior; sociocultural – relativo à relações interpessoais, familiares e sociais, incluídos também os aspetos da cultura (as histórias familiares, as tradições, a linguagem e os costumes); e ambiental - relativo ao meio envolvente, às condições e influências externas (Kolcaba, 1991, 2003).

Estas inferências conduziram-nos à questão de investigação: *Quais as intervenções de enfermagem promotoras do conforto da pessoa nos UDHV e sua família numa Unidade de Cuidados Paliativos?* que tem como objetivo principal mapear as intervenções de enfermagem promotoras do conforto da pessoa nos UDHV e sua família numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP). Esta revisão *scoping* foi realizada com base na metodologia de *Joanna Briggs Institute* (JBI) (Aromataris e Munn, 2020).

Critérios de inclusão

População

Foram incluídos todos os estudos que se referiam à pessoa com idade ≥ 18 anos em cuidados paliativos (com doença crónica, avançada e incurável) em situação de UDHV. Estudos envolvendo familiares/cuidadores da pessoa com idade ≥ 18 anos em cuidados paliativos (com doença crónica, avançada e incurável) em

situação de UDHV. Estudos envolvendo os enfermeiros que prestam cuidados à pessoa com idade ≥ 18 anos em cuidados paliativos (com doença crónica, avançada e incurável) em situação de UDHV.

Conceito

Intervenções de enfermagem promotoras do conforto da pessoa em UDHV e sua família.

Contexto

Internamento hospitalar em cuidados paliativos ou com apoio de equipas de cuidados paliativos.

Crítérios de exclusão

População

Foram excluídos os estudos que se referiam à população pediátrica.

Contexto

Foram excluídos os estudos realizados em contexto de cuidados paliativos no domicílio e em cuidados de saúde primários/comunidade.

Tipos de Fontes

Para a revisão foram incluídos os estudos de natureza quantitativa, qualitativa ou mista. Foram consideradas as revisões sistemáticas da literatura, os estudos de caso, os estudos de opinião e literatura cinzenta.

Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa desta revisão *scoping* teve como objetivo encontrar estudos publicados entre janeiro de 2015 e novembro de 2021, nos idiomas: português, inglês e espanhol. A pesquisa foi realizada em três etapas. Numa primeira etapa foi realizada pesquisa nas bases de dados MEDLINE e CINAHL em linguagem natural para identificar as palavras contidas nos títulos e resumos. Na segunda etapa foi realizada a pesquisa utilizando os termos de indexação em ambas as bases de dados que davam resposta à questão de investigação. Na terceira etapa, foram analisadas as referências bibliográficas dos artigos incluídos, não tendo sido utilizado nenhum desses estudos por não cumprirem os critérios de inclusão estabelecidos.

Fontes de Informação

A pesquisa foi efetuada no período compreendido entre 15 de outubro e 15 de novembro de 2021 nas bases de dados CINAHL *Complete* (via EBSCO) e a MEDLINE *Complete* (via EBSCO), com recurso aos termos indexados combinados com os operadores booleanos AND e OR. A frase booleana utilizada em cada uma das bases de dados foi: ((MH *Death*) OR (MH *Hospice Patients*) OR (KW *dying*)) AND ((MH *Comfort*) OR (MH *Hospice and Palliative*

Nursing) AND ((*MH Hospice Care*) OR (*KW hospice*) na CINAHL Complete e ((*MH Death*) OR (*MH Terminally Ill*) OR (*KW dying*)) AND ((*MH Patient Comfort*) OR (*KW comfort*) OR (*MH Terminal Care*) OR (*MH Hospice and Palliative Care Nursing*)) AND ((*MH Hospice Care*) OR (*MH Hospices*)) na MEDLINE Complete.

Triagem e Seleção dos estudos

Após a realização da pesquisa foram identificados um total de 260 registros. Destes foram removidos os duplicados tendo resultado 256 artigos, que foram analisados por título de acordo com os critérios de inclusão. Nesta etapa foram excluídos 105 artigos. Os 151 artigos resultantes foram analisados por resumo de acordo com os critérios de inclusão, tendo-se excluído 109 artigos pelas razões plasmadas no fluxograma prisma. Foi obtido um total de 42 artigos que foram recuperados e analisados em *full text*. Nesta etapa foram excluídos 28 artigos por não cumprirem os critérios de inclusão relacionados com a população e/ou conceito e/ou contexto e/ou idioma. Por fim, resultaram 14 artigos que foram incluídos nesta revisão scoping. O fluxograma PRISMA (Figura 1) descreve este processo de seleção.

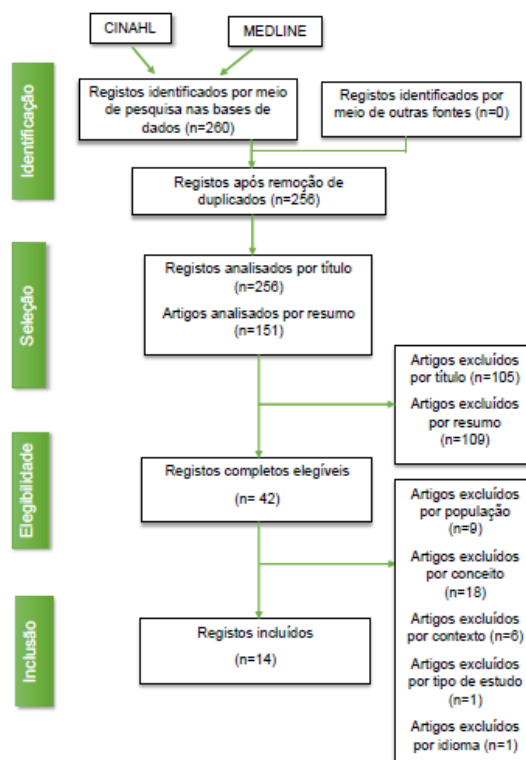


Figura 1 – Fluxograma Prisma

Características dos estudos Incluídos

Todos os artigos selecionados para esta revisão scoping foram publicados entre 2015 e 2020, sendo que 64,3% dos artigos foram publicados nos últimos três anos. A maioria dos documentos foram publicados na forma de artigos periódicos (85,7%), sendo que na sua totalidade se trata de pesquisas qualitativas, maioritariamente de natureza descritiva (57%) e estudos de caso (28,6%). Nos estudos incluídos destacam-se, também, uma revisão de literatura e um estudo resultante de uma análise secundária de três estudos transversais.

Em 43% dos estudos selecionados, a população são os enfermeiros que

prestam cuidados à pessoa em cuidados paliativos e sua família. E em 21,4% e 28,5% dos estudos selecionados a população são, respectivamente, os familiares/cuidadores da pessoa internada em cuidados paliativos em situação de UDHV, e as próprias pessoas com doença crônica, avançada e incurável internadas em cuidados paliativos em UDHV.

Quanto à origem dos estudos, os EUA é o país mais representado (50%), sendo que se encontram representados outros países, com um artigo cada, nomeadamente o Canadá, Reino Unido, República Checa, Itália, Paquistão, China e Japão.

Os artigos selecionados foram ainda submetidos a uma análise por nível de evidência com base na *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ, 2022).

O quadro de extração de dados encontra-se em apêndice I.

Síntese dos Resultados

Os resultados dos estudos incluídos nesta revisão *scoping* serão apresentados com base na satisfação das necessidades de conforto nos quatro contextos da experiência humana defendidos pela Teoria do Conforto de Kolcaba. Nos artigos selecionados as necessidades

psicológicas e espirituais da pessoa em UDHV tiveram especial enfoque, tendo sido identificadas várias intervenções para a satisfação dessas necessidades da pessoa em UDHV, tais como: estabelecer uma relação empática e de confiança (Kisvetrová, Vévodová, e Školoudík, 2018; Lo Monaco, Mallaci Bocchio e Natoli, 2020; Zheng, Guo, Dong e Owens, 2015), demonstrar compaixão em relação à situação vivenciada pela pessoa (Lo Monaco et al., 2020; Zheng et al, 2015), demonstrar respeito pela dignidade e pela singularidade da pessoa (Bander, 2017; Kisvetrová et al, 2018; Lo Monaco et al., 2020), identificar e respeitar as suas vontades e desejos na aproximação da morte garantindo o cumprimento das mesmas (Kisvetrová et al, 2018; Lalani, Duggleby e Olson, 2019; Price e Knotts, 2017), assegurar a tomada de decisão pelo melhor interesse da pessoa (Hold, 2017), estar presente junto da pessoa e família (Duffy, 2016; Kisvetrová et al, 2018; Lalani et al, 2019; Martz, 2015; Oliveira, Fothergill-Bourbonnais, McPherson, e Vanderspank-Wright, 2016), escutar ativamente (Bander, 2017; Duffy, 2016; Kisvetrová et al, 2018; Wholihan, 2016; Zheng et al, 2015), disponibilizar tempo (Oliveira et al, 2016), respeitar a pessoa independentemente da sua condição assegurando a promoção da sua

dignidade (Lo Monaco et al., 2020), apoiar a pessoa no processo de luto (Price et al, 2017), identificar sentimentos e emoções negativas da pessoa (raiva, angústia, sofrimento) associadas à sensação de se sentir um fardo (Mori, Sasahara & Morita, 2019), apoiar a pessoa na gestão de sentimentos e emoções negativas (angústia, raiva, zanga e/ou revolta) (Duffy, 2016; Lo Monaco et al., 2020; Mori et al., 2019), apoiar a pessoa na construção de um legado e valorizá-lo (Price et al, 2017), incentivar e proporcionar momentos para a prática espiritual/religiosa (Hold, 2017; Zheng et al, 2015), valorizar os aspetos culturais/religiosos/rituais da pessoa (Bander, 2017), incentivar a expressão de sentimentos e emoções entre a pessoa e a sua família (Zheng et al, 2015) e estabelecer e assegurar o compromisso de não-abandono (Bander, 2017; Kisvetrová et al, 2018). Na promoção do conforto físico, que se prende com os cuidados ao corpo, foram também identificadas intervenções de enfermagem, das quais se destacam: a higiene corporal (Bander, 2017; Oliveira et al, 2016; Zheng et al, 2015), os cuidados à boca (Oliveira et al, 2016; Zheng et al, 2015), a avaliação da dor e a gestão de medidas farmacológicas e não-farmacológicas para o seu controlo

(Hold, 2017; Kisvetrová et al, 2018; Wholihan, 2016; Zheng et al, 2015), a gestão das vias de administração de terapêutica (Kisvetrová et al, 2018; Oliveira et al, 2016) e a gestão da ingesta (Kisvetrová et al, 2018).

Na satisfação das necessidades de conforto no contexto sociocultural da pessoa em UDHV, os participantes dos estudos incluídos na revisão destacam como intervenções de enfermagem promotoras de conforto: o estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança com os familiares/cuidadores (Hold, 2017; Lalani et al, 2019), a identificação das necessidades de conforto da família e a resposta a essas necessidades (Oliveira et al, 2016), a educação da família acerca das necessidade da pessoa em UDHV e do controlo sintomático (Hold, 2017; Martz, 2015; Zheng et al, 2015), o envolvimento da família no planeamento e na prestação de cuidados (Hovland e Kramer, 2019; Kisvetrová et al, 2018; Lalani et al, 2019; Martz, 2015; Oliveira et al, 2016), a informação e esclarecimento acerca do que esperar no processo de morte do seu familiar (Hovland et al, 2019; Martz, 2015; Merlane e Booth, 2020; Oliveira et al, 2016; Wholihan, 2016), o apoio à família no processo de luto (Bander, 2017; Kisvetrová et al, 2018; Martz, 2015; Price et al, 2017), a gestão de

expectativas (Martz, 2015), a necessidade de dar tempo à família e incentivá-la a exprimir os seus sentimentos e emoções (Bander, 2017; Kisvetrová et al, 2018; Martz, 2015; Zheng et al, 2015), a importância da permanência da família junto da pessoa em UDHV (Kisvetrová et al, 2018; Lalani et al, 2019; Zheng et al, 2015), e a valorização dos cuidados prestados pela família (Martz, 2015; Zheng et al, 2015).

No que se refere aos aspetos relacionados com as necessidades de conforto no contexto ambiental, os participantes dos estudos incluídos sugerem como intervenções de enfermagem promotoras de conforto da pessoa em UDHV e sua família: a gestão do ruído e da luminosidade de forma a promover um ambiente calmo e tranquilo (Bander, 2017; Lo Monaco et al., 2020; Oliveira et al, 2016) , a garantia da privacidade da pessoa e dos momentos em família (Kisvetrová et al, 2018; Oliveira et al, 2016), a utilização de um tom de voz calmo e tranquilo e de uma atitude corporal com adoção de movimentos suaves por parte dos profissionais durante abordagem à pessoa e à sua família (Duffy, 2016; Lo Monaco et al., 2020; Oliveira et al, 2016; Wholihan, 2016).

Discussão dos Resultados

Os dados obtidos desta revisão *scoping* deram principal destaque à satisfação das necessidades de conforto da pessoa em UDHV e sua família nos contextos psicoespiritual e sociocultural. Apesar da satisfação das necessidades físicas, muitas vezes relacionadas com o controlo sintomático, serem um aspeto importante a ter em conta. Cada vez mais, a dimensão psicológica, espiritual e social da pessoa em UDHV ganha especial relevância na prestação de cuidados de enfermagem. Estes dados são consistentes com outros estudos realizados anteriormente que abordam o conforto e a espiritualidade nos UDHV (Coelho, Parola, Escobar-Bravo e Apóstolo, 2016; Smyth e Allen, 2011). A pessoa ao experienciar o declínio da sua capacidade física, a vivência do desconforto psicoespiritual é potenciada, levando ao aumento das necessidades de conforto no que se refere às dimensões psicológica, espiritual, emocional e social (Coelho et al, 2016; Steinhauser e Tulskey, 2015). A espiritualidade é reconhecida pelos enfermeiros como um aspeto de elevada importância na prestação de cuidados à pessoa em UDHV para que a pessoa possa estar em paz com a vida que viveu (Smyth et al, 2011). Porém, resultados obtidos da revisão apontam, também, para as dificuldades que os

enfermeiros enfrentam na satisfação destas necessidades relacionadas com o déficit na sua formação académica (Kisvetrov et al, 2018; Oliveira et al, 2016; Zheng et al, 2015). Dados estes que são, também, consistentes com o estudo de Smyth et al, (2011). Os enfermeiros reconhecem que obtêm conhecimento acerca dos cuidados prestados no contexto psicoespiritual e sociocultural à pessoa em UDHV, sobretudo, através da experiência prática diária (Smyth et al, 2011).

Os resultados desta revisão apontam um elevado número de intervenções promotoras de conforto que os enfermeiros devem ter em consideração durante a prestação de cuidados à pessoa em situação de UDHV, onde se sublinha o estabelecimento de uma relação empática, a demonstração de compaixão, o estar presente com a pessoa nos UDHV, a escuta ativa das preocupações da pessoa, a identificação de sentimentos negativos e o apoio na gestão dos mesmos são exemplos de intervenções de enfermagem identificadas (Kisvetrov et al, 2018; Lalani et al, 2019; Martz, 2015; Lo Monaco et al., 2020; Oliveira et al, 2016; Zheng et al, 2015). Estas intervenções são consistentes com um estudo de Smyth et al, (2011) onde os enfermeiros que incluem a espiritualidade na sua prestação de

cuidados consideram a satisfação destas necessidades como parte essencial de ser enfermeiro. Para estes enfermeiros, o cuidado espiritual é prestado através da escuta, da observação e da comunicação ao longo da prestação de cuidados. Sendo para isso essencial o estabelecimento de uma relação primeiramente com a pessoa e depois com a família ou outras pessoas significativas (Smyth et al, 2011).

Os dados resultantes desta revisão sublinham também as intervenções promotoras de conforto no contexto sociocultural, que dizem respeito à relação estabelecida entre os diferentes intervenientes, ao apoio prestado pelos enfermeiros à família visando a satisfação das necessidades desta. Estes resultados estão em concordância com o identificado por Coelho et al, (2016), Hansen, Higgins, Warner e Mayo (2015) e Smyth et al, (2011).

Nos UDHV, as relações que a pessoa estabelece ganham especial importância devido à consciencialização da pessoa acerca da sua vulnerabilidade. O conforto da pessoa em UDHV pode assim ser potenciado pelos afetos com os familiares, os amigos, os pares e os profissionais de saúde (Coelho et al, 2016). A pessoa que recebe amor e apoio familiar nos

UDHV vivencia o processo de morrer com maior tranquilidade e paz de espírito (Lo Monaco et al., 2020). Hansen et al, (2015) salienta ainda que a pessoa em situação de UDHV que se encontra internada obtém um nível mais elevado de conforto nas relações familiares, pois diminui a sua perceção de se sentir um fardo para a sua família. Por outro lado, a família necessita de estabelecer uma relação com os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, e que estes lhes disponibilizem tempo e presença, atendendo às suas necessidades emocionais para assim diminuir a sua ansiedade (Oliveira et al, 2016). Saber o que esperar, envolver os familiares no planeamento e na prestação de cuidados, incentivar os familiares a estar presente junto da pessoa, e apoiar na gestão dos seus sentimentos e emoções são intervenções de enfermagem que estão sublinhadas nos resultados obtidos desta revisão (Hovland et al, 2019; Kisvetrová et al, 2018; Lalani et al, 2019; Martz, 2015; Merlane et al, 2020; Oliveira et al, 2016; Zheng et al, 2015).

No entanto, devido à situação pandémica e às regras de saúde pública que foram necessárias implementar para proteger as pessoas, os enfermeiros viram condicionada a implementação destas intervenções. Os

regulamentos de visitas e o acompanhamento à pessoa em contexto de internamento hospitalar sofreram as alterações necessárias para garantir a eficácia no controlo e prevenção da infeção por SARS-CoV-2. Motivos estes que levaram ao impedimento da pessoa internada de usufruir plenamente do “*direito à visita dos seus familiares e amigos*”, e especificamente na pessoa em situação UDHV do acompanhamento em permanência, contemplados na Carta dos Direitos do Doente Internado (Direção Geral de Saúde, 2005). Devido às medidas implementadas que preconizavam uma restrição no número de acompanhantes, este direito ficou condicionado. Não obstante, os serviços de internamento adotaram estratégias para ultrapassar estas dificuldades, nomeadamente, a utilização de meios tecnológicos de comunicação à distância, na tentativa de minimizar o afastamento entre a pessoa em UDHV e a sua família (Rocha e Oliveira, 2020).

Conclusões

Os resultados desta revisão deram resposta ao objetivo definido, pois permitem identificar as intervenções de enfermagem promotoras de conforto físico, psicológico, espiritual, social e ambiental da pessoa nos UDHV e sua família. Desta forma, permite concluir

que os enfermeiros têm um papel muito importante na garantia do conforto da pessoa nos UDHV e sua família em todas as suas dimensões. A satisfação das necessidades de conforto da pessoa em UDHV nos contextos psicoespiritual tiveram principal destaque, o que demonstra a necessidade de incluir estes aspetos da intervenção de enfermagem nos conteúdos da formação dos enfermeiros na procura da melhoria da qualidade dos cuidados. Por outro lado, a satisfação das necessidades de conforto sociocultural está também amplamente sublinhada nesta revisão, o que reforça a premissa de que a intervenção de enfermagem nos UDHV deve estar focada tanto no conforto da pessoa, como no da sua família. Contudo, é importante salientar que a investigação realizada orientada pela Teoria do Conforto é apenas uma forma de olhar a problemática abordada, podendo ser considerada limitadora face à interpretação dos resultados desta revisão. A realização de outros estudos será importante para aprofundar o papel da enfermagem na promoção do conforto da pessoa nos UDHV e sua família, e assim contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Referências Bibliográficas

- Agency for Healthcare Research and Quality (2022). Evidence-based Practice Center (EPC) Reports. Acedido a 03/04/2022. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/research/findings/evidence-based-reports/index.html>
- Aromataris, E., Munn, Z. (Ed.) (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Austrália: Joanna Briggs Institute. DOI: 10.46658/JBIMES-20-01
- Bander, P. (2017). Palliative Sedation: When Suffering Is Intractable at End of Life. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 19(5), 394–403. DOI: 10.1097/NJH.0000000000000368
- Braga, B., Rodrigues, J., Alves, M. e Neto, I. (2017). Guia Prático da Abordagem da Agonia. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. 24 (1), p. 48-55. Acedido a 16/06/2021. Disponível em https://www.spmi.pt/revista/vol24/vol24_n1_2017_48_55.pdf
- Coelho, A., Parola, V., Escobar-Bravo, M. e Apóstolo, J. (2016). Comfort experience in palliative care: a phenomenological study. *BioMed Central Palliative Care*. 15 (71), 1-8. DOI: 10.1186/s12904-016-0145-0
- Direção Geral de Saúde (2005). Carta dos Direitos do Doente Internado. Acedido a 29/03/2022. Disponível em: <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>
- Duffy, M. (2016). “An Immutably Personal Process”: A Hospice Nurse Contemplates Uncontrol. *AJN American Journal of Nursing*, 116(2), 59. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000480498.63846.34
- Gomes, A. (2010). O Cuidados e o doente em fim de vida – família e/ou pessoa significativa. *Enfermería Global*. (18), 1-9. Acedido a 12/06/2021. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/pt_revision3.pdf.
- Hansen, D., Higgins, P., Warner, C., e Mayo, M. (2015). Exploring family relationships through associations of comfort, relatedness states, and life closure in hospice patients: A pilot study. *Palliative & Supportive Care*. 13 (2),305–311. DOI: 10.1017/S1478951514000133

- Hold, J. (2017). A good death: Narratives of experiential nursing ethics. *Nursing Ethics*, 24(1), 9–19. DOI: 10.1177/0969733015602051
- Hovland, C., e Kramer, B. (2019). Barriers and Facilitators to Preparedness for Death: Experiences of Family Caregivers of Elders with Dementia. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 15(1), 55–74. DOI: 10.1080/15524256.2019.1595811
- Kisvetrová, H., Vévodová, Š., e Školoudík, D. (2018). Comfort-Supporting Nursing Activities for End-of-Life Patients in an Institutionalized Environment. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 50 (2), 126–133. DOI: 10.1111/jnu.12341
- Kolcaba, K. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Journal of Nursing Scholarship*. 23 (4), p.237-240. DOI: 10.1111/j.1547-5069.1991.tb00678.x
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice – A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Lalani, N., Duggleby, W., e Olson, J. (2019). Rise Above: Experiences of Spirituality Among Family Caregivers Caring for Their Dying Family Member in a Hospice Setting in Pakistan. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 21(5), 422–429. DOI: 10.1097/NJH.0000000000000584
- Lo Monaco, M., Mallaci Bocchio, R., Natoli, G., Scibetta, S., Bongiorno, T., Argano, C. ... Corrao, S. (2020). Human relationships in patients' end-of-life: a qualitative study in a hospice ward. *Internal and Emergency Medicine*, 15(6), 975–980. DOI: 10.1007/s11739-019-02254-6
- Martz, K. (2015). Actions of Hospice Nurses to Alleviate Guilt in Family Caregivers During Residential Care Transitions. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 17(1), 48–55. DOI: 10.1097/NJH.0000000000000122
- Merlane, H., e Booth, Z. (2020). Discharge planning in end-of-life care. *British Journal of Nursing*, 29(4), 202–203. DOI: 10.12968/bjon.2020.29.4.202
- Mori, M., Sasahara, T., Morita, T., Aoyama, M., Kizawa, Y., Tsuneto, S. ... Miyashita, M. (2019). Achievement of a good death among young adult patients with cancer: analyses of combined data from three nationwide surveys among bereaved family members. *Supportive Care in Cancer*, 27(4), 1519–1527. DOI: 10.1007/s00520-018-4539-9
- Neto, I. (2016). Cuidados na Agonia. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. e Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 317 – 330). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Neto, I. (2016). Cuidados Paliativos: Princípios e conceitos fundamentais. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., Neto, I.G. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos*. 3ª ed. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Oliveira, I., Fothergill-Bourbonnais, F., McPherson, C., e Vanderspank-Wright, B. (2016). Battling a Tangled Web: The Lived Experience of Nurses Providing End-of-Life Care on an Acute Medical Unit. *Research & Theory for Nursing Practice*, 30(4), 353–378. DOI: 10.1891/1541-6577.30.4.353
- Orientação nº 038/2020 de 17/12/2020 atualizada a 09/01/2022 (2022). COVID-19: Acompanhantes e Visitas nas Unidades Hospitalares. Direção Geral de Saúde. Acedido a 29/03/2022. Disponível em: <https://www.chedv.min-saude.pt/wpcontent/uploads/sites/26/2022/01/Orientacao-038-2020-DGS.pdf>
- Price, D., e Knotts, S. (2017). Communication, Comfort, and Closure for the Patient with Cystic Fibrosis at the End of Life: The Role of the Bedside Nurse. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 19(4), 298–304. DOI: 10.1097/NJH.0000000000000362
- Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S. ... Pastrana, T. (2020). Redefining Palliative Care – a New Consensus-based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management*. 60 (4), 754-764. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027.
- Rocha, C. e Oliveira, H. (2020). Cuidados Paliativos na Pandemia COVID-19. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. 1-4.

DOI: 10.24950/rspmi/ COVID19/C.Rocha/
H.M.Oliveira/ULSM/S/2020

- Smyth, T. e Allen, S. (2011). Nurses' experiences assessing the spirituality of terminally ill patients in acute clinical practice. *International Journal of Palliative Nursing*, 17 (7), 337-343. DOI: 10.12968/ijpn.2011.17.7.337.
- Steihauser, K. e Tulskey, J. (2015). Defining a 'good' death. *Oxford University Press*. 5º ed. 1-22. DOI: 10.1093/med/9780199656097.003.0008
- Wholihan, D. (2016). Seeing the Light. *Nursing Clinics of North America*, 51(3), 489–500. DOI: 10.1016/j.cnur.2016.05.005
- Zheng, R. Guo, Q., Dong, F. e Owens, R. (2015). Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 288–296. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.09.009

APÊNDICE I - Quadro de Extração de Dados

APÊNDICE I - Quadro de Extração de Dados

Título do artigo	Autores	Ano	País de Origem	Objetivo	População	Metodologia/ Nível de evidência	Resultados do estudo	Intervenção de Enfermagem	Nº Ref. Biblio.
A good death: Narratives of experiential nursing ethics.	Judith L. Hold	2017	EUA	Explorar como as enfermeiras experientes em <i>hospices</i> resolvem dilemas éticos do dia-a-dia durante os cuidados de fim de vida.	Enfermeiras com 2 ou mais anos de experiência a trabalhar exclusivamente e com doentes terminais.	Narrativa qualitativa Nível 3	<p>"(...) a maioria [dos participantes] focaram a relação entre os conflitos com os familiares e a garantia do que é melhor para os pacientes. Frequentemente, os pacientes não podiam expressar suas necessidades, o que fazia com que os familiares assumissem a responsabilidade de porta-voz dos pacientes. Assim, está em causa o princípio ético da fidelidade, focando na lealdade do enfermeiro para com o paciente versus a família (...)" (p.12).</p> <p>"(...) Leslie afirmou que controlar a dor do paciente era uma história de sucesso pessoal: "ou eu entro e o paciente está totalmente descontrolado, em relação à dor. E depois de passar quatro horas com eles, eu retirei-lhes a dor. Isso é um grande sucesso. " Ser um advogado do paciente foi outro papel importante para os participantes. (...)" (p.14).</p> <p>"(...) os pacientes ficam muito debilitados para falar por si próprios e exigem que os enfermeiros estejam cientes e apoiem os seus melhores interesses. Ellen afirmou: " Eu sempre serei pelo paciente. "Darlene também proclamou a importância do papel de advocacia: " Isso é grande para mim, isso é muito, muito -provavelmente a maior parte de ser uma enfermeira, apenas ser um advogado." (p.14).</p> <p>"(...) Conseguir uma boa morte era importante para os enfermeiros, necessitando de tempo para educar as famílias, pacientes e cuidadores sobre o controlo de sintomas e o processo da doença. Embora a educação fosse fundamental para proporcionar ao paciente uma boa morte, as relações entre a enfermeira, o paciente e a família também eram imperativas, (...)" (p.14).</p> <p>"(...) Tento conjugar os aspetos físicos com a religião deles. Porque tenho</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstrar lealdade. - Manter fidelidade às necessidades da pessoa. - Avaliar sistematicamente a dor. - Gerir terapêutica analgésica prescrita em SOS. - Defender o melhor interesse da pessoa. - Educar a família acerca do controlo de sintomas. - Educar a família acerca do processo de doença - Estabelecer relação de confiança com a família. - Privilegiar a prática espiritual. - Relacionar as necessidades físicas com as necessidades espirituais. 	50

Título do artigo	Autores	Ano	País de Origem	Objetivo	População	Metodologia/ Nível de Evidência	Resultados do estudo	Intervenção de Enfermagem	Nº Ref. Biblio.
Barriers and Facilitators to Preparedness for Death: Experiences of Family Caregivers of Elders with Dementia.	Cynthia A. Hovland & Betty J. Kramer	2019	EUA	Investigar as experiências dos cuidadores familiares de idosos com diagnóstico de demência (que morreram). Explorar as barreiras e facilitadores na preparação para a morte de um familiar.	Cuidadores de familiares mais velhos que morreram devido a demência.	Estudo Qualitativo Descritivo Nível 3	<p>sempre em consideração a religião da família - ou sua prática espiritual, ou a falta de prática espiritual. (...)" (p.14).</p> <p><i>"(...) ela não estava preparada para sua morte porque os profissionais de saúde não disseram a ela que ele estava perto do fim da vida. "Eu só queria que as pessoas tivessem sido mais diretas (...) os profissionais de saúde precisam adotar uma "abordagem proativa" ao oferecer informações sobre diagnóstico, prognóstico, sintomas comuns, o processo de morte e comunicação geral sobre o que esperar." (p.61).</i></p> <p><i>"(...) os cuidadores também estavam mais bem preparados para a morte, testemunhando o declínio da pessoa e tendo profissionais de saúde os alertando sobre a morte iminente." (p.70).</i></p> <p><i>"(...) as suposições sobre o conforto desejado no final da vida impediam a preparação dos cuidadores (...)" (p.64).</i></p> <p><i>"(...) a maioria dos cuidadores descreveu como encontraram conforto por meio de sua fé e como o envolvimento em rituais (por exemplo, oração, música e rosário) (...) os ajudaram a preparar para a morte do seu familiar com demência" (p.65).</i></p> <p><i>"(...) a compreensão mútua dos "valores africanos" aumentou o seu conforto com os profissionais de saúde, facilitando a preparação para a morte." (p.69).</i></p> <p><i>"(...) conversar com os profissionais de saúde sobre o processo de cuidar e saber que eles fizeram tudo o que podiam por seu familiar ajudou a prepará-los para a morte." (p.70)</i></p>	<p>- Informar e esclarecer os familiares acerca dos sinais e sintomas que relacionados com a proximidade da morte.</p> <p>- Informar e esclarecer sobre o que esperar.</p> <p>- Incentivar a presença da família junto da pessoa, de forma a testemunhar a progressão da doença.</p> <p>- Avaliar o conforto da pessoa através de instrumentos validados.</p> <p>- Avaliar o conforto da pessoa através de instrumentos validados.</p> <p>- Incentivar a prática espiritual junto dos familiares.</p> <p>- Valorizar os aspetos culturais.</p> <p>- Envolver os familiares no planeamento dos cuidados.</p>	33

Título do artigo	Autores	Ano	País de Origem	Objetivo	População	Metodologia/ Nível de Evidência	Resultados do estudo	Intervenção de Enfermagem	Nº Ref. Biblio.
Battling a Tangled Web: The Lived Experience of Nurses Providing End-of-Life Care on an Acute Medical Unit.	Irene Oliveira, Frances Fothergill-Bourbonnais, Christine McPherson & Brandi Vanderspank-Wright	2016	Canadá	Descrever as experiências dos enfermeiros na prestação de cuidados no final da vida. Identificar os fatores que apoiam e dificultam os cuidados no final da vida numa unidade médica.	Enfermeiros de duas unidades médicas (A e B). Critérios de inclusão: enfermeiros registados com contrato a tempo inteiro ou tempo parcial, trabalhar na unidade há pelo menos 6 meses, ter experimentado pelo menos 1 morte, e falar inglês.	Fenomenologia interpretativa Nível 3	<p>"Dos sete temas identificados no estudo (...) <i>cuidar na complexidade, preso em uma tela emaranhada, testemunhar o sofrimento, tecer um caminho para lá chegar: lutar pelo processo, criar conforto para o paciente, trabalhar o processo de morrer com a família, e encontrando um caminho na web.</i>" (p.359).</p> <p>"(...) <i>tentando criar calma em um ambiente agitado e exigente. (...) havia movimento constante de pessoas ao longo dos corredores, ruído do barulho de equipamentos e o som de campainhas que podiam persistir a qualquer hora do dia ou da noite</i>" (p. 366).</p> <p>"As luzes foram descritas como <i>"sempre acesas"</i> (p.367).</p> <p>"Os participantes adaptaram o ambiente para promover o máximo de privacidade possível e para reduzir o número de perturbações para o paciente e sua família." (p.367).</p> <p>"Trazendo conforto físico. (...) para promover o conforto físico dos pacientes, incluindo reposicionamento, troca de roupa de cama, cuidados frequentes com a boca e banho. (...) <i>estética e da aparência física do conforto, principalmente quando o paciente estava além de um estado verbal /consciente. Houve também um enfoque no controlo de sintomas, (...) um sono reparador (...) Forneendo Conforto Emocional: Criando e Compartilhando Momentos (...) sensação de bem-estar que um paciente sentia por seu simples ato de dar-lhe um banho.</i>" (p.367)</p> <p>"Construindo um relacionamento com a família. Os participantes reconheceram que as famílias, assim como o paciente, precisam do seu tempo e presença para se sentirem seguros e diminuir a ansiedade. (...) <i>avaliar e identificar adequadamente as necessidades dos membros da família pode ser um</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar ambiente calmo e tranquilo. - Promover a redução de ruído. - Promover um ambiente com iluminação adequada. - Garantir a privacidade da pessoa e da família. - Prestar cuidados de higiene. - Prestar cuidados à boca. - Monitorizar posicionamento corporal. - Privilegiar a imagem corporal da pessoa atendendo aos aspetos estéticos. - Vigiar sinais e sintomas de desconforto. - Privilegiar momentos de sono tranquilizador. - Assegurar momentos de partilha entre a pessoa, a família e os profissionais prestadores de cuidados. - Construir uma relação de confiança com a família, de forma a transmitir segurança e diminuir a ansiedade. - Prestar apoio emocional à família. - Envolver a família no planeamento dos cuidados. - Disponibilizar tempo à pessoa e à família. - Estar presente. - Identificar e responder às necessidades da família. - Informar e esclarecer sobre o que esperar. - Utilizar tom de voz suave. - Diminuir a velocidade dos movimentos - Utilizar o toque. 	74

Título do artigo	Autores	Ano	País de Origem	Objetivo	População	Metodologia/ Nível de Evidência	Resultados do estudo	Intervenção de Enfermagem	Nº Ref. Biblio.
							<p>processo complexo e moroso, especialmente quando os membros da família estão em diferentes estádios de aceitação da morte iminente do paciente.” (p.368).</p> <p>“Apoiando a Família. (...) atender às necessidades emocionais da família. Apoiando a família envolvida, preparando a família para saber o que esperar conforme a morte do paciente se aproxima, (...) trazendo a família para os cuidados (...)” (p.368).</p> <p>“O conforto emocional foi proporcionado por meio de comportamentos subtis da enfermeira, como falar / tom de voz, diminuir a velocidade de movimentos e o uso do toque.” (p. 372).</p>		
Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their finaldays: A qualitative study.	Rui-Shuang Zheng, Qiao-Hong Guo, Feng-Qi Dong & Glynn Owens	2015	China	Elucidar e esclarecer a profundidade das experiências dos enfermeiros oncológicos no cuidado a pacientes terminais com cancro nos últimos dias de vida, para aprimorar as habilidades dos enfermeiros no cuidado ao fim da vida e na qualidade do cuidado aos pacientes	Enfermeiras que trabalhavam com pacientes em últimos dias de vida há pelo menos 6 meses.	Estudo Qualitativo Descritivo Nível 3	<p>“Os enfermeiros deste estudo raramente usaram a expressão “cuidados no final da vida” na prática clínica devido ao tabu sobre a morte na cultura chinesa.” (p.291).</p> <p>“Tudo o que faço é avaliar os pacientes com frequência, comunicar-me com seus médicos, administrar analgésicos ou colocar uma bomba de analgesia controlada pelo paciente. Algumas dores podem ser controladas, mas outras não (...)” (p.391).</p> <p>“(...) aliviaram o sofrimento dos pacientes a morrer evitando procedimentos invasivos ou intervenções inadequadas ou experimentando outros métodos considerando o estado de saúde de cada paciente. (...) temos que injetar um analgésico para aliviar a dor, então geralmente escolho a agulha longa e fina (...)” (p. 291).</p> <p>“As enfermeiras indicaram que fazem o possível para promover o conforto físico dos pacientes, que inclui limpeza e tratamentos, troca de roupa de cama, cuidados à boca e assim por diante.” (p. 291).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar sistematicamente a dor. - Administrar analgesia em SOS. - Adequar os procedimentos a executar à situação clínica da pessoa, tendo por base a tomada de decisão sustentada numa ponderação ética. - Adequar via de administração -Prestar cuidados de higiene. - Prestar cuidados à boca. - Posicionar. - Identificar desejos e crenças religiosas/ espirituais. - Promover a prática religiosa/ da sua espiritualidade. - Assegurar o cumprimento dos desejos e crenças religiosas/espirituais da pessoa. 	40

				que estão a morrer.		<p><i>“Seu filho me disse que sua mãe queria morrer em um tipo de quarto budista, a tocar uma música budista e decorar o quarto com pinturas e retratos budistas. . Fizemos o que ela desejou. Dois dias depois, ela faleceu pacificamente. Isso foi significativo para ela e suas famílias.”</i> (p.291).</p> <p><i>“(…) a conexão com familiares e amigos e o dar e receber amor por meio de relacionamentos foram relatados como elementos importantes da espiritualidade para a pessoa que está a morrer (…)”</i> (p.291).</p> <p><i>“(…) Tentei dizer algumas palavras bonitas para confortá-los, ouvi-los e tocar as suas mãos. Disse-lhes que há muito tempo que fazem o possível para cuidar do paciente. Ele ou ela deve valorizá-los.”</i> (p.292).</p> <p><i>“Eu disse às famílias para serem fortes, para cuidar de si mesmas, para relembrar experiências passadas com a pessoas que está a morrer.”</i> (p.292).</p> <p><i>“a importância de ter familiares junto da pessoa que está a morrer foi uma interação benéfica, não só para a pessoa, mas para os familiares (…)</i> não deixar os pacientes sozinhos, fazer contatos físicos positivos, como segurar as mãos com força, tocar ou fazer contato visual” (p. 292).</p> <p><i>“Eu os incentivei a demonstrar amor e preocupação à pessoa que está a morrer o mais possível”</i> (p.292).</p> <p><i>“A maioria das famílias tem conhecimentos inadequados para prestar cuidados adequados e são incapazes de realizar as suas tarefas e as demandas emocionais de cuidar. Eles realmente querem fazer algo. Então, mostramos a eles com paciência como fazer.”</i> (p. 292).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Privilegiar o acompanhamento dos familiares/ amigos. - Estabelecer relação empática. - Demonstrar compaixão. - Reforçar positivamente os cuidados prestados pela família. - Utilizar o toque. - Escutar ativamente. - Educar a família acerca dos cuidados para a satisfação das necessidades da pessoa. - Fomentar momentos de revisão de vida entre a pessoa e a família. - Incentivar a expressão de sentimentos e emoções entre a pessoa e os familiares. - Incentivar ao exercício de atividades de reminiscência entre a pessoa e a família. - Educar a família acerca dos cuidados para a satisfação das necessidades da pessoa. 	
--	--	--	--	---------------------	--	---	---	--

Título do artigo	Autores	Ano	País de Origem	Objetivo	População	Metodologia/ Nível de Evidência	Resultados do estudo	Intervenção de Enfermagem	Nº Ref. Biblio.
Comfort-Supporting Nursing Activities for End-of-Life Patients in an Institutionalized Environment.	Helena Kisvetrov, Sarka Vévodová & David Školoudík	2018	República Checa	Verificar a taxa de utilização de atividades de enfermagem de apoio ao conforto em pacientes em final de vida em internamento na República Checa. Os sub-objetivos visam determinar as relações entre a idade dos enfermeiros registados (RNs), a experiência profissional, o nível de educação, o tipo de serviço e a frequência de utilização do conjunto de atividades de dimensão específica.	Enfermeiros com pelo menos 1 ano de experiência em serviços onde se prestam cuidados a doentes em fim de vida, em fases terminais de doenças oncológicas ou outras doenças crónicas que limitam a vida.	Estudo descritivo transversal Nível 3	<p><i>"A atividade relatada com menos frequência foi "Comunicar a vontade de discutir a morte" (...) e a atividade mais frequentemente relatada foi "Tratar o paciente com respeito e dignidade"(...) Ambas as atividades fazem parte do conjunto de atividades que apoia a dimensão do conforto espiritual do paciente em final de vida."</i> (p.128).</p> <p><i>"A maior taxa de utilização ocorreu dentro do conjunto de atividades na dimensão física (...) e a menor taxa de utilização ocorreu dentro da dimensão social (...)"</i> (p.128).</p> <p><i>"Houve uma pontuação definida significativamente mais alta nos hospícios em todas as dimensões em comparação com outro tipo de serviços"</i> (p.128).</p> <p><u>Dimensão física</u> - Monitorizar a dor - Assistir nos cuidados básicos, conforme necessário - Providenciar períodos de descanso frequentes - Monitorizar a deterioração das capacidades físicas e / ou mentais - Oferecer líquidos e alimentos moles com frequência - Minimizar o desconforto, quando possível - Medicação por via alternativa quando surgirem problemas de deglutição - Identificar a prioridade de cuidados do paciente - Adiar a alimentação quando o paciente estiver cansado - Modificar o ambiente com base nas necessidades e desejos do paciente. - Oferecer alimentos culturalmente adequados</p> <p><u>Dimensão psicológica</u> - Estar disponível para ouvir os sentimentos individuais. - Assegurar ao indivíduo que a enfermeira estará disponível para apoiar o indivíduo em momentos de sofrimento. - Monitorizar as mudanças de humor</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar sistematicamente a dor. - Assistir na realização das atividades de vida diárias. - Proporcionar períodos de repouso frequentes. - Monitorizar sinais de deterioração das capacidades físicas e mentais. - Oferecer alimentos moles. - Vigiar sinais de desconforto no sentido de minimizá-los. - Adequar via de administração de medicação. - Vigiar capacidade de deglutição. - Identificar as necessidades de conforto prioritários da pessoa. - Gerir a ingesta de acordo com a condição da pessoa. - Gerir o ambiente com base nas necessidades e desejos da pessoa. - Oferecer alimentos culturalmente adequados. - Demonstrar disponibilidade para escutar as preocupações da pessoa. - Escutar ativamente. - Estabelecer compromisso de não-abandono. - Monitorizar as alterações de humor. - Gerir ansiedade da pessoa. - Vigiar sinais e sintomas de desconforto espiritual. - Estabelecer relação empática. - Privilegiar o repouso quando a pessoa apresentar fadiga. - Apoiar a pessoa nas fases de luto. 	32

							<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar o paciente quanto à ansiedade - Estar aberto às expressões de preocupação do indivíduo. - Expressar empatia com os sentimentos do indivíduo - Reduzir o funcionamento da atividade cognitiva quando o paciente estiver doente ou fatigado. - Apoiar o paciente e sua família durante os estágios de luto - Incentivar o paciente e a família a compartilharem seus sentimentos sobre a morte. <p><u>Dimensão social</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Respeitar a necessidade de privacidade - Apoiar os esforços da família para permanecer ao lado do leito - Permanecer fisicamente perto do paciente assustado - Respeitar a solicitação de cuidados específicos do paciente e da família. - Promover a discussão sobre os preparativos para o funeral. - Incluir a família nas decisões e atividades de cuidado, conforme desejado <p><u>Dimensão espiritual / existencial</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tratar o indivíduo com dignidade e respeito - Proporcionar privacidade e momentos de silêncio para atividades espirituais - Organizar a visita de conselheiros espirituais individuais - Promover a obtenção de apoio espiritual para o paciente e sua família. - Comunicar a disposição para discutir a morte" (p.130). 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoiar a família nas fases de luto. - Incentivar a pessoa e a família a compartilharem sentimentos sobre a morte. - Garantir a privacidade da pessoa. - Valorizar a permanência da família junto da pessoa. - Estar presente junto da pessoa. - Respeitar a vontade e desejos manifestados pela pessoa e sua família. - Promover a discussão acerca dos preparativos para o funeral. - Envolver a família nos cuidados prestados. - Prestar cuidados mantendo o respeito e a dignidade da pessoa. - Garantir privacidade e o silêncio, para a prática espiritual. - Organizar as visitas de conselheiros espirituais. - Proporcionar apoio espiritual à pessoa e família. - Demonstrar disponibilidade para conversar sobre a morte. 	
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Título do artigo	Autores	Ano	País de Origem	Objetivo	População	Metodologia/ Nível de Evidência	Resultados do estudo	Intervenção de Enfermagem	Nº Ref. Biblio.
Communication, Comfort, and Closure for the Patient With Cystic Fibrosis at the End of Life: The Role of the Bedside Nurse.	Deborah M. Price & Sharon E. Knotts	2017	EUA	Ilustrar os principais componentes do papel da enfermeira, incluindo comunicação, conforto e a terminalidade na prestação de cuidados no final da vida para doentes com fibrose cística que optam por terminar o tratamento.	Uma mulher jovem de 29 anos com fibrose cística, admitida numa unidade de cuidados progressivos por insuficiência respiratória e complicações relacionadas com a fibrose cística.	Estudo de Caso Nível 3	<p><i>"(...) ter enfermeiros familiarizados com a ST permitiu que o tempo mínimo do relato fosse gasto com a história clínica da paciente e mais tempo com o foco nos aspetos psicossociais do cuidado. (...) permitiu que os enfermeiros conhecessem de forma implícita os desejos, a dinâmica e os objetivos do cuidado do paciente e da família, sem reiteração, gerando menos ansiedade na situação para o paciente e família."</i> (p.300)</p> <p><i>"Componente chave do cuidado: Conforto (...) medidas gerais, como oxigénio, sentar-se em posição vertical, uso de ventilador de ar frio, métodos de controlo de respiração (...) administração de baixas doses de morfina e lorazepam (...) A aspiração da traqueostomia foi feita de forma intermitente conforme a necessidade e a solicitação do paciente, combinada com o colete coughalator duas vezes ao dia para auxiliar na eliminação das secreções. Essas intervenções de enfermagem tiveram como foco proporcionar conforto e facilidade para respirar"</i> (p.300).</p> <p><i>"É importante abordar a formação do legado em jovens adultos que enfrentam sua própria mortalidade."</i> (p.301)</p> <p><i>"Oferecer orientação antecipatória, rotular o luto, e oferecer empatia para estimular a autorreflexão sobre as perdas adequadas ao desenvolvimento ajuda o paciente a sentir-se compreendido e respeitado (...) A reminiscência foi usada com eficácia quando a família viu álbuns de fotos e contou histórias de ocasiões e viagens felizes. TS valorizava ler histórias de dormir para seus filhos, e a equipa facilitou isso como uma forma de permitir que eles se lembrassem de seus últimos dias de maneira positiva."</i> (p.301).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os desejos e vontades da pessoa e da sua família acerca dos cuidados a prestar. - Assegurar o respeito pelos desejos e vontades da pessoa e família acerca dos cuidados a prestar. - Gerir oxigenoterapia. - Gerir adaptação ao equipamento de ventilação não-invasiva. - Facilitar mobilização de secreções por meio de equipamento. - Aspirar secreções brônquicas. - Valorizar o legado que a pessoa quer deixar aos seus familiares. - Orientar a pessoa no processo de luto preparatório. - Apoiar e orientar a família nas fases de luto. - Implementar terapêutica de reminiscência. - Valorizar o legado que a pessoa quer deixar aos seus familiares. - Proporcionar a realização de atividades da pessoa com os seus familiares. 	17

Título do artigo	Autores	Ano	País de Origem	Objetivo	População	Metodologia/ Nível de Evidência	Resultados do estudo	Intervenção de Enfermagem	Nº Ref. Biblio.
Discharge planning in end-of-life care.	Helen Merlane & Zoe Booth	2020	Reino Unido	Fornecer uma visão geral e prática de uma estrutura que promova a alta segura no final da vida.	Mulher de 72 com diagnóstico de carcinoma do pulmão metastizado internada por uma pneumonia adquirida na comunidade sob antibioterapia.	Estudo de Caso Nível 3	<p><i>“O reconhecimento precoce da morte é vital para permitir que discussões sejam iniciadas sobre os desejos do paciente, por exemplo, seu local preferido de morte e para que o planejamento de alta seja iniciado (...)”</i> (p.202).</p> <p><i>“Uma comunicação precoce e eficaz, tanto verbal quanto escrita, é essencial para ajudar na transição de cuidados sem problemas. Garante que os pacientes recebam atendimento oportuno e coordenado, com envolvimento dos serviços apropriados e membros da equipa multidisciplinar”</i> (p.202).</p> <p><i>“Se é esperado que o paciente morra em breve, é necessário haver uma explicação sobre como a morte pode ocorrer, ao mesmo tempo que se aceita a incerteza do prognóstico e se discute o plano de cuidados e assistência à pessoa (...) a oportunidade de fazer perguntas”</i> (p.202).</p> <p><i>“(...) os enfermeiros têm a responsabilidade de apoiar emocionalmente a família, preparando-os para a possibilidade do paciente morrer em casa, e permitindo que expressem quaisquer medos ou preocupações que possam ter em relação à alta.”</i> (p.203)</p> <p><i>“- Nomes dos principais membros da equipa de saúde envolvida no cuidado do paciente (por exemplo, enfermeira distrital, equipe especializada em cuidados paliativos); - Números de contato, incluindo fora do horário laboral; - Informações sobre medicamentos, pacote de atendimento formal e equipamentos.”</i> (p. 203).</p> <p><i>“(...) um plano individual de cuidados deve ser elaborado para garantir que as necessidades individuais do paciente sejam atendidas.”</i> (p.203).</p> <p><i>“A enfermeira tem um papel fundamental na comunicação, colaboração e coordenação da alta, para garantir uma transição perfeita do hospital para a</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar precocemente os sinais e sintomas de morte iminente. - Discutir com a pessoa e sua família as preferências relacionadas com o local de morte. - Fornecer informação aos familiares acerca da necessidade na transição dos cuidados. - Fornecer informação verbal e escrita acerca dos recursos na comunidade disponíveis. - Informar sobre o que esperar. - Esclarecer acerca dos sinais e sintomas de morte iminente. - Discutir o plano de cuidados da pessoa com a família, identificando as necessidades a serem satisfeitas. - Estar disponível para responder a questões da pessoa e da sua família. - Prestar apoio emocional à família. - Fornecer nome e contatos dos elementos da equipa que dá apoio na comunidade. - Disponibilizar guia terapêutico para o domicílio. 	13

Título do artigo	Autores	Ano	País de Origem	Objetivo	População	Metodologia/ Nível de Evidência	Resultados do estudo	Intervenção de Enfermagem	Nº Ref. Biblio.
Human relationships in patients' end-of-life: a qualitative study in a hospice ward.	Marika Lo Monaco, Raffaella Mallaci Bocchio, Giuseppe Natoli, Salvatore Scibetta, Teresa Bongiorno, Christiano Argano & Salvatore Corrao	2020	Itália	Explorar as necessidades internas dos pacientes, investigando a experiência de viver em uma unidade de cuidados paliativos.	Pacientes internados numa unidade de cuidados paliativos.	Qualitativo descritivo Nível 3	<p><i>"O que me faz bem é ser amada, rodeada de carinho e acompanhada com atenção pela equipa"</i> (p. 13).</p> <p><i>"Sempre que sinto tremores da epilepsia, chamo os meus anjos. Eles sabem o que fazer e como me acalmar"</i> (p. 13).</p> <p><i>"A equipa transformou minha raiva em aceitação"</i> (p. 13).</p> <p><i>"Todos estão sempre prontos para me tranquilizar e falar comigo. Eles me ajudam a lidar com tudo isso com doçura e profissionalismo"</i> (p. 13).</p> <p><i>"Sinto-me confortável com o pessoal. Tenho uma relação excelente com os médicos, e com as enfermeiras tenho uma relação ainda melhor [...]. Eles são muito amigáveis e estão sempre disponíveis. Eles entendem-me e tratam-me como uma pessoa viva, não como um morto-vivo"</i> (p. 13).</p> <p><i>"O hospício é dos enfermeiros e tudo é tratado por eles. Sim, os médicos têm o seu papel, e são importantes, mas sem os enfermeiros, com quem criei uma relação de confiança e amizade, não seria o mesmo."</i> (p. 13).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer relação de confiança com a pessoa. - Estabelecer relação empática. - Demonstrar compaixão. - Transmitir segurança através da resposta efetiva e atempada às suas necessidades. - Apoiar a pessoa na gestão dos sentimentos e emoções negativas (como angústia, raiva, zanga e/ou revolta) - Proporcionar ambiente calmo e tranquilo. - Utilizar tom de voz calmo. - Respeitar a pessoa independentemente da sua condição física, assegurando a promoção da sua dignidade. - Atender à singularidade da pessoa. 	18

Título do artigo	Autores	Ano	País de Origem	Objetivo	População	Metodologia/ Nível de Evidência	Resultados do estudo	Intervenção de Enfermagem	Nº Ref. Biblio.
Actions of Hospice Nurses to Alleviate Guilt in Family Caregivers During Residential Care Transitions.	Kim Martz	2015	EUA	Descrever as ações das enfermeiras do hospício em resposta aos processos psicológicos que as famílias vivenciam quando seus idosos em fim de vida são transferidos entre o domicílio e as instituições de internamento	Enfermeiras que trabalham num hospice.	Qualitativo descritivo Nível 3	<p><i>"(...) educar a família sobre as necessidades físicas do idoso e validar todos os cuidados que o familiar já prestou foram essenciais para a intervenção terapêutica e o alívio do fardo psicológico da culpa (...)"</i> (p.50).</p> <p><i>"(...) os enfermeiros do hospício relataram que, como os prestadores de cuidados de saúde, também precisavam renunciar ao cuidado e ter responsabilidades adicionais com os cuidadores formais, mais uma vez negociando planos de cuidados com outro conjunto de cuidadores."</i> (p.51).</p> <p><i>" Nancy" (enfermeira do hospício) foi muito útil em ser capaz de descrever o que estava acontecendo com minha mãe emocional e fisicamente - e também muito calmante em todo o processo."</i> (p.52).</p> <p><i>"- Avaliação das famílias sobre os efeitos da sobrecarga do cuidador na saúde, juntamente com as necessidades de segurança do paciente"</i> (p.53).</p> <p><i>"- Validar sentimentos de culpa e discutir a realidade esperada versus a realidade real"</i> (p.53).</p> <p><i>"- Apoio ao processo de tomada de decisão dando tempo para expressar sentimentos"</i> (p.53).</p> <p><i>"- Avaliar a necessidade de serviços de apoio, como serviço social, capelania ou terapeuta profissional"</i> (p.53).</p> <p><i>"- Estar presente para a família tanto quanto possível"</i> (p.53).</p> <p><i>"- Apoiar a família durante o luto antecipatório"</i> (p.53).</p> <p><i>"A habilidade específica de coaching forneceu suporte e informações durante o processo de morte e é considerada uma habilidade especializada combinada com educação formal e experiência clínica."</i> (p.53).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Educar a família acerca das necessidades de cuidados. - Validar os cuidados prestados à pessoa pelos familiares em situação de últimos dias/horas de vida. - Envolver os familiares no planeamento dos cuidados. - Discutir o plano de cuidados com os familiares. - Informar acerca do que esperar. - Esclarecer acerca dos sinais e sintomas de morte iminente. - Avaliar sinais e sintomas de sobrecarga dos cuidadores/familiares através de instrumentos validados. - Validar os sentimentos dos familiares. - Gerir expetativas - Apoiar a família no processo de tomada de decisão. - Dar tempo à família para exprimir sentimentos. - Encaminhar para assistente social, conselheiro espiritual ou psicólogo. - Estar presente. - Prestar apoio emocional à família durante o luto antecipatório. 	23

Título do artigo	Autores	Ano	País de Origem	Objetivo	População	Metodologia/ Nível de Evidência	Resultados do estudo	Intervenção de Enfermagem	Nº Ref. Biblio.
Rise Above: Experiences of Spirituality Among Family Caregivers Caring for Their Dying Family Member in a Hospice Setting in Pakistan.	NasreenL alani, Wendy Duggleby & Joanne Olson	2019	Paquistão	Descrever as experiências de espiritualidade entre cuidadores familiares ao cuidar de um membro da família com doença terminal em um hospício.	Familiares cuidadores	Qualitativo, descrição interpretativa Nível 3	<p><i>“A maioria dos cuidadores familiares enfatizou que, durante os períodos de perda e luto, os cuidadores familiares precisam de presença, cuidado compassivo, apoio e incentivo. “Os médicos devem comunicar tudo com clareza e devem perguntar sobre como o paciente está se sentindo, o que o está incomodando e o que o está dando paz.” (p.427).</i></p> <p><i>“Eles precisam de atenção, e isso cura-os (...) As atitudes de carinho, presença e compaixão da equipa foram as principais fontes de esperança, força espiritual e satisfação entre os cuidadores familiares” (p.427).</i></p> <p><i>“Os participantes viram o cuidado durante o final da vida como uma oportunidade para aprofundar e fortalecer seus relacionamentos e preferiram estar presentes uns para os Outros (...)” (p.428).</i></p> <p><i>“Nosso estudo sugere que a presença, as atitudes e as práticas de cuidado compassivo do profissional de saúde ajudam os cuidadores familiares a encontrar esperança, coragem, força espiritual e satisfação em suas funções de cuidado e portanto, deve estar bem integrado em nossas práticas de cuidados paliativos” (p.428).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Estar presente para a pessoa. - Promover o cuidado compassivo para com os familiares cuidadores. - Apoiar os familiares cuidadores. - Estabelecer relação de confiança com a pessoa e familiares cuidadores. - Comunicar de forma clara e assertiva. - Identificar fatores promotores de paz e tranquilidade para a pessoa. - Estabelecer relação compassiva e de proximidade com os familiares/cuidadores, de forma a promover a sua satisfação, esperança e força espiritual durante a prestação de cuidados. - Incentivar a presença dos familiares junto da pessoa de forma a fortalecer a sua relação. - Envolver os familiares no planeamento dos cuidados. - Envolver os familiares na prestação de cuidados à pessoa. 	22

Título do artigo	Autores	Ano	País de Origem	Objetivo	População	Metodologia/ Nível de Evidência	Resultados do estudo	Intervenção de Enfermagem	Nº Ref. Biblio.
Seeing the Light.	Dorothy Wholihan	2016	EUA	Resumir pesquisas anteriores sobre experiências de final de vida - visões, sonhos, alucinações e surtos de energia pré-morte para aumentar a compreensão clínica e as implicações para o profissional de saúde à beira do leito.	_____	Revisão de Literatura Nível 3	<p><i>“Os fenômenos do leito de morte devem ser avaliados e tratados de acordo com os princípios básicos do controle dos sintomas (...) Uma visão que é reconfortante em si mesma não precisa de intervenção. (...) Se a experiência resultar em angústia ou inquietação, uma investigação e determinação da causa potencial podem ser indicadas e medicamentos podem ser administrados para lidar com o sofrimento do paciente (...) (p.495)</i></p> <p><i>“- Dirija-se de maneira calma e prática (...)</i></p> <p><i>3. Avalie o risco de complicações associadas a visões testemunhadas</i></p> <p><i>4. Avalie e trate da resposta emocional ou angústia do paciente resultante de visões</i></p> <p><i>5. Avalie e trate a resposta emocional das testemunhas (p.496).</i></p> <p><i>“1. Manter canais abertos de comunicação por meio de perguntas abertas e habilidades de escuta empática.</i></p> <p><i>2. Mantenha uma atitude de aceitação e normalize a experiência ao avaliar e discutir experiências</i></p> <p><i>3. Forneça informações por escrito sobre as últimas semanas, dias e horas de vida</i></p> <p><i>4 Use a linguagem de validação</i></p> <p><i>5. Ajude a família a encontrar um significado reconfortante nas visões, se possível.</i></p> <p><i>6. Se as visões são angustiantes, trate o sofrimento</i></p> <p><i>7. Facilite a comunicação sobre a experiência entre o paciente e a família, se desejado e apropriado.</i></p> <p><i>8. Incorporar colaboração precoce e ativa com profissionais e provedores de cuidados espirituais disponíveis, encorajando a análise da experiência da equipe (p.497).</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar sinais e sintomas de <i>delirium</i> terminal. - Avaliar o efeito do <i>delirium</i> terminal na pessoa (angústia, inquietação, sofrimento). - Prestar apoio emocional à pessoa que apresenta angústia e/ou sofrimento associados ao <i>delirium</i> terminal. - Gerir a administração de terapêutica em SOS. - Utilizar linguagem clara. - Utilizar tom de voz calmo e tranquilo. - Adotar uma atitude de normalização face à presença do <i>delirium</i> terminal. - Avaliar o efeito do <i>delirium</i> terminal na família (angústia, inquietação, sofrimento). - Prestar apoio emocional à família que apresenta angústia e/ou sofrimento associados ao <i>delirium</i> terminal. - Informar a família sobre o que esperar. - Escutar ativamente. - Estabelecer relação empática. - Demonstrar disponibilidade para conversar com a pessoa e a família acerca do <i>delirium</i> terminal - Incentive o diálogo entre a família e a pessoa. - Proporcionar o acompanhamento do conselheiro espiritual. 	28

Título do artigo	Autores	Ano	País de Origem	Objetivo	População	Metodologia/ Nível de Evidência	Resultados do estudo	Intervenção de Enfermagem	Nº Ref. Biblio.
"An Immutably Personal Process": A Hospice Nurse Contemplates Uncontrol.	Megen Duffy	2016	EUA	-----	Enfermeira de cuidados paliativos	Artigo de opinião Nível 4	<p><i>"No hospício, não há prazo (...) tenho o dom de ser capaz de sentar-me quieta com um único objetivo: fazer tudo o que puder para que essa pessoa deixe esta vida sem dor ou medo."</i> (p.59)</p> <p><i>"Pode parecer que não estou a fazer nada, mas isso está longe de ser verdade. Estou a observar e a ouvir cada respiração, cada movimento, cada dedo do pé que fica roxo com hematomas profundos, cada expressão que pode dizer "Estou sofrendo" (p.59)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adotar uma atitude calma. - Apoiar a pessoa na gestão dos sentimentos e emoções negativas (como angústia e medo) - Estar atento a sinais de sofrimento. - Escutar ativamente. - Estar presente. 	0
Título do artigo	Autores	Ano	País de Origem	Objetivo	População	Metodologia/ Nível de Evidência	Resultados do estudo	Intervenção de Enfermagem	Nº Ref. Biblio.
Palliative Sedation: When Suffering Is Intractable at End of Life	Peg Nelson Bander	2017	EUA	Esclarecer acerca da prática da sedação paliativa no final da vida.	Senhor de 73 anos, com diagnóstico de cancro do pulmão de pequenas células há 10 meses.	Estudo de Caso Nível 3	<p><i>"No final da vida, o nosso compromisso de não-abandono do paciente, especialmente no momento de maior necessidade, é primordial."</i> (p.397).</p> <p>"D. Cuidar da família a. Avalie a angústia da família e forneça apoio contínuo b. Garantia de não-abandono c. Escuta ativa d. Transmissão de preocupação e cuidado pelo paciente e família e. Comunicação sincera e compassiva contínua sobre o estado do paciente e os significados por trás das informações médicas (...)</p> <p>F. Cuidado do paciente a. Manter higiene, dignidade, cuidados com a pele e eliminação b. Atenção à cultura, religião e rituais dos pacientes c. Criação de ambiente confortável que apoia a família do paciente d. Criar memórias especiais ajudando famílias ao lado do leito a tirar fotos, fazer moldes à mão ou usar outros métodos que ajudarão na transição e. Cuidados de luto durante o processo de morte e pós-morte" (p. 399-400).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Assegurar o compromisso de não-abandono. - Prestar apoio emocional à família. - Escutar ativamente. - Avaliar a angústia da família. - Incentivar a expressão de sentimentos e preocupações da família em relação à pessoa. - Manter comunicação sincera e compassiva acerca da condição clínica da pessoa. - Prestar cuidados de higiene. - Garantir cuidados que promovem a dignidade da pessoa. - Vigiar pele. - Manter hidratação da pele. - Vigiar sinais de obstipação. - Vigiar sinais de retenção urinária. - Valorizar os aspetos culturais, religiosos e rituais. - Gerir ambiente calmo e tranquilo para a pessoa e família. 	24

Título do artigo	Autores	Ano	País de Origem	Objetivo	População	Metodologia/ Nível de Evidência	Resultados do estudo	Intervenção de Enfermagem	Nº Ref. Biblio.
Achievement of a good death among young adult patients with cancer: analyses of combined data from three nationwide surveys among bereaved family members.	Masanori Mori & Tomoyo Sasahar & Tatsuya Morita & Maho Aoyama & Yoshiyuki Kizawa & Satoru Tsuneto & Yasuo Shima & Mitsunori Miyashita	2019	Japão	Esclarecer se os pacientes jovens com cancro em estado terminal tiveram uma boa morte, conforme percebida por seus familiares enlutados. Explorar os fatores que contribuíram para o menor alcance de uma boa morte entre pacientes jovens com cancro e comparar a sua realização de uma boa morte com a de pacientes com cancro de meia-idade.	Familiares enlutados de pacientes com cancro que morreram em contexto de internamento numa Unidade de Cuidados Paliativos.	Análise secundária de três estudos transversais nacionais Nível 3	<p><i>"(...) mais importante achado é que os pacientes jovens com câncer tiveram um baixo desempenho de uma boa morte em geral. (...) mesmo em UCP's certificadas. (...) A interpretação potencial é que os pacientes jovens com câncer podem não necessariamente ter considerado o ambiente da UCP adequado para sua idade."</i> (p. 1523).</p> <p><i>"(...) os pacientes jovens eram significativamente menos propensos a ter uma sensação de conclusão da vida e mais propensos a sofrer uma carga autopercebida (...) são totalmente compreensíveis devido ao seu confronto prematuro com a mortalidade e deterioração física, que pode causar angústia psicossocial e espiritual fundamental em pacientes jovens (...)"</i> (p. 1524).</p> <p><i>"As estratégias de cuidado propostas anteriormente para reduzir uma sobrecarga autopercebida que poderiam ser aplicáveis a pacientes mais jovens incluíam o seguinte: assistir os pacientes em suas atividades de vida diária de forma natural, fortalecendo a sensação de que o valor do paciente está intacto, evitando uma atitude condescendente, apoiar os esforços dos pacientes para cuidar de si próprios e minimizar a deficiência do paciente."</i> (p. 1524).</p> <p><i>"(...) ser valorizado como pessoa (...) pode potencialmente refletir um efeito de "teto" no ambiente do hospice."</i> (p.1525).</p> <p><i>"(...) ser independente na vida diária (...)"</i> (p.1525).</p>	<p>- Incentivar a atividades de reminiscência entre a pessoa e a família.</p> <p>- Apoiar a pessoa e a família no processo de luto preparatório e antecipatório.</p> <p>- Planejar em conjunto com a pessoa a adequação do ambiente, de forma a proporcionar conforto.</p> <p>- Apoiar a pessoa na perda percebida.</p> <p>- Reforçar positivamente as capacidades mantidas.</p> <p>- Assistir a pessoa a realizar as suas atividades de vida diárias, reforçando positivamente o seu valor e a sua dignidade.</p> <p>- Valorizar o esforço da pessoa para o autocuidado independentemente da sua capacidade física.</p> <p>- Valorizar a pessoa enquanto pessoa singular, evitando adotar atitude condescendente.</p> <p>-Incentivar a pessoa ao autocuidado tendo em atenção à sua condição.</p>	31

APÊNDICE II
Parecer da Comissão de Ética - Estágio A

APÊNDICE II - Parecer da Comissão de Ética - Estágio A

60

☺ [Redacted]

Do CA
2021-11-03
[Redacted]
Enfermeiro-Director

C.A.
Autorizado
[Redacted]
Apreciado em Reunião
do Conselho de Administração
de 05/11/2021
ACTA N.º 45
[Redacted]
Presidente do Conselho de Administração

Memorando // Nota Interna n.º: 39/2021

Data: 29 / 10 / 2021

De: Comissão de Ética para a Saúde

Para: [Redacted] – Enfermeiro – Director e Vogal Executivo do Conselho de Administração

Assunto: Pedido de autorização de estudo

A 29/10/2021 reuniu a Comissão de Ética do Centro Hospitalar [Redacted], E.P.E. que analisou um pedido autorização para a realização de um projecto académico intitulado "Intervenção de Enfermagem no Conforto da Pessoa nos Últimos Dias/Horas de Vida e sua Família numa Unidade de Cuidados Paliativos" a ser desenvolvido por Inês Alexandra Alves Arcadinho, enfermeira a prestar funções no Hospital [Redacted], mas que no âmbito da unidade curricular de estágio com relatório encontra-se a realizar ensaio clínico na Unidade de Cuidados Paliativos neste Centro Hospitalar e é aluna de mestrado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Pretende a autora deste projecto de investigação contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados paliativos nos últimos dias/horas de vida do doente, promovendo o seu conforto e o da sua família. Na documentação anexa ao pedido foram juntos, nomeadamente, um resumo do estudo, questionários, declarações de "nada a opor" da enfermeira [Redacted] e da médica [Redacted] da Unidade de Cuidados Paliativos, declaração de consentimento informado, e currículo vitae da investigadora. Após análise dos documentos entregues, a Comissão de Ética delibera por unanimidade, nada ter a opor à realização do presente estudo desde que se cumpram os limites e condições aplicáveis por força do Regulamento Geral de Protecção de Dados, da Lei n.º 58/2019 de 8 de agosto, da Lei n.º 21/2014, de 16 de abril, – Lei da Investigação Clínica e na Deliberação n.º 1704/2015 da Comissão Nacional de Protecção de Dados.

Com os melhores cumprimentos,

[Redacted]

[Redacted] EPE
ACADEMIA DE FORMAÇÃO
N.º 399
Data 8/11/21
Ass [Redacted]

ENTRADA
Conselho de Administração
N.º 12345 03/11/2021
[Redacted]



Vado o papê.

Sem inconveniência
para o serviço
20/10/2021

Exmo Sr. Presidente da Comissão de Ética do Centro Hospitalar [redacted]

O meu nome é Inês Alexandra Alves Arcadinho, sou enfermeira e encontro-me a frequentar o 2º Ano 1º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem Oncológica, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. No âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório, encontro-me a realizar Ensino Clínico na Unidade de Cuidados Paliativos deste Centro Hospitalar, sob orientação da Srª, Professora Sandra Neves e Srª Enfª [redacted], com a finalidade de desenvolver o projeto de estágio intitulado "Intervenção de Enfermagem no Conforto da Pessoa nos Últimos Dias/Horas de Vida e sua Família numa Unidade de Cuidados Paliativos". O ensino clínico decorrerá entre os dias 11 de Outubro de 2021 e 22 de Novembro de 2021.

Os objetivos gerais do projeto de estágio são: desenvolver competências de enfermeiro especialista no âmbito das intervenções de enfermagem promotoras de conforto da pessoa nos últimos dias/horas de vida e sua família e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa internada numa unidade de cuidados paliativos nos últimos dias/horas de vida, promovendo o seu conforto e o da sua família. Tendo como objetivo específico, entre outros, identificar as intervenções de enfermagem promotoras do conforto da pessoa nos últimos dias/horas de vida e sua família.

De forma a alcançar os objetivos a que me proponho, venho por este meio solicitar a autorização para:

- Observar a prestação de cuidados de enfermagem, refletir sobre os mesmos e completar a grelha com as intervenções de enfermagem promotoras de conforto. Esta é uma grelha aberta que está em fase de construção. A estrutura inicial foi construída com base na literatura, sendo complementada com a observação, reflexão e inferências resultantes da atividade de análise crítico-reflexiva em contexto de estágio;
- Realizar uma entrevista semi-estruturada a um enfermeiro perito da Unidade de Cuidados Paliativos do Centro Hospitalar [redacted], cujo foco será a identificação das intervenções promotoras de conforto na pessoa em situação de últimos dias/horas de vida e sua família.

A grelha e o guião para a realização da entrevista encontram-se em apêndice.

Grata

Inês Alexandra Alves Arcadinho,

Estudante nº 10528 do 12º Curso de Mestrado em Enfermagem:

Área de Especialização Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem Oncológica

15 de Outubro de 2021

COMISSÃO DE ÉTICA
[redacted]
Área de Especialização Médico-Cirúrgica
Data: 23/10/2021

APÊNDICE III
Guião das Entrevistas Semi-Estruturadas

No que concerne à entrevista a realizar a um enfermeiro perito em cuidados paliativos, esta será estruturada em quatro momentos.

1º Momento – Pedido de consentimento para a realização da entrevista e da sua gravação. Solicitação do preenchimento de formulário de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido.

2º Momento – Apresentação do tema do projeto em elaboração e dos seus objetivos.

3º Momento – Identificação do entrevistado.

- Género
- Idade
- Grau académico
- Nível de formação em Cuidados Paliativos
- Tempo de exercício profissional
- Tempo de exercício profissional em Cuidados Paliativos

4º Momento – Conhecimento e experiência acerca do Conforto da Pessoas nos Últimos Dias/Horas de Vida e sua Família numa Unidade de Cuidados Paliativos.

- De acordo com a sua experiência, o que entende por Conforto?
- Quais as dimensões da pessoa estão envolvidas na promoção do conforto?
- De que forma o enfermeiro consegue promover o conforto da pessoa nos últimos dias/horas de vida em internamento numa Unidade de Cuidados Paliativos?
- Quais as intervenções de enfermagem que considera mais relevantes para a promoção do conforto da pessoa?
- Quais as intervenções de enfermagem que executa mais frequentemente com o objetivo de promover o conforto da pessoa nos últimos dias/horas de vida?
- De que forma o enfermeiro consegue promover o conforto da família da pessoa nos últimos dias/horas de vida em internamento numa Unidade de Cuidados Paliativos?
- Quais as intervenções de enfermagem que considera mais relevantes para a promoção do conforto da família?
- Quais as intervenções de enfermagem que executa mais frequentemente com o objetivo de promover o conforto da família da pessoa nos últimos dias e horas de vida?

APÊNDICE IV

Promovendo o Conforto nos UDHV - Reflexão Crítica

APÊNDICE IV - Promovendo o Conforto nos UDHV - Reflexão Crítica

Ao longo do estágio realizado na UCP e durante a prestação de cuidados às pessoas internadas, existiram algumas situações vivenciadas por mim que foram alvo de reflexão, contribuindo para o desenvolvimento das minhas competências de mestre e de enfermeira especialista. Segundo Benner (2001) a prática, por si só, é um modo de se adquirir conhecimento. O ensino experiencial aliado à prática reflexiva reforça as aprendizagens, o que facilita a aquisição e o desenvolvimento de competências nos diferentes níveis (Benner, 2001).

Esta reflexão crítica é baseada no ciclo de Gibbs, que consiste num modelo reflexivo que inclui seis fases: a descrição da situação, clarificando o ocorrido; pensamentos e sentimentos, explicitando o que a pessoa sentiu e pensou face à situação vivenciada; avaliação, referindo o que correu bem e o que poderia ter acontecido de outra forma; a análise, dando sentido à situação; a conclusão, refletindo sobre o que poderia ter sido diferente; e o plano de ação, explicitando o que poderá ser realizado em situações semelhantes no futuro (Gibbs, 2013).

A situação que pretendo aqui partilhar mereceu especial destaque porque a pessoa a quem me irei referir permaneceu em internamento na UCP durante vários turnos em que realizei estágio, sendo uma pessoa com a qual considero ter estabelecido uma relação durante a prestação de cuidados. Importa salientar que, de forma a garantir a confidencialidade da pessoa e o sigilo profissional, farei referência à pessoa a quem prestei cuidados através da utilização de um nome fictício, Sr.^a Ana.

A Sr.^a Ana tem 83 anos e foi internada no serviço de ortopedia após sofrer uma queda no lar onde residia, que resultou numa fratura peritrocantérica esquerda. Era conhecido como antecedente pessoal da Sr.^a Ana um adenocarcinoma do cólon estadio IV com metastização hepática e óssea, não tendo sido realizado tratamento oncológico dirigido para esta patologia. Perante a situação clínica da Sr.^a Ana, o médico ortopedista pediu colaboração à equipa médica da UCP para tratamento conservador da fratura e controlo algico, tendo sido transferida a Sr.^a Ana para a UCP. A pessoa significativa da Sr.^a Ana é uma afilhada que a visitou durante o internamento.

Descrição da Situação Vivenciada

Após vários dias de internamento a Sr.^a Ana apresenta-se mais prostrada, mas reativa a estimulação verbal e tátil com abertura ocular espontânea, apesar de não dirigir o olhar. Não apresenta capacidade para alimentação por via oral nos últimos dias, sendo privilegiados os cuidados à boca através da higienização e hidratação da cavidade oral.

Encontra-se com uma perfusão contínua de morfina para controlo algico. Porém, apesar desta terapêutica, apresenta gemido por períodos como manifestação das queixas algicas, sobretudo à mobilização no leito para alternância de decúbito.

Num turno em que estava a prestar cuidados à Sr.^a Ana, planeei realizar alternância de decúbito pelas 19h, tendo administrado morfina em SOS profilaticamente antes da realização do posicionamento, na procura de minimizar o desconforto normalmente provocado por esta intervenção de enfermagem.

A Sr.^a Ana encontra-se muito emagrecida e na região dorsal as proeminências ósseas dos arcos costais, omoplatas e vertebrae da coluna ficam ruborizadas com frequência. Por esse motivo, no momento do posicionamento foi aplicado creme hidratante na região dorsal e realizada uma massagem privilegiando o toque com muita suavidade, enquanto ia descrevendo a minha ação à Sr.^a Ana.

Após o posicionamento e a garantia da hidratação da cavidade oral, através da utilização de um spray com água para o efeito, a Sr. Ana manteve os olhos fechados e apresentou um fâcies de tranquilidade.

Ausentei-me do quarto, e passado cerca de dez minutos, a Sr.^a Ana manifestou-se gemendo, tendo-me dirigido ao quarto novamente. Permanecia de olhos fechados, mas com fâcies sugestivo de desconforto (rugas na testa, nariz franzido).

- Sr.^a Ana tem dor? - questionei num tom de voz calmo e baixo enquanto lhe segurei a mão esquerda.

Através de um ligeiro aceno de cabeça, confirmou que não. Mantendo a minha mão em contato com a dela, assegurei-lhe:

- Eu fico aqui consigo.

Peguei no pente que estava na gaveta da mesa de cabeceira e pentei-lhe o cabelo com suavidade enquanto lhe tocava na testa com a mesma suavidade. Em turnos anteriores a Sr.^a Ana já tinha verbalizado que esta intervenção promovia o seu conforto deixando-a tranquila e relaxada. Contudo, fui validando esse mesmo conforto e tranquilidade durante a minha ação.

- Está bem assim?

A Sr^a. Ana confirmou algumas vezes com ligeiros acenos de cabeça. Repeti os mesmos movimentos por vários minutos até que a Sr^a. Ana voltou a apresentar um fácies tranquilo e relaxado acabando por adormecer.

Sentimentos e Pensamentos

Enquanto prestava cuidados à Sr^a. Ana, nomeadamente durante o posicionamento e a aplicação de creme hidratante na região dorsal, senti tranquilidade que me permitiu intervir de forma calma e suave. A Sr^a Ana já verbalizara anteriormente, quando a comunicação verbal ainda era possível, referindo ser promotora do seu conforto. Neste dia, a comunicação não-verbal da Sr^a. Ana, mostrando uma postura relaxada e de olhos fechados enquanto era colocada em decúbito lateral para a aplicação do creme hidratante e durante o mesmo, despoletou em mim uma sensação de satisfação por considerar que o meu objetivo de promover o conforto através desta intervenção estava a ser alcançado.

Porém, quando a Sr^a. Ana se manifestou minutos depois do posicionamento através do gemido, receei que a minha conclusão anterior estivesse errada, e por isso procurei entender junto da mesma se o gemido seria sinónimo de desconforto (dor) pela intervenção efetuada. De facto, a Sr^a. demonstrou que o gemido estava relacionado com a necessidade de sentir a presença de alguém junto dela. Importa salientar que a Sr^a. Ana recebia visita apenas da sua afilhada, e esta não acontecia diariamente. No decorrer do internamento, era entendido pela equipa de enfermagem e partilhado em passagem de turno que a nossa presença no quarto da Sr.^a Ana resultava muitas vezes num estado de tranquilidade para a mesma.

Avaliação da Situação

Gostaria de realçar como principal aspeto positivo da situação vivenciada e, simultaneamente, da minha intervenção junto da Sr^a. Ana a possibilidade de promover o conforto através de algumas medidas adotadas por mim durante a prestação de cuidados. Em primeiro lugar a gestão da medicação prescrita em SOS como forma de prevenção do descontrolo algíco e, concomitantemente, do desconforto da Sr.^a Ana durante a alternância de decúbito.

Realço também a aplicação do conhecimento adquirido ao longo do contato com a

Sr.^a Ana em turnos anterior, que me permitiu identificar intervenções de enfermagem promotoras de conforto valorizadas pela Sr.^a Ana, tais como a utilização do toque de forma suave durante a aplicação do creme hidratante, pentear do cabelo e a presença no quarto.

Como aspeto negativo da minha intervenção, considero que o regresso ao quarto por gemido da Sr.^a Ana poderia ter sido evitado se tivesse levado em conta que a Sr.^a Ana habitualmente se mostrava tranquila quando permanecíamos no quarto algum tempo junto dela. Desta forma, poderia ter permanecido junto da Sr.^a Ana durante um período mais prolongado depois de ter executado o posicionamento, sem me ter ausentado do quarto quase de imediato.

Análise da Situação

A pessoa em situação de UDHV, apesar de não ser necessariamente linear, apresenta um conjunto de características fisiológicas comuns que nos leva a considerar que estará a vivenciar os seus UDHV. Estas características estão relacionadas com: oscilação e/ou diminuição do estado de consciência, passando maior período de tempo num estado de sonolência levando, concomitantemente, à dificuldade na comunicação; o desinteresse pela alimentação, mas também a dificuldade na ingestão e deglutição manifestada maioritariamente por recusa alimentar; a falência multiorgânica manifestada pela diminuição da diurese ou aumento dos edemas periféricos, por exemplo; alterações no padrão respiratório, entre outros sinais e sintomas descritos na bibliografia. Assim sendo, os cuidados a prestar nesta fase devem ter como objetivo a garantia do conforto da pessoa e da família, permitindo uma morte digna. Nos UDHV são consideradas medidas gerais de conforto: o posicionamento da pessoa, os cuidados de higiene e hidratação da boca e a realização de massagem de conforto (Neto, 2016). Nesta base, considero que a Sr.^a Ana se encontra em situação de UDHV, uma vez que estão presentes grande parte dos sinais e sintomas referidos. Desta forma, é primordial que o foco de atenção na prestação de cuidados à Sr.^a Ana esteja na promoção do seu conforto, que foi o que procurei alcançar através da execução de várias intervenções descritas em bibliografia como promotoras de conforto.

No que respeita ao controlo sintomático por meio da gestão da terapêutica, o controlo da dor deve ser considerado como prioritário em qualquer fase evolutiva da doença (Neto, 2016). Na minha intervenção junto da Sr.^a Ana, uma vez que a dor estava

frequentemente associada à alternância de decúbito, utilizei como método profilático a administração de analgesia (uma administração de morfina em SOS por via subcutânea) antes de proceder à mobilização da pessoa, conseguindo manter o controlo algico mesmo durante o posicionamento e utilizando uma via de administração de terapêutica adequada à Sr^a. Ana. Segundo Neto (2016), existem cinco princípios gerais para o controlo sintomático: *“avaliar antes de tratar”*, *“explicar as causas dos sintomas”*, *“não esperar que um doente se queixe”*, *“adotar uma estratégia terapêutica mista”* e *“monitorizar sintomas”* (Neto, 2016, p. 45). Na abordagem terapêutica à pessoa em UDHV, a adequação da via de administração prioriza também o conforto da pessoa, sendo que a via subcutânea traz grandes benefício (Neto, 2016).

A aplicação de creme hidratante realizada à Sr^a. Ana através de uma massagem suave, pentear o cabelo e segurar a mão teve como objetivo promover o conforto através do toque. Segundo Connor e Howett (2009), o toque é um aspeto importante na relação do enfermeiro com a pessoa a quem presta cuidados. Porém, o toque executado pelo enfermeiro nem sempre confere carácter intencional. Com base no modelo do toque de conforto intencional, este pode promover o conforto da pessoa, podendo até ter uma qualidade recíproca beneficiando quer a pessoa, quer o enfermeiro (Connor e Howett, 2009). Benner (2001), também defende que os enfermeiros utilizam o toque como abordagem terapêutica para reconfortar a pessoa, para transmitir uma mensagem de apoio e para estimulação física. Contudo, por poder transmitir várias mensagens, deve ser utilizado com discernimento. Considero que na situação vivenciada com a Sr^a. Ana, as intervenções que realizei tiveram um resultado satisfatório quer para a pessoa que conseguiu relaxar e ficar confortada, quer para mim, tendo causado uma sensação de satisfação tanto na execução como nos resultados obtidos. O toque foi uma estratégia de comunicação que mantive com a Sr^a. Ana não menosprezando a comunicação verbal, pois para todas as ações e movimentos que executei fui informando e explicando o que estava a acontecer. A evidência demonstra que a comunicação verbal com a pessoa que se encontra em situação de UDHV através da descrição das ações realizadas, contribuem para que a pessoa se mantenha calma e orientada o máximo tempo possível. Por isso, tanto profissionais como familiares devem manter a comunicação verbal com a pessoa em agonia, uma vez que a audição é o último sentido perdido pela pessoa (Brodbeck e Duphily, 2019).

A presença dos profissionais de saúde no quarto da Sr^a. Ana já era reconhecido como

sendo um fator tranquilizador para esta. Segundo Benner (2001), as enfermeiras peritas têm a consciência da importância da sua presença junto da pessoa. Contudo, na minha intervenção considerei importante manter a validação do conforto junto da Sr^a. Ana, de forma a perceber se as intervenções adotadas estavam a proporcionar-lhe o conforto pretendido.

Posso concluir que a prestação de cuidados à Sr^a. Ana envolveu intervenções de enfermagem cujo principal objetivo foi a promoção do conforto em dois tipos de conforto defendido pela Teoria de Conforto de Kolcaba (alívio e tranquilidade) nas quatro dimensões humanas (física, sociocultural, psicoespiritual e ambiental). Segundo a autora, o tipo de conforto de alívio pressupõe uma condição em que a pessoa vê uma necessidade satisfeita, neste caso destaco a necessidade de sentir a presença de outra pessoa no quarto. A tranquilidade, como um tipo de conforto defendido por Kolcaba, pressupõe um estado de calma ou de contentamento que considero ter sido alcançado no final da minha intervenção (Kolcaba, 1991).

Conclusão da Situação

Na situação aqui descrita e após a análise da mesma, considero que a minha intervenção junto da Sr^a. Ana permitiu-me alcançar o objetivo de proporcionar o seu conforto na situação de UDHV que está a vivenciar. Por isso, considero que esta situação em particular me permitiu desenvolver as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa:

“a) Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; b) Estabelece relação terapêutica com a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto” (OE, 2018, p.19360).

Pois consegui identificar as necessidades da Sr^a Ana e satisfazê-las, respeitando a sua singularidade, através da prestação do cuidado centrado na pessoa, que permitiu a maximização do seu conforto.

Mas também as competências comuns de enfermeiro especialista, sobretudo no que respeita às “*Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal* - a) *Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (A1); b) Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (A2)*” e “*Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais - a) Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade (D1); b) Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica (D2)*” (OE, 2019, p.4745). Pois a minha intervenção teve em atenção o respeito pelos direitos humanos e pelos princípios éticos e deontológicos, permitindo-me com esta reflexão fazer um exercício de autoconhecimento e de aplicação da evidência na prática de cuidados. E as competências preconizadas no módulo 5 da EONS (2018), que incluem os cuidados paliativos, particularmente os cuidados prestados em fim de vida no que respeita à identificação das necessidades da pessoa e da família, no controlo sintomático e na promoção do conforto e da dignidade.

Plano de Ação

Em situações semelhantes que venha a vivenciar no futuro considero que é de extrema importância ter especial consideração pelo conhecimento prévio da pessoa a quem estou a prestar cuidados no que respeita às intervenções promotoras do seu conforto nos UDHV como aconteceu com a Sr^a. Ana. Contudo, não sendo possível, é importante ter atenção à comunicação não-verbal expressada pela pessoa em UDHV como forma de avaliação e validação das intervenções promotoras de conforto. Esta informação poderá também ser recolhida junto das pessoas/familiares mais próximos da pessoa que foram os prestadores de cuidados diretos até à situação de internamento numa UCP em situação de UDHV, conhecendo assim a pormenor os gostos e desejos da pessoa.

Nota: Gostaria de deixar como última nota que a Sr^a. Ana faleceu antes de eu conseguir terminar esta minha reflexão crítica. O que a determinada altura me fez questionar se faria sentido dar continuidade à mesma. Contudo, concluí que faria ainda mais sentido esta reflexão fazer parte deste meu percurso.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

Brodbeck, K. e Duphily, N. (2019). Death and Dying: A Nursing Focus on the Care of the Patient. *Universal Journal of Public Health*. 1(3). 138-143. DOI: 10.13189/ujph.2019.070307

Connor, A. e Howett, M. (2009). A Conceptual Model of Intentional Comfort Touch. *Journal of Holistic Nursing*. 2 (27). 127-135. DOI: 10.1177/0898010109333337

European Oncology Nursing Society (2018). EONS Cancer Nursing Education Framework. Acedido a 18.08.2021. Disponível em: <https://cancernurse.eu/education>

Gibbs, G. (2013) edição online. Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: A guide to teaching and learning methods*. Further Education Unit. OxfordPolytechnic: Oxford. Acedido a 09/07/2021. Disponível em:

<https://thoughtsmostlyaboutlearning.files.wordpress.com/2015/12/learning-by-doing-graham-gibbs.pdf>

Kolcaba, K. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Journal of Nursing Scholarship*. 23 (4), p.237-240. DOI: 10.1111/j.1547-5069.1991.tb00678.x

Neto, I. (2016). Cuidados na Agonia. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. e Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 317 – 330). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Neto, I. (2016). Modelos de Controlo Sintomático. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. e Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 43 – 48). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Regulamento n.º 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Assembleia da República. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 135 de 16-08-2018), 19359-19370. Acedido a 26/11/2020. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento de competências comuns do enfermeiro. Assembleia da República. *Diário da República*, 2.ª Série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750. Acedido a 26/11/2020. Disponível em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

APÊNDICE V
Desenvolvendo Competências no Congresso de
Cuidados Paliativos

APÊNDICE V - Desenvolvendo Competências no Congresso de Cuidados Paliativos

No decorrer do primeiro estágio foi possível participar no “1º Congresso de Cuidados Paliativos CUF – A Medicina Paliativa no Hospital do Futuro” onde foram abordadas diversas temáticas apresentadas por enfermeiros, médicos, psicólogos entre outros profissionais que, de algum modo, prestam cuidados à pessoa em situação paliativa em diferentes contextos da prática clínica.

Neste documento, proponho-me abordar sumariamente alguns temas dos dois dias em que decorreu o congresso e refletir acerca do contributo da minha presença no mesmo para o desenvolvimento competências necessárias à minha formação de enfermeira mestre e especialista, de forma a alcançar os objetivos de implementação do meu projeto de intervenção.

As temáticas abordadas no congresso foram de natureza variada procurando sempre a articulação com os CP. Por isso, para além de algumas apresentações referentes à prestação de CP na instituição de saúde onde exerço funções nas várias valências a que dão resposta (internamento, ambulatório, EIHSCP, consulta do luto), foi possível também assistir a algumas apresentações que abordaram a forma como outras especialidades médicas se articulam com os CP, quer colaborando concomitantemente no seguimento da pessoa (a Unidade de Dor, o serviço de Atendimento Permanente, a Urologia, a Medicina Interna e a Oncologia), quer no encaminhamento, como é o exemplo da Hospitalização Domiciliária.

Estas apresentações demonstraram-se relevantes nesta fase de formação em que me encontro, pois permitiram o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista, sobretudo no “*B - Domínio da melhoria contínua da qualidade*”, no sentido de ter conhecimentos que me permitirão identificar necessidades de melhoria da qualidade e assim contribuir para o seu planeamento, como já é meu objetivo como projeto de intervenção que pretendo implementar. Mas também no “*C - Domínio da gestão dos cuidados*”, pois as apresentações ajudaram-me a tornar claro quais são os recursos existentes dentro e fora do grupo de saúde e as possibilidades de encaminhamento de pessoas no futuro (OE, 2019, p. 4745).

Ao longo do congresso foram abordadas também temáticas ligadas diretamente à prestação de cuidados, nomeadamente: relativas às competências do enfermeiro paliativista, com base nas 10 Competências interdisciplinares centrais em Cuidados Paliativos da *European Association of Palliative Care*,

“1. Aplicar os constituintes centrais dos cuidados paliativos, no ambiente próprio e mais seguro para os doentes e famílias; 2. Aumentar o conforto físico durante as trajetórias de doença dos doentes; 3. Atender às necessidades psicológicas dos doentes; 4. Atender às necessidades sociais dos doentes; 5. Atender às necessidades espirituais dos doentes; 6. Responder às necessidades dos cuidadores familiares em relação aos objetivos do cuidar a curto, médio e longo prazo; 7. Responder aos desafios da tomada de decisão clínica e ética em cuidados paliativos; 8. Implementar uma coordenação integral do cuidar e um trabalho de equipe interdisciplinar em todos os contextos onde os cuidados paliativos são oferecidos; 9. Desenvolver competências interpessoais e comunicacionais adequadas aos cuidados paliativos; 10. Promover o autoconhecimento e o contínuo desenvolvimento profissional.” (Gamondi, Larkin e Payne, 2013, p.90);

e nas competências definidas por Robert Becker (2009): habilidades comunicacionais; habilidades psicossociais, habilidades de trabalho em equipa, habilidades no cuidado físico, habilidades no relacionamento com o fim de vida, e habilidades intrapessoais;

- relativas à comunicação com a pessoa, com a sua família e entre os elementos da equipa multidisciplinar;
- relativas às conferências familiares, e a forma como estas devem ser planeadas e executadas;
- relativas ao controlo sintomático, sendo mais realçado o controlo da dor e a articulação com a farmácia e a Unidade de Dor, para a aplicação de métodos farmacológicos e não-farmacológicos (Becker, 2009).

Apesar de estas temáticas em contexto de congresso, só por si, não me permitirem desenvolver competências práticas, considero que poderão contribuir indiretamente no futuro para o desenvolvimento dessas mesmas competências no contexto da prática clínica. Nomeadamente, no que respeita às competências comuns do enfermeiro especialista, quer no respeito pelos direitos humanos e os princípios éticos e da deontologia profissional e no processo de tomada de decisão (*A- Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal*). Quer também transferindo os conhecimentos adquiridos e aprofundados para a prática clínica e partilhando com os meus pares, demonstrando competência em *“D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”* (OE, 2019, p. 4745).

As temáticas supracitadas contribuíram também de forma indireta para o desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em

enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa:

“a) Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida;

b) Estabelece relação terapêutica com a pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto” (OE, 2018, p. 19360).

E do módulo 5 das competências preconizadas pela EONS (2008), uma vez que foi abordada a prestação de cuidados da equipa multidisciplinar à pessoa e sua família com base nos princípios e filosofia dos CP, sempre com o objetivo da promoção do conforto e da qualidade de vida, aliviando o seu sofrimento ao longo da progressão da doença, culminando nos cuidados em situação de UDHV e no acompanhamento no luto.

Algumas apresentações abordaram também questões acerca das políticas de saúde aplicadas aos CP, onde foi mencionado o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos no Biénio 2021-2022, apresentado recentemente. Neste sentido, as apresentações focaram a necessidade de crescimento na oferta de CP em território nacional pelo evidente e comprovado crescimento contínuo das necessidades da população em relação ao acesso a CP, sobretudo em regiões do país onde existem ainda poucas instituições de saúde que conseguem dar resposta. Focaram também a urgente reestruturação da formação pré e pós-graduada em CP para todas as categorias profissionais envolvidas. No que respeita à enfermagem, o Senhor Professor Manuel Luís Capelas evidenciou que, apesar da crescente oferta de formação pós-graduada, é importante ter atenção à qualidade dessa mesma formação. Referindo ainda que em relação ao nível de Licenciatura em Enfermagem, a formação em CP já deveria estar mais desenvolvida e aprofundada, uma vez que tal como o Plano Estratégico demonstra, os CP devem estar presentes ao longo de todo o percurso da doença independente do seu estadio ou da idade da pessoa. Por isso, os princípios e a filosofia dos CP devem estar integrados em todos os profissionais do serviço nacional de saúde, e também no sistema de saúde em geral, e assim serem prestados por todas as equipas de saúde. Para isso, é essencial

promover e garantir a formação que permita a aquisição de competências básicas para *“uma abordagem paliativa de excelência”* (CNCP, 2021, p.12).

Estas questões abordadas no congresso demonstraram-se importantes para eu compreender como as políticas de saúde instituídas influenciam a minha prática de cuidados diariamente, e como se perspetiva o desenvolvimento dos CP no nosso país. Em suma, considero que a participação neste Congresso me possibilitou consolidar conhecimentos já adquiridos e ao mesmo tempo escutar as diferentes visões acerca dos CP dos profissionais com uma alargada e reconhecida experiência nesta área de cuidar, bem como a forma como eles perspetivam o desenvolvimento dos CP no sistema de saúde em Portugal, e particularmente na instituição onde exerço funções.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Becker, R. (2009). Palliative care. 2: Exploring the skills that nurses need to deliver high-quality care. *Nursing Times*. 105 (14), 18-20. Acedido a 19/11/2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19449603>

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2021). *Plano estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos Biénio 2021-2022*. Acedido a 12/11/2021. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>

European Oncology Nursing Society (2018). *EONS Cancer Nursing Education Framework*. Acedido a 17/06/2021. Disponível em: <https://cancernurse.eu/wp-content/uploads/2020/05/EONSCancerNursingFramework2018-1.pdf>

Gamondi, C., Larkin, P. e Payne, S. (2013). Core competencies in palliative care: an EAPC White Paper on palliative care education – part 1. *European Journal of Palliative Care*. 20(2), 86-91. Acedido a 12/11/2021. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/283763543>

Regulamento n.º 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico - Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Assembleia da República. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 135 de 16-08-2018), 19359-19370. Acedido a 26/11/2020. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>.

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento de competências comuns do enfermeiro. Assembleia da República. *Diário da República*, 2.ª Série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750. Acedido a 26/11/2020. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.

APÊNDICE VI

Articular Para Confortar, Desenvolvendo Competências

- Reflexão Crítica

APÊNDICE VI - Articular Para Confortar, Desenvolvendo Competências - Reflexão Crítica

O estágio realizado na EIHSCP demonstrou-se muito enriquecedor neste meu percurso de desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre em enfermagem. O meu contato com uma EIHSCP ao longo da minha vida profissional até ao momento tinha decorrido na vertente em que eu pertencia à equipa assistencial que solicitava consultoria à EIHSCP. Porém, esta articulação com a EIHSCP era uma realidade muito pouco frequente. Apesar de, naquela altura, pensar compreender qual o papel que a enfermagem desempenhava no seio desta equipa, esta experiência fez-me concluir que o meu conhecimento estava aquém da realidade. A situação descrita nesta reflexão é um dos inúmeros exemplos de momentos de aprendizagem e desenvolvimento de competências que o estágio me proporcionou, para que no futuro consiga intervir como enfermeira especialista na promoção do conforto da pessoa nos UDHV e da sua família.

Esta reflexão crítica foi realizada com base no modelo reflexivo do ciclo de Gibbs que inclui seis fases: a descrição da situação, clarificando o ocorrido; pensamentos e sentimentos, explicitando o que a pessoa sentiu e pensou face à situação vivenciada; avaliação, referindo o que correu bem e o que poderia ter acontecido de outra forma; a análise, dando sentido à situação; a conclusão, refletindo sobre o que poderia ter sido diferente; e o plano de ação, explicitando o que poderá ser realizado em situações semelhantes no futuro (Gibbs, 2013).

De forma a garantir a confidencialidade da pessoa e o sigilo profissional, farei referência à pessoa utilizando um nome fictício, Sr.^a Maria.

Descrição da Situação Vivenciada

Sr.^a Maria de 107 anos, encontrava-se internada por isquemia irreversível do membro inferior esquerdo, tendo sido solicitado o apoio da EIHSCP para controlo algico. Após uma primeira avaliação da EIHSCP (médica e enfermeira), foi constatado que a Sr.^a Maria se encontra em situação de UDHV. A médica da EIHSCP prescreveu uma perfusão contínua de morfina por via subcutânea.

Numa visita de enfermagem da EIHSCP, os enfermeiros do serviço de internamento encontravam-se a prestar os cuidados de higiene à pessoa. A enfermeira da EIHSCP puxou a cortina que se encontrava entreaberta, e aproximou-se da pessoa com uma

atitude calma e tranquila, realizando uma observação física rápida da mesma. Chamou pelo seu nome com um tom de voz suave e tranquilo, mas audível. Ao mesmo tempo tocou-lhe no ombro. Verificou, durante a sua observação, que a Sr.^a Maria apresentava mioclonias com maior predominância dos membros superiores, e inquiriu a equipa de enfermagem responsável pela prestação de cuidados acerca da ocorrência de episódios semelhantes anteriormente. Porém, os enfermeiros negaram a existência desses episódios, considerando que os movimentos involuntários pudessem estar relacionados com a sensação de frio durante a prestação dos cuidados de higiene. A enfermeira da EIHS CP planeou regressar ao serviço mais tarde para observar a Sr.^a Maria em repouso, e informou os enfermeiros da equipa assistencial deste planeamento.

De facto, quando regressou ao serviço, observou-a em repouso e confirmou a presença de mioclonias. Apesar desta sintomatologia, a Sr.^a Maria aparentava conforto e tranquilidade. A Sr.^a Maria não conseguia verbalizar, e à estimulação verbal da enfermeira apresentou abertura ocular espontânea, mas não dirigiu o olhar. Apresentava fácies sereno, não sugestivo de dor. Após a avaliação da temperatura corporal, a enfermeira da EIHS CP verificou que se encontrava subfebril (37,8°C de temperatura timpânica).

Após a avaliação da Sr.^a Maria, a enfermeira da EIHS CP procurou a equipa de enfermagem responsável pela prestação de cuidados e transmitiu a informação resultante da sua avaliação. Confirmou a presença de mioclonias, e sensibilizou os enfermeiros acerca da avaliação dos sinais e sintomas observados. Discutiu a possível etiologia da sintomatologia colocando a hipótese de esta se relacionar com os efeitos adversos dos opióides, uma vez que a pessoa tinha iniciado perfusão contínua com morfina há cerca de 24 horas. Contudo, sublinhou que esta situação iria ser discutida com a equipa médica da EIHS CP, no sentido de otimizar a prescrição terapêutica e reforçou o incentivo à monitorização desta sintomatologia. Informou, também, do estado subfebril em que a Sr.^a Maria se encontrava, no sentido de sensibilizar para o controlo deste sintoma através da medicação prescrita em SOS.

Uma vez que a pessoa, durante a observação em repouso, aparentava conforto e tranquilidade, a enfermeira da EIHS CP questionou os enfermeiros da prestação de cuidados acerca de possíveis sinais de desconforto resultantes da prestação de cuidados como: o posicionamento/ alternância de decúbito, os cuidados de higiene, a troca da fralda. Questionou também sobre a necessidade de administração de analgesia em SOS, para além da perfusão contínua iniciada. Foi confirmado pela

equipa assistencial de enfermagem que a Sr.^a Maria se mantinha confortável ao longo de todo o turno, sem necessidade de administração de analgesia em SOS.

A enfermeira da EIHSCP procurou, também, recolher informação junto da equipa de enfermagem acerca dos familiares da Sr.^a Maria. Nomeadamente, se esta tinha recebido visitas recentemente, e se os seus familiares estavam informados da sua situação clínica atual. Segundo a equipa de enfermagem do serviço, a família tinha recebido informação por via telefónica acerca da situação clínica atual da Sr.^a Maria, e inclusivamente, num desses contatos, a filha terá verbalizado que tinha noção que ela podia “*estar por horas*” (sic). Nesse momento não eram permitidas visitas no serviço, devido à existência de um surto de infeção por SARS-CoV-2. Desta forma, a enfermeira da EIHSCP questionou a possibilidade de ser aberta uma exceção para permitir a despedida dos familiares, tendo em conta a situação em que se encontrava a Sr.^a Maria. A enfermeira da EIHSCP planeou, também, o contato telefónico com a família, apesar de não ter oportunidade de os conhecer pessoalmente durante o internamento, ao qual eu não tive oportunidade de assistir.

Sentimentos e Pensamentos

Quando observei a abordagem da enfermeira da EIHSCP aos enfermeiros do serviço senti como se estivesse a reviver uma situação anterior em que eu era a enfermeira da prestação de cuidados direta. O meu pensamento imediato foi:

“eu já estive neste papel. E nem sempre as questões que me eram colocadas pela EIHSCP estavam relacionadas com os aspetos que mais me preocupavam em relação à pessoa em causa.”

Pensei que, tal como os enfermeiros da prestação de cuidados não identificaram naquela pessoa a presença de mioclonias, relacionando o sintoma apresentado pela Sr.^a Maria (tremor) com a presença de frio durante os cuidados de higiene, também eu, anteriormente em contexto da prática assistencial, terei realizado uma avaliação semelhante. No serviço onde eu exercia funções no passado, o ritmo de trabalho era muito elevado e, sendo um serviço cirúrgico, o foco da intervenção estava no tratamento. Quando a pessoa a quem prestava cuidados se encontrava em situação de UDHV, como a Sr.^a Maria, sentia dificuldade na adequação do objetivo de cuidados no sentido da promoção do conforto. E, por isso, recordo que, em poucas vezes em que mantive contato com a EIHSCP, as questões que me eram colocadas acerca do estado da pessoa não eram concordantes com os aspetos que eu valorizava na

avaliação da mesma, tendo dificuldade em dar sentido a essas questões colocadas. Atualmente, ao observar a intervenção da enfermeira da EIHSCP, estas questões colocadas à equipa assistencial têm mais significado e importância no meu olhar para a pessoa em UDHV e na sua avaliação. Os assuntos abordados entre a enfermeira da EIHSCP e a equipa assistencial são, hoje, foco da minha atenção na prática diária na UCP onde exerço funções, com o objetivo de promover o conforto da pessoa em UDHV e sua família. Quer no que respeita ao controlo sintomático e à vigilância de possíveis reações adversas à terapêutica instituída, quer no apoio à família e na garantia do acompanhamento da pessoa em UDHV por parte dos familiares. Ao mesmo tempo, com esta situação vivenciada, tomei real consciência da dificuldade do papel do enfermeiro da EIHSCP na sensibilização junto dos enfermeiros responsáveis pela prestação de cuidados, procurando assegurar que as intervenções de enfermagem nesta fase têm como foco a promoção do conforto da pessoa e da família. Surge-me a questão:

“No passado terei eu sido um elemento dificultador no processo de promoção de conforto da pessoa em UDHV na articulação com a EIHSCP?”

Avaliação da Situação

A intervenção da enfermeira da EIHSCP na situação descrita foi um importante momento de aprendizagem em contexto de estágio. Pois, ao sentir que anteriormente a minha avaliação da Sr.^a Maria poderia ter sido semelhante à realizada pelos enfermeiros do serviço, tomei consciência das competências que desenvolvi em contexto da prática profissional e também ao longo deste percurso académico. Por isso destaco como aspeto positivo da situação aqui descrita, a minha reflexão pessoal acerca daquilo que eu fui como profissional noutro contexto da prática em situações semelhantes a esta e aquilo que sou hoje enquanto profissional. A minha escolha pelos CP como contexto atual de exercício de funções e a procura em adquirir conhecimento e desenvolver competências no âmbito da promoção do conforto da pessoa em UDHV e sua família neste percurso académico, permitiram que a minha avaliação das necessidades da pessoa em situação de UDHV esteja focada na promoção da dignidade e do conforto da pessoa e também da sua família. Ao contrário do que acontecia no passado, em que reconheço que a minha avaliação dos sinais e sintomas da pessoa em UDHV estava, resumidamente, focada em aspetos concretamente relacionados com a presença ou ausência de dor.

Segundo Benner, o conhecimento prático é adquirido ao longo do tempo da prática clínica, e nem sempre os enfermeiros tomam consciência dessa progressão do *saber fazer*. A capacidade de identificar sinais fisiológicos subtis numa pessoa surgem como resultado de muitas horas de prestação de cuidados e observação direta dos mesmos por parte dos enfermeiros peritos (Benner, 2001). Também segundo um estudo realizado por Oliveira et al. (2016), os enfermeiros consideram que para compreender e prestar cuidados à pessoa em situação de UDHV é necessário experienciar. A prestação de cuidados à pessoa em UDHV por enfermeiros menos experientes com o apoio de enfermeiros peritos facilitou o desenvolvimento de conhecimento e habilidades (Oliveira et al, 2016). Assim sendo, esta situação vivenciada também se revelou um contributo importante para o desenvolvimento das minhas competências com o objetivo de alcançar o nível de perito.

Destaco também como aspeto positivo o fato de, com os conhecimentos aprofundados acerca da Teoria do Conforto de Kolcaba (Alligood e Tomey, 2004; Kolcaba, 1991), ao longo da observação da ação da enfermeira da EIHS CP, fui realizando uma análise dessa ação baseada na teórica, procurando interpretar cada intervenção realizada à luz dos contextos de conforto (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental). Assim, quando a enfermeira puxou a cortina para observar a Sr.^a Maria, assegurando a sua privacidade, dirigindo-se a ela com uma postura corporal leve, utilizando tom de voz e movimentos suaves, interpretei como a satisfação das necessidades de conforto no contexto ambiental. Por outro lado, a preocupação da enfermeira em sensibilizar a equipa de enfermagem responsável pela prestação de cuidados para o controlo sintomático, enfatizou a satisfação das necessidades de conforto da Sr.^a Maria no contexto físico. As questões que realizou acerca da família, procurando saber o apoio que a equipa de enfermagem tem prestado à mesma, e que nível de contato tem sido estabelecido entre a Sr.^a Maria e a sua família, a família e os profissionais de saúde, bem como, a sensibilização para proporcionar um momento de despedida entre a família e a pessoa, são intervenções que visam satisfazer as necessidades de conforto no contexto sociocultural. No contexto psicoespiritual, testemunhar a compaixão demonstrada pela enfermeira em relação à situação clínica atual vivenciada pela Sr.^a Maria e sua família alertou-me para a aplicação na prática de intervenções que visam o alívio do sofrimento e a promoção dignidade.

Como aspeto negativo, destaco o fato de não ter sido possível eu intervir nesta situação, tendo permanecido apenas a observar. Este aspeto está, contudo, relacionado com o fato da situação aqui descrita ter ocorrido no início do estágio, no

período em que me encontrava em fase de integração na equipa.

Análises da Situação

Um estudo epidemiológico realizado no ano de 2013 em Portugal, demonstrou que existe um desfasamento entre aquilo que é o desejo e vontade das pessoas relativamente à preferência do local da morte, e o que é verificado na realidade. Neste estudo, os autores constataram que mais de 60% das pessoas morrem em contexto de internamento, ao contrário do que é referido ser o seu desejo de morrer no domicílio (Gomes, Sarmiento, Ferreira e Higginson, 2013). Pinheiro (2014), no trabalho que desenvolveu onde analisou o local de morte da população falecida com necessidades paliativas em Portugal, concluiu que mais de 70% da população falecida entre 2008-2012 teria potencialmente beneficiado da prestação de CP, sendo que desses, 60% dos óbitos ocorreram em contexto hospitalar.

As pessoas idosas com doença grave e incurável em situação de UDHV encontram-se num elevado nível de vulnerabilidade e, em internamento, são expostas a inúmeros fatores que podem afetar a satisfação das suas necessidades, que se pretende que sejam centradas no seu conforto. Os cuidados centrados no conforto da pessoa em UDHV é uma premissa dos cuidados de enfermagem que devem atender às dimensões física, psicológica, espiritual e social (Kisvetrová et al, 2018). Contudo, em certos contextos de cuidados como um serviço de internamento de medicina, os enfermeiros relatam a dificuldade em prestar cuidados à pessoa em UDHV, muitas vezes relacionada com a carga de trabalho e a cultura do serviço muito focada no tratamento ativo (Oliveira et al, 2016). Assim, sendo, é perceptível que neste contexto da prática, como no caso da situação vivenciada, existem barreiras que dificultam a prestação de cuidados com o objetivo da promoção do conforto e da dignidade da pessoa. Pessoalmente, eu senti e sinto, ainda atualmente no contexto da minha prática, esta dificuldade em priorizar os cuidados à pessoa em UDHV e à sua família, não os menosprezando em detrimento das demais pessoas ao meu cuidado que necessitam de tratamento ativo. Porém, considero que a formação e a experiência baseada na prática clínica têm-se revelados aspetos facilitadores para melhorar a priorização desses cuidados.

O PEDCP 2021-2022, identifica muitas necessidades formativas por colmatar dentro e fora das equipas especializadas em CP, para garantir a acessibilidade a CP de qualidade para toda a população de uma forma universal e equitativa (CNCP, 2021).

Importa sublinhar também que, nos Estatutos da Ordem dos Enfermeiros, está contemplado o dever *“Do Respeito da Pessoa em Situação de Fim de Vida”* (Lei n.º 156/2015, p. 8080). Deste modo, apesar da minha experiência na prática clínica, a situação vivenciada aqui descrita teve um importante contributo no desenvolvimento das minhas competências, no sentido da observação da prática de um perito em CP. Esta observação da prática permitiu-me identificar aspetos que a enfermeira da EIHS CP considerou necessários para reforçar à equipa assistencial, de forma a garantir a prestação de cuidados que privilegie o conforto nos UDHV. Aqui destaco a relevância que a enfermeira deu em relação ao apoio e à comunicação com a família da Sr.ª Maria. O papel do enfermeiro de garantir e privilegiar o acompanhamento da pessoa que se encontra em situação de UDHV pelos seus familiares é fundamental, de modo a assegurar a satisfação das necessidades de conforto da pessoa e da sua família. Apesar da presença da família não ser isenta de experiências dolorosas, estudos demonstram que os ajuda a refletir e compreender melhor a aproximação da morte do seu ente querido, a manter uma relação de confiança com os profissionais de saúde envolvidos, possibilitando a partilha de sentimentos e emoções e a satisfação das suas próprias necessidades de conforto. Os familiares valorizam, sobretudo, a forma como os profissionais de saúde estabelecem comunicação com eles, no sentido de os manter informados acerca da situação atual da pessoa e do que esperar (Mossin e Landmark, 2011).

Devido à situação pandémica que o nosso país atravessa torna-se difícil, e por vezes impossível, a permanência dos familiares junto da pessoa em UDHV num serviço de internamento, tal como na situação aqui descrita, tal como Rocha e Oliveira (2020) identificam no seu estudo. Para além disso, a norma nº 002/2020 da Direção Geral da Saúde veio alterar os rituais funerários, impedindo a realização do velório, aconselhando a presença do menor número de pessoas nas cerimónias fúnebres. Estes aspetos vieram alterar, também, a tradição da despedida entre a família e a pessoa, que obrigou a que surgissem alternativas tecnológicas à presença física da família junto da mesma. A utilização de telemóveis e *tablet's* para a realização de videochamadas, muitas vezes realizadas pelos profissionais de saúde, tornou-se uma prática diária. Contudo, estas alternativas à comunicação *“não eliminam o risco de lutos traumáticos, provocados pela dificuldade na despedida, o desconhecimento dos últimos momentos de vida e a alteração dos rituais funerários”* (Rocha et al, 2020,p.3). Por estes motivos, considero que é exigível que os enfermeiros se mostrem sensíveis e disponíveis para manterem o contato à distância com estas famílias, que

independentemente da pandemia, mantêm as necessidades de conforto, incluindo o estabelecimento de uma relação com os profissionais de saúde que prestam cuidados ao seu ente querido em UDHV. Por isso, inclui esta prática também no meu dia-a-dia. Quando me deparo com uma situação de isolamento por infecção SARS-CoV-2 de uma pessoa internada na UCP onde exerço funções, promovo o contato entre a pessoa e a família por meio da realização de videochamadas, bem como agilizo e colaboro na realização da visita da família à pessoa em isolamento, quando possível.

Por todos os motivos aqui abordados, considero que a situação vivenciada permitiu-me desenvolver competências de mestre *“Possui conhecimentos e capacidade de compreensão, sustentando -se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, que permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais (...)”* e *“Demonstra competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo”* (Decreto-lei nº 107, 2008, p.3842), no sentido em que me possibilitou a reflexão sobre aquilo que era a minha prática em outro contexto, e aquilo que adquiri ao longo da formação e da prática clínica que me permitem intervir de forma diferente atualmente.

Permitiu o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista no *“A-Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal”* (OE, 2019, p. 4746), nomeadamente na garantia da prática de cuidados que respeite os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. E no *“C-Domínio da gestão dos cuidados”* (OE, 2019, p.4748) através da otimização da resposta da equipa e da articulação dentro da mesma. E de especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação paliativa *“1 — Cuida da pessoa com doença incurável grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida”* (OE, 2018, p.19365). No que respeita à identificação das necessidades da pessoa em situação de UDHV e ao desenvolvimento da intervenção no âmbito interdisciplinar, através da adequação de estratégias de comunicação na relação com todos os intervenientes na prestação de cuidados.

Desta forma, considero que, à luz do Modelo Dreyfus aplicado por Benner (2001), eu anteriormente era uma enfermeira no nível competente, pois detinha a noção dos meus atos e dos planos a longo prazo para as pessoas em situação de UDHV de uma forma consciente e organizada. Contudo, considero que atualmente com o desenvolvimento de competências consigo colocar-me no nível de proficiente em que

o meu olhar sobre a situação é global, melhorando o processo de tomada de decisão (Benner, 2001)

Conclusão da Situação

A situação vivenciada aqui descrita possibilitou relembrar momentos da minha prática, e refletir acerca do desenvolvimento de competência, não só no percurso académico em que me encontro, mas também no meu percurso profissional num todo. Permitiu também compreender o papel da enfermagem na EIHSCP, no que se refere à promoção do conforto da pessoa em UDHV e sua família em contexto de internamento num hospital de agudos, através da observação da prática de um perito. Uma vez que a equipa de enfermagem responsável pela prestação de cuidado no serviço de medicina, onde a Sr.^a Maria se encontrava internada, tem naturalmente o foco da sua ação no tratamento ativo das pessoas, a colaboração da EIHSCP demonstrou elevada importância no apoio e orientação da ação da equipa assistencial para a promoção do conforto desta pessoa em todas as suas dimensões (física, psicoespiritual, social e ambiental). Contudo, considero que a minha intervenção junto da equipa assistencial poderia ter sido um momento enriquecedor para o meu processo de aprendizagem, tendo-me permitindo desenvolver competências comunicacionais e de articulação com a equipa da prestação de cuidados.

Plano de ação

Considerando a situação vivenciada aqui descrita, gostaria de acrescentar que em situações futuras semelhantes, eu poderia intervir junto da EIHSCP e sugerir, por exemplo, a aplicação de um instrumento de avaliação do conforto e/ou do desconforto da pessoa em UDHV.

Após pesquisa dos instrumentos validados no Observatório Português dos Cuidados Paliativos (2020), tomei conhecimento da *Discomfort Scale for Dementia of the Alzheimer's Type (DS-DAT)*, que se encontra em processo de validação para a população portuguesa. Esta escala é avaliada através da apreciação do observador (profissional de saúde) que avalia durante cinco minutos o comportamento da pessoa tendo em consideração os aspetos da sua linguagem não-verbal (presença/ausência de estertor; presença/ausência de gemido; posição corporal contraída/relaxa; expressão facial) (Hurley, Volicer, Hanrahan, Houde e Volicer, 1992). Considerando o

estado de consciência da Sr.^a Maria, considero que este instrumento seria adequado para avaliar os resultados das intervenções promotoras do conforto que foram adotadas.

Como futura enfermeira mestre e especialista, considero importante a introdução de instrumentos de avaliação do conforto e/ou do desconforto na minha prática, de forma a obter um resultado concreto da implementação das intervenções promotoras de conforto, e possibilitando também posteriores reavaliações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alligood, M. e Tomey, A. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelose Teorias de Enfermagem)*. 5ª ed. Loures: Lusociência.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2021). Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos. Acedido a 26/12/2021. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>
- Decreto-lei nº 107 (2008). Processo de Bolonha. Ministério da Ciência, Inovação e Ensino Superior. *Diário da República*, I Série (Nº 121 de 25/06/2008), 3835-3853. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/107/2008/06/25/p/dre/pt/html>
- Gibbs, G. (2013) edição online. Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: A guide to teaching and learning methods*. Further Education Unit. Oxford Polytechnic: Oxford. Acedido a 09/07/2021. Disponível em: <https://thoughtsmostlyaboutlearning.files.wordpress.com/2015/12/learning-by-doing-graham-gibbs.pdf>
- Gomes, B., Sarmiento, V.P., Ferreira, P.L. e Higginson, I.J. (2013). Estudo Epidemiológico dos Locais de Morte em Portugal em 2010 e Comparação com as Preferências da População Portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*. 26 (4). 327-334. Acedido a 21/12/2021. Disponível em: <http://www.actamedicaportuguesa.com>
- Hurley, A., Volicer, B., Hanrahan, P., Houde, S. e Volicer, L. (1992). Assessment of discomfort in advanced Alzheimer patients. *Research in Nursing & Health*. 15 (5). 369-77. DOI:10.1002/nur.4770150506
- Kisvetrová, H., Vévodová, S. e Školoudík, D. (2018). Comfort-Supporting Nursing Activities for End-of-Life Patients in an Institutionalized Environment. *Journal of Nursing Scholarship*. 50 (2). 126–133. DOI: 10.1111/jnu.12341
- Kolcaba, K. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Journal of Nursing Scholarship*. 23 (4), p. 237-240. DOI: 10.1111/j.1547-5069.1991.tb00678.x
- Lei n. º156/2015. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (Nº181 de 16-09-2015), 8059-8105. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Mossin, H. e Landmark, B. (2011). Being present in hospital when the patient is dying - A grounded theory study of spouses experiences. *European Journal of Oncology Nursing*. (15). 382-389. DOI: 10.1016/j.ejon.2010.11.005
- Oliveira, I., Fothergill-Bourbonnais, F., McPherson, C. e Vanderspank-Wright, B.

(2016). Battling a Tangled Web: The Lived Experience of Nurses Providing End-of-Life Care on an Acute Medical Unit. *Research & Theory for Nursing Practice*, 30(4),353–378. DOI: <https://doi.org/10.1891/1541-6577.30.4.353>

Observatório Português dos Cuidados Paliativos (2020). *Diretório de Escalas Validadas para Português Europeu 2020*. Lisboa: Universidade Católica Editora. Acedido a 10/01/2022. Disponível em: <https://www.uceditora.ucp.pt>

Pinheiro, M. (2014) Análise do local de morte da população falecida com necessidades paliativas em Portugal (2008-2012) (Trabalho de Especialização em Administração Hospitalar). Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa <http://hdl.handle.net/10362/15007>

Regulamento n.º 429 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 135 de 16-08-2018), 19359-19370. Acedido a 26/11/2020. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>.

Regulamento n.º 140 (2019). Regulamento de competências comuns do enfermeiro. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª Série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750. Acedido a 26/11/2020. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.

Rocha, C. e Oliveira, H. (2020). Cuidados Paliativos na Pandemia COVID-19. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. 1-4.

DOI: 10.24950/rspmi/COVID19/C.Rocha/H.M.Oliveira/ULSM/S/2020

APÊNDICE VII

Síntese das Intervenções Promotoras do Conforto da Pessoa em UDHV e sua Família numa Unidade de Cuidados Paliativos

APÊNDICE VII - Síntese das Intervenções Promotoras do Conforto da Pessoa em UDHV e sua Família numa Unidade de Cuidados Paliativos

Contexto	Intervenção
FÍSICO	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar precocemente os sinais e sintomas de morte iminente. ⁷ - Avaliar o conforto da pessoa através de instrumentos validados. ^{2, E} - Avaliar o conforto da pessoa no seio da equipa multidisciplinar. ^E - Identificar as necessidades de conforto prioritários da pessoa. ^{5, E} - Discutir o plano de cuidados da pessoa com vista ao controlo sintomático, no seio da equipa multidisciplinar. ^E - Vigiar sinais de desconforto através da comunicação verbal e não-verbal no sentido de minimizá-los. ^{3, 5, G, E} - Confirmar o alcance do conforto através da comunicação não-verbal. ^E - Proporcionar conforto físico, de forma a facilitar a identificação das necessidades de conforto psicoespiritual, social e ambiental. ^E - Monitorizar sinais de deterioração das capacidades físicas e mentais. ⁵ - Prestar os cuidados de higiene à pessoa adequados ao seu nível de autonomia. ^{3,4, 13 G} - Prestar os cuidados à mucosa oral. ^{3, 4 G} - Promover a hidratação da mucosa oral. ^G - Promover a hidratação ocular. ^G - Pentear o cabelo com suavidade. ^G - Manter hidratação da pele. ^{13 G} - Vigiar a integridade da pele. ^{13 G} - Realizar massagem de relaxamento. ^G - Executar tratamento à ferida maligna (controlar a dor, o odor e o exsudado). ^G - Executar o penso da ferida maligna, tendo atenção à simetria e dimensão adequados. ^G - Gerir a ingestão de alimentos de acordo com a condição da pessoa. ⁵ - Gerir o aporte de líquidos. ^G - Avaliar a capacidade de deglutição. ^{5 G} - Oferecer alimentos moles. ⁵ - Oferecer alimentos culturalmente adequados. ⁵ - Monitorizar posicionamento corporal. ^{3 G} - Elevar a cabeceira da cama. ^G - Posicionar a pessoa. ⁴ - Proporcionar conforto físico através do posicionamento corporal. ^E - Educar a pessoa acerca das medidas não farmacológicas promotoras do conforto, por exemplo através do posicionamento. ^E - Executar o posicionamento corporal da pessoa através de movimentos suaves. ^G - Vigiar sinais de obstipação. ^{13 G} - Vigiar sinais de retenção urinária. ^{13 G} - Proporcionar momentos de sono tranquilizador. ³ - Proporcionar períodos de repouso frequentes, atendendo ao alívio da fadiga. ⁵ - Avaliar sistematicamente a dor. ^{1, 4, 5 G} - Gerir e administrar terapêutica analgésica prescrita em SOS. ^{1, 4, 11 G, E} - Manter a perfusão contínua de terapêutica analgésica. ^G - Avaliar e monitorizar a temperatura corporal. ^G - Promover o arrefecimento natural no caso de presença de hipertermia. ^G - Gerir a administração de anticolinérgicos em SOS. ^G - Manter a perfusão contínua de terapêutica sedativa. ^G - Gerir a administração de terapêutica anti-emética em SOS. ^G - Adequar a via de administração de terapêutica. ^{3, 5, G, E} - Ajustar horário da administração de terapêutica oral de acordo com o estado de sonolência/vigília. ^G - Ajustar horário da administração de terapêutica oral com a tolerância alimentar. ^G - Adequar a execução de procedimentos à situação clínica da pessoa, tendo por base a tomada de decisão sustentada numa ponderação ética. ^{3, G} - Adequar os cuidados prestados e a terapêutica prescrita às reais necessidades da pessoa em UDHV. ^E

	<ul style="list-style-type: none"> - Implementar medidas farmacológicas e não-farmacológicas para a promoção do conforto físico. ^E - Identificar os sinais e sintomas relacionado com o descontrolo sintomático promotores de desconforto da pessoa em UDHV. ^E - Procurar a identificação das causas de descontrolo sintomático. ^E - Gerir oxigenoterapia. ^{6 G} - Gerir adaptação ao equipamento de ventilação não-invasiva, quando necessário. ⁶ - Aspirar secreções brônquicas, apenas quando estritamente necessário. ^{6 G} - Facilitar a mobilização de secreções por meio de equipamento. ⁶ - Identificar sinais e sintomas de <i>delirium</i> terminal. ¹¹ - Orientar a pessoa para a realidade das suas limitações. ^G
Contexto	Intervenção
<p style="text-align: center; font-weight: bold; letter-spacing: 0.5em;">P S I C O E S P I R I T U A L</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar cuidados assegurando o respeito e a dignidade da pessoa. ⁵ - Garantir a prestação de cuidados que promovem a dignidade da pessoa. ^{13 G} - Respeitar a pessoa independentemente da sua condição física, assegurando a promoção da sua dignidade. ⁸ - Respeitar a pessoa na sua singularidade e em relação aos seus desejos e vontades, independentemente da sua condição. ^E - Atender à singularidade da pessoa. ^{8, E} - Privilegiar a imagem corporal da pessoa atendendo aos aspetos estéticos. ^{3 G} - Identificar os desejos e vontades da pessoa e da família acerca dos cuidados a prestar. ⁶ - Respeitar a vontade e os desejos manifestados pela pessoa e família, relativos à prestação de cuidados ^{5, 6} - Privilegiar a prática espiritual. ¹ - Identificar desejos e crenças religiosas/ espirituais. ⁴ - Promover a prática religiosa/ e a sua espiritualidade. ⁴ - Assegurar o cumprimento dos desejos e crenças religiosas/espirituais da pessoa. ⁴ - Garantir privacidade e o silêncio, para a prática espiritual. ⁵ - Avalia sinais de desconforto espiritual. ^{5, G} - Identificar necessidades espirituais/religiosas, com vista a proporcionar o acompanhamento pelo conselheiro espiritual. ^E - Organizar as visitas de conselheiros espirituais. ⁵ - Proporcionar o acompanhamento do conselheiro espiritual. ¹¹ - Proporcionar apoio espiritual à pessoa e família. ⁵ - Valorizar os aspetos culturais, religiosos e rituais. ^{13, G} - Discutir com a pessoa e família as preferências relacionadas com o local de morte. ⁵ - Identificar fatores promotores de paz e tranquilidade para a pessoa. ¹⁰ - Conhecer o outro e sua família na sua singularidade para a satisfação das necessidades de conforto psicológico e emocional. ^E - Incentivar a pessoa para o autocuidado, atendendo à sua condição clínica. ¹⁴ - Valorizar o esforço da pessoa para o autocuidado, independentemente da sua capacidade física, evitando adotar uma atitude condescendente. ¹⁴ - Evita o confronto da pessoa com a ferida maligna, a menos que a pessoa manifeste essa vontade. ^G - Avaliar o efeito do <i>delirium</i> terminal na pessoa (sentimentos como: angústia, inquietação, sofrimento). ¹¹ - Adotar uma atitude de normalização face à presença do <i>delirium</i> terminal. ¹¹ - Demonstrar disponibilidade para conversar com a pessoa e a família acerca do <i>delirium</i> terminal. ¹¹ - Encaminhar para assistente social, conselheiro espiritual ou psicólogo. ⁹ - Demonstrar lealdade. ¹ - Demonstrar compaixão. ^{4, 8 G} - Manter a fidelidade em relação às necessidades da pessoa. ¹ - Defender o melhor interesse da pessoa. ^{1 G} - Disponibilizar tempo à pessoa e à família. ³ - Comunicar de forma clara e assertiva. ^{10, 11 G} - Manter comunicação sincera e compassiva acerca da condição clínica da pessoa. ¹³ - Demonstrar disponibilidade para escutar as preocupações da pessoa. ^{5 G} - Escutar ativamente, transmitindo tranquilidade. ^{4, 5, 11, 12, 13, G, E} - Estar presente. ^{3, 5, 9, 10, 12, G} - Utilizar o toque. ^{3, 4, G}

	<ul style="list-style-type: none"> - Estar atento a sinais de sofrimento. ^{12, G} - Estabelecer relação empática. ^{4, 5, 8, 11, G, E} - Estabelecer relação de confiança com a pessoa e familiares/cuidadores. ^{8, 10, G} - Estabelecer uma relação de confiança com base na verdade e na transmissão de segurança. ^E - Estabelecer uma relação empática para promover a tranquilidade da pessoa. ^E - Estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa, de forma que a presença do enfermeiro seja considerada um elemento tranquilizador. ^E - Ser verdadeiro com a pessoa acerca do que esperar. ^E - Apoiar a pessoa na gestão dos sentimentos e emoções negativas (como angústia, raiva, zanga e/ou revolta). ^{8, 12} - Dar tempo para a expressão de sentimentos e emoções. ^E - Gerir a ansiedade da pessoa. ^{5, G} - Estabelecer compromisso de não-abandono. ^{5, E} - Assegurar o compromisso de não-abandono. ^{13, G, E} - Transmitir segurança através da resposta efetiva e atempada às suas necessidades. ^{8, E} - Monitorizar as alterações de humor. ⁵ - Demonstrar disponibilidade para conversar sobre a morte. ⁵ - Orientar a pessoa no processo de luto preparatório. ⁶ - Apoiar a pessoa no luto preparatório. ^E - Implementar terapêutica de reminiscência. ⁶ - Valorizar o legado que a pessoa quer deixar aos seus familiares. ⁶ - Apoiar a pessoa na perda percebida. ¹⁴ - Reforçar positivamente as capacidades mantidas. ¹⁴
Contexto	Intervenção
<p style="text-align: center; font-weight: bold; letter-spacing: 0.5em;">S O C I O C U L T U R A L</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Construir uma relação de confiança com a família, de forma a transmitir segurança e diminuir a ansiedade. ³ - Estabelecer relação de confiança com a família através da satisfação das necessidades de conforto da pessoa. ^E - Estabelecer uma relação empática e de confiança com a família, demonstrando abertura para a expressão de sentimentos e emoções. ^E - Estabelecer relação compassiva e de proximidade com os familiares cuidadores, de forma a promover a sua satisfação, esperança e força espiritual durante a prestação de cuidados à pessoa em UDHV. ¹⁰ - Promover o cuidado compassivo para com os familiares cuidadores. ¹⁰ - Estar disponível para responder a questões da pessoa e família. ⁷ - Envolver os familiares no planeamento e na prestação dos cuidados à pessoa em UDHV. ^{2, 3, 5, 9, 10, E} - Discutir o plano de cuidados da pessoa com a família, identificando as necessidades da mesma. ^{7, 8} - Validar os cuidados prestados à pessoa pelos familiares em situação de UDHV. ⁹ - Reforçar positivamente os cuidados prestados pela família. ⁴ - Assegurar momentos de partilha entre a pessoa, a família e os profissionais da equipa multidisciplinar. ³ - Compreender como a família vivencia a situação clínica da pessoa. ^E - Identificar e responder às necessidades da família. ^{3, E} - Estar atento aos sinais de desconforto psicoespiritual da família. ^E - Prestar apoio emocional à família. ^{3, 7, 10, 13, G} - Apoiar e orientar a família nas fases de luto. ^{5, 6} - Prestar apoio emocional à família durante o processo de luto antecipatório. ⁹ - Evitar o luto patológico da família através da promoção e manutenção do conforto holístico da pessoa. ^E - Incentivar a presença dos familiares junto da pessoa, de forma a fortalecer a sua relação. ¹⁰ - Privilegiar o acompanhamento dos familiares/ amigos. ^{4, G, E} - Valorizar a permanência da família junto da pessoa. ^{5, G, E} - Gerir as normas e políticas do serviço, proporcionando o acompanhamento dos familiares. ^E - Orienta a pessoa para a presença de familiares durante a visita. ^G - Compreender o nível de conhecimento da família face à situação clínica da pessoa. ^E

	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecer as expectativas da família. ^E - Gerir expectativas da pessoa e da família. ^{9, G, E} - Fomentar momentos de revisão de vida entre a pessoa e a família. ⁴ - Incentivar a atividades de reminiscência entre a pessoa e a família. ^{4,13} - Dar tempo à família para exprimir sentimentos e emoções. ^{9, E} - Validar os sentimentos dos familiares. ^{9 G} - Incentivar a expressão de sentimentos e emoções entre a pessoa e os familiares. ^{4, G, E} - Incentivar a expressão de sentimentos e preocupações da família ¹³ - Incentive o diálogo entre a família e a pessoa. ^{11, G, E} - Incentivar a partilha de sentimentos sobre a morte entre a pessoa e a família. ⁵ - Proporcionar a realização de atividades da pessoa com os seus familiares. ⁶ - Apoiar na resolução de conflitos familiares, com vista a promoção do conforto da pessoa e família. ^E - Promover a discussão acerca dos preparativos para o funeral. ⁵ - Apoiar e incentivar a família a respeitar os desejos e vontades da pessoa. ^E - Fomenta a despedida. ^{G, E} - Avaliar sinais e sintomas de sobrecarga dos cuidadores/ familiares através de instrumentos validados. ⁹ - Avaliar e aliviar sentimentos de culpa e/ou sobrecarga dos familiares. ^E - Avaliar a angústia da família. ¹³ - Apoiar a família na gestão de sentimentos negativos (angústia, ansiedade, sofrimento, sensação de impotência). ^E - Dar tempo à família para gerir as emoções negativas. ^E - Avaliar o efeito do <i>delirium</i> terminal na família (angústia, inquietação, sofrimento). ¹¹ - Prestar apoio emocional à família que apresenta angústia e/ou sofrimento associados ao <i>delirium</i> terminal. ¹¹ - Encaminha para os familiares para o apoio psicológico. ^G - Planear a conferência familiar. ^E - Informar a família acerca do que esperar. ^{7, 9, 11, G, E} - Esclarecer acerca dos sinais e sintomas de morte iminente. ^{7, 9, G, E} - Educar a família acerca dos cuidados para a satisfação das necessidades da pessoa. ^{4, 9, G, E} - Fornecer informação aos familiares acerca da necessidade na transição dos cuidados. ^{7 G} - Fornecer informação verbal e escrita acerca dos recursos na comunidade disponíveis. ⁷ - Fornecer nome e contatos dos elementos da equipa que dá apoio na comunidade. ⁷ - Assegurar compromisso de não abandono à família. ^E
Contexto	Intervenção
A M B I E N T A L	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar ambiente calmo e tranquilo. ^{3, 8 G} - Planear em conjunto com o doente a adequação do ambiente, de forma a proporcionar conforto. ¹⁴ - Promover a redução de ruído. ^{3 G} - Promover um ambiente com iluminação adequada. ^{3 G} - Utilizar tom de voz calmo, tranquilo e suave. ^{3, 8, 11 G} - Adotar uma atitude calma. ¹² - Diminuir a velocidade dos movimentos. ³ - Gerir o ambiente, de forma a torná-lo calmo e tranquilo para a pessoa e família. ¹³ - Modificar o ambiente com base nas necessidades e desejos da pessoa. ⁵ - Assegurar a privacidade da pessoa e da família. ^{3, 5 G}

APÊNDICE VIII

Sessão de Apresentação do Projeto – Estágio C

Intervenção de Enfermagem no Conforto da Pessoa nos Últimos Dias/Horas de Vida e sua Família numa Unidade de Cuidados Paliativos

Projeto de Intervenção

12º Curso de Mestrado em Enfermagem:

**Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem
Oncológica**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório – Apresentação do projeto à equipa
multidisciplinar

Elaborado por: Inês Arcadinho

Professora Orientadora: Sandra Neves

**Enfª Orientadoras: Sónia Santos e Mariana
Van Innis**

Sumário

Problemática

Enquadramento Teórico

Locais de Estágio

Estágio A

Estágio B

Estágio C

Referências Bibliográficas



Problemática

Problema/Necessidade



Melhorar os cuidados prestados na Unidade de Cuidados Paliativos de Agudos (UCPA).



Dar visibilidade da prestação dos cuidados de enfermagem por meio da documentação em linguagem classificada CIPE®.

COMO ?

1ª fase - Observação e Análise dos Planos de Cuidados na UCPA

2ª fase - Elaboração e Aplicação de um Questionário

Problemática

1ª fase- Observação e Análise dos Planos de Cuidados na UCPA

- Planos de cuidados de enfermagem de todos doentes internados na UCPA no mês de Março de 2021.

Amostra da população de doentes internados	
Total de Internamentos	17
Óbitos no internamento	12 (70,5% óbitos)
Média de tempo de internamento	9,1 dias
Internamento mais longo	21 dias
Internamento mais curto	< 24h
	41% (71% óbito)
	94,1%
	94,1%

Principais diagnósticos de enfermagem			
Linguagem CIPE®	%	Linguagem Natural	%
Autocuidados	100%	"prestado apoio emocional à família"	58%
Dor presente	100%	" sem via oral segura"	41,1%
Dispneia presente	100%	" doente agitado"	29,4%
Risco de Úlcera de Pressão	100%	" doente confuso"	23,5 %
Risco de Queda	100%	Doente com necessidade de cuidados à cavidade oral (xerostomia/mucosite)	23,5 %
Luto ineficaz	11,7%		



Problemática

2ª fase - Elaboração e Aplicação de um Questionário

- Modelos da Preservação da Dignidade (Chochinov, 2002)
- Cuidados Paliativos para uma Morte Digna – Catálogo da CIPE® (OE, 2010)

Resultados - 83,3%

≥ 50% dos enfermeiros referiram sentir necessidades formativas nos níveis de **extrema necessidade** e/ou **muita necessidade** em todas as intervenções de enfermagem e na sua documentação em linguagem CIPE®.

Questionário

Este questionário surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem Oncológica que me encontro a frequentar na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Neste momento, pretendo dar início ao meu projeto de Estágio que se encontra direcionado para a Unidade de Cuidados Paliativos Agudos (UCPA), e do qual resultará o planeamento da intervenção que irei desenvolver ao longo do Estágio.

Assim sendo, o questionário tem como objetivo identificar as necessidades formativas da equipa de enfermagem no que respeita à intervenção de enfermagem na prestação de cuidados ao doente paliativo e à documentação dessa mesma intervenção em linguagem CIPE. Encontra-se estruturado com base no Modelo de Preservação da Dignidade utilizado no Catálogo da CIPE "Cuidados Paliativos para uma Morte Digna" e na colheita de dados realizada aos registo de enfermagem à priori.

Solicito a colaboração de todos os colegas para que, voluntariamente e de forma anónima, preencham o questionário de acordo com a vossa prática profissional.

Obrigado pela vossa Colaboração

Seguinte

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Este formulário foi criado dentro de JOSE DE MELLO SAUDE. [Denunciar abuso](#)

Enquadramento Teórico

Conforto da Pessoa
nos Últimos
Dias/Horas de Vida
em Cuidados
Paliativos

Teoria do
Conforto

Caracterização
da População

Observação e
Análise dos
planos de
cuidados

Aplicação do
Questionário

O **conforto holístico** é uma experiência imediata de ser fortalecido por ver satisfeitas as suas necessidades **nos três tipos de conforto** (alívio, tranquilidade e transcendência), **nos quatro contextos** da experiência humana (física, psico-espiritual, ambiental e social) (Kolcaba, 2003).

Os UDHV pode variar entre 1 a 14 dias antes da morte. Fase em que a pessoa experiencia mudanças clínicas e fisiológicas, e consiste no aparecimento de novos sintomas e/ou agravamento dos já existentes (Neto, 2016).



“Paliar é confortar, aliviar sintomas, ouvir, respeitar, compartilhar, acolher, acompanhar até ao fim e depois da vida o doente e familiares” (Souza, et al, 2021, p. 435).

Enquadramento Teórico

Conforto da Pessoa
nos Últimos
Dias/Horas de Vida
em Cuidados
Paliativos

Caracterização
da População

Observação e
Análise dos
planos de
cuidados

Aplicação do
Questionário

A intervenção junto do doente nos UDHV tem como principal objetivo a promoção do seu conforto e da sua família (Braga et al, 2017; Neto, 2016) .

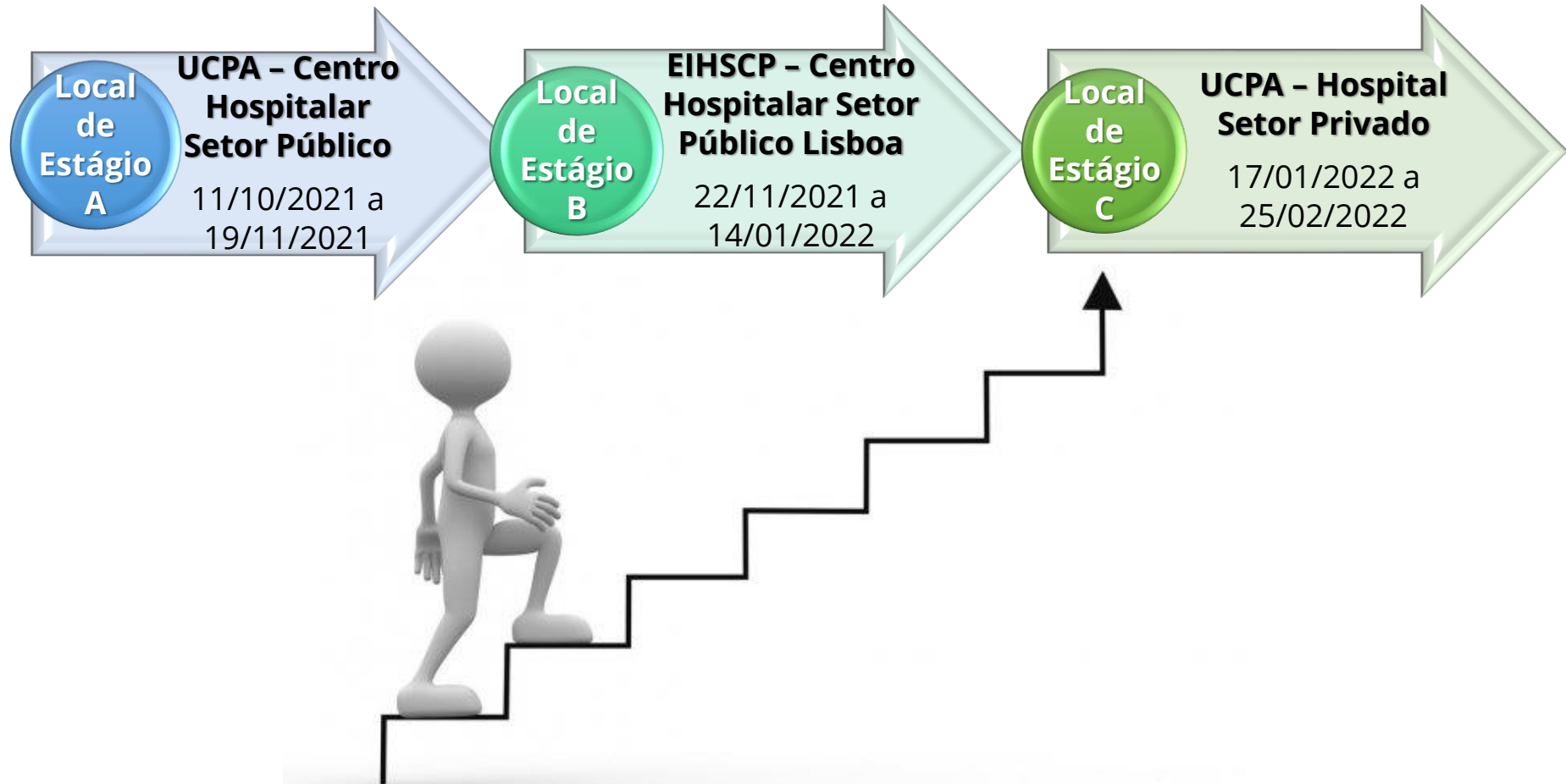
Para que se consiga adequar os cuidados de enfermagem de forma a privilegiar o conforto da pessoa, a identificação dos sinais clínicos de UDHV no contexto de uma doença avançada, progressiva e incurável é crucial.



Os principais pilares dos cuidados nos UDHV estão relacionado com o controlo sintomático, a adequação do regime terapêutico e o apoio à família.

Neto, 2016; Braga et al, 2017

Locais de Estágio



Estágio A

UCP – Centro Hospitalar Setor Público

Objetivo Geral: Desenvolver competências de enfermeiro especialista no âmbito das intervenções de enfermagem promotoras de conforto da pessoa nos UDHV e sua família.

Objetivos Específicos

- Conhecer a estrutura organizacional e o funcionamento do contexto clínico, de forma a promover a integração na equipa multidisciplinar do serviço.
- Identificar a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem que promovem o conforto da pessoa nos UDHV e sua família numa UCP.
- Identificar as intervenções de enfermagem à pessoa nos UDHV e sua família através da observação estruturada e participante durante a prestação de cuidados.



- ✓ Revisão Scoping
- ✓ Grelha de Intervenções de Enfermagem promotoras do conforto da pessoa em UDHV e sua família
- ✓ Entrevista semi-estruturada a um enfermeiro perito da UCPA
- ✓ Reflexão Crítica sobre os cuidados prestados à pessoa em UDHV e sua família na UCP, com base no ciclo de Gibbs
- ✓ Reflexão acerca dos contributos do Congresso "1º Congresso de Cuidados Paliativos CUF – A Medicina Paliativa no Hospital do Futuro"



Estágio B

EIHSCP – Centro Hospitalar Setor Público

Objetivo Geral: Desenvolver competências de enfermeiro especialista no âmbito das intervenções de enfermagem promotoras de conforto da pessoa nos UDHV e sua família.

Objetivos Específicos

- Conhecer a estrutura organizacional e o funcionamento do contexto clínico, de forma a promover a integração na equipa multidisciplinar do serviço.
- Identificar as intervenções de enfermagem à pessoa nos UDHV e sua família através da observação estruturada e participante na EIHSCP.
- Sintetizar as intervenções de enfermagem promotoras de conforto à pessoa nos UDHV e sua família, uniformizando-as em linguagem CIPE.



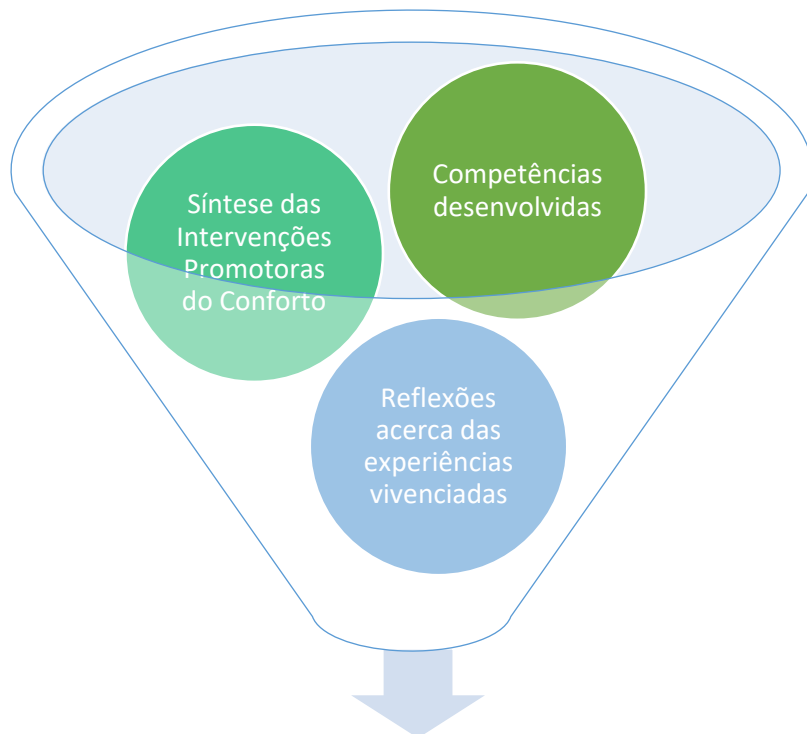
- ✓ Atualizar a grelha de Intervenções de Enfermagem promotoras do conforto da pessoa em UHDV e sua família
- ✓ Realizar entrevista semi-estruturada a um enfermeiro perito da EIHSCP
- ✓ Realizar uma reflexão Crítica, com base no ciclo de Gibbs.
- ✓ Realizar a síntese das intervenções de enfermagem promotoras de conforto à pessoa nos UDHV e sua família, e uniformizar em linguagem CIPE.



Estágio C

UCPA – Hospital Setor Privado

Objetivo Geral: Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa internada numa UCPA nos UDHV, promovendo o seu conforto e o da sua família.



Guia Orientador da Prática para a Promoção do Conforto da Pessoa em UDHV e sua família numa UCP



Referências Bibliográficas

Barbosa, A., Pina, P.R., Tavares, F., Neto, I.G. (2016) . Manual de Cuidados Paliativos. 3ª ed. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa.

Braga, B., Rodrigues, J., Alves, M. e Neto, I. (2017). Guia Prático da Abordagem da Agonia. Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. 24 (1), p. 48-55. Acedido a 16/08/2021 às 15h45min. Disponível em https://www.spmi.pt/revista/vol24/vol24_n1_2017_48_55.pdf

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2021) – *Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados Paliativos Biénio 2021-2022*.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice – A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company, Inc.

Neto, I. (2016). Cuidados na Agonia. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. & Neto, I.(Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 317 – 330). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Souza, M., Jaramillo, R. e Borges, M.(2021). Conforto de pacientes em cuidados paliativos: revisão integrativa. *Enfermería Global*. (61), 433-448. DOI: <https://doi.org/10,6018/eglobal.420751>



**Obrigado pela
vossa atenção**

APÊNDICE IX
O Apoio Confortador à Família da Pessoa em UDHV
- Reflexão Crítica

APÊNDICE IX - O Apoio Confortador à Família da Pessoa em UDHV - Reflexão Crítica

No decurso do estágio realizado na UCPA onde exerço funções existiram diversas oportunidades para prestar cuidados à pessoa em situação de UDHV e sua família. Este aspeto possibilitou a contínua reflexão sobre a minha prática no cuidado confortador à pessoa nesta etapa de vida permitindo assim, o desenvolvimento das competências a que me propus. Esta reflexão é realizada com base no ciclo de Gibbs, que se trata de um modelo reflexivo que inclui seis fases: a descrição da situação, clarificando o ocorrido; os pensamentos e sentimentos, explicitando o que a pessoa sentiu e pensou face à situação vivenciada; a avaliação, referindo o que correu bem e o que poderia ter acontecido de outra forma; a análise, dando sentido à situação; a conclusão, refletindo sobre o que poderia ter sido diferente; e o plano de ação, explicitando o que poderá ser realizado em situações semelhantes no futuro (Gibbs, 2013).

A situação que descrevo nesta reflexão mereceu principal destaque, pois considero ter-se revelado um importante momento de aprendizagem devido à singularidade da pessoa e da sua família. De forma a garantir a confidencialidade da pessoa e da família, e o sigilo profissional, farei referência à pessoa a quem prestei cuidados e ao seu marido através da utilização de nomes fictícios, Sr.^a Rita e Sr. Carlos.

A Sr.^a Rita é uma jovem de 44 anos angolana, com diagnóstico de carcinoma da mama esquerda desde 2016. Entre os anos 2016 e 2018, por decisão da própria, não terá realizado nenhum tratamento dirigido à doença oncológica e, inclusivamente, terá omitido este diagnóstico aos familiares mais próximos como: do irmão (que é médico intensivista em Angola), da cunhada e dos pais. A Sr.^a Rita é casada e tem dois filhos menores de 12 e 14 anos de idade. Encontra-se a residir em Portugal de forma intermitente desde 2018 para realização de tratamento oncológico dirigido, tendo ficado no país definitivamente desde há cerca de 1 ano com os filhos, por agravamento da situação clínica. O marido da Sr.^a Rita, o Sr. Carlos, apenas terá vindo para Portugal definitivamente no final do mês de novembro para acompanhar a esposa, por agravamento progressivo do seu estado geral. Toda a restante família e amigos se encontram a residir em Angola, mas o irmão e a cunhada deslocam-se com frequência a Portugal para dar apoio e acompanhar os sobrinhos.

Descrição da Situação Vivenciada

Sr.^a de 44 anos internada na UCPA, tendo sido encaminhada pelo hospital de dia oncológico após progressão rápida da doença oncológica de base. Apresenta um quadro de encefalopatia hepática com períodos de desorientação no domicílio desde há 2 semanas. A sugestão de internamento na UCPA partiu da oncologista que seguia a Sr.^a Rita, que terá clarificado o marido acerca da situação clínica atual da esposa. Também a equipa médica da UCPA se terá reunido com o Sr. Carlos na chegada à UCPA e esclarecido acerca dos objetivos de internamento estarem focados na promoção do conforto, tendo-o informado que a esposa se encontrava em situação de UDHV.

Tive a oportunidade de conhecer a Sr.^a Rita e a sua família e prestar-lhe cuidados no segundo dia de internamento. Esta encontrava-se muito sonolenta, mas reativa à estimulação verbal. Mantinha abertura ocular espontânea e dirigia o olhar. Resposta verbal monossilábica (sim e não) quando questionada acerca da presença de dor ou outro desconforto. Encontrava-se acompanhada pelo marido no internamento durante 24 horas.

No início do meu turno, quando me aproximei do quarto da Sr.^a Rita, encontrei o Sr. Carlos a chegar à porta do mesmo a pedir ajuda.

- Sr.^a enfermeira pode chegar aqui. Ela não reage.

Cumprimentei-o e entrei no quarto. A Sr.^a Rita encontrava-se prostrada, com respiração superficial e regular. Fácies sereno. Deitada no leito em decúbito dorsal. Aparentava estar confortável. Aproximei-me e chamei:

- Sr.^a Rita - num tom de voz calmo e baixo.

Virou o rosto na minha direção com os olhos semicerrados. Questionei:

- Está confortável?

Acenou positivamente com um movimento lento da cabeça.

- Tem dores?

Acenou negativamente com a cabeça.

- Posso molhar um pouco os seus lábios? Voltou a acenar positivamente.

Hidratei-lhe os lábios com uma esponja embebida em chá de camomila que se encontrava num copo na mesa de cabeceira. Enquanto isso, o Sr. Carlos. continuava imóvel ao fundo do quarto a observar-nos.

Dirigi-me a ele. Toquei-lhe no braço e dirigi-me à porta do quarto. O Sr. Carlos. seguiu-

me até ao exterior do quarto.

Parámos ambos à porta do quarto e o Sr. Carlos, com um fâcies assustado disse:

- Ela às vezes não responde... - baixou a cabeça e chorou. Toquei o seu braço.
- Compreendo a sua preocupação. Estamos aqui para vos apoiar no que necessitarem. Talvez seja melhor irmos até ali àquela sala e fica mais à vontade. – Sugerir.

Acompanhei-o até à sala de passagem de turno. Fechei a porta. O Sr. Carlos aproximou-se da janela e começou a chorar copiosamente com as mãos no rosto. Mantive-me em silêncio, de pé ao seu lado, a escassos passos de distância. Quando aparentava estar mais calmo, aproximei-me e tocando no seu ombro questionei:

- Compreendo que esteja a ser muito difícil. Ficámos em silêncio.

Continuei:

- Ficava mais confortável se chamasse algum familiar ou amigo próximo para estar aqui consigo? Estamos aqui para o ajudar e ajudar a sua esposa.

Acenou positivamente com a cabeça. E quando recuperou o fôlego disse:

- Já telefonei aos meus cunhados. Pode confirmar se eles já vêm aí? - questionou ao mesmo tempo que efetuou a chamada e me apontou o telemóvel para eu falar.

Atendi o telefone e a cunhada confirmou que estavam a chegar ao hospital. Entretanto, o Sr. Carlos, já se encontrava mais calmo.

- Sr. Carlos, estamos aqui para ajudar a Sr.^a Rita a estar confortável, sem dores. Estamos também para o apoiar no que necessitar. Fale connosco sempre que necessário.

O Sr. Carlos assentia positivamente com a cabeça. Continuei:

- Nós vamos passando no quarto várias vezes para ver se precisam de alguma coisa.

E tem a campainha para nos chamar sempre que for preciso.

- Muito obrigado.
- Tem alguma questão? Alguma dúvida? Aproximou-se da porta da sala dizendo:
- Há pouco ela não respondia.
- Compreendo a sua preocupação. A Sr.^a Rita está muito sonolenta e o seu estado de consciência vai oscilando. A respiração está a ficar mais superficial.

Silêncio por uns segundos. Continuei:

- É um processo natural. A nossa preocupação é garantir que ela se mantém confortável, tranquila e sem dor. A sua presença também é importante. O Sr. Carlos pode ir falando com ela. Ela ouve-o apesar da sonolência.
- Sim, os médicos também já me disseram isso. – Limpou as lágrimas.

- E estamos aqui para o ajudar a si também no que precisar. Se precisar de ficar aqui um pouco sozinho agora na sala, também pode ficar à vontade.

- Não, eu vou voltar para o quarto.

Acompanhei-o até ao quarto, e entrámos. A Sr.^a Rita mantinha-se aparentemente tranquila. O Sr. Carlos aproximou-me e agarrou-lhe a mão. Aproximei-me apenas até aos pés da cama. Ela sem abrir os olhos agarrou a mão dele. Reforcei:

- Sr. Carlos se precisarem de alguma coisa chame-me. Eu, entretanto, já volto aqui ao quarto.

Voltei várias vezes ao quarto durante o turno, nem sempre com muito tempo disponível. Mas o Sr. Carlos foi partilhando comigo preferências da esposa que me ajudaram na prestação de cuidados como: permanecer com o 1/3 inferior dos membros inferiores destapados independentemente da temperatura do quarto, manter o plano da cama a 0º, e a intolerância ao decúbito lateral, foram exemplos. A chegada dos familiares também deixou o Sr. Carlos mais tranquilo. E eles permaneceram para além do período de visitas estabelecido pela instituição, tendo saído apenas no final do meu turno.

Sentimentos e Pensamentos

Aquando da passagem de turno, quando me foi transmitida toda a história da doença oncológica da Sr.^a Rita, e a situação atual em que ela se encontrava, o meu pensamento de imediato foi: *“Como vou conseguir confortar este marido que recebeu todas estas másnotícias tão recentemente?”*.

A chegada, provavelmente, tardia da Sr.^a Rita e da família à equipa da UCPA iria, com certeza, ser um dos principais fatores dificultadores no estabelecimento de uma relação terapêutica de confiança com a pessoa e com o marido. O primeiro contato com o Sr. Carlos, o seu olhar assustado face à situação em que se encontrava a sua esposa gerou-me preocupação, pois apesar de já alguns profissionais terem conversado com ele acerca do que esperar, eram evidentes a angústia e o sofrimento que estava a vivenciar. Senti-me apreensiva, pois não sabia se iria ter o tempo necessário para prestar o apoio que a Sr.^a Rita e, sobretudo, o marido necessitavam. A gestão do tempo no turno foi um desafio, pois claramente os cuidados à Sr.^a Rita e sua família exigiriam muito mais da minha presença do que aquilo que foi possível. E esse fato foi um aspeto gerador de ansiedade para mim ao longo do turno.

Avaliação da Situação

No sentido de olhar para a situação vivenciada, considero que existiram aspectos positivos na minha intervenção com a Sr.^a Rita e a sua família. Considero um aspecto positivo da minha intervenção, a forma como entrei no quarto no primeiro contato e como abordei a Sr.^a Rita, tentando transmitir tranquilidade e segurança ao marido que se encontrava angustiado. Por outro lado, demonstrando preocupação, cuidado e compaixão para com a Sr.^a Rita, através de uma abordagem tranquila, procurei identificar possíveis necessidades de conforto para que as pudesse satisfazer. Também considero como aspecto positivo, a envolvimento do Sr. Carlos nos cuidados prestados à esposa. Ele foi partilhando comigo, ao longo do turno, algumas preferências da esposa em relação ao posicionamento e ao ambiente, que me permitiram prestar-lhe cuidados atendendo à sua singularidade, respeitando os seus gostos e vontades, de forma a promover o seu conforto.

Em relação ao Sr. Carlos, considero como aspecto positivo da minha intervenção, ter procurado disponibilizar um lugar com mais privacidade, para que este conseguisse expressar as emoções que estava a vivenciar naquele momento. Procurei dar tempo para essa expressão de emoções em silêncio, mas demonstrando a minha presença junto dele, na procura de transmitir disponibilidade para apoiar aquele momento doloroso. Considero um aspecto positivo também, o reforço da demonstração de disponibilidade para prestar apoio que realizei por várias vezes ao longo do turno.

Considero que a situação descrita teve um forte contributo para o desenvolvimento das minhas competências relacionais com a família da pessoa em UDHV, através de intervenções de enfermagem como: o início do estabelecimento de uma relação empática e de confiança, a demonstração da disponibilidade prestar apoio emocional, o fornecimento de informação acerca do que esperar, o envolvimento da família na prestação de cuidados com vista ao respeito pela singularidade e dignidade da pessoa em UDHV.

Como aspecto negativo, considero que o fato de ter de gerir o tempo disponível no turno para a prestação de cuidados a outras pessoas com necessidades distintas, não me terá permitido estar mais disponível para prestar apoio ao Sr. Carlos. De forma a suavizar esse aspecto negativo, procurei que o Sr. Carlos se sentisse acompanhado por outros familiares para além do horário permitido de visita e assim promover o seu conforto e tranquilidade durante o turno. Contudo, não me foi possível estar disponível e prestar o apoio emocional aos outros elementos da família que se encontram a

acompanhar a Sr.^a Rita.

Análise da Situação

O apoio à família é considerado um dos pilares dos CP e por conseguinte dos cuidados à pessoa em situação de UDHV. É comum a família que acompanha a pessoa nesta fase, vivenciar sentimentos ambivalentes onde está muito presente a ansiedade, o medo, a incerteza e a sensação de impotência, relacionado com o sentimento de perda iminente (Neto, 2016). O enfermeiro tem um papel fundamental no sentido de orientar a família, aliviar os sentimentos de impotência ou de abandono. Por isso, nesta fase existe uma intensificação dos cuidados à família, e a relação que o enfermeiro estabelece com a mesma ganha principal destaque, para garantir a prestação de cuidados de qualidade (Neto, 2016). No estudo de Oliveira et al. (2016), os enfermeiros reconheceram que dar tempo e estar presente com os familiares, ajuda a estabelecer uma relação de confiança e diminuir a ansiedade vivenciada pela família. Contudo, estes referiam que a carga de trabalho, as necessidades da pessoa em UDHV e da sua família e a necessidade de manter a prestação de cuidados a outras pessoas internadas eram aspetos dificultadores deste processo (Oliveira et al, 2016).

Na experiência vivenciada, eu também tive presente esse sentimento de preocupação relacionado com a forma como eu poderia promover o conforto do marido da Sr.^a Rita, que se encontrava a vivenciar momentos de angústia e sofrimento após a receção da má notícia, enquanto geria os cuidados a outras pessoas. A minha intervenção junto do Sr. Carlos teve a intenção de iniciar o estabelecimento de uma relação empática de confiança, sobretudo através da comunicação, de dar tempo para a expressão de sentimentos e emoções e da garantia da sua privacidade. A evidência demonstra que os enfermeiros têm a necessidade de desenvolver um conjunto de competências comunicacionais, que se revelam o instrumento principal na construção da relação terapêutica, de forma a dar resposta positiva às necessidades da pessoa nos UDHV e sua família (Almeida, Ferreira, Lança e Rodrigues, 2011). Contrariamente ao que se pensa, as competências comunicacionais não são intuitivas, nem decorrem apenas da experiência, pois podem ser aprendidas e treinadas (Querido, Salazar e Neto, 2016). Por isso, considero que no contato com o Sr. Carlos, foi possível desenvolver essas competências comunicacionais, nomeadamente a escuta ativa enquanto fornecia informação sobre o que esperar.

É comum a família projetar o seu sofrimento na situação clínica na pessoa. Assim, é muito importante clarificar a sintomatologia e os objetivos terapêuticos, esclarecendo que os momentos finais são, na maioria dos casos, tranquilos e que *“progressivamente o doente deixará de respirar e que não é expectável qualquer tipo de dramatismo físico”* (Neto, 2016, p. 328). No apoio à família da pessoa em situação de UDHV, é também importante a clarificação acerca das necessidades comunicacionais da pessoa, ainda que esta não consiga expressar-se verbalmente. Por isso, a expressão das emoções, as despedidas, a utilização do toque afetivo e o acompanhamento pelos familiares devem ser fomentadas junto da família (Neto, 2016). O testemunho do declínio do estado de saúde da pessoa em UDHV, por parte dos familiares, ajuda-os a prepararem-se para a morte do seu ente-querido. Por outro lado, os familiares descrevem que o papel dos enfermeiros em alertar para o que esperar, também é um fator facilitador da preparação para a perda (Hovland e Kramer, 2019).

Quando conversei com o Sr. Carlos na sala procurei tocar todos estes pontos, explicando que as alterações do estado de consciência da Sr.^a Rita estavam enquadradas no processo natural da progressão da doença. Porém, que o objetivo dos cuidados se prendia com a promoção do seu conforto, nomeadamente no controlo sintomático, onde enfatizei o controlo da dor. Procurei, ainda, clarificar acerca do que esperar, explicando que a Sr.^a Rita estava muito sonolenta e que a sua respiração iria tornar-se cada vez mais superficial. Reforcei também que, apesar da alteração do estado de consciência, era importante manter o diálogo com a esposa e que esta estaria a ouvi-lo, aproveitando para valorizar a sua permanência junto dela como medida de conforto para ambos.

Em suma, considero que a minha intervenção junto do Sr. Carlos contribuiu para a diminuição da sua ansiedade e consequentemente a promoção do seu conforto.

Este fato só foi possível porque considero ter desenvolvido as competências necessárias para dar resposta às necessidades que este familiar apresentava. Nomeadamente, competências de enfermeiro especialista em oncologia no que respeita aos aspetos relacionais e de comunicação, como constam na EONS:

- Módulo 5- *Supporting People with Advanced Disease and at End of Life*- no que se refere à identificação dos sinais e sintomas de morte iminente; à definição dos objetivos de cuidados promovendo o conforto e a dignidade da pessoa através, sobretudo, do envolvimento e do apoio à família;

Módulo 6 -*Communication in Cancer Care* - utilizar adequadamente estratégias de

comunicação para fornecimento de informação clara e inequívoca (EONS, 2018).

Mas também, competências de enfermeiro especialista em médico-cirúrgica na prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa. Nomeadamente, a competência *“cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida”* (OE, 2018, p.19360), através: da identificação das necessidades da pessoa e da família; da promoção de intervenções com base na evidência, respeitando as preferências da pessoa e da família; do envolvimento da família. E a competência *“estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto”* (OE, 2018, p.19360), atendendo e respeitando a singularidade da pessoa e da sua família.

Conclusão da Situação

Em jeito de conclusão, considero que ao longo do meu turno consegui promover o conforto físico da Sr.^a Rita através de intervenções relacionadas com o posicionamento, a administração de terapêutica, a higiene e hidratação da boca. O conforto psicoespiritual através do respeito pela sua singularidade e dignidade, privilegiando os seus gostos e preferências que me iam sendo transmitidas pelo marido, durante a prestação de cuidados. O conforto ambiental promovendo um ambiente calmo e tranquilo, com pouco ruído e luminosidade, garantindo a sua privacidade e dos familiares que a acompanhavam. E o conforto sociocultural, sendo que este foi um dos contextos com maior enfoque na minha intervenção, procurando promover do conforto da família, nomeadamente do Sr. Carlos, através da comunicação e do apoio à família.

Contudo, considero que a carga de trabalho ao longo do turno não me permitiu estar presente tanto quanto os familiares necessitavam, não me permitindo despender de tempo suficiente para apoiar os outros elementos da família presentes (o irmão e a cunhada da Sr.^a Rita). Num estudo de Smyth e Allen (2011), os enfermeiros afirmaram que a carga de trabalho e a necessidade de cuidar de doentes agudos e terminais, concomitantemente, se demonstravam fatores dificultadores para a satisfação das necessidades psicoespirituais da pessoa em UDHV e sua família. Isto deve-se ao fato

das necessidades dos doentes agudos, bem como as medidas de tratamento a que estes são submetidos, se tornarem prioritários face às necessidades consideradas subjetivas da pessoa em UDHV, dando prioridade à resposta das necessidades físicas da pessoa (Smyth e Allen, 2011). Assim sendo, teria sido importante a reorganização do serviço, de forma a diminuir a minha carga de trabalho, para assim estar mais disponível para estar presente junto da Sr.^a Rita, do Sr. Carlos e dos outros elementos da família, permitindo o apoio necessário à prestação de cuidados confortadores e de qualidade nos UDHV da pessoa.

Plano de Ação

Em situações semelhantes no futuro, procurarei intervir na tomada de decisão no que respeita à organização do serviço. Isto é, na realização de uma distribuição enfermeiro-pessoa que permita o acompanhamento e apoio necessários à pessoa em situação de UDHV e sua família, através do alívio da carga de trabalho, com um menor número de pessoas distribuídas ao meu cuidado. Desta forma, será possível alcançar os objetivos da promoção do conforto com mais presença e disponibilidade para com a pessoa nos UDHV e a sua família, explorando mais as estratégias de comunicação com a família da pessoa em situação de UDHV.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, A., Ferreira, C., Lança, M. e Rodrigues, M. (2012). The Nurse-Patient Communication as a Strategy for the relief of Sufering in Terminal Phase of Life. *Journal of Aging & Inovation*. 1 (1), p. 41-52. Acedido a 09/07/2021 às 21h30min. Disponível em: <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/5comunica%C3%A7%C3%A3o-fase-terminal.pdf>

European Oncology Nursing Society (2018). EONS Cancer Nursing Education Framework. Acedido a 18.08.2021. Disponível em: <https://cancernurse.eu/education>

Gibbs, G. (2013) edição online. Gibbs, G. (1988). *Learning by Doing: A guide to teaching and learning methods*. Further Education Unit. Oxford Polytechnic: Oxford. Acedido a 09/07/2021. Disponível em: <https://thoughtsmostlyaboutlearning.files.wordpress.com/2015/12/learning-by-doing-graham-gibbs.pdf>

Hovland, C. A. e Kramer, B. J. (2019). Barriers and Facilitators to Preparedness for Death: Experiences of Family Caregivers of Elders with Dementia. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 15(1), 55–74. <https://doi.org/10.1080/15524256.2019.1595811>

Neto, I. (2016). Cuidados na Agonia. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. e Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 317 – 330). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Oliveira, I., Fothergill-Bourbonnais, F., McPherson, C., e Vanderspank-Wright, B. (2016). Battling a Tangled Web: The Lived Experience of Nurses Providing End-of-Life Care on an Acute Medical Unit. *Research & Theory for Nursing Practice*. 30 (4), 353–378. DOI: <https://doi.org/10.1891/1541-6577.30.4.353>

Querido, A., Salazar, H. e Neto, I. (2016). Comunicação. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. e Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 815 – 832). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Regulamento n.º 429 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 135 de 16-08-2018), 19359-19370. Acedido a 26/11/2020.

Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8732/m%C3%A9dico-cirurgica.pdf>.

Smyth, T. e Allen, S. (2011). Nurses' experiences assessing the spirituality of terminally ill patients in acute clinical practice. *International Journal of Palliative Nursing*. 17 (7), 337-343. DOI: 10.12968/ijpn.2011.17.7.337

APÊNDICE X
Guia Orientador da Prática
“Promoção do Conforto da Pessoa nos Últimos Dias/Horas de Vida
e sua Família numa Unidade de Cuidados Paliativos
- Intervenção de Enfermagem”

Promoção do Conforto da Pessoa nos Últimos Dias/Horas de Vida e sua Família numa Unidade de Cuidados Paliativos

- Intervenção de Enfermagem -

Guia Orientador da Prática

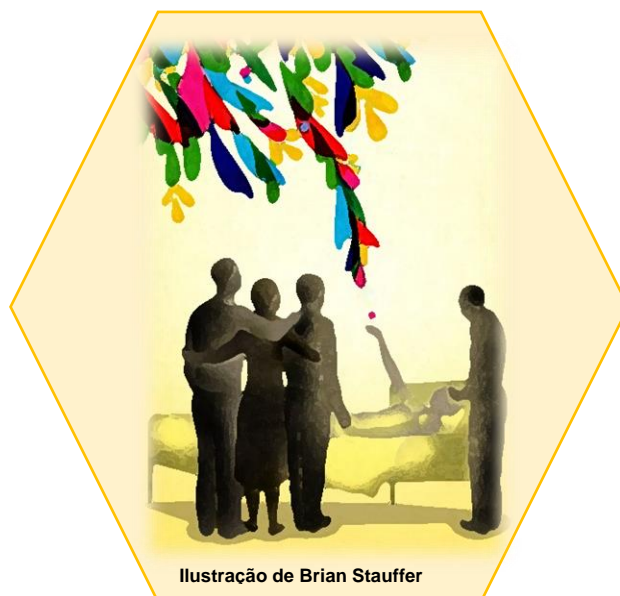


Ilustração de Brian Stauffer

SIGLAS E ABREVIATURAS

CP	Cuidados Paliativos
CNCP	Comissão Nacional de Cuidados Paliativos
DC-DAT	<i>Scale for Dementia of the Alzheimer's Type</i>
HCQ-F-PT[®]	Questionário de Conforto Holístico- Família- PT
HCQ-PT-DC[®]	Escala de Conforto Holístico – Doentes Crónicos
IAHPC	<i>International Association for Hospice and Palliative Care</i>
PEDCP	Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos
UCP	Unidade de Cuidados Paliativos
UCPA	Unidade de Cuidados Paliativos Agudos
UDHV	Últimos Dias e Horas de Vida

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	4
ENQUADRAMENTO TEÓRICO	6
A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DO CONFORTO DA PESSOA NOS UDHV E SUA FAMÍLIA	9
FLUXOGRAMA - Promoção do Conforto da Pessoa nos UDHV e sua Família	10
Conforto Físico	11
Satisfação das Necessidades Fisiológicas.....	12
Controlo de Sintomas Físicos.....	13
Gestão Terapêutica.....	14
Conforto Psicoespiritual	15
Promoção da Dignidade.....	16
Relação Pessoa-Enfermeiro.....	17
Apoio no Processo de Conclusão de Vida e Construção de um legado.....	18
Promoção da Prática Espiritual.....	18
Conforto Sociocultural	19
Relação Família-Enfermeiro.....	20
Educação e Comunicação com a Família.....	20
Apoio à Família.....	21
Conforto Ambiental	23
CONSIDERAÇÕES FINAIS	24
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS	25
ANEXOS – INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO	
ANEXO I - Escala de Conforto Holístico – Doentes Crónicos HCQ-PT-DC [©]	
ANEXO II - Questionário de Conforto Holístico- Família- PT HCQ-F-PT [©]	
ANEXO III - <i>Scale for Dementia of the Alzheimer’s Type (DC-DAT)</i> (em publicação)	

INTRODUÇÃO

Os Cuidados Paliativos (CP) são, por definição consensual da *International Association for Hospice and Palliative Care (IAHPC)*, cuidados holísticos ativos a pessoas de todas as idades que apresentam sofrimento relacionado com a saúde, devido a doenças graves e, especialmente, aquelas que estão perto do fim da vida. O seu objetivo é melhorar a qualidade de vida das pessoas, suas famílias e seus cuidadores (Radbruch, De Lima & Knaul, 2020). Segundo a Lei de Bases dos CP (2012), os CP englobam todos os cuidados que visam a promoção da qualidade de vida e bem-estar das pessoas e das suas famílias, em situação de sofrimento causado por uma doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, por meio da prevenção, alívio e tratamento do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual (Lei nº52/2012).

O principal objetivo dos cuidados à pessoa em situação de Últimos Dias/ Horas de Vida (UDHV) e sua família é a promoção do conforto e da dignidade (Neto, 2016). Os enfermeiros, no seio de equipa multidisciplinar, desempenham um papel fundamental na prestação destes cuidados à pessoa e sua família. Contudo, estudos revelam que os enfermeiros sentem algum desconforto na prestação do cuidado à pessoa em situação de UDHV, apesar de identificarem a importância na sua intervenção. Sublinham que a formação neste âmbito é primordial, porém a aprendizagem com base na experiência prática também demonstra ser facilitadora (Dunn, Otten e Stephens, 2005; Costa e Silva, 2021). Segundo o estudo de Dunn et al, (2005), os enfermeiros que têm experiência prática mais prolongada na prestação de cuidados à pessoa nos UDHV e sua família, identificam necessidades de formação, mas consideram apresentar uma atitude mais positiva e facilitadora na sua intervenção, em comparação com enfermeiros com menos tempo de experiência.

Em Portugal, a Ordem dos Enfermeiros contempla, nos seus estatutos, o dever Do Respeito da Pessoa em Situação de Fim de Vida (Artigo 108º), em que o enfermeiro deve:

“a) Defender e promover o direito da pessoa à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem em situação de fim de vida;

b) Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pela pessoa em situação de fim de vida, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas;

c) Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte” (Lei n.º 156/2015, p. 8080). Segundo o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos

(PEDCP), existem ainda muitas necessidades formativas por colmatar dentro e fora das equipas especializadas em CP no nosso país, de forma a garantir a acessibilidade a cuidados de qualidade para toda a população de uma forma universal e equitativa (CNCP, 2021).

De acordo com o estudo realizado por Coelho, Parola, Escobar-Bravo e Apóstolo (2016), em Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) portuguesas e espanholas, as pessoas em internamento consideram as UCP um espaço promotor de conforto, pois ali obtêm um contexto terapêutico adequado às suas necessidades, identificando como fontes promotoras de conforto a competência técnica e humana no sentido da eficácia do controlo sintomático, do cuidado compassivo num ambiente diferenciado e promotor da esperança, do relacionamento interpessoal, transpessoal e intrapessoal. Contudo, a UCP pode também ser considerada um lugar de desconforto devido à tomada de consciência da pessoa em relação à sua vulnerabilidade, à vivência de perdas e à incapacidade de se transcender, podendo resultar na vivência de um processo de negação, mas também de abertura à espiritualidade (Coelho et al, 2016).

Por todos estes motivos, este Guia Orientador da Prática demonstra-se um documento importante para apoiar e orientar a prática dos enfermeiros que prestam CP diariamente, especificamente na prestação de cuidados de conforto à pessoa em situação de UDHV e sua família. Em virtude da premissa da prática de enfermagem baseada na evidência, este Guia alicerça-se na evidência relativa à intervenção de enfermagem promotora do conforto da pessoa em UDHV e sua família em contexto de internamento numa Unidade de Cuidados Paliativos Agudos (UCPA), e na observação da prática de enfermeiros peritos em CP. Assim, as intervenções de enfermagem presentes no Guia advêm de uma *scoping review*, cujo objetivo foi mapear as intervenções de enfermagem promotoras de conforto da pessoa nos UDHV e sua família numa UCP, onde foram incluídos artigos de nível de evidência III e IV, de acordo com a *Agency for Healthcare Research and Quality*. Foram também realizadas entrevistas a enfermeiros peritos em CP (intervenções de enfermagem identificadas com ^E) e observada a sua prática na prestação de cuidados à pessoa em UDHV e sua família (intervenções de enfermagem identificadas com ^{Ob}).

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Os CP assentam em quatro pilares fundamentais: o controlo de sintomas, a comunicação adequada, o apoio à família e o trabalho em equipa (Neto, 2016). Eles visam a promoção e adaptação da pessoa e família a uma nova realidade, para ajudar a enfrentar da melhor forma possível a situação de terminalidade, cujos cuidados se centram no controlo de sintomas, na boa comunicação, no apoio psicossocial e no trabalho em equipa (Gomes, 2010).

Os UDHV são, muitas vezes, definidos como a fase de agonia, e apesar de não existir consenso temporal que os defina, Neto (2016) afirma que pode variar entre 1 a 14 dias antes da morte. Consistem numa fase em que a pessoa experiencia mudanças clínicas e fisiológicas, e em que existe o aparecimento de novos sintomas e/ou agravamento daqueles já existentes. É de extrema importância a identificação dos sinais clínicos de agonia no contexto de uma doença avançada, progressiva e incurável para que se consiga adequar os cuidados prestados que devem privilegiar o conforto da pessoa. Por isso, os principais pilares dos cuidados nos UDHV estão relacionados com o controlo sintomático, a adequação do regime terapêutico e o apoio à família (Braga, Rodrigues, Alves e Neto, 2017; Neto, 2016).

Os principais sinais e sintomas presentes na pessoa nos UDHV são:

- a deterioração evidente e progressiva do estado físico, manifestada por fadiga que o leva a estar confinado ao leito;
- o desinteresse pelos alimentos sólidos e líquidos e a dificuldade progressiva da deglutição que leva à diminuição da ingestão;
- a alteração do estado de consciência que pode significar estar mais sonolento ou, por outro lado, apresentar sinais de agitação e *delirium*;
- as alterações no padrão respiratório apresentando períodos de apneia, padrão de Cheyne-Stokes ou respiração ruidosa (estertor);
- a evidência de falência de múltiplos órgãos manifestada por hipotensão, taquicárdia, oligúria/anúria, falência de controlo de esfíncteres, alterações na temperatura corporal e alterações na coloração da pele (sinais de má perfusão periférica) (Braga et al, 2017; Neto, 2016).

Cuidar da pessoa em situação de UDHV pressupõe dar a devida importância a tudo o que altere ou perturbe a sua qualidade de vida, sendo que as intervenções devem ter como objetivo final a maximização dos níveis de conforto da pessoa (Gomes, 2010; Neto, 2016), “*promovendo a dignidade e a qualidade de vida, sem o*

intuito de acelerar ou atrasar o processo de morte” (Neto, 2016, p.319). Uma vez que o conforto é o foco das intervenções de enfermagem à pessoa nos UDHV e sua família, faz sentido abordar Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. Esta teórica de enfermagem define conforto holístico como a experiência imediata de ser fortalecido por ver satisfeitas as suas necessidades nos três tipos de conforto:

- alívio - condição em que pessoa que vê uma necessidade específica satisfeita;
- tranquilidade- estado de calma ou de contentamento;
- transcendência - condição em que a pessoa tem a capacidade de suplantar os problemas e o sofrimento (Dowd, 2004; Kolcaba, 1991, 2003).

Segundo Kolcaba, estes tipos de conforto podem ser experimentados nos quatro contextos da experiência humana:

- físico- relativamente às sensações do corpo;
- psicoespiritual- relacionada com a consciência de si próprio, incluindo a auto-estima, conceito de si próprio, sexualidade, sentido de vida, relação com uma ordem ou um ser superior;
- sociocultural – relativa à relações interpessoais, familiares e sociais, bem com os aspetos culturais e familiares de tradições, linguagem e costumes;
- ambiental- relativa ao meio envolvente, às condições e influências externas (Dowd, 2004; Kolcaba, 1991, 2003).

A teoria de Kolcaba sustenta que os enfermeiros satisfazem as necessidades de cuidados de saúde, descritas como necessidades de conforto, da pessoa que ainda não tenham tido resposta por outros sistemas de suporte. O modelo conceptual da Teoria do Conforto assenta nestas necessidades que surgem de situações ou estímulos causadores de tensões negativas na pessoa. As necessidades de conforto são, assim, identificadas pelos enfermeiros que concebem medidas de conforto (intervenções de enfermagem concebidas para dar resposta às necessidades de conforto) e realizam uma reapreciação dos níveis de conforto. A reapreciação pode ser realizada objetiva ou subjetivamente. Desta forma, o conforto faz parte do processo e do produto (Dowd, 2004; Kolcaba, 1991, 2001).

De acordo com os pressupostos da teoria de Kolcaba, quando o conforto é alcançado a pessoa sente-se capaz de adotar comportamentos de procura de saúde, sendo que estes podem ser internos, externos ou metas que a pessoa e/ou a família desejam como a morte pacífica (Kolcaba, 2001). Kolcaba, aplicando a teoria ao contexto dos CP, descreve uma boa morte como aquela que termina bem para a pessoa, para a sua família, e também para os profissionais de saúde. Por outro lado,

o contrário pressupõe a ocorrência da morte na presença de sentimentos como a sobrecarga, o desamparo, a culpa, a ansiedade, pesa embora estes sentimentos possam ser vivenciados por todos ou qualquer pessoa que se encontra no processo de morrer. Por isso, a teórica afirma que o conforto holístico é coincidente com uma boa morte e pode incluir a *revisão de vida, as relações resolvidas e a esperança de uma libertação pacífica* (Kolcaba e Fisher, 1996, p.75).

A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DO CONFORTO DA PESSOA NOS UDHV E SUA FAMÍLIA

Uma vez que o foco da intervenção de enfermagem à pessoa em UDHV e sua família está na promoção do conforto, será abordada esta intervenção com base nos contextos em que Kolcaba considera que o conforto é experimentado pela pessoa e família (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental) (Kolcaba, 1991). Em cada contexto emergem necessidades de conforto distintas que se relacionam para alcançar o conforto holístico (Kolcaba, 2003). Neste guia estão identificadas necessidades de conforto e intervenções de enfermagem que visam dar resposta a essas necessidades.

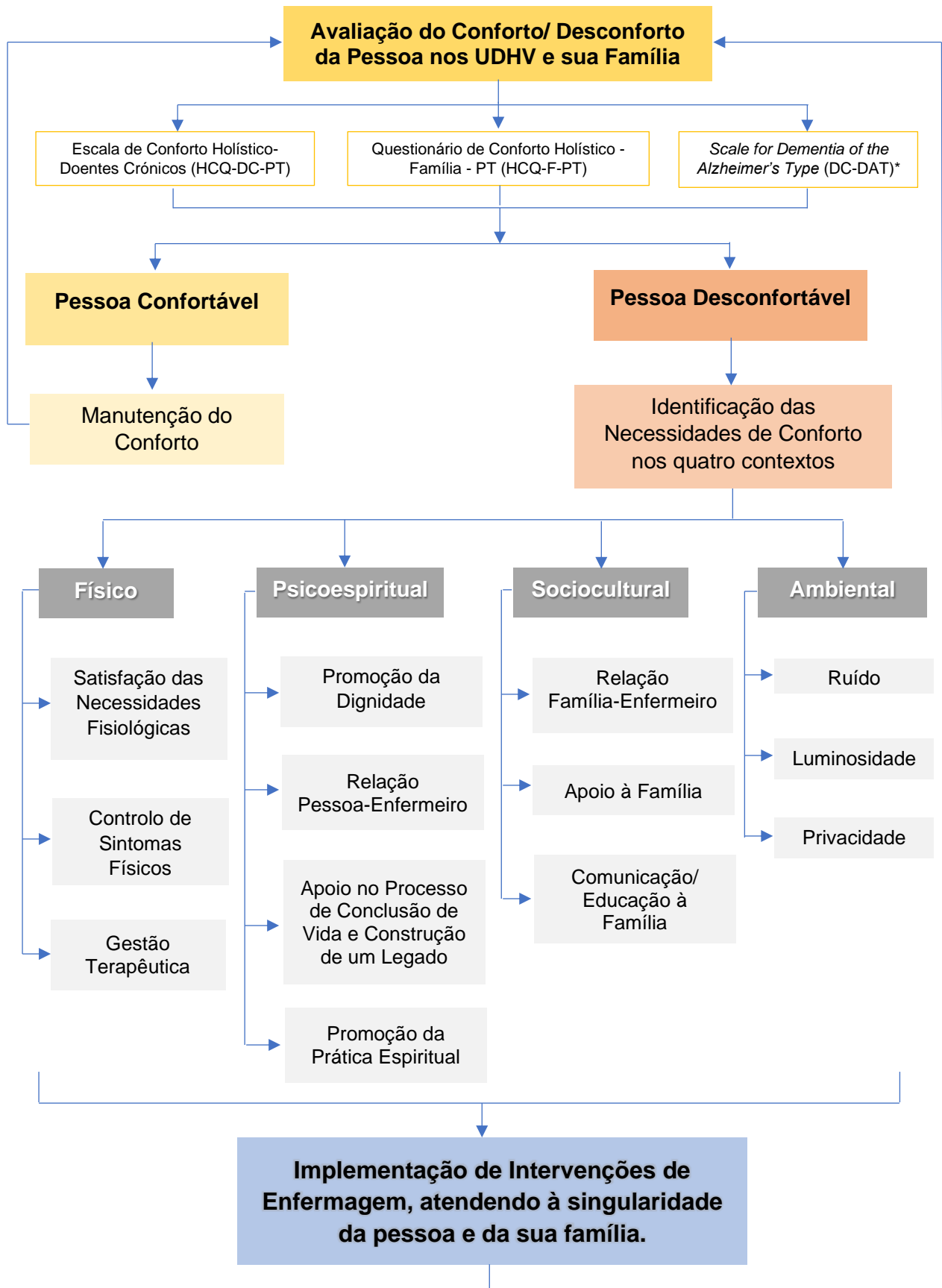
Sendo a identificação das necessidades de conforto e desconforto da pessoa em UDHV e sua família uma intervenção de enfermagem, esta pode ser facilitada pela utilização de instrumentos de avaliação do conforto ou do desconforto como: a Escala de Conforto Holístico – Doentes Crónicos HCQ-PT-DC[®] (Querido e Dixe, 2012), Questionário de Conforto Holístico- Família- PT HCQ-F-PT[®] (Marques, Dixe, Querido e Sousa, 2016) e *Scale for Dementia of the Alzheimer's Type* (DC-DAT) (em publicação).

Por isso, é intervenção de enfermagem:

- Avaliar o conforto da pessoa através da HCQ-PT-DC[®].²
- Avaliar o conforto da pessoa no seio da equipa multidisciplinar.^E
- Identificar as necessidades de conforto prioritários da pessoa.^{5, E}
- Avaliar o desconforto da pessoa através de instrumentos validados.²

A literatura continua a apontar sobejamente os aspetos físicos para a determinação da ação no conforto. Contudo, é evidente que além dos sintomas físicos, existem outros fatores que influenciam significativamente a experiência de conforto e/ou desconforto da pessoa em UDHV e sua família numa UCP que devem ser levados em consideração no planeamento da intervenção de enfermagem (Coelho et al, 2016). O fluxograma apresentado em seguida demonstra como através da avaliação do conforto/desconforto os enfermeiros podem intervir dando resposta às necessidades de conforto da pessoa em UDHV e sua família nos diferentes contextos da experiência humana.

FLUXOGRAMA – Promoção do Conforto da Pessoa nos UDHV e sua Família



*A escala encontra-se em processo de validação para a população portuguesa, foi contactada a autora.

CONFORTO FÍSICO

O conforto físico da pessoa em UDHV está relacionado com as sensações corporais e mecanismos homeostáticos que podem ou não estar relacionados com diagnósticos específicos. Remete para a satisfação das necessidades do corpo como a higienização, o posicionamento, o controlo dos sintomas mais frequentes na pessoa em situação de UDHV (Kolcaba, 2003; Kolcaba et al, 1996). A identificação de sinais e sintomas que indiciam que a pessoa se encontra em situação de UDHV é fundamental para a adequação dos cuidados a prestar visando a promoção do seu conforto. Apesar dos sintomas que a pessoa apresenta estarem intimamente relacionados com a sua patologia de base, existem sintomas que são mais frequentemente identificados nesta fase, tais como: a confusão/*delirium* (55%), respiração ruidosa/estertor (45%), agitação (43%), dor (26%), dispneia (25%) e náuseas e/ou vômitos (14%) (Neto, 2016). São ainda identificados frequentemente sintomas como: a xerostomia, a presença ou aumento de secreções brônquicas, a febre, a ansiedade e/ou insónia e a obstipação (Blinderman e Billings, 2015).

É, por isso, intervenção do enfermeiro:

- Identificar precocemente os sinais e sintomas de morte iminente. ⁷
- Vigiar sinais de desconforto, através da comunicação verbal e não-verbal, no sentido de minimizá-los. ^{3, 5, Ob, E}
- Monitorizar sinais de deterioração das capacidades físicas e mentais. ⁵
- Confirmar o alcance do conforto através da comunicação não-verbal. ^E
- Proporcionar conforto físico, de forma a facilitar a identificação das necessidades de conforto psicoespiritual, social e ambiental. ^E
- Identificar os sinais e sintomas relacionado com o descontrolo sintomático promotores de desconforto da pessoa em UDHV. ^E
- Procurar a identificação das causas de descontrolo sintomático. ^E

Assim sendo, a satisfação das necessidades fisiológicas da pessoa que se encontra em situação de UDHV, o controlo de sintomas físicos e a gestão terapêutica, fazem parte da intervenção do enfermeiro para a promoção do conforto da pessoa e da sua família.

Satisfação das Necessidades Fisiológicas

Necessidades Fisiológicas	Intervenções de Enfermagem
Higiene e Cuidados ao Corpo, Pele e Mucosas	<ul style="list-style-type: none">- Prestar os cuidados de higiene à pessoa adequados ao seu nível de autonomia. ^{3, 4, 13, Ob}- Prestar os cuidados à mucosa oral. ^{3, 4, Ob}- Promover a hidratação da mucosa oral, através da utilização de spray de saliva artificial, água ou chá de camomila e/ou espátula humedecida com água ou chá de camomila. ^{Ob}- Promover a hidratação ocular, assegurando o encerramento das pálpebras, ou através da aplicação de lágrimas artificiais e/ou soro fisiológico. ^{Ob}- Pentear o cabelo com suavidade. ^{Ob}- Manter hidratação da pele, através da aplicação de creme hidratante. ^{13, Ob}- Vigiar a integridade da pele. ^{13, Ob}- Realizar massagem de relaxamento. ^{Ob}- Executar tratamento à ferida maligna (se presente), atendendo ao controlo da dor, do odor e do exsudado e assegurado a simetria e dimensão adequados. ^{Ob}
Alimentação e Hidratação	<ul style="list-style-type: none">- Gerir a ingestão de alimentos e aporte de líquidos de acordo com a condição da pessoa. ^{5, Ob}- Avaliar a capacidade de deglutição. ^{5, Ob}- Oferecer alimentos na consistência adequada à tolerabilidade da pessoa. ⁵- Oferecer alimentos culturalmente adequados e de acordo com a sua preferência. ⁵
Posicionamento	<ul style="list-style-type: none">- Executar o posicionamento corporal da pessoa através de movimentos suaves. ^{3, 4 Ob, E}- Educar a pessoa acerca das medidas não farmacológicas promotoras do conforto, por exemplo através do posicionamento. ^E

Satisfação das Necessidades Fisiológicas

Necessidades Fisiológicas	Intervenções de Enfermagem
Eliminação	<ul style="list-style-type: none"> - Vigiar sinais de obstipação. ^{13, Ob} - Vigiar sinais de retenção urinária. ^{13, Ob}
Sono e Repouso	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar momentos de sono tranquilizador. ³ - Proporcionar períodos de repouso frequentes, atendendo ao alívio da fadiga. ⁵

Controlo de Sintomas Físicos

Sintomas	Intervenções de Enfermagem
Dor	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar sistematicamente a dor. ^{1, 4, 5, Ob} - Gerir e administrar terapêutica analgésica prescrita em SOS. ^{1,4, 11, Ob, E} - Manter a perfusão contínua de terapêutica analgésica, se indicado e de acordo com prescrição. ^G
Dispneia/ respiração ruidosa/ estertor	<ul style="list-style-type: none"> - Gerir oxigenoterapia. ^{6, Ob} - Elevar a cabeceira da cama. ^{Ob} - Gerir a administração de anticolinérgicos em SOS. ^{Ob} - Gerir adaptação ao equipamento de ventilação não-invasiva, quando necessário. ⁶
Aumento das secreções brônquicas	<ul style="list-style-type: none"> - Aspirar secreções brônquicas, apenas quando estritamente necessário. ^{6, Ob} - Facilitar a mobilização de secreções através da utilização de <i>cough assist</i>, de acordo com prescrição anterior e se indicado. ⁶
Confusão/ Agitação/ <i>Delirium</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar sinais e sintomas de <i>delirium</i> terminal. ¹¹ - Orientar a pessoa para a sua condição clínica atual. ^{Ob} - Gerir a administração de antipsicóticos, ansiolíticos, sedativos e neurolépticos em SOS. ^{Ob} - Manter a perfusão contínua de terapêutica sedativa. ^{Ob}
Naúseas e vómitos	<ul style="list-style-type: none"> - Gerir a administração de terapêutica anti-emética em SOS. ^{Ob} - Elevar a cabeceira da cama. ^{Ob}

Controlo de Sintomas Físicos

Sintomas	Intervenções de Enfermagem
Xerostomia	<ul style="list-style-type: none">- Promover a hidratação da mucosa oral, através da utilização de spray de saliva artificial, água ou chá de camomila e/ou espátula humedecida com água ou chá de camomila. ^{Ob}- Prestar os cuidados à mucosa oral. ^{3, 4, Ob}
Febre	<ul style="list-style-type: none">- Avaliar e monitorizar a temperatura corporal. ^{Ob}- Promover o arrefecimento natural no caso de presença de hipertermia. ^{Ob}

Gestão Terapêutica

Intervenções	<ul style="list-style-type: none">- Adequar a via de administração de terapêutica. ^{3, 5, Ob, E}- Ajustar horário da administração de terapêutica oral de acordo com o estado de sonolência/vigília e com a tolerância alimentar. ^{Ob}- Adequar a execução de procedimentos à situação clínica da pessoa, tendo por base a tomada de decisão sustentada numa ponderação ética. ^{3, Ob}- Discutir o plano de cuidados da pessoa com vista ao controlo sintomático, no seio da equipa multidisciplinar. ^E- Adequar os cuidados prestados e a terapêutica prescrita às reais necessidades da pessoa em UDHV. ^E
---------------------	--

CONFORTO PSICOESPIRITUAL

O conforto psicoespiritual da pessoa em situação de UDHV provém da combinação de aspetos mentais, emocionais e espirituais, e está relacionado com a consciência de si mesmo onde se inclui a autoestima, o conceito de si próprio, a sexualidade, o sentido de vida e a relação com um ser ou uma ordem superior (Kolcaba, 2003; Kolcaba et al, 1996). Contudo, é evidente a necessidade do enfermeiro, na sua intervenção, relacionar as necessidades de conforto físico e de conforto psicoespiritual da pessoa (Hold, 2017). As perdas físicas que a pessoa em situação de UDHV vivencia, leva à perda da sua autonomia e, conseqüentemente, influencia a sua autoestima. Este efeito pode levar ao aparecimento do desconforto psicoespiritual a que os enfermeiros devem estar atentos. A pessoa toma assim consciência da sua vulnerabilidade e da finitude da vida, o que gera habitualmente uma abertura à sua espiritualidade e à procura do conforto por meio da relação intrapessoal, e também com o transcendente (Coelho et al, 2016).

O papel do enfermeiro no apoio e acompanhamento da pessoa é fundamental, porém as manifestações de espiritualidade e a respostas às necessidades espirituais requerem uma sensibilidade e formação específicas para a obtenção dos resultados pretendidos (Barbosa, 2016). A avaliação do sofrimento espiritual é, por isso, importante e Barbosa (2016) sublinha alguns pressupostos necessários para os enfermeiros, tais como: *“sentir-se confortável com a insegurança existencial (...)”*; *“estar em contato interno com a sua própria espiritualidade (...)”*; *“comunicar eficientemente sobre esta dimensão de vida humana (...)”*; *“disponibilizar presença compassiva (...)”*; *“providenciar encorajamento pertinente e gradual para uma esperança realista (...)”* (p. 755).

Assim, a promoção da dignidade da pessoa em UDHV, o estabelecimento de uma relação enfermeiro-pessoa, o apoio à pessoa no processo de conclusão de vida e construção de um legado e a promoção da prática espiritual, exigem a execução de um leque de intervenções de enfermagem que visam a promoção do conforto psicoespiritual da pessoa em situação de UDHV e sua família.

Promoção da Dignidade

Intervenções

- Prestar cuidados assegurando o respeito e a promoção da dignidade da pessoa, independentemente da sua condição física. ^{5, 8, 13, Ob}
- Assistir a pessoa na realização das atividades de vida diárias, reforçando positivamente o seu valor e a sua dignidade. ^{5, 14}
- Incentivar a pessoa a participar no autocuidado, respeitando à sua condição física. ¹⁴
- Reforçar positivamente as capacidades mantidas. ¹⁴
- Atender à singularidade da pessoa respeitando os seus desejos e vontades, independentemente da sua condição. ^{8, E}
- Conhecer o outro e sua família na sua singularidade para a satisfação das necessidades de conforto psicológico e emocional. ^E
- Privilegiar a imagem corporal da pessoa atendendo aos aspetos estéticos. ^{3, Ob}
- Identificar os desejos e vontades da pessoa e da família acerca dos cuidados a prestar. ⁶
- Respeitar a vontade e os desejos manifestados pela pessoa e família, relativos à prestação de cuidados ^{5, 6}
- Discutir com a pessoa e família as preferências relacionadas com o local de morte. ⁵
- Identificar fatores promotores de paz e tranquilidade para a pessoa. ¹⁰
- Evita o confronto da pessoa com a ferida maligna (se presente) a menos que a pessoa manifeste essa vontade. ^{Ob}
- Avaliar o efeito do *delirium* terminal na pessoa (sentimentos como: angústia, inquietação, sofrimento). ¹¹
- Adotar uma atitude de normalização face à presença do *delirium* terminal. ¹¹
- Demonstrar disponibilidade para conversar com a pessoa e a família acerca do *delirium* terminal. ¹¹
- Encaminhar para assistente social, conselheiro espiritual ou psicólogo. ⁹

Relação Enfermeiro - Pessoa

Intervenções

- Demonstrar lealdade. ¹
- Demonstrar compaixão. ^{4, 8, Ob}
- Manter a fidelidade em relação às necessidades da pessoa. ¹
- Defender o melhor interesse da pessoa. ^{1, Ob}
- Disponibilizar tempo à pessoa e à família. ³
- Comunicar de forma clara e assertiva. ^{10, 11, Ob}
- Manter comunicação sincera e compassiva acerca da condição clínica da pessoa informando acerca do que esperar. ^{13, E}
- Demonstrar disponibilidade para escutar as preocupações da pessoa. ^{5, G}
- Escutar ativamente, transmitindo tranquilidade. ^{4, 5, 11, 12, 13, Ob, E}
- Estar presente. ^{3, 5, 9, 10, 12, Ob}
- Utilizar o toque. ^{3, 4, Ob}
- Estar atento a sinais de sofrimento. ^{12, Ob}
- Estabelecer relação de confiança com a pessoa e familiares/cuidadores, com base na verdade e na transmissão de segurança. ^{8, 10, Ob, E}
- Estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa de forma a promover a tranquilidade e o sentimento de segurança. ^{5, 8, 11, Ob E}
- Apoiar a pessoa na gestão dos sentimentos e emoções negativas (como angústia, raiva, zanga e/ou revolta). ^{8, 12}
- Dar tempo para a expressão de sentimentos e emoções. ^E
- Gerir a ansiedade da pessoa. ^{5, Ob}
- Estabelecer compromisso assegurando o não-abandono. ^{5, 13, Ob, E}
- Responder de forma atempada e efetiva às necessidades da pessoa e família. ^{8, E}
- Monitorizar as alterações de humor. ⁵

Apoio no Processo de Conclusão de Vida e Construção de um Legado

Intervenções	<ul style="list-style-type: none">- Demonstrar disponibilidade para conversar sobre a morte.⁵- Orientar a pessoa no processo de luto preparatório. ⁶- Apoiar a pessoa no luto preparatório. ^E- Implementar terapêutica de reminiscência. ⁶- Valorizar o legado que a pessoa quer deixar aos seus familiares. ⁶- Apoiar a pessoa na perda percebida.¹⁴
---------------------	--

Promoção da Prática Espiritual

Intervenções	<ul style="list-style-type: none">- Avaliar sinais de desconforto espiritual. ^{5, Ob}- Identificar desejos e crenças religiosas/ espirituais. ⁴- Identificar necessidades espirituais/religiosas, com vista a proporcionar o acompanhamento pelo conselheiro espiritual. ^E- Promover a prática religiosa/ e a sua espiritualidade. ^{1, 4}- Assegurar o cumprimento dos desejos e crenças religiosas/espirituais da pessoa, sempre que possível. ⁴- Garantir privacidade e o silêncio, para a prática espiritual. ⁵- Proporcionar apoio espiritual à pessoa e família através do acompanhamento do conselheiro espiritual, agilizando as suas visitas. ^{5, 11}- Valorizar os aspetos culturais, religiosos e rituais. ^{13, Ob}
---------------------	--

CONFORTO SOCIOCULTURAL

O conforto sociocultural está relacionado com a satisfação das necessidades relativas aos relacionamentos interpessoais, familiares e sociais, tendo sido também incluídos os aspetos da cultura, como: as histórias familiares, as tradições, a linguagem e os costumes (Kolcaba, 2003). Para a pessoa em situação de UDHV, os aspetos relacionados com as relações interpessoais e/ou familiares assumem uma importância especial, demonstrando-se promotoras de conforto por meio da partilha de afetos (Coelho et al, 2016). A família da pessoa em situação de UDHV vivencia, nesta fase, sentimentos ambivalentes relativos à proximidade da perda do seu ente querido, que leva ao aumento da ansiedade, acompanhada, maioritariamente, de sentimentos como o medo, a incerteza e a sensação de impotência (Neto, 2016).

O enfermeiro tem como papel, para a promoção do conforto da pessoa em situação de UDHV, assegurar a manutenção das relações interpessoais e familiares da pessoa e, por isso, deve privilegiar o seu acompanhamento pelas pessoas que lhe são mais próximas. Apesar da presença da família não ser isenta de experiências dolorosas, pode ajudar a refletir e compreender melhor a aproximação da morte do seu ente querido, a manter uma relação de confiança com os profissionais de saúde envolvidos possibilitando a partilha de sentimentos e emoções e a satisfação das suas próprias necessidades de conforto (Mossin e Landmark, 2011). Assim sendo, a relação construída entre o enfermeiro e a família é muito importante para assegurar o apoio à família nesta fase, garantindo assim a promoção do seu conforto, e também a prestação de cuidados de qualidade à pessoa em UDHV (Neto, 2016). É, também, de extrema importância o envolvimento da pessoa e da família no processo de tomada de decisão relativa à prestação de cuidados, para a obtenção do conforto como resultado da intervenção de enfermagem (Vendlinski e Kolcaba, 1997).

Assim, a relação que o enfermeiro estabelece e constrói com a família, o apoio que lhe presta e as estratégias de comunicação que utiliza visando, também, a sua educação reúnem um conjunto de intervenções de enfermagem promotoras de conforto da pessoa em UDHV e sua família.

Relação Família- Enfermeiro

Intervenções

- Construir uma relação de confiança com a família, de forma a transmitir segurança e diminuir a ansiedade. ^{3, E}
- Estabelecer uma relação empática e de confiança com a família, demonstrando abertura para a expressão de sentimentos e emoções. ^E
- Estabelecer relação terapêutica com os familiares cuidadores, tendo por base o cuidado compassivo, de forma a promover a sua satisfação, esperança e força espiritual durante a prestação de cuidados à pessoa em UDHV. ¹⁰
- Estar disponível para responder a questões da pessoa e família. ⁷
- Envolver os familiares no planeamento e na prestação dos cuidados à pessoa em UDHV. ^{2, 3, 5, 9, 10, E}
- Discutir o plano de cuidados da pessoa com a família, identificando as necessidades da mesma. ^{7, 8}
- Validar os cuidados prestados pelos familiares à pessoa em UDHV. ⁹
- Reforçar positivamente os cuidados prestados pela família. ⁴
- Assegurar momentos de partilha entre a pessoa, a família e os profissionais da equipa multidisciplinar. ³

Comunicação/ Educação à Família

Intervenções

- Planear a conferência familiar. ^E
- Esclarecer acerca dos sinais e sintomas de morte iminente. ^{7, 9, Ob}
- Educar a família acerca dos cuidados para a satisfação das necessidades da pessoa. ^{4, 9, Ob, E}
- Fornecer informação aos familiares acerca da necessidade na transição dos cuidados. ^{7, Ob}
- Fornecer informação verbal e escrita acerca dos recursos na comunidade disponíveis. ⁷
- Fornecer nome e contatos dos elementos da equipa que dá apoio na comunidade. ⁷

Apoio à Família

Intervenções

- Compreender como a família vivencia a situação clínica da pessoa. ^E
- Identificar e responder às necessidades da família. ^{3, E}
- Estar atento aos sinais de desconforto psicoespiritual da família. ^E
- Prestar apoio emocional à família. ^{3, 7, 10, 13, Ob}
- Informar a família acerca do que esperar. ^{7, 9, 11, Ob, E}
- Apoiar e orientar a família nas fases de luto. ^{5, 6}
- Prestar apoio emocional à família durante o processo de luto antecipatório. ⁹
- Incentivar a presença dos familiares junto da pessoa, de forma a fortalecer a sua relação. ¹⁰
- Privilegiar o acompanhamento dos familiares/ amigos. ^{4, Ob, E}
- Valorizar a permanência da família junto da pessoa, gerindo as normas e políticas do serviço. ^{5, Ob, E}
- Orientar a pessoa para a presença dos familiares durante a visita. ^{Ob}
- Compreender o nível de conhecimento da família sobre a situação clínica da pessoa. ^E
- Conhecer as expectativas da família. ^E
- Gerir expectativas da pessoa e da família. ^{9, Ob, E}
- Fomentar momentos de revisão de vida entre a pessoa e a família. ⁴
- Incentivar a atividades de reminiscência entre a pessoa e a família. ^{4,13}
- Dar tempo à família para exprimir sentimentos e emoções. ^{9, E}
- Validar os sentimentos dos familiares. ^{9, Ob}
- Facilitar a expressão de sentimentos e emoções entre a pessoa e os familiares, se adequado à dinâmica familiar. ^{4, Ob, E}
- Incentivar a expressão de sentimentos e preocupações da família. ¹³
- Incentivar o diálogo entre a família e a pessoa. ^{11, Ob, E}
- Incentivar a partilha de sentimentos sobre a morte entre a pessoa e a família. ⁵
- Proporcionar a realização de atividades da pessoa com os seus familiares. ⁶
- Apoiar na resolução de conflitos familiares, com vista a promoção do conforto da pessoa e família. ^E

Intervenções

- Favorecer a discussão acerca dos preparativos para o funeral, se a pessoa e/ou família expressar essa necessidade. ⁵
- Apoiar e incentivar a família a respeitar os desejos e vontades da pessoa. ^E
- Fomentar a despedida. ^{Ob, E}
- Avaliar sinais e sintomas de sobrecarga dos cuidadores/ familiares através do HCQ-F-PT[®]. ⁹
- Avaliar e aliviar sentimentos de culpa e/ou sobrecarga dos familiares. ^E
- Avaliar a angústia da família. ¹³
- Apoiar a família na gestão de sentimentos negativos (angústia, ansiedade, sofrimento, sensação de impotência). ^E
- Dar tempo à família para gerir as emoções negativas. ^E
- Assegurar compromisso de não abandono à família. ^E
- Avaliar o efeito do *delirium* terminal na família (angústia, inquietação, sofrimento). ¹¹
- Prestar apoio emocional à família que apresenta angústia e/ou sofrimento associados ao *delirium* terminal. ¹¹
- Encaminhar para os familiares para o apoio psicológico. ^{Ob}

CONFORTO AMBIENTAL

O conforto ambiental está relacionado com o meio envolvente, as condições e as influências externas à pessoa em situação de UDHV e sua família. Aqui se incluem os aspetos relacionados com a luz, o ruído, a temperatura ambiente, a vista da janela, o acesso à natureza e o contato com elementos naturais e/ou sintéticos (Kolcaba, 2003). A gestão das condições ambientais envolventes, para além de promoverem o conforto da pessoa em UDHV e sua família, podem auxiliar no controlo de sintomas como a agitação/*delirium* (Neto, 2016). Intervenções de suporte relacionadas com o ambiente são mesmo apontadas como medidas para o controlo do *delirium* terminal, promovendo o conforto da pessoa através do controlo da iluminação, do ruído e de outros estímulos externos, e proporcionando privacidade e acompanhamento por pessoas familiares (Barbosa, Gama e Lawlor, 2016).

Satisfação das Necessidades de Conforto Ambiental

Intervenções

- Proporcionar ambiente calmo e tranquilo. ^{3, 8, Ob}
- Planear em conjunto com a pessoa a adequação do ambiente, de forma a proporcionar conforto. ¹⁴
- Modificar o ambiente com base nas necessidades e desejos da pessoa. ⁵
- Gerir o ambiente de forma torná-lo calmo e tranquilo para a pessoa e família. ¹³
- Assegurar a privacidade da pessoa e da família. ^{3, 5, Ob}
- Promover a redução de ruído. ^{3, Ob}
- Promover um ambiente com iluminação adequada. ^{3, Ob}
- Utilizar tom de voz calmo, tranquilo e suave. ^{3, 8, 11, Ob}
- Adotar uma atitude calma. ¹²
- Diminuir a velocidade dos movimentos. ³

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os enfermeiros têm um papel preponderante na promoção do conforto da pessoa em UDHV e da sua família em contexto de internamento numa UCPA. Por isso, a identificação das necessidades de conforto deve ser sustentada na avaliação do conforto da pessoa em UDHV e da sua família através da utilização de instrumentos ao como: a HCQ-PT-DC[®], e o HCQ-F-PT[®].

As necessidades de conforto da pessoa em UDHV podem ter origem em qualquer dos contextos da experiência humana (físico, psicoespiritual, sociocultural, ambiental) sendo que, independentemente da sua origem, todas as necessidades de conforto se relacionam para que seja possível alcançar o conforto holístico. Os cuidados de enfermagem que visam a promoção do conforto exigem o envolvimento ativo da pessoa e da família que é facilitado pela experiência prática dos enfermeiros que exercem funções em CP (Vendlinski et al, 1997). Deste modo, a formação avançada dos enfermeiros torna-se um dos aspetos mais importante nesta área da prestação de cuidados, de forma a assegurar o conforto da pessoa em UDHV e sua família. Pretende-se, por isso, que este Guia constitua uma ferramenta que orienta a prática dos enfermeiros que prestam cuidados diariamente à pessoa em situação de UDHV e sua família numa UCP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbosa, A. (2016). Espiritualidade. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. e Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 737- 780). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Barbosa, A., Gama, G. e Lawlor, P. (2016). Confusão/*Delirium*. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. e Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p.297-316). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Blinderman, C. e Billings, J. (2015). Comfort Care for Patients Dying in the Hospital. *The New England Journal of Medicine*. 373 (26), 2549-2561. DOI: 10.1056/NEJMra1411746
- Braga, B., Rodrigues, J., Alves, M. e Neto, I. (2017). Guia Prático da Abordagem da Agonia. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. 24 (1), p. 48-55. Acedido a 16/06/2021. Disponível em https://www.spmi.pt/revista/vol24/vol24_n1_2017_48_55.pdf
- Coelho, A., Parola, V., Escobar-Bravo, M. e Apóstolo, J. (2016). Comfort experience in palliative care: a phenomenological study. *BioMed Central Palliative Care*. 15 (71), 1-8. DOI: 10.1186/s12904-016-0145-0
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2021). *Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos*. Acedido a 26/12/2021. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>
- Costa, B. e Silva, D. (2021). Performance of the nursing team in palliative care. *Research, Society and Development*. 10 (2), 1-16. DOI: 10.33448/rsd-v10i2.12553
- Dowd, T. (2004). Teoria do Conforto. In Alligood, M. e Tomey, A. (5ª ed) *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (p.481-496). Loures: Lusociência.
- Dunn, K., Otten, C., e Stephens, E. (2005). Nursing Experience and the Care of Dying Patients. *Oncology Nursing Forum*. 32 (1), 97- 104. DOI: 10.1188/05.ONF.97-104.
- Gomes, A. (2010). O Cuidados e o doente em fim de vida – família e/ou pessoa significativa. *Enfermería Global*. (18), 1-9. Acedido a 12/06/2021. Disponível em:https://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/pt_revision3.pdf.

- Hold, J. (2017). A good death: Narratives of experiential nursing ethics. *Nursing Ethics*, 24(1), 9–19. DOI: 10.1177/0969733015602051
- Kolcaba, K. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Journal of Nursing Scholarship*. 23 (4), 237-240. DOI:10.1111/j.15475069.1991.tb00678.x
- Kolcaba, K. (2001). Evaluation of the Mid Range Theory of Comfort for Outcomes Research. *Nursing Outlook*. 49 (2), 86-92. DOI: 10.1067/mno.2001.110268
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice – A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Kolcaba, K. e Fisher, E. (1996). A Holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Critical Care Nursing Quarterly*. 18(4), 66-76. DOI: 10.1097/00002727-199602000-00009.
- Lei n.º 52/2012. Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Ministério da Saúde. *Diário da República*, I Série (Nº172 de 05-09-2012), 5119 – 5124. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/52/2012/09/05/p/dre/pt/html>
- Lei n.º 156/2015. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (Nº181 de 16-09-2015), 8059-8105. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Marques, R., Dixe, M., Querido, A. e Sousa, P. (2016). Revalidação do *Holistic Comfort Questionnaire – Family* para cuidadores de pessoas com doença crónica avançada. *Revista de Enfermagem Referência*. Série IV (11), 91-100. DOI: 10.12707/RIV16060
- Mossin, H. e Landmark, B. (2011). Being present in hospital when the patient is dying - A grounded theory study of spouses experiences. *European Journal of Oncology Nursing*. (15), 382-389. DOI: 10.1016/j.ejon.2010.11.005
- Neto, I. (2016). Cuidados na Agonia. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. e Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 317 – 330). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Neto, I. (2016). Cuidados Paliativos: Princípios e Conceitos Fundamentais. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. e Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 1 – 22). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Querido, A. e Dixe, M. (2012). *A promoção da esperança em fim de vida Avaliação da efetividade de um programa de intervenção em pessoas com doença crónica*

avançada e progressiva - (Tese de Doutorado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/13418>

- Radbruch, L., De Lima, L., Knaul, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., ... Pastrana, T. (2020). Redefining Palliative Care – a New Consensus-based Definition. *Journal of Pain and Symptom Management*. 60 (4), 754-764. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.027.
- Vendlinski, S. e Kolcaba, K. (1997). Comfort Care: a framework for hospice nursing. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*. 271-276. DOI: 10.1177/104990919701400602

Referências bibliográficas que constituem a fonte das intervenções

¹Hold, J. (2017). A good death: Narratives of experiential nursing ethics. *Nursing Ethics*, 24(1), 9–19. DOI: 10.1177/0969733015602051

²Hovland, C. e Kramer, B. (2019). Barriers and Facilitators to Preparedness for Death: Experiences of Family Caregivers of Elders with Dementia. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 15(1), 55–74. DOI: 10.1080/15524256.2019.1595811

³Oliveira, I., Fothergill-Bourbonnais, F., McPherson, C. e Vanderspank-Wright, B. (2016). Battling a Tangled Web: The Lived Experience of Nurses Providing End-of-Life Care on an Acute Medical Unit. *Research & Theory for Nursing Practice*, 30(4), 353–378. DOI: 10.1891/1541-6577.30.4.353

⁴Zheng, R., Guo, Q., Dong, F. e Owens, R. (2015). Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 288–296. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2014.09.009

⁵Kisvetrová, H., Vévodová, Š. e Školoudík, D. (2018). Comfort-Supporting Nursing Activities for End-of-Life Patients in an Institutionalized Environment. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 50(2), 126–133. DOI: 10.1111/jnu.12341

⁶Price, D. e Knotts, S. (2017). Communication, Comfort, and Closure for the Patient with Cystic Fibrosis at the End of Life: The Role of the Bedside Nurse. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 19(4), 298–304. DOI: 10.1097/NJH.0000000000000362

⁷Merlane, H. e Booth, Z. (2020). Discharge planning in end-of-life care. *British Journal of Nursing*, 29(4), 202–203. DOI: 10.12968/bjon.2020.29.4.202

- ⁸Lo Monaco, M., Mallaci Bocchio, R., Natoli, G., Scibetta, S., Bongiorno, T., Argano, C. ... Corrao, S. (2020). Human relationships in patients' end-of-life: a qualitative study in a hospice ward. *Internal and Emergency Medicine*, 15(6), 975–980. DOI: 10.1007/s11739-019-02254-6
- ⁹Martz, K. (2015). Actions of Hospice Nurses to Alleviate Guilt in Family Caregivers During Residential Care Transitions. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 17(1), 48–55. DOI: 10.1097/NJH.0000000000000122
- ¹⁰Lalani, N., Duggleby, W. e Olson, J. (2019). Rise Above: Experiences of Spirituality Among Family Caregivers Caring for Their Dying FamilyMember in a Hospice Setting in Pakistan. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 21(5), 422–429. DOI: 10.1097/NJH.0000000000000584
- ¹¹Wholihan, D. (2016). Seeing the Light. *Nursing Clinics of North America*, 51(3), 489–500. DOI: 10.1016/j.cnur.2016.05.005
- ¹²Duffy, M. (2016). “An Immutably Personal Process”: A Hospice Nurse Contemplates Uncontrol. *AJN American Journal of Nursing*, 116(2), 59. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000480498.63846.34
- ¹³Bander, P. (2017). Palliative Sedation: When Suffering Is Intractable at End of Life. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 19(5), 394–403. DOI: 10.1097/NJH.0000000000000368
- ¹⁴Mori, M., Sasahara, T., Morita, T., Aoyama, M., Kizawa, Y., Tsuneto, S. ... Miyashita, M. (2019). Achievement of a good death among young adult patients with cancer: analyses of combined data from three nationwide surveys among bereaved family members. *Supportive Care in Cancer*, 27(4), 1519–1527. DOI: 10.1007/s00520-018-4539-9

ANEXOS

Instrumentos de avaliação

ANEXO I - Escala de Conforto Holístico – Doentes Crónicos

HCQ-PT-DC[©]

ESCALA DE CONFORTO HOLÍSTICO HCQ – PT-DC®

			Discordo			Concordo		
			Totalmente			Totalmente		
			1	2	3	4	5	6
ALSOC	1*	<i>Estou preocupado com a minha família</i>						
TRSOC	2	<i>A minha enfermeira (enfe) dá-me esperança</i>						
TRPSI	2	<i>Neste momento a minha vida tem mérito / vale a pena</i>						
TQSOC	4	<i>Sei que sou amado</i>						
TRAM	5	<i>Este lugar é agradável</i>						
ALFIS	6*	<i>Tenho dificuldade em descansar</i>						
ALSOC	7*	<i>Ninguém me compreende</i>						
ALFIS	8*	<i>É difícil aguentar a minha dor</i>						
TQPSI	9	<i>Sinto-me em paz</i>						
ALFIS	10	<i>Durmo bem</i>						
TQPSI	11*	<i>Sinto-me culpado</i>						
TRAM	12	<i>Gosto de aqui estar</i>						
TRAM	13	<i>Fiz a escolha certa ao escolher este local</i>						
ALPSI	14*	<i>Tenho medo do que está para vir</i>						
TQSOC	15	<i>Tenho pessoas especiais que me fazem sentir estimado / querido</i>						
ALPSI	16*	<i>Tenho sentido mudanças que me fazem sentir apreensivo/preocupado</i>						
TQSOC	17	<i>Sinto-me bem com as minhas relações pessoais</i>						
TQFIS	18*	<i>Estou constantemente a pensar no meu mal-estar</i>						
TQSOC	19	<i>Os meus amigos recordam-se de mim enviando cartões, mensagens ou telefonemas</i>						
TRAM	20*	<i>Sinto-me deslocado</i>						
ALSOC	21*	<i>Preciso de estar melhor informado sobre o meu estado</i>						
TQPSI	22*	<i>Sinto-me só</i>						
ALPSI	23*	<i>Estou deprimido</i>						
TQPSI	24	<i>Encontrei o sentido da minha vida</i>						
TRSOC	25	<i>Olhando para trás tenho tido uma vida boa</i>						
TRAM	26*	<i>O estado de espírito dos meus entes queridos faz-me sentir triste</i>						

*Itens invertidos

©Versão portuguesa traduzida e adaptada por Ana Querido e Maria dos Anjos Dixe

Instruções de Utilização

A Escala Portuguesa de Conforto Holístico para os doentes crónicos - HCQ – PT- DC foi desenvolvida para autopreenchimento, devendo ser garantida a capacidade cognitiva do doente para tal.

A aplicação pode ser realizada através de entrevista face-a-face ou por autopreenchimento.

Para efeitos de tratamento estatístico, deve inverter-se a pontuação atribuída aos itens elaborados na forma negativa, identificados por *.

No total a escala é composta por 26 itens que avaliam o Conforto em três fatores: Alívio (AL); Tranquilidade (TQ) e Transcendência (TR), correspondentes aos estados de conforto.

Os estados de conforto acontecem em quatro contextos avaliados pelos itens da escala: Físico (FIS); Psicoespiritual (PSI), Sociocultural (SOC) e Ambiental (AMB).

Cada um dos itens avalia um estado e um contexto de conforto, identificados pela combinação das siglas acima indicadas.

Pontuações mais altas da escala deverão corresponder a maior nível de conforto.

ANEXO II -Questionário de Conforto Holístico– Família – PT

HCQ-F-PT[®]

QUESTIONÁRIO DE CONFORTO HOLÍSTICO - FAMÍLIA - PT

HCQ-F-PT[®]

	Discordo			Concordo		
	Totalmente			Totalmente		
1. Neste momento, sinto o meu corpo relaxado	1	2	3	4	5	6
2. Nós não temos privacidade suficiente	1	2	3	4	5	6
3. Tenho a quem recorrer quando preciso de ajuda	1	2	3	4	5	6
4. Preocupo-me com a minha família	1	2	3	4	5	6
5. A minha fé /crença dá-me paz de espírito	1	2	3	4	5	6
6. O(s) nosso(s) enfermeiro(s) dão-me esperança	1	2	3	4	5	6
7. Neste momento a minha vida não tem valor	1	2	3	4	5	6
8. Sei que sou amado(a)	1	2	3	4	5	6
9. Este local é agradável	1	2	3	4	5	6
10. Tenho dificuldade em descansar	1	2	3	4	5	6
11. Ninguém me compreende	1	2	3	4	5	6
12. É difícil aguentar a minha dor emocional	1	2	3	4	5	6
13. Sinto-me em paz	1	2	3	4	5	6
14. Tenho medo de dormir	1	2	3	4	5	6
15. Sinto-me culpado(a)	1	2	3	4	5	6
16. Não gosto disto aqui	1	2	3	4	5	6
17. Não tenho apetite	1	2	3	4	5	6
18. Fizemos a escolha certa ao escolher este local	1	2	3	4	5	6
19. Este quarto/local faz-me sentir assustado(a)	1	2	3	4	5	6
20. Tenho medo do que está para vir	1	2	3	4	5	6
21. Tenho pessoa(s) especial(is) que me faz(em) sentir querido(a)	1	2	3	4	5	6
22. Tenho sentido mudanças que me fazem sentir apreensivo	1	2	3	4	5	6
23. Gosto que o quarto/este local onde se encontra o meu/minha ente querido(a) seja calmo	1	2	3	4	5	6
24. Gostávamos de ver o médico mais vezes	1	2	3	4	5	6

	Discordo			Concordo		
	Totalmente			Totalmente		
25. A temperatura ambiente deste quarto/local é agradável	1	2	3	4	5	6
26. Quando esta situação estiver ultrapassada será difícil retomar as minhas antigas responsabilidades	1	2	3	4	5	6
27. Consigo ultrapassar esta situação	1	2	3	4	5	6
28. Por aqui, o ambiente em volta é deprimente	1	2	3	4	5	6
29. Preciso de uma cadeira ou cama cómoda (aconchegante)	1	2	3	4	5	6
30. Esta vista inspira-me	1	2	3	4	5	6
31. Olhando para trás, tivemos uma vida boa	1	2	3	4	5	6
32. Aqui sinto-me deslocado(a)	1	2	3	4	5	6
33. Sinto-me com força suficiente para fazer coisas pelo(a) meu/minha ente querido(a)	1	2	3	4	5	6
34. Estou sempre a pensar no mal-estar do(a) meu/minha ente querido(a)	1	2	3	4	5	6
35. Sinto-me espiritualmente confiante	1	2	3	4	5	6
36. Preciso de estar mais bem informado(a) sobre o estado do(a) meu/minha ente querido(a)	1	2	3	4	5	6
37. Sinto-me desamparado(a)	1	2	3	4	5	6
38. Estamos bem com as nossas relações pessoais	1	2	3	4	5	6
39. Este quarto/local cheira a fresco (limpo/arejado)	1	2	3	4	5	6
40. Sinto-me só	1	2	3	4	5	6
41. Consigo dizer às pessoas o que preciso	1	2	3	4	5	6
42. Sinto-me deprimido(a)	1	2	3	4	5	6
43. Encontrámos sentido nesta experiência	1	2	3	4	5	6
44. Os nossos amigos recordam-se de nós enviando cartões, mensagens ou telefonemas	1	2	3	4	5	6
45. O estado mental do(a) meu/minha ente querido(a) entristece-me	1	2	3	4	5	6
46. Penso muito no futuro	1	2	3	4	5	6
47. O meu/minha ente querido(a) está limpo(a) e seco(a)	1	2	3	4	5	6
48. Estou preocupado(a) com as minhas finanças (dinheiro)	1	2	3	4	5	6
49. O meu Deus está a ajudar-me	1	2	3	4	5	6

**ANEXO III - *Discomfort Scale for Dementia of the Alzheimer's Type*
(DS-DAT) (em publicação)**

APÊNDICE XI
Sessão de Formação – Estágio C

**Promoção do Conforto da Pessoa nos
Últimos Dias/Horas de Vida e sua Família
numa Unidade de Cuidados Paliativos
- Intervenção de Enfermagem -**

Sessão de Formação

**12º Curso de Mestrado em Enfermagem:
Área de Especialização Enfermagem Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem
Oncológica**

Unidade Curricular: Estágio com Relatório



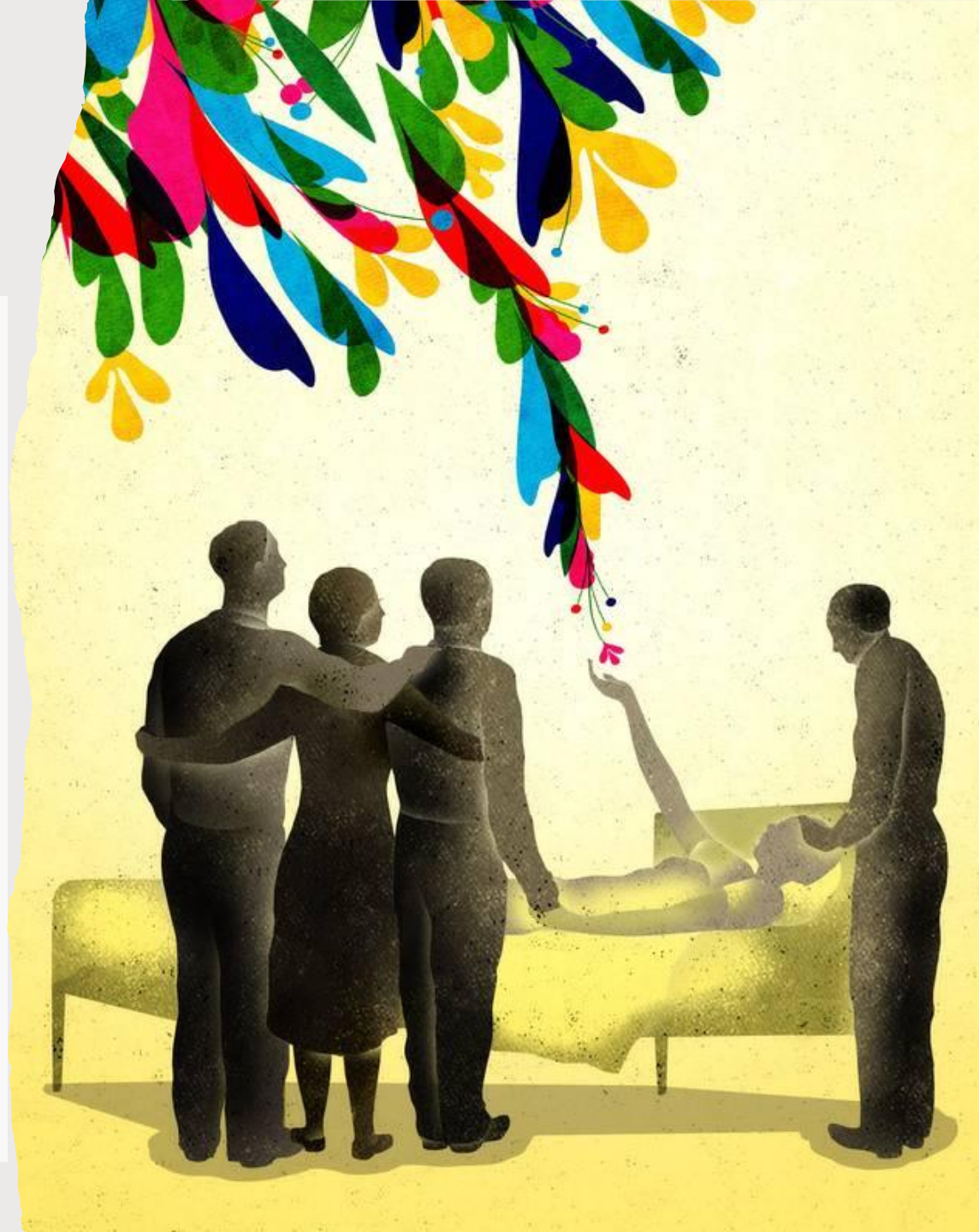
Elaborado por: Inês Arcadinho

Professora Orientadora: Sandra Neves

**Enfª Orientadoras: Sónia Santos e Mariana
Van Innis**

Sumário

- Cuidar da Pessoa nos UDHV e sua Família
- O Papel do Enfermeiro nos Cuidados à Pessoa em UDHV
- O Conforto na UCP
- Avaliação do Conforto
- Intervenções de Enfermagem no:
 - Conforto Físico
 - Conforto Psicoespiritual
 - Conforto Sociocultural
 - Conforto Ambiental



Cuidar da Pessoa nos UDHV e sua Família

Os UDHV são, muitas vezes, definidos como a fase de agonia, e apesar de não existir consenso temporal que os defina, Neto (2016) afirma que pode variar entre 1 a 14 dias antes da morte.

- a pessoa experiencia mudanças clínicas e fisiológicas;
- existe o aparecimento de novos sintomas e/ou agravamento daqueles já existentes.

(Neto, 2016)

Importante!

O principal objetivo dos cuidados à pessoa em situação de UDHV e sua família é a promoção do conforto e da dignidade.

(Neto, 2016)

A identificação dos sinais clínicos de que a pessoa se encontra em situação de UDHV no contexto de uma doença avançada, progressiva e incurável.

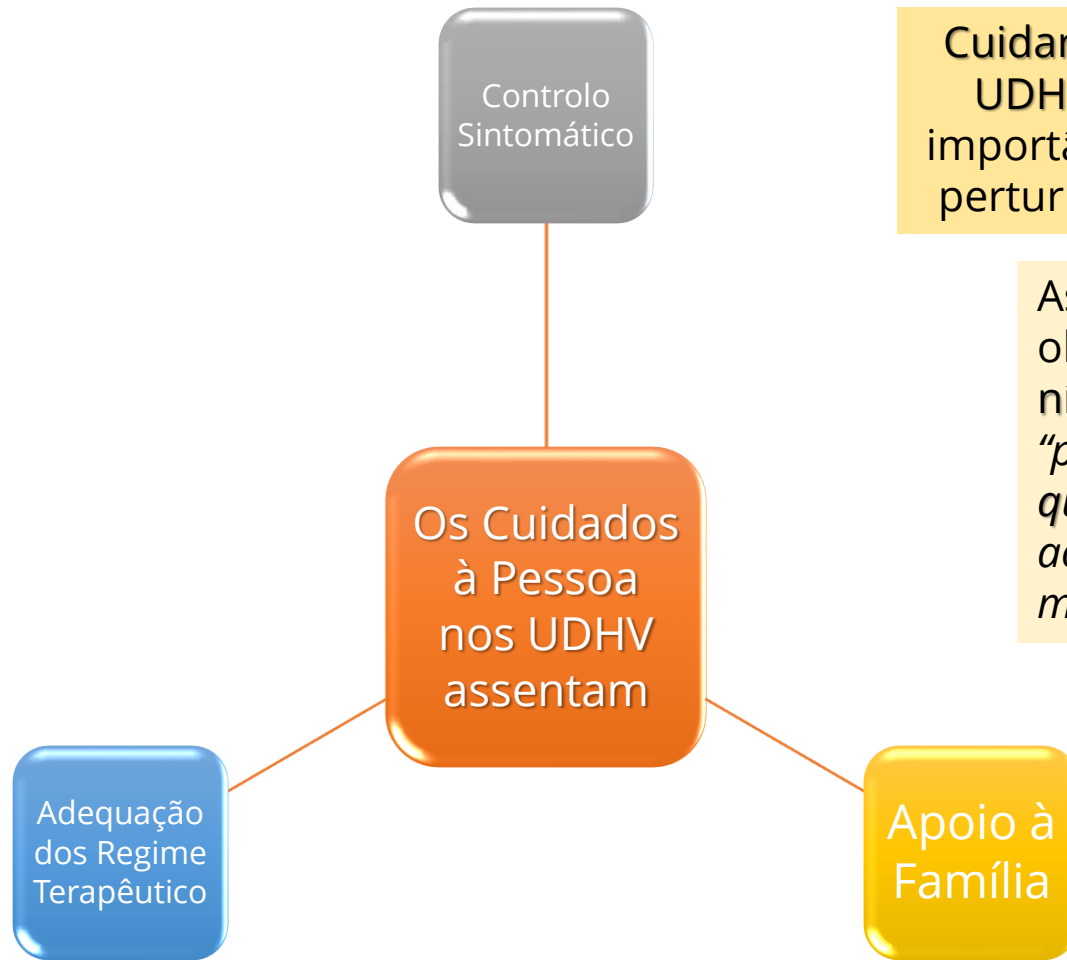


Adequar os cuidados de forma a privilegiar o conforto.

Neto, 2016; Braga et al, 2017



Cuidar da Pessoa em UDHV e sua Família



Cuidar da pessoa em situação de UDHV pressupõe dar a devida importância a tudo o que altere ou perturbe a sua qualidade de vida.

As intervenções devem ter como objetivo final a maximização dos níveis de conforto da pessoa, *“promovendo a dignidade e a qualidade de vida, sem o intuito de acelerar ou atrasar o processo de morte”*. Gomes, 2010; Neto, 2016, p.319

(Neto, 2016; Braga et al, 2017)



O Papel do Enfermeiro nos Cuidados à Pessoa em UDHV

Os estatutos da Ordem dos Enfermeiros contemplam o dever Do Respeito da Pessoa em Situação de Fim de Vida (Artigo 108º), em que o enfermeiro deve:

“a) Defender e promover o direito da pessoa à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem em situação de fim de vida;

b) Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pela pessoa em situação de fim de vida, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas;

c) Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte”.

Lei n.º 156/2015, p. 8080

Estudos revelam que os enfermeiros sentem desconforto na prestação de cuidado à pessoa em situação de UDHV, apesar de identificarem a importância da sua intervenção.

Sublinham que a formação neste âmbito é primordial. Porém a aprendizagem com base na experiência prática também demonstra ser facilitadora.

Dunn, Otten e Stephens, 2005; Costa e Silva, 2021

O Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP), identifica muitas necessidades formativas por colmatar dentro e fora das equipas especializadas em cuidados paliativos, para garantir acessibilidade a cuidados paliativos de qualidade para toda a população de uma forma universal e equitativa.

(CNCP, 2021)



O Conforto na UCP

O **conforto holístico** é experiência imediata de ser fortalecido por ver satisfeitas as suas necessidades nos três tipos de conforto (**alívio, tranquilidade, transcendência**), nos quatro contextos da experiência humana (**físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental**).

Dowd, 2004; Kolcaba, 1991; Kolcaba, 2003



A UCP é considerada um espaço promotor de conforto:

- um contexto terapêutico adequado às suas necessidades;
- com competência técnica e humana no sentido da eficácia do controlo sintomático;
- cuidado compassivo num ambiente diferenciado promotor da esperança;
- o relacionamento interpessoal, transpessoal e intrapessoal.

A UCP é considerada um espaço promotor de desconforto:

- à tomada de consciência da pessoa em relação à sua vulnerabilidade;
- à vivência de perdas e à incapacidade de transcender que pode resultar na vivência de um processo de negação, mas também na abertura à espiritualidade.

Coelho, Parola, Escobar-Bravo e Apóstolo, 2016

Avaliação do Conforto

Além dos sintomas físicos, existem outros fatores que influenciam significativamente a experiência de conforto e/ou desconforto da pessoa em UDHV e sua família numa UCP que devem ser levados em consideração no planeamento da intervenção de enfermagem.

Coelho, Parola, Escobar-Bravo e Apóstolo, 2016



Papel da Enfermagem na Promoção do Conforto

Intervenções

- Identificar precocemente os sinais e sintomas de morte iminente. ⁷
- Avaliar o conforto da pessoa através de instrumentos validados. ²
- Identificar as necessidades de conforto prioritários da pessoa. ^{5, E}
- Avaliar o desconforto da pessoa através de instrumentos validados. ²
- Vigiar sinais de desconforto, no sentido de minimizá-los. ^{3, 5, G, E}
- Monitorizar sinais de deterioração das capacidades físicas e mentais. ⁵

**Escala de Conforto Holístico
- Doentes Crónicos
([HCQ-PT-DC](#))**

**Holistic Comfort Questionnaire-
Family- Versão Portuguesa
([HCQ-F-PT](#))**

**Discomfort Scale for Dementia
of the Alzheimer's Type
([DC-DAT](#))**

Avaliação do Conforto

Escala de Conforto Holístico – Doentes Crónicos (HCQ-PT-DC)

	Concordo Totalmente			Discordo Totalmente		
	1	2	3	4	5	6
1- Estou preocupado com a minha família						
2- A minha enfermeira (enj ^o) dá-me esperança						
3- Neste momento a minha vida tem mérito / vale a pena						
4- Sei que sou amado						
5- Este lugar é agradável						
6- Tenho dificuldade em descansar						
7- Ninguém me compreende						
8- É difícil aguentar a minha dor						
9- Sinto-me em paz						
10- Durmo bem						
11- Sinto-me culpado						
12- Gosto de aqui estar						
13- Fiz a escolha certa ao escolher este local						
14- Tenho medo do que está para vir						
15- Tenho pessoas especiais que me fazem sentir estimado / querido						
16- Tenho sentido mudanças que me fazem sentir apreensivo/preocupado						
17- Sinto-me bem com as minhas relações pessoais						
18- Estou constantemente a pensar no meu mal-estar						
19- Os meus amigos recordam-se de mim...						
20- Sinto-me deslocado						
21- Preciso de estar melhor informado sobre o meu estado						
22- Sinto-me só						
23- Estou deprimido						
24- Encontrei o sentido da minha vida						
25- Olhando para trás tenho tido uma vida boa						
26- O estado de espírito dos meus entes queridos faz-me sentir triste						

©Versão portuguesa traduzida e adaptada por Querido e Dixe (2012)

Nicolau, 2013

Avaliação do Conforto

Holistic Comfort Questionnaire- Family- Versão Portuguesa (HCQ-F-PT)

	Discordo			Concordo		
	Totalmente			Totalmente		
1. Neste momento, sinto o meu corpo relaxado	1	2	3	4	5	6
2. Nós não temos privacidade suficiente	1	2	3	4	5	6
3. Tenho a quem recorrer quando preciso de ajuda	1	2	3	4	5	6
4. Preocupo-me com a minha família	1	2	3	4	5	6
5. A minha fé /crença dá-me paz de espírito	1	2	3	4	5	6
6. O(s) nosso(s) enfermeiro(s) dão-me esperança	1	2	3	4	5	6
7. Neste momento a minha vida não tem valor	1	2	3	4	5	6
8. Sei que sou amado(a)	1	2	3	4	5	6
9. Este local é agradável	1	2	3	4	5	6
10. Tenho dificuldade em descansar	1	2	3	4	5	6
11. Ninguém me compreende	1	2	3	4	5	6
12. É difícil aguentar a minha dor emocional	1	2	3	4	5	6
13. Sinto-me em paz	1	2	3	4	5	6
14. Tenho medo de dormir	1	2	3	4	5	6
15. Sinto-me culpado(a)	1	2	3	4	5	6
16. Não gosto disto aqui	1	2	3	4	5	6
17. Não tenho apetite	1	2	3	4	5	6
18. Fizemos a escolha certa ao escolher este local	1	2	3	4	5	6
19. Este quarto/local faz-me sentir assustado(a)	1	2	3	4	5	6
20. Tenho medo do que está para vir	1	2	3	4	5	6
21. Tenho pessoa(s) especial(is) que me faz(em) sentir querido(a)	1	2	3	4	5	6
22. Tenho sentido mudanças que me fazem sentir apreensivo	1	2	3	4	5	6
23. Gosto que o quarto/este local onde se encontra o meu/minha ente querido(a) seja calmo	1	2	3	4	5	6
24. Gostávamos de ver o médico mais vezes	1	2	3	4	5	6

	Discordo			Concordo		
	Totalmente			Totalmente		
25. A temperatura ambiente deste quarto/local é agradável	1	2	3	4	5	6
26. Quando esta situação estiver ultrapassada será difícil retomar as minhas antigas responsabilidades	1	2	3	4	5	6
27. Consigo ultrapassar esta situação	1	2	3	4	5	6
28. Por aqui, o ambiente em volta é deprimente	1	2	3	4	5	6
29. Preciso de uma cadeira ou cama cómoda (acouchegante)	1	2	3	4	5	6
30. Esta vista inspira-me	1	2	3	4	5	6
31. Olhando para trás, tivemos uma vida boa	1	2	3	4	5	6
32. Aqui sinto-me deslocado(a)	1	2	3	4	5	6
33. Sinto-me com força suficiente para fazer coisas pelo(a) meu/minha ente querido(a)	1	2	3	4	5	6
34. Estou sempre a pensar no mal-estar do(a) meu/minha ente querido(a)	1	2	3	4	5	6
35. Sinto-me espiritualmente confiante	1	2	3	4	5	6
36. Preciso de estar mais bem informado(a) sobre o estado do(a) meu/minha ente querido(a)	1	2	3	4	5	6
37. Sinto-me desamparado(a)	1	2	3	4	5	6
38. Estamos bem com as nossas relações pessoais	1	2	3	4	5	6
39. Este quarto/local cheira a fresco (limpo/arejado)	1	2	3	4	5	6
40. Sinto-me só	1	2	3	4	5	6
41. Consigo dizer às pessoas o que preciso	1	2	3	4	5	6
42. Sinto-me deprimido(a)	1	2	3	4	5	6
43. Encontrámos sentido nesta experiência	1	2	3	4	5	6
44. Os nossos amigos recordam-se de nós enviando cartões, mensagens ou telefonemas	1	2	3	4	5	6
45. O estado mental do(a) meu/minha ente querido(a) entristece-me	1	2	3	4	5	6
46. Penso muito no futuro	1	2	3	4	5	6
47. O meu/minha ente querido(a) está limpo(a) e seco(a)	1	2	3	4	5	6
48. Estou preocupado(a) com as minhas finanças (dinheiro)	1	2	3	4	5	6
49. O meu Deus está a ajudar-me	1	2	3	4	5	6



Avaliação do Conforto

Discomfort Scale for Dementia of the Alzheimer's Type (DC-DAT)

Behavioral Indicators	Frequency (# of episodes in 5 min)	**Intensity low/high	Duration short <1 min, long >1 min.
Noisy Breathing: negative sounding noise on inspiration or expiration, breathing looks strenuous, labored, or wearing; respirations sound loud, harsh, or gasping; difficulty breathing or trying hard at attempting to achieve a good gas exchange; episodic bursts of rapid breaths or hyperventilation.			
Negative Vocalization: noise or speech with a negative or disapproving quality; hushed low sounds such as constant muttering with a guttural tone; monotone, subdued, or varying pitched sound with a definite unpleasant sound; faster rate than a conversation or drawn out as in a moan or groan; repeating the same words with a mournful tone; expressing hurt or pain.			
Lack of Content Facial Expression: pleasant calm looking face; tranquil, at ease or serene; relaxed facial expression with a slack unclenched jaw; overall look is one of peace.			
Sad Facial Expression: troubled looking face, looking hurt, worried, lost or lonesome; distressed appearance; sunken, "hound dog" look with lackluster eyes; tears; crying.			
Frightened Facial Expression: scared, concerned looking face; looking bothered fearful or troubled; alarmed appearance with open eyes and pleading face.			
Frown: face looks strained; stern or scowling look, displeased expression with wrinkled brow and creases in the forehead; corners of the mouth turned down.			
Lack of Relaxed Body Language: easy openhanded position; looking of being in a restful position and may be cuddled up or stretched out; muscles look normal firmness and joints are without stress; look of idle, lazy or "laid back" appearance of "just killing the day"; casual.			
Tense Body Language: extremities show tension; wringing hands, clenched fist, or knees pulled tightly; look of being in strained or inflexible position.			
Fidgeting: restless impatient movements; acts squirmy or jittery; appearance of trying to get away from hurt area; forceful touching, tugging, or rubbing of body parts.			
Score			

Adapted with permission from Hurley A et al, *Assessment of Discomfort in Advanced Alzheimer's Patients*, *Research in Nursing & Health*. 1992, 15, 369-377. John Wiley and Sons Inc.

Conforto Físico

O **conforto físico** da pessoa em UDHV está relacionado com as sensações corporais e mecanismos homeostáticos que podem ou não estar relacionados com diagnósticos específicos. Remete para a satisfação das necessidades do corpo como a higienização, o posicionamento, o controlo dos sintomas mais frequentes na pessoa em situação de UDHV.

Kolcaba, 2003; Kolcaba e Fisher, 1996

Sintomas que são mais frequentes:

- confusão/*delirium* (55%)
- respiração ruidosa/estertor (45%)
- agitação (43%)
- dor (26%)
- dispneia (25%)
- náuseas e/ou vômitos (14%)
- xerostomia
- presença ou aumento de secreções brônquicas
- febre
- ansiedade e/ou insónia
- obstipação

Blinderman e Billings, 2015 ; Neto, 2016

Satisfação das Necessidades Fisiológicas

Controlo de Sintomas Físicos

Gestão Terapêutica



Conforto Físico

Satisfação das Necessidades Fisiológicas



Necessidades Fisiológicas	Intervenção de Enfermagem
Higiene e Cuidados ao Corpo, Pele e Mucosas	<ul style="list-style-type: none">- Prestar os cuidados de higiene à pessoa adequados ao seu nível de autonomia. ^{3, 4, 13 G}- Prestar os cuidados à mucosa oral. ^{3, 4 G}- Promover a hidratação da mucosa oral, através da utilização de spray de saliva artificial, água ou chá de camomila e/ou espátula humedecida com água ou chá de camomila. ^G- Pentear o cabelo com suavidade. ^G- Manter hidratação da pele, através da aplicação de creme hidratante. ^{13 G}- Vigiar a integridade da pele. ^{13, G}- Gerir a ingestão de alimentos e aporte de líquidos de acordo com a condição da pessoa. ^{5 G}
Alimentação e Hidratação	<ul style="list-style-type: none">- Avaliar a capacidade de deglutição. ^{5, G}- Oferecer alimentos na consistência adequada à tolerabilidade da pessoa. ⁵- Oferecer alimentos culturalmente adequados. ⁵
Posicionamento	<ul style="list-style-type: none">- Posicionar a pessoa. ^{4, G, E}- Monitorizar posicionamento corporal. ^{3, G}- Executar o posicionamento corporal da pessoa através de movimentos suaves. ^G
Eliminação	<ul style="list-style-type: none">- Vigiar sinais de obstipação. ^{13, G}- Vigiar sinais de retenção urinária. ^{13, G}
Sono e Repouso	<ul style="list-style-type: none">- Proporcionar momentos de sono tranquilizador. ³- Proporcionar períodos de repouso frequentes, atendendo ao alívio da fadiga. ⁵



Conforto Físico

Controlo de Sintomas Físicos



Sintomas	Intervenção de Enfermagem
Dor	<ul style="list-style-type: none">- Avaliar sistematicamente a dor. ^{1, 4, 5 G}- Gerir e administrar terapêutica analgésica prescrita em SOS. ^{1, 4, 11 G, E}- Gerir oxigenoterapia. ^{6 G}
Dispneia/ respiração ruidosa/ estertor	<ul style="list-style-type: none">- Elevar a cabeceira da cama. ^G- Gerir adaptação ao equipamento de ventilação não-invasiva, quando necessário. ⁶- Gerir a administração de anticolinérgicos em SOS. ^G
Aumento das secreções brônquicas	<ul style="list-style-type: none">- Aspirar secreções brônquicas, apenas quando estritamente necessário. ^{6 G}- Facilitar a mobilização de secreções por meio de equipamento. ⁶
Confusão/ Agitação/ Delirium	<ul style="list-style-type: none">- Identificar sinais e sintomas de <i>delirium</i> terminal. ¹¹- Gerir a administração de sedativos e benzodiazepinas em SOS. ^G
Naúseas e vómitos	<ul style="list-style-type: none">- Gerir a administração de terapêutica antiemética em SOS. ^G- Elevar a cabeceira da cama. ^G
Xerostomia	<ul style="list-style-type: none">- Promover a hidratação da mucosa oral, através da utilização de spray de saliva artificial, água ou chá de camomila e/ou espátula humedecida com água ou chá de camomila. ^G- Prestar os cuidados à mucosa oral. ^{3, 4 G}
Febre	<ul style="list-style-type: none">- Avaliar e monitorizar a temperatura corporal. ^G- Promover o arrefecimento natural no caso de presença de hipertermia. ^G



Conforto Físico

Gestão Terapêutica



Intervenções

- Adequar a via de administração de terapêutica. ^{3, 5, G, E}
- Ajustar horário da administração de terapêutica oral com a tolerância alimentar. ^G
- Adequar a execução de procedimentos à situação clínica da pessoa, tendo por base a tomada de decisão sustentada numa ponderação ética. ^{3 G}

Conforto Psicoespiritual

O **conforto psicoespiritual** da pessoa em situação de UDHV provém da combinação de aspetos mentais, emocionais e espirituais, e está relacionado com a consciência de si mesmo onde se inclui a sua autoestima, o conceito de si próprio, a sexualidade, o significado de vida e a relação com um ser ou uma ordem superior.



Kolcaba, 2003; Kolcaba e Fisher, 1996



Coelho, Parola, Escobar-Bravo e Apóstolo, 2016

Conforto Psicoespiritual



Promoção da Dignidade

Intervenções

- Identificar fatores promotores de paz e tranquilidade para a pessoa. ¹⁰
- Prestar cuidados assegurando o respeito e a dignidade da pessoa. ^{5, 13, G}
- Respeitar a pessoa independentemente da sua condição física, assegurando a promoção da sua dignidade. ⁸
- Atender à singularidade da pessoa. ⁸
- Privilegiar a imagem corporal da pessoa atendendo aos aspetos estéticos. ^{3, G}
- Identificar os desejos e vontades da pessoa e da família acerca dos cuidados a prestar. ⁶
- Respeitar a vontade e os desejos manifestados pela pessoa e família, relativos à prestação de cuidados ^{5, 6}
- Incentivar a pessoa para o autocuidado, atendendo à sua condição clínica. ¹⁴
- Valorizar o esforço da pessoa para o autocuidado, independentemente da sua capacidade física, evitando adotar uma atitude condescendente. ¹⁴
- Discutir com a pessoa e família as preferências relacionadas com o local de morte. ⁵
- Encaminhar para assistente social, conselheiro espiritual ou psicólogo. ⁹

Conforto Psicoespiritual



Relação Pessoa - Enfermeiro

Intervenções

- Demonstrar **compaixão**. 4, 8, G
- Defender o melhor interesse da pessoa. 1, G
- Disponibilizar tempo à pessoa e à família. 3
- Comunicar de forma clara e assertiva. 10, 11, G
- Manter comunicação sincera e compassiva acerca da condição clínica da pessoa. 13
- Escutar ativamente, transmitindo tranquilidade. 4, 5, 11, 12, 13, G, E
- Estar presente. 3, 5, 9, 10, 12, G
- Utilizar o toque. 3, 4, G
- Estar atento a sinais de sofrimento. 12, G
- Estabelecer **relação empática**. 4, 5, 8, 11, G, E
- Estabelecer **relação de confiança** com a pessoa e familiares/cuidadores. 8, 10, G
- Ser verdadeiro com a pessoa acerca do que esperar. E
- Dar tempo para a expressão de sentimentos e emoções. E
- Gerir a ansiedade da pessoa. 5, G
- Estabelecer e assegurar o **compromisso de não-abandono**. 13, G, E
- Transmitir segurança através da resposta efetiva e atempada às suas necessidades. 8, E

Conforto Psicoespiritual



Apoio no Processo de Conclusão de Vida e Construção de um Legado

Intervenções

- Demonstrar disponibilidade para conversar sobre a morte. ⁵
- Orientar a pessoa no processo de luto. ⁶
- Apoiar a pessoa no luto preparatório. ^E
- Valorizar o legado que a pessoa quer deixar aos seus familiares. ⁶

Promoção da Prática Espiritual

Intervenções

- Privilegiar a prática espiritual. ¹
- Identificar desejos e crenças religiosas/ espirituais. ⁴
- Promover a prática religiosa/ e a sua espiritualidade. ⁴
- Assegurar o cumprimento dos desejos e crenças religiosas/espirituais da pessoa. ⁴
- Avaliar sinais de desconforto espiritual. ^{5, G}
- Organizar as visitas de conselheiros espirituais. ⁵
- Proporcionar o acompanhamento do conselheiro espiritual. ¹¹
- Proporcionar apoio espiritual à pessoa e família. ⁵
- Valorizar os aspetos culturais, religiosos e rituais. ^{13 G}

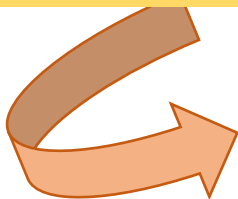
Conforto Sociocultural

O **conforto sociocultural** está relacionado com a satisfação das necessidades relativas aos relacionamentos interpessoais, familiares e sociais, tendo sido também incluídos os aspetos da cultura, como: as histórias familiares, as tradições, a linguagem e os costumes.

Kolcaba, 2003



A **família** da pessoa em situação de UDHV vivencia sentimentos ambivalentes relativos à proximidade da perda do seu ente querido.



Aumento da ansiedade, acompanhada de sentimentos como o medo, a incerteza e a sensação de impotência.

Neto, 2016

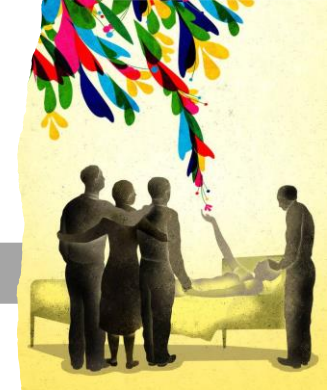
A **presença da família** ajuda a :

- refletir e compreender melhor a aproximação da morte do seu ente querido;
- manter uma relação de confiança com os profissionais de saúde envolvidos;
- partilha de sentimentos e emoções, e a satisfação das suas próprias necessidades de conforto.

Mossin e Landmark, 2011

**Relação do
enfermeiro
com a família**

Conforto Sociocultural



Relação Família- Enfermeiro

Intervenções

- Construir uma **relação de confiança** com a família, de forma a transmitir segurança e diminuir a ansiedade. ³
- Estabelecer uma **relação empática e de confiança** com a família, demonstrando abertura para a expressão de sentimentos e emoções. ^E
- Estar disponível para responder a questões da pessoa e família. ⁷
- Envolver os familiares no **planeamento e na prestação dos cuidados** à pessoa em UDHV. ^{2, 3, 5, 9, 10, E}
- Discutir o **plano de cuidados** da pessoa com a família, identificando as necessidades da mesma. ^{7, 8}
- **Reforçar positivamente** os cuidados prestados pela família. ⁴
- Assegurar momentos de **partilha** entre a pessoa, a família e os profissionais da equipa multidisciplinar. ³

Comunicação/ Educação à Família

Intervenções

- Planear a conferência familiar. ^E
- Informar a família sobre o que esperar. ^{7, 9, 11, G, E}
- Esclarecer acerca dos sinais e sintomas de morte iminente. ^{7, 9 G}
- Educar a família acerca dos cuidados para a satisfação das necessidades da pessoa. ^{4, 9, G, E}
- Fornecer informação aos familiares acerca da necessidade na transição dos cuidados. ^{7 G}

Conforto Sociocultural

Apoio à Família



Intervenções

- Identificar e responder às necessidades da família. ^{3, E}
- Prestar apoio emocional à família. ^{3, 7, 10, 13 G}
- Incentivar e valorizar a presença dos familiares junto da pessoa, de forma a fortalecer a sua relação. ^{4, 5, 10, G, E}
- Gerir as normas e políticas do serviço, proporcionando o acompanhamento dos familiares. ^E
- Conhecer e gerir as expetativas da pessoa e da família. ^{9, G, E}
- Fomentar momentos de revisão de vida entre a pessoa e a família. ⁴
- Dar tempo à família para exprimir sentimentos e emoções. ^{9, E}
- Validar os sentimentos dos familiares. ^{9, G}
- Incentivar a expressão de sentimentos e emoções entre a pessoa e os familiares. ^{4, G, E}
- Incentivar o diálogo entre a família e a pessoa. ^{11, G, E}
- Apoiar e incentivar a família a respeitar os desejos e vontades da pessoa. ^E
- Fomentar a despedida. ^{G, E}
- Apoiar a família na gestão de sentimentos negativos (angústia, ansiedade, sofrimento, sensação de impotência). ^E
- Assegurar compromisso de não-abandono à família. ^E
- Encaminhar os familiares para o apoio psicológico. ^G

Conforto Ambiental

O **conforto ambiental** está relacionado com o meio envolvente, as condições e as influências externas à pessoa em situação de UDHV e sua família.

Estão incluídos os aspetos relacionados com a luz, o ruído, a temperatura ambiente, a vista da janela, o acesso à natureza e o contato com elementos naturais e/ou sintéticos.

Kolcaba, 2003



A gestão das condições ambientais envolventes, para além de promoverem o conforto da pessoa em UDHV e sua família, podem auxiliar no controlo de sintomas como a agitação/*delirium*.

Neto, 2016

Satisfação das Necessidades de Conforto Ambiental

Intervenções


- Gerir o ambiente de forma torná-lo calmo e tranquilo para a pessoa e família. ^{3,8,13, G}
- Promover a redução de ruído. ^{3, G}
- Promover um ambiente com iluminação adequada. ^{3, G}
- Utilizar tom de voz calmo, tranquilo e suave. ^{3, 8, 11, G}
- Adotar uma atitude calma. ¹²
- Diminuir a velocidade dos movimentos. ³
- Modificar o ambiente com base nas necessidades e desejos da pessoa. ⁵
- Assegurar a privacidade da pessoa e da família. ^{3, 5, G}

Referências Bibliográficas

- Dowd, T. (2004). Teoria do Conforto. In Alligood, M. e Tomey, A. (5ª ed) *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (p.481-496). Loures: Lusociência.
- Blinderman, C. e Billings, J. (2015). Comfort Care for Patients Dying in the Hospital. *The New England Journal of Medicine*. 373 (26), 2549-2561. DOI: 10.1056/NEJMra1411746
- Braga, B., Rodrigues, J., Alves, M. e Neto, I. (2017). Guia Prático da Abordagem da Agonia. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. 24 (1), p. 48-55. Acedido a 16/06/2021. Disponível em https://www.spmi.pt/revista/vol24/vol24_n1_2017_48_55.pdf
- Coelho, A., Parola, V., Escobar-Bravo, M. e Apóstolo, J. (2016). Comfort experience in palliative care: a phenomenological study. *BioMed Central Palliative Care*. 15 (71), 1-8. DOI: 10.1186/s12904-016-0145-0
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2021). *Plano Estratégico de Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos*. Acedido a 26/12/2021. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>
- Costa, B. e Silva, D. (2021). Performance of the nursing team in palliative care. *Research, Society and Development*. 10 (2), 1-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12553>
- Dunn, K., Otten, C., e Stephens, E. (2005). Nursing Experience and the Care of Dying Patients. *Oncology Nursing Forum*. 32 (1), 97- 104. DOI: 10.1188/05.ONF.97-104.
- Gomes, A.M.R. (2010). O Cuidados e o doente em fim de vida – família e/ou pessoa significativa. *Enfermería Global*. (18), 1-9. Acedido a 12/06/2021. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/pt_revision3.pdf.
- Hold, J. L. (2017). A good death: Narratives of experiential nursing ethics. *Nursing Ethics*. 24 (1), 9–19. <https://doi.org/10.1177/0969733015602051>
- Kolcaba, K. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Journal of Nursing Scholarship*. 23 (4), 237-240. DOI:10.1111/j.15475069.1991.tb00678.x
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice – A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Kolcaba, K. e Fisher, E. (1996). A Holistic perspective on comfort care as an advance directive. *Critical Care Nursing Quarterly*. 18(4), 66-76. DOI: 10.1097/00002727-199602000-00009.
- Lei n.º 156/2015. Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Assembleia da República. Diário da República, I Série (Nº181 de 16-09-2015), 8059-8105. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Mossin, H. e Landmark, B. (2011). Being present in hospital when the patient is dying - A grounded theory study of spouses experiences. *European Journal of Oncology Nursing*. (15), 382-389. DOI: 10.1016/j.ejon.2010.11.005
- Neto, I. (2016). Cuidados na Agonia. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F. e Neto, I. (Ed.) *Manual de Cuidados Paliativos* (p. 317 – 330). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Referências Bibliográficas

- ¹Hold, J. L. (2017). A good death: Narratives of experiential nursing ethics. *Nursing Ethics*, 24(1), 9–19. <https://doi.org/10.1177/0969733015602051>
- ²Hovland, C. A., e Kramer, B. J. (2019). Barriers and Facilitators to Preparedness for Death: Experiences of Family Caregivers of Elders with Dementia. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 15(1), 55–74. <https://doi.org/10.1080/15524256.2019.1595811>
- ³Oliveira, I., Fothergill-Bourbonnais, F., McPherson, C., e Vanderspank-Wright, B. (2016). Battling a Tangled Web: The Lived Experience of Nurses Providing End-of-Life Care on an Acute Medical Unit. *Research & Theory for Nursing Practice*, 30(4), 353–378. <https://doi.org/10.1891/1541-6577.30.4.353>
- ⁴Zheng, R. Guo, Q., Dong, F. e Owens, R. G. (2015). Chinese oncology nurses' experience on caring for dying patients who are on their final days: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 288–296. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.09.009>
- ⁵Kisvetrová, H., Vévodová, Š., e Školoudík, D. (2018). Comfort-Supporting Nursing Activities for End-of-Life Patients in an Institutionalized Environment. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 50(2), 126–133. <https://doi.org/10.1111/jnu.12341>
- ⁶Price, D. M., e Knotts, S. E. (2017). Communication, Comfort, and Closure for the Patient with Cystic Fibrosis at the End of Life: The Role of the Bedside Nurse. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 19(4), 298–304. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000362>
- ⁷Merlane, H., e Booth, Z. (2020). Discharge planning in end-of-life care. *British Journal of Nursing*, 29(4), 202–203. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.4.202>
- ⁸Lo Monaco, M., Mallaci Bocchio, R., Natoli, G., Scibetta, S., Bongiorno, T., Argano, C., e Corrao, S. (2020). Human relationships in patients' end-of-life: a qualitative study in a hospice ward. *Internal and Emergency Medicine*, 15(6), 975–980. <https://doi.org/10.1007/s11739-019-02254-6>
- ⁹Martz, K. (2015). Actions of Hospice Nurses to Alleviate Guilt in Family Caregivers During Residential Care Transitions. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 17(1), 48–55. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000122>
- ¹⁰Lalani, N. P. R., Duggleby, W. P. R., e Olson, J. P. R. F. (2019). Rise Above: Experiences of Spirituality Among Family Caregivers Caring for Their Dying Family Member in a Hospice Setting in Pakistan. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 21(5), 422–429. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000584>
- ¹¹Wholihan, D. (2016). Seeing the Light. *Nursing Clinics of North America*, 51(3), 489–500. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2016.05.005>
- ¹²Duffy, M. (2016). “An Immutably Personal Process”: A Hospice Nurse Contemplates Uncontrol. *AJN American Journal of Nursing*, 116(2), 59. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000480498.63846.34>
- ¹³Bander, P. N. (2017). Palliative Sedation: When Suffering Is Intractable at End of Life. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 19(5), 394–403. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000368>
- ¹⁴Mori, M., Sasahara, T., Morita, T., Aoyama, M., Kizawa, Y., Tsuneto, S., Shima, Y., e Miyashita, M. (2019). Achievement of a good death among young adult patients with cancer: analyses of combined data from three nationwide surveys among bereaved family members. *Supportive Care in Cancer*, 27(4), 1519–1527. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4539-9>

A scenic landscape featuring a dirt road that splits into two paths leading towards a large, leafy tree in the center. The sun is low on the horizon, creating a golden glow and long shadows. The sky is filled with dramatic, colorful clouds. The foreground is a lush green field.

**Obrigado pela
vossa atenção**

APÊNDICE XII

**Consentimento Informado, Esclarecido e Livre
Para Participação na Entrevista**

Informação e Esclarecimento Sobre a Entrevista

No âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pretendo desenvolver o projeto de estágio intitulado *“Intervenção de Enfermagem no Conforto da Pessoa nos Últimos Dias/ Horas de Vida e sua Família numa Unidade de Cuidados Paliativos”*, sob orientação da Sr^a. Professora Sandra Neves. Os objetivos gerais do projeto são: desenvolver competências de enfermeiro especialista no âmbito das intervenções de enfermagem promotoras de conforto da pessoa nos últimos dias/horas de vida e sua família e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa internada numa unidade de cuidados paliativos nos últimos dias/horas de vida. Tendo como objetivo específico, entre outros, identificar as intervenções de enfermagem promotoras do conforto da pessoa nos últimos dias/horas de vida e sua família. Para este efeito revela-se importante colher contributos junto de peritos nesta área de cuidar.

Reconheço e valorizo a perícia que possui na área dos cuidados paliativos, nomeadamente, nos cuidados confortadores à pessoa em situação de últimos dias/ horas de vida e sua família, pelo que será quem melhor poderá ajudar a identificar as intervenções de enfermagem promotoras de conforto a estas pessoas.

Com este esclarecimento pretendo clarificar o contexto e os objetivos da entrevista e disponibilizar a informação que considerar necessária para que possa tomar a decisão quanto à sua participação na mesma.

Trata-se de uma entrevista semi-estruturada, que tem como foco, identificar as intervenções promotoras de conforto à pessoa em últimos dias/horas de vida e sua família. Se aceitar participar na entrevista, farei uma breve colheita de dados sociodemográficos, de seguida solicitar-lhe-ei que partilhe o que para si é conforto e quais as intervenções de enfermagem promotoras de conforto que considera relevantes para a pessoa em últimos dias/horas de vida e sua família. Durante a entrevista, se assim desejar, poderá revisitar episódios de cuidado que identifique como confortador, e/ou que tenham sido significativos para si.

A sua participação é muito importante e valorizo-a, agradecendo-lhe desde já, o tempo e atenção despendida.

Se tiver alguma dúvida ou questão adicional, por favor, contacte-me: Inês Alexandra Alves Arcadinho, Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Contacto telefónico: 933891816; Endereço eletrónico: iarcadinho@campus.esel.pt.

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO NA ENTREVISTA

Eu, _____, aceito de minha livre vontade participar na entrevista, integrada no desenvolvimento do projeto de estágio intitulado, "*Intervenção de Enfermagem no Conforto da Pessoa nos Últimos Dias/Horas de Vida e sua Família numa Unidade de Cuidados Paliativos*" realizado pela Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem Oncológica, Inês Alexandra Alves Arcadinho sob a orientação da Sr^a. Professora Sandra Neves, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Fui informada(o) sobre os objetivos da entrevista e como a mesma se desenvolverá, tendo-me sido esclarecido a relevância desta para o projeto de estágio em curso. Tive a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, tendo estas sido esclarecidas.

Fui informada que esta entrevista decorrerá num único momento, que será agendado de acordo com as minhas disponibilidades e preferências. Esta entrevista será áudio-gravada, estando garantida a destruição das gravações no final da implementação do projeto.

Compreendo e autorizo a áudio-gravação da entrevista, que será posteriormente codificada, de forma que a confidencialidade da minha identidade e dos dados sejam protegidos, para este efeito serão omitidos os detalhes que possam permitir a minha identificação e das pessoas e locais que possa referir durante a entrevista.

Foi-me garantida a possibilidade de a qualquer momento recusar ou suspender a minha participação na entrevista, sem que daí resulte qualquer prejuízo.

Declaro que li e compreendi as condições e o âmbito da minha participação na entrevista.

Desta forma aceito participar na entrevista e permito a utilização dos dados, em regime de confidencialidade e anonimato, que de forma voluntária forneço, autorizando que estes sejam utilizados no desenvolvimento do projeto de estágio, podendo ser publicados e apresentados em reuniões científicas.

Assinaturas,
Entrevistado(a):

Entrevistadora/Estudante de Enfermagem Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica:

_____, ____ de _____ de 2021

APÊNDICE XIII
Consentimento Informado, Esclarecido e Livre
para Participação na Metodologia *Delphi*

APÊNDICE XIII - Informação e Esclarecimento Sobre Metodologia *Delphi*

No âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, desenvolvi o projeto de intervenção intitulado *“Intervenção de Enfermagem no Conforto da Pessoa nos Últimos Dias/Horas de Vida e sua Família numa Unidade de Cuidados Paliativos”*, sob orientação da Sr^a. Professora Sandra Neves. Após o trabalho de pesquisa em diversas fontes de informação com o objetivo de identificar intervenções de enfermagem promotoras de conforto da pessoa nos últimos dias/horas de vida e sua família, o resultado do meu projeto de intervenção encontra-se materializado na construção de um Guia Orientador da Prática intitulado *“Promoção do Conforto da Pessoa nos Últimos Dias/Horas de Vida e sua Família numa Unidade de Cuidados Paliativos - Intervenção de Enfermagem”*. Contudo, para que seja possível garantir a pertinência e adequabilidade do seu conteúdo, revela-se importante obter a apreciação de peritos nesta área de cuidar acerca do mesmo, através da metodologia *delphi*.

Reconheço e valorizo a perícia que possui na área dos cuidados paliativos, nomeadamente, nos cuidados confortadores à pessoa em situação de últimos dias/ horas de vida e sua família, pelo que será quem melhor poderá ajudar neste processo.

Com este esclarecimento pretendo clarificar o contexto e os objetivos da validação através da metodologia *delphi* e disponibilizar a informação que considerar necessária para que possa tomar a sua decisão quanto à participação no mesmo.

Se concordar participar no processo de validação, será enviado previamente o Guia Orientador da Prática elaborado via e-mail, para que tome conhecimento do seu conteúdo. Posteriormente ser-lhe-à enviado um questionário de resposta online onde poderá expressar a sua opinião acerca da pertinência e adequabilidade do conteúdo do Guia. Se aceitar participar farei uma breve colheita de dados sociodemográficos através do preenchimento de um formulário, estando a confidencialidade dos mesmos garantida.

A sua participação é muito importante e valorizo-a, agradecendo-lhe desde já, o tempo e atenção despendida.

Se tiver alguma dúvida ou questão adicional, por favor, contacte-me: Inês Alexandra Alves Arcadinho, Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Contacto telefónico: 933891816; Endereço eletrónico: iarcadinho@campus.esel.pt.

CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO NA METODOLOGIA *DELPHI*

Eu, _____, aceito de minha livre vontade participar na metodologia *delphi*, integrado no processo de validação do conteúdo do Guia Orientador da Prática intitulado “*Promoção do Conforto da Pessoa nos Últimos Dias/Horas de Vida e sua Família numa Unidade de Cuidados Paliativos - Intervenção de Enfermagem*”, realizado pela Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem Oncológica, Inês Alexandra Alves Arcadinho sob a orientação da Sr^a. Professora Sandra Neves, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Fui informada(o) sobre os objetivos da metodologia *delphi* e como a mesma se desenvolverá, tendo-me sido esclarecido a relevância deste para o resultado final do projeto de intervenção. Tive a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, tendo estas sido esclarecidas.

Foi-me garantida a possibilidade de a qualquer momento recusar ou suspender a minha participação no processo de validação através da metodologia *delphi*, sem que daí resulte qualquer prejuízo pessoal ou profissional para a minha pessoa.

Declaro que li e compreendi as condições e o âmbito da minha participação na metodologia *delphi*.

Desta forma aceito participar na metodologia *delphi* e permito a utilização dos dados, em regime de confidencialidade e anonimato, que de forma voluntária forneço, autorizando que estes sejam utilizados no processo de apreciação do conteúdo do Guia Orientador da Prática, podendo ser divulgados e publicados em eventos e artigos científicos.

Assinaturas,
Participante:

Moderador/Estudante de Enfermagem Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica:

Lisboa, ____ de _____ de 2022

ANEXOS

ANEXO I

Certificado de Apresentação de Comunicação Livre

CERTIFICADO

Certifica-se que Inês Arcadinho apresentou a Comunicação Livre intitulada **Promoção do Conforto da Pessoa em Fim de Vida e Família numa Unidade de Cuidados Paliativos** da autoria de Inês Arcadinho e Sandra Neves, no 2º Congresso Internacional “O Cuidado Centrado no Cliente e nos Padrões de Qualidade”, realizado online no dia 14 de outubro de 2022.

A coordenadora do GaFDP

Carla Nascimento

Professora Doutora Carla Nascimento