



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

**O conforto da pessoa com doença hemato-oncológica:
Intervenções de Enfermagem**

Ana Inês Martins Fernandes



**Lisboa
2020**



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

**O conforto da pessoa com doença hemato-oncológica:
Intervenções de Enfermagem**

Ana Inês Martins Fernandes



Orientador: Professora Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá



**Lisboa
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

*Prevenir além do que ele clinicamente apresenta.
Confortar o que o corpo não mais pode controlar.
Apoiar emocionalmente quando a mente não está pronta para receber.
Orientar sempre, mesmo que as circunstâncias não nos façam acreditar.
Mesmo sem meios as dificuldades, se ambas as partes, equipa e paciente,
permanecerem
firmes na esperança e na fé, é possível construirmos juntos uma vida de qualidade.*

Sousa (2013)

Agradecimentos

Ao Adriano pelo amor, força e energia de sempre e para sempre...

Aos meus pais pela ajuda e disponibilidade em todas as etapas deste percurso.

Aos meus avós e restante família agradeço por compreenderem os meus momentos de ausência.

À Ju pela motivação, amizade e carinho e por todos os momentos em que me ouviu e apoiou, ajudando-me a encontrar sempre uma solução.

Às minhas colegas de curso, Ângela, Patrícia e Susana, que se tornaram amigas e a todos os outros, com quem partilhei bons e maus momentos e que me fizeram acreditar que era capaz!

Aos Orientadores de Estágio que me permitiram desenvolver enquanto enfermeira especialista e mestre.

À Professora Eunice pelo apoio e estímulo de exigência científica e por acreditar nas minhas competências.

Aos meus colegas de serviço, pela participação ativa neste projeto.

Aos doentes, participantes neste projeto, pela abertura, sorrisos e esperança com que partilharam as dificuldades da sua vida e que me fizeram crescer enquanto pessoa e enfermeira.

À instituição hospitalar pela autorização na realização do projeto de intervenção

Devo a todos e a cada um, a riqueza deste trabalho.

Muito obrigada.

LISTA DE SIGLAS

APA – *American Psychological Association*

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CIPE® – Classificação Internacional para a prática de Enfermagem

CNCP – Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CP – Cuidados Paliativos

DGES – Direção Geral do Ensino Superior

DGS – Direção Geral da Saúde

EONS – *European Oncology Nursing Society*

ESAS – *Edmonton Symptom Assessment System*

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

GCQ – *General Comfort Questionnaire*

HCQ – *Hospice Comfort Questionnaire*

HCQ-PT-DC® – Hospice Comfort Questionnaire-Portugal-Doentes Crónicos

IARC – International Agency for Research on Cancer

LH – Doença/linfoma de Hodgkin

LNH – Linfoma não-Hodgkin

MM – Mieloma Múltiplo

NOC – Norma de Orientação Clínica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PPS – *Palliative Performance Status*

PTT – Púrpura Trombocitopénica Trombótica

QT – Quimioterapia

RCCEE – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEEEEMC – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, em situação paliativa, em situação perioperatória e em situação crónica

RCEEEPSCP – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

UC – Unidade curricular

WHO – World Health Organization

RESUMO

As doenças hemato-oncológicas são crônicas, graves e transportam a vivência de diversos problemas físicos, emocionais, sociais e espirituais. As suas terapêuticas incluem tratamentos agressivos e prolongados, que levam a internamentos hospitalares frequentes e demorados. Estes aspetos, geradores de desconforto, justificam a implementação do projeto de intervenção: *o conforto da pessoa com doença hemato-oncológica: intervenções de enfermagem*. Para responder à questão de investigação, *quais as intervenções de enfermagem promotoras de conforto, na pessoa com doença hemato-oncológica, num serviço de internamento hospitalar*, procedeu-se à revisão *scoping*. Este projeto tem como finalidades, desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais como enfermeira especialista e mestre em parceria com a pessoa com doença hemato-oncológica, na promoção do seu conforto e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem a estes doentes em internamento hospitalar. O presente relatório ancorou-se na Teoria do Conforto de Kolcaba (2003) e descreve o desenvolvimento de competências, através da prática crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas. Para avaliar o conforto da pessoa com doença hemato-oncológica foi aplicado o *HCQ-PT-DC*® (Querido, 2012) e um questionário aos enfermeiros, para identificar as intervenções promotoras de conforto mobilizadas na sua prática clínica. A análise dos dados, revela que estes doentes apresentam bons níveis de conforto total, sendo que os valores médios de conforto são mais elevados no estado de tranquilidade e mais baixos no estado de alívio. Nos contextos de conforto, os valores médios indicam maior conforto no contexto sócio-cultural e menor no físico. A partir da análise do questionário, os enfermeiros desenvolvem intervenções de enfermagem que promovem o alívio físico, utilizando os recursos do seu contexto. A avaliação do conforto é realizada recorrendo aos instrumentos disponíveis, avaliando o resultado destas intervenções pela comunicação verbal e não verbal do doente. A norma de orientação clínica, *intervenções de enfermagem promotoras de conforto à pessoa com doença hemato-oncológica*, resulta da implementação do projeto de intervenção e permitirá introduzir na CIPE® as intervenções promotoras de conforto, que podem ser mobilizadas pelos enfermeiros na avaliação do conforto da pessoa com doença hemato-oncológica.

PALAVRAS-CHAVE: Pessoa; Conforto; Doença hemato-oncológica; Intervenções de Enfermagem; Internamento Hospitalar.

ABSTRACT

Hemato-oncological diseases are chronic, serious and carry the experience of several physical, emotional, social and spiritual problems. Its therapies include aggressive and prolonged treatments, which lead to frequent and long hospital stays. These aspects, which generate discomfort, justify the implementation of the intervention project: the comfort of the person with hemato-oncological disease: nursing interventions. To answer the research question, which nursing interventions promote comfort, in the person with hemato-oncological disease, in a hospital inpatient service, a scoping review was carried out. This project aims to develop technical, scientific and relational skills as a specialist nurse and master in partnership with the person with hemato-oncological disease, in promoting their comfort and contributing to improving the quality of nursing care for these inpatients hospital. This report is anchored in Kolcaba's Theory of Comfort (2003) and describes the development of skills, through the critical-reflexive practice of the activities developed. To assess the comfort of the person with hemato-oncological disease, the HCQ-PT-DC[®] (Querido, 2012) and a questionnaire were applied to nurses to identify the comfort-promoting interventions mobilized in their clinical practice. Data analysis reveals that these patients have good levels of total comfort, with average comfort values being higher in the state of tranquility and lower in the state of relief. In comfort contexts, the average values indicate greater comfort in the socio-cultural context and less in the physical. From the analysis of the questionnaire, nurses develop nursing interventions that promote physical relief, using the resources of their context. The assessment of comfort is performed using the available instruments, evaluating the result of these interventions through the patient's verbal and non-verbal communication. The standard of clinical guidance, nursing interventions that promote comfort to people with hemato-oncological disease, results from the implementation of the intervention project and will allow the introduction of CIPE[®] interventions that promote comfort, which can be mobilized by nurses in assessing the comfort of person with hemato-oncological disease.

KEY WORDS: Adult; Comfort; Hemato-oncologic disease; Nursing interventions; Hospitalization.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	16
1.1. A pessoa com doença hemato-oncológica	16
1.2. Intervenções de enfermagem promotoras de conforto, à pessoa com doença hemato-oncológica	19
2. PROJETO DE INTERVENÇÃO	26
2.1. Diagnóstico de situação	26
2.2. Objetivos	28
3. EXECUÇÃO DAS TAREFAS.....	30
3.1. Locais de estágio	30
3.2. Adquirir competências para promover o conforto da pessoa com doença hemato-oncológica, em internamento hospitalar	32
3.3. Contribuir para a promoção do conforto na pessoa com doença hemato-oncológica, num serviço de internamento hospitalar	38
3.4. Implementar o projeto de intervenção no serviço	40
3.5. Apresentação e discussão dos resultados	44
3.6. Questões Éticas	53
4. AVALIAÇÃO	55
4.1. Análise <i>SWOT</i>	55
4.2. Reflexão sobre as Competências de Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica desenvolvidas	57
4.2.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista	57
4.2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em situação crónica e paliativa	58
4.2.3. Competências preconizadas pela <i>European Oncology Nursing Society</i>	60
4.2.4. Competências do 2.º Ciclo de Estudos para aquisição do grau de Mestre	61
4.3. Contributos do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados e implicações para a prática	62
5. CONCLUSÃO E PERSPETIVAS FUTURAS.....	65
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
ANEXOS	

Anexo I – Escala de Conforto Holístico *HCQ-PT-DC*® (Querido, 2012)

Anexo II – *III Encontro de Cuidados Paliativos da Serra de Estrela*

Anexo III – *Workshop PAIN EDUCATION*

Anexo IV – Autorização da autora para aplicação do *HCQ-PT-DC*® (Querido, 2012)

Anexo V – Autorização da Comissão de Ética para a Saúde

Anexo VI – Estados e contextos de Conforto

Anexo VII - *HCQ-PT-DC*® (Querido, 2012) por esta e contextos de Conforto

APÊNDICES

Apêndice I – Plano de Atividades

Apêndice II – Revisão *Scoping*

Apêndice III – Análise *SWOT*

Apêndice IV – Cronograma I - Estágios 3.º semestre

Apêndice V – *Checklist* do Conforto

Apêndice VI – NOC – *Intervenções de Enfermagem promotoras de Conforto à pessoa com doença hemato-oncológica*

Apêndice VII – Resumo do Local de Estágio I

Apêndice VIII – Resumo do Local de Estágio II

Apêndice IX – Resumo do Local de Estágio III

Apêndice X – Reflexão Crítica I

Apêndice XI – Reflexão Crítica II

Apêndice XII – Reflexão Crítica III

Apêndice XIII – Reflexão Crítica IV

Apêndice XIV - Cronograma II – Atividades a desenvolver no 3.º semestre

Apêndice XV – Estudo de Caso

Apêndice XVI – Questionário de variáveis sociodemográficas dos Enfermeiros

Apêndice XVII – Questionário para os Enfermeiros

Apêndice XVIII – Sessão de divulgação do projeto de intervenção à equipa de enfermagem do local de estágio III

Apêndice XIX – Questionário de variáveis sociodemográficas e clínicas da pessoa com doença hemato-oncológica

Apêndice XX – Sessão de apresentação dos resultados do projeto de intervenção à equipa de enfermagem do local de estágio III

Apêndice XXI – Consentimento Informado para a pessoa com doença hemato-oncológica

Apêndice XXII – Consentimento Informado para os Enfermeiros

Apêndice XXIII – Figura n.º 1 – Desenho da Investigação

Apêndice XXIV – Tabela n.º 1 – Variáveis sociodemográficas da pessoa com doença hemato-oncológica

Apêndice XXV – Tabela n.º 2 – Variáveis sociodemográficas e familiares da pessoa com doença hemato-oncológica

Apêndice XXVI – Tabela n.º 3 – Medidas de tendência central e de dispersão resultantes da aplicação da *HCQ-PT-DC*® (Querido, 2012)

Apêndice XXVII – Tabela n.º 4 – Medidas de tendência central e de dispersão resultantes da aplicação da *HCQ-PT-DC*® (Querido, 2012) relativas ao conforto total

Apêndice XXVIII – Tabela n.º 5 – Medidas de tendência central e de dispersão resultantes da aplicação da *HCQ-PT-DC*® (Querido, 2012), relativamente aos tipos de conforto

Apêndice XXIX – Gráfico n.º 1 – Valores médios relativos aos tipos de conforto

Apêndice XXX – Tabela n.º 6 – Medidas de tendência central e de dispersão resultantes da aplicação da *HCQ-PT-DC*® (Querido, 2012), relativamente aos contextos de conforto

Apêndice XXXI – Gráfico n.º 2 – Valores médios relativos aos contextos de conforto

Apêndice XXXII – Tabela n.º 7 – Representação Taxonómica da distribuição da amostra pelos itens do *HCQ-PT-DC*® (Querido, 2012), consoante as médias obtidas nos tipos e contextos de conforto

Apêndice XXXIII – Gráfico n.º 3 – Valores médios relativos aos tipos de conforto em cada contexto

Apêndice XXXIV – Tabela n.º 8 – Fidelidade da *HCQ-PT-DC*® (Querido, 2012), consoante o cálculo do *Alfa de Cronbach*

Apêndice XXXV – Gráfico n.º 4 – Distribuição dos Enfermeiros por intervalos de idade (anos)

Apêndice XXXVI – Gráfico n.º 5 – Distribuição dos Enfermeiros por género

Apêndice XXXVII – Gráfico n.º 6 – Distribuição dos Enfermeiros por intervalos de tempo de exercício profissional no serviço (anos)

Apêndice XXXVIII – Figura n.º 2 – O conforto da pessoa com doença hemato-oncológica na visão dos enfermeiros

Apêndice XXXIX – Quadro n.º 1 – Opinião dos Enfermeiros acerca das condições/recursos para a promoção do conforto

Apêndice XL – Quadro n.º 2 – Opinião dos Enfermeiros sobre as Intervenções de Enfermagem promotoras de conforto à pessoa com doença hemato-oncológica, organizadas por contextos de conforto (Kolcaba, 2003)

Apêndice XLI – Quadro n.º 3 – Opinião dos Enfermeiros acerca das dificuldades na promoção do conforto à pessoa com doença hemato-oncológica

Apêndice XLII – Figura n.º 3 – Avaliação do conforto da pessoa com doença hemato-oncológica, segundo os enfermeiros

Apêndice XLIII – Figura n.º 4 – Registos de enfermagem e o conforto

INTRODUÇÃO

O presente relatório espelha o percurso desenvolvido no âmbito do 10.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica, pretendendo transmitir as aprendizagens profissionais e pessoais realizadas nos locais de estágio, que serviram de contextos para a prática clínica, onde se desenvolveu a Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório.

O projeto de intervenção – *O conforto da pessoa com doença hemato-oncológica: intervenções de enfermagem* – serve de base para o desenvolvimento deste relatório de estágio, na medida em que os objetivos e as atividades propostas para a sua implementação, no segundo semestre deste curso, são agora, alvo de crítica reflexiva. Assim, a aquisição de competências enquanto Enfermeira Especialista e Mestre evidencia-se na reflexão sobre a execução das atividades planeadas em cada local de estágio, tal como se encontra estruturado no plano de atividades (Apêndice I).

Para Benner (2001, p.32), o desenvolvimento do conhecimento consiste em fortalecer o conhecimento prático, através de investigações “apoiados pela teoria e pelo registo do “saber fazer” existente” e desenvolvido ao longo da prática, sendo de extrema importância o confronto entre a teoria e a prática na prestação de cuidados de enfermagem, para que haja aumento da qualidade dos cuidados prestados e da satisfação profissional, através do desenvolvimento da investigação em enfermagem. Também Hesbeen (2001) partilha esta ideia, ao referir a enfermeira como uma perita, onde se concentram os saberes da vida pessoal, da formação e da experiência profissional, o que equivale ao último nível do modelo de desenvolvimento de competências proposto por Benner (2001), o qual espero conseguir atingir. Assim, o enfermeiro promove a sua prática baseada na evidência, fundamentando a prestação de cuidados na pesquisa científica, na avaliação e satisfação das necessidades individuais dos doentes e família, com a finalidade de melhorar a qualidade dos cuidados prestados, tendo como objetivo a satisfação da pessoa e família, tal como preconizado pelos *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica* (Ordem dos Enfermeiros, OE, 2017).

Para a reflexão acerca das competências desenvolvidas irei mobilizar os seguintes documentos: *Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* (RCCEE) (OE, 2019); *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro*

Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (RCEEEPSCP) (OE, 2011), que durante este percurso foi substituído pelo *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, em situação paliativa, em situação perioperatória e em situação crónica* (RCEEEEMC) (OE, 2018); as competências preconizadas pela *European Oncology Nursing Society* (EONS, 2018) e as competências do 2.º Ciclo de Estudos para aquisição do grau de Mestre.

Este relatório de estágio, tem como finalidade dar a conhecer o processo de aprendizagem desenvolvido na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença hemato-oncológica. Os seus objetivos são: i) descrever as atividades desenvolvidas na implementação do projeto de intervenção; ii) analisar de forma reflexiva as competências desenvolvidas, conjugando o pensamento crítico, a evidência científica e os conhecimentos provenientes dos diversos contextos da prática clínica, explanando os contributos deste projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

As doenças crónicas, tais como, doenças cardiovasculares, cancro, diabetes, doenças respiratórias crónicas e doenças mentais, são de longa duração e resultam da combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais.

Em 2018, foram diagnosticados mais de 58 mil novos casos de cancro em Portugal, sendo que as mortes por doença oncológica ascenderem a cerca de 29 mil pessoas, de acordo a International Agency for Research on Cancer (IARC, 2018). Segundo a World Health Organization (WHO) em 2018, a nível mundial, uma em cada seis mortes foi por cancro (WHO, 2018) e em 2030, irão surgir 27 milhões de casos novos e 17 milhões de mortes por cancro, a nível mundial (Direção Geral da Saúde, DGS, 2016).

O cancro é considerado uma “(...) doença crónica com períodos de remissão (sem doença com tratamentos de manutenção) e de recaída (com doença onde são efetuados tratamentos agressivos, tais como quimioterapia ou radioterapia” (Sá, 2001, p.14). Apesar destas terapêuticas, por vezes, existe, um agravamento progressivo da doença oncológica, culminando, em última instância, na morte. Durante o percurso da doença, doentes e família, confrontam-se com o descontrolo de diversos sintomas que lhes causa desconforto, sofrimento e diminuição da qualidade de vida (Twycross, 2003).

“A hospitalização (...) faz também ao doente recordar não só a doença, mas também as implicações da mesma na sua vida, os receios, fantasias e imagem de um lugar desconhecido e temível, onde se sofre e a morte está presente” (Vitória, 2001,

p.13). Estes doentes necessitam de internamento hospitalar, sendo este, prolongado e frequente.

O quadro de desconforto sentido pelo doente hemato-oncológico, desencadeado não só pelas terapêuticas utilizadas, mas também pelas recaídas da doença, leva à necessidade da promoção do conforto destes doentes, a qual deve ser encarada como uma prioridade do cuidar.

Confortar constitui um fator de cuidado (Watson, 2002) e uma competência do enfermeiro (Benner, 2001). No entanto, só recentemente o conforto ganhou maior relevo como conceito central da enfermagem (Kolcaba, 2003; Oliveira, 2011; Sousa, 2016).

A Teoria do Conforto de Kolcaba (2003) foi a escolhida para suportar o desenvolvimento deste projeto de intervenção. Para esta autora o conforto é definido como uma experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades básicas relativamente aos três tipos de conforto: alívio, tranquilidade e transcendência e aos quatro contextos do conforto: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 1991; 1994; 2003).

Assim sendo, as intervenções promotoras de conforto executadas pelo enfermeiro ganham ênfase como forma de atingir o conforto, estabelecendo-se a articulação entre a teoria e a prática, da qual é prova a realização da revisão *scoping* (Apêndice II), utilizada para mapear a evidência científica..

O conforto da pessoa com doença hemato-oncológica e as intervenções promotoras de conforto, são as problemáticas em estudo deste projeto de intervenção. Para além de uma área de interesse pessoal, o conforto é uma das necessidades de cuidados da pessoa com doença hemato-oncológica, por todo o impacto que a doença hemato-oncológica provoca na sua qualidade de vida, como já foi exposto anteriormente. A motivação para a abordagem do conforto da pessoa com doença hemato-oncológica é pessoal e partilhada pela equipa de enfermagem do serviço de internamento de Hematologia, de um hospital em Lisboa, contexto de desenvolvimento deste projeto e surge como uma preocupação desta equipa de enfermagem aquando das tomadas de decisão relativamente à prestação de cuidados de enfermagem.

Este trabalho tem por base a metodologia de projeto, sendo esta constituída por: diagnóstico da situação, planificação das atividades, execução das atividades planeadas e divulgação dos resultados obtidos (Ruivo & Ferrito, 2010). As duas primeiras etapas,

já foram desenvolvidas na UC Opção II, no semestre anterior deste curso, culminando neste projeto de intervenção.

Este relatório tenta dar resposta às duas últimas etapas referidas, encontrando-se estruturado em cinco capítulos: introdução, enquadramento conceptual, projeto de intervenção, execução das tarefas, avaliação e conclusão. No enquadramento conceptual desenvolvo o impacto da doença hemato-oncológica na pessoa e as intervenções promotoras de conforto na pessoa com doença hemato-oncológica, fazendo referência à Teoria do Conforto de Kolcaba (2003), como pilar que sustenta este projeto. No segundo capítulo, aborda-se o diagnóstico da situação e os objetivos do projeto de intervenção. No terceiro capítulo, ao relatar a execução das tarefas, descrevo os locais de estágio, avaliando os objetivos do projeto, com a análise das atividades desenvolvidas e os resultados obtidos. Seguidamente, reproduzo o percurso de implementação do projeto no serviço onde desempenho funções, abordando a metodologia utilizada, fazendo a apresentação e discussão dos resultados, especificando as questões éticas que estão implícitas a todo este processo de investigação. A avaliação aborda a análise *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats (SWOT)* esquematizada no apêndice III, referindo os pontos fortes e fracos da execução deste projeto, refletindo acerca das competências que foram adquiridas, mobilizando documentos de referência para a prática da Enfermagem Médico-Cirúrgica e os contributos deste projeto, para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, focando por fim, as implicações para a prática. Na conclusão, faço ressaltar a importância dos principais resultados da implementação deste projeto de intervenção no futuro. Por fim, as referências bibliográficas, são apresentadas de acordo com a Norma *American Psychological Association (APA)* (2012).

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

O enquadramento conceptual aqui apresentado, permite fundamentar a problemática e o trabalho desempenhado para a implementação do projeto de intervenção. Assim, irei desenvolver o impacto da doença hemato-oncológica na pessoa e as intervenções de enfermagem promotoras de conforto, dando especial destaque à Teoria do Conforto de Kolcaba (2003) como filosofia de cuidados, que orientou todo este percurso.

1.1. A pessoa com doença hemato-oncológica

A pessoa com doença hemato-oncológica é portadora de uma doença crónica, que pode ou não ser curável. Entre os diversos tipos de cancro, as neoplasias hematológicas são doenças que se expressam por alterações nas células sanguíneas ou nos tecidos que lhes dão origem (DGS, 2016), deixando de existir uma hemóstase entre o ritmo de produção de células sanguíneas pelo sistema hematopoiético (medula óssea e sistema retículo-endotelial) e a sua destruição (Phipps, Sands & Marek, 2003). Existem inúmeras doenças hemato-oncológicas que variam de acordo com os componentes do sangue afetados e com o grau de envolvimento do sistema hematopoiético (Phipps, Sands & Marek, 2003).

O enfermeiro deve dominar o conhecimento em diversas áreas, bem como, os conceitos inerentes às doenças hemato-oncológicas. Nesta ordem de ideias, é pertinente abordar de forma muito sucinta, algumas das principais patologias hemato-oncológicas, que são também as mais frequentes nos doentes hemato-oncológicos de quem cuido em contexto de internamento hospitalar e que serão os beneficiários dos contributos da implementação deste projeto. Tal como se expressa nos resultados que me foram enviados pelo Grupo de Diagnósticos Homogéneos do hospital em questão, as patologias mais frequentes, dos doentes internados, são linfomas, mieloma múltiplo (MM) e púrpura trombocitopénica trombótica (PTT).

A leucemia, doença hemato-oncológica mais comum e também responsável por alguns dos internamentos no local onde desempenho funções, é uma desordem maligna, caracterizada pela mutação das células hematopoiéticas precursoras da medula óssea (Caldwell, 2010) o que origina o aumento de leucócitos na circulação sanguínea, que crescem de forma atípica e que se vão infiltrar na medula óssea ou noutros órgãos (Ososki, 2000), por outro lado, os glóbulos vermelhos, os neutrófilos e as plaquetas

diminuem a sua produção. As leucemias podem ser agudas ou crônicas e distinguem-se pela origem celular, mieloide ou linfóide (Ososki, 2000). O tipo mais raro de leucemia é a tricoleucemia, em que os linfócitos B, apresentam umas projeções citoplasmáticas sendo chamadas de células cabeludas.

Os linfomas malignos, podem ser classificados em: linfoma de Hodgkin (LH) ou linfoma de não Hodgkin (LNH). Os linfócitos, produzidos na medula óssea, progridem para linfócitos maduros que podem acumular-se nos órgãos e tecidos do sistema linfático (timo, nódulos linfáticos, baço, medula óssea, sangue e linfa), tornando-se em qualquer estágio da sua diferenciação, células malignas (Daniel, 2000). As células gigantes características do LH, aglomeram-se nos nódulos contíguos provocando adenopatias, enquanto que no LNH estas células não existem, havendo disseminação para qualquer local do organismo (Daniel, 2000).

O MM é a doença hemato-oncológica mais rara, que atinge os plasmócitos (Clark, 2000) provocando uma produção anormal de imunoglobulinas monoclonais (Ciesla, 2010a).

Relativamente às alterações hemato-oncológicas ao nível das plaquetas, refiro a PTT, onde há diminuição grave da produção das plaquetas (Ciesla, 2010b).

“A Hemato-oncologia é uma das áreas oncológicas com maior taxa de sucesso na cura definitiva de um número muito significativo de doentes e também, na manutenção de remissões prolongadas com aumento da sobrevivência global” (Fundação Champalimaud, 2018).

A terapêutica predominante na hemato-oncologia é a quimioterapia (QT), incluindo a imunoterapia, além da cirurgia e radioterapia (Sá, 2001; Querido, 2005). Os tratamentos para as doenças hemato-oncológicas são agressivos e desgastantes e implicam um período de internamento de cerca de um mês (Lima & Bernardino, 2014), privando os doentes do suporte emocional da família, que é fornecido pelas enfermeiras que promovem processos de comunicação terapêutica com a pessoa e com a família que está longe (McGrath, 2015).

No serviço onde desempenho funções, a grande maioria dos doentes internados são submetidos a QT intensiva, com efeitos adversos intensos, o que exige do enfermeiro um papel preponderante no ensino destes efeitos e capacitação do doente, bem como, na vigilância dos sinais e sintomas de toxicidade da QT, antecipando e tratando possíveis complicações e facilitando a adaptação psicossocial (Ososki, 2000).

A maioria dos agentes antineoplásicos, não são específicos, ou seja, não destroem exclusivamente as células tumorais, o que tem efeitos adversos para o organismo da pessoa, tais como náuseas e vômitos, mucosites, anorexia, diarreia ou obstipação, mielodepressão, alopecia, diminuição da libido (Rodrigues, 2001; Esteves & Bizarro, 2006). Na continuação do tratamento da doença hemato-oncológica, o doente é confrontado, com tratamentos de suporte, como administração de hemoderivados, precauções acrescidas de contacto, tendo que, permanecer em meio hospitalar e em quartos de isolamento, em algumas situações, devido à diminuição dos neutrófilos, o que causa neutropenia e maior fragilidade do sistema imunitário. Tudo isto é sinónimo de desconforto para a pessoa com doença hemato-oncológica, sendo importante compreender quais as intervenções promotoras de conforto que podem ser desempenhadas pelo enfermeiro para atingir o conforto, o que justifica a pertinência do desenvolvimento deste projeto de intervenção.

Para Sá (2001, p.45), “o desenvolvimento de complicações resultantes da aplasia medular (infecções e hemorragias), a fadiga, a recaída da doença residual”, “os períodos de remissão e exacerbação da doença oncológica obrigam a pessoa doente a uma nova gestão da vida quotidiana” (Querido, 2005, p.52).

O internamento hospitalar encerra alguns riscos para o doente, “nomeadamente por ser uma experiência, em potência, directamente promotora de desconforto e ainda, por propiciar condições favorecedoras da dependência do cliente em relação ao profissional, facto para o qual as condições de falta de tempo/sobrelotação parecem concorrer” (Oliveira, 2011, p.90). Também para Melo (2005) a reação da pessoa à hospitalização é complexa, pelo que se torna de extrema importância que os enfermeiros reconheçam as necessidades de conforto, que são experimentadas pelos doentes nos diversos momentos de transição, o que encerra em si a vivência de sentimentos desconfortáveis como a tristeza, o sofrimento, os medos e receios (Diogo, 2012; Silva, 2016). A transição envolve processos de mudança, sendo referida por Meleis (2010), na sua Teoria da Transição, como “a passagem de uma fase da vida, condição ou *status* para outra” (Meleis, 2010, p.52,53) na qual a pessoa desenvolve estratégias de *coping*, que podem ser ensinadas pelos enfermeiros, favorecendo a adaptação, à nova fase de vida e/ou de doença.

Os reinternamentos para a realização de terapêuticas ou para o controlo dos efeitos secundários dos tratamentos, podem ser encarados com esperança perante a cura da

doença. Tal como é afirmado por Querido (2005, p.42), “a esperança mais facilmente passa a ser focalizada na doença, ao invés de ser canalizada para a realização dos projetos de vida, a curto, médio ou longo prazo”.

Neste contexto, a relação entre enfermeiro e doente é fortalecida, uma vez que existem mais oportunidades de conhecer o outro e de identificar as suas necessidades, criando uma relação de maior proximidade e desenvolvendo competências relacionais.

Os enfermeiros estão prontos para oferecer estratégias de suporte, contudo as condições do hospital e o baixo número de profissionais pode ser uma barreira (Ribeiro et al., 2016). Por outro lado, a falta de tempo, considerando a lotação dos serviços e o não cumprimento das dotações seguras de enfermeiros, que promovam a segurança e a qualidade dos cuidados (OE, 2014) bem como a exigência de cuidados, podem ser fatores limitativos no conhecimento do outro, pondo em causa a relação de ajuda e a implementação de intervenções de enfermagem promotoras de conforto.

1.2. Intervenções de enfermagem promotoras de conforto

A pessoa com doença hemato-oncológica está exposta a diversas dificuldades durante o percurso de doença, como já foi expresso anteriormente, o que lhe confere vulnerabilidade e desconforto e exige por parte do enfermeiro uma preocupação acrescida com as necessidades de conforto e as intervenções promotoras de conforto.

O conforto e os cuidados de enfermagem são dois pilares major da profissão de enfermagem. Cuidar e confortar caminham juntamente, como meta do cuidado de enfermagem.

Nas décadas de 30, 40 e 50, o conforto era uma estratégia para alcançar os aspetos fundamentais dos cuidados de enfermagem. Nas décadas seguintes, a importância deste conceito diminui, sendo privilegiados os cuidados físicos, tal como referido por Orlando (1961). As intervenções de conforto eram essencialmente físicas e dirigidas para o ambiente (McIlveen & Morse, 1995). Nos “anos 80, o *caring* foi o paradigma predominante, o que potenciou a mudança do conforto, como resultado da acção do enfermeiro” (Morse, 2003, p.4).

Várias são as teóricas da disciplina de enfermagem que estudaram o conceito de conforto, entre elas, Roy (que centrou o seu estudo no conforto psicológico), Peplau (que descreveu o conforto associado às necessidades básicas como alimentação, repouso, sono e comunicação), Watson e Leininger (que referem o conforto como parte integrante

do cuidar), Paterson & Zderad (em que o desconforto é a oposição ao conforto, sempre como um contínuo), Morse (que demonstra o conforto como um estado de bem-estar proveniente de intervenções de enfermagem como o toque e a escuta), Nightingale (que objetiva o conforto como resultado dos cuidados de enfermagem) e Kolcaba que contribui para o desenvolvimento, deste conceito, como um dos principais focos desta profissão (Apóstolo, 2009; Pinto, Caldeira & Martins, 2016).

Para Kolcaba (2003) o conforto corresponde ao estado onde estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência (tipos de conforto) sendo que o alívio corresponde ao funcionamento habitual do organismo; a tranquilidade à calma e satisfação, fundamental para o desempenho eficiente e por último, a transcendência, às competências para planear ou controlar o destino e resolver os problemas, o que implica crescimento pessoal e motivação (Kolcaba, 2003). A autora baseia-se no Modelo Conceptual de Virginia Henderson (2007), que definiu quatorze necessidades humanas fundamentais, agindo o enfermeiro em complementaridade com o doente e outros profissionais da equipa, contribuindo para o estado de saúde ou recuperação da pessoa e família (Alligood, 2014), podendo proporcionar uma morte serena (Kolcaba, 2003), aspeto que pode ser mobilizado para os doentes em fim de vida.

Kolcaba (2003), postula que as necessidades de conforto podem ser experienciadas em quatro contextos: o contexto físico, diz respeito ao equilíbrio hemodinâmico e imunitário (sensações do corpo); o contexto psicoespiritual, refere-se à consciência de si próprio, incluindo a autoestima, autoconceito, a sexualidade e sentido de vida, podendo considerar-se uma relação com um ser superior; no contexto sociocultural, engloba-se as relações interpessoais, familiares e sociais; o contexto ambiental engloba aspetos como a luz, ruído, cor, temperatura e elementos naturais ou artificiais do meio.

Os tipos de conforto e os contextos do conforto, conjugam-se para formar a “Taxonomia do Conforto” (Kolcaba, 2003, p.15), um diagrama com doze células, cujo seu desequilíbrio, exige cuidados de conforto, em que o resultado é o objetivo das intervenções de enfermagem. Assim, para atingir este fim, a Teoria do Conforto de Kolcaba (2003) explica como as intervenções promotoras de conforto são importantes para a manutenção e promoção da saúde, sendo nesta ordem de ideias a teoria que

sustentou o projeto de intervenção, o desenvolvimento de competências durante a UC Estágio com Relatório e em que este relatório de estágio se ancora.

O conforto é complexo, dinâmico e incompleto, pois “se um doente experimenta conforto em cada célula (da estrutura taxonómica), podemos dizer que ele está confortável. Contudo, tal estado pode ser raro em situações de cuidados *stressantes*, onde as necessidades de conforto são elevadas” (Kolcaba, 2003, p.16,17), como acontece com a pessoa com doença hemato-oncológica. Nesta ordem de ideias, “o conforto é fundamental na prática de enfermagem pelo que emerge a necessidade de instrumentos úteis e válidos para o avaliar” (Marques, Dixe, Querido, Sousa, 2016, p.91). Kolcaba (2003) propõe um instrumento para medir o conforto, *General Comfort Questionnaire* (GCQ), construído a partir da estrutura taxonómica e que permite avaliar a efetividade da intervenção. Posteriormente, surge o *Hospice Comfort Questionnaire* (HCQ) (Kolcaba, 1992) desenvolvido especificamente para o contexto de fim-de-vida, baseado no GCQ. O HCQ, avalia o conforto holístico considerando-o como um estado dinâmico e multifacetado, em três estados e quatro contextos diferentes, que não são mutuamente exclusivos (Querido, 2012, p.255). A versão final de *Hospice Comfort Questionnaire-Portugal-Doentes Crónicos*® (HCQ-PT-DC®) foi validada para os doentes crónicos da população portuguesa por Querido (2012) e encontra-se no anexo I.

Após a análise de alguns estudos, evidencia-se que a perceção do conforto pode variar de acordo com a cultura, género, idade e as situações que originam necessidades de conforto, daí a vertente subjetiva do conforto (Watson, 2002; Kolcaba, 2003; Sousa, 2014).

O enfermeiro surge como facilitador da prestação de cuidados e promotor das intervenções de enfermagem geradoras de conforto, colocando a pessoa no centro da relação terapêutica, como um ser único, considerando os seus valores e o contexto em que se insere, tal como é defendido no modelo de McCormack (2003) o que explica a individualidade do conforto. Perante tudo o que foi exposto, o conforto é um conceito multidimensional e subjetivo.

O “*Comfort Care*” ou cuidado confortador compreende em si mesmo o processo e o resultado (Kolcaba, 2003). Assim, é necessário “determinar que existe desconforto e quais os fatores que o desencadeiam, conhecer as necessidades e colmatá-las com a implementação de intervenções adotando estratégias para interpretar se o conforto foi

alcançado, através da avaliação das intervenções que foram executadas” (Machado, 2018), demonstrando-se assim a mensurabilidade deste conceito.

As intervenções de enfermagem promotoras de conforto são autônomas e da exclusividade do enfermeiro, o que permite a organização, coordenação, execução, supervisão e avaliação aos três níveis de prevenção, tal como consta do artigo 9.º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE, 1996), podendo desta forma ser desenvolvidas sem que tenha de existir prescrição ou orientação prévia.

A promoção do conforto traz benefícios para a recuperação da pessoa, na medida em que os doentes que se sentem mais confortáveis conseguem superar melhor as dificuldades e os obstáculos inerentes ao processo de cura, adaptam-se melhor às limitações da sua doença, recuperam mais depressa e reabilitam-se de uma forma mais completa, comparativamente aos que se sentem desconfortáveis (Kolcaba & Steiner, 2000). Assim sendo, haverá maior satisfação dos doentes e famílias, com a implementação de medidas de conforto, podendo até existir, diminuição dos tempos de internamento, o que se reflete em ganhos em saúde.

O conforto é promovido através das intervenções de enfermagem. Neste sentido, “o enfermeiro desenvolve todo um trabalho que implica definir prioridades, tomar decisões e concretizar as intervenções de enfermagem” (Sousa, 2014, p.124). Estas intervenções promotoras de conforto constituem tema de interesse para este projeto.

O enfermeiro também retira benefícios do conforto da pessoa, na medida, em que para além do fortalecimento da relação terapêutica, que lhe está subjacente, (...) “ao confrontar o enfermeiro fica mais satisfeito com a sua prática, trabalha de forma mais eficaz e assume um compromisso com a instituição onde presta cuidados” (Kolcaba, Tilton & Drouin, 2006).

Ao mapear os achados da evidência científica através da *revisão scoping* (Apêndice II), consegui encontrar diversas intervenções de enfermagem promotoras de conforto. Estas intervenções de enfermagem promotoras de conforto podem incluir: visualização de imagens, distração, relaxamento, toque terapêutico, humor terapêutico e massagem (Apóstolo et al., 2013), bem como apoio e suporte, baseado na escuta ativa, promovendo estratégias de *coping* e capacitando o doente para a promoção do conforto. Relativamente, à visualização de imagens, Apóstolo (2007) desenvolveu um programa de intervenção com doentes psiquiátricos, concluindo que a visualização de imagens mentais positivas, diminuí os níveis de ansiedade, depressão e *stress*, conduzindo a um

aumento do conforto não só, nos estados de alívio e transcendência, como também nos contextos físico, psicoespiritual, ambiental e social, conforme descrito na Teoria do Conforto de Kolcaba (2003).

Considerando, a utilização do toque, Bush (2007) refere que o seu uso tem baixo custo e constitui uma intervenção de enfermagem capaz de promover o bem-estar físico e emocional, uma vez que, diminui a agitação, induz o relaxamento e melhora o padrão de sono. Sousa (2014, p.101) acrescenta ainda que “na procura da intencionalidade confortadora, o toque, o sorriso, o humor e a musicoterapia emergem como formas interativas de conforto e de proximidade com impacto positivo no conforto”. Um estudo conduzido por Chen et al. (2013), demonstrou que a massagem reduz a ansiedade, desconforto e sofrimento físico em doentes com insuficiência cardíaca, proporcionando-lhes conforto, diminuição da ansiedade e tranquilidade.

Para Silva & Valente Ribeiro (2015, p.384), na revisão sistemática da literatura que desenvolveram, o “repouso, técnicas de relaxamento e ouvir música, são estratégias para fazer face à fadiga, stress e ansiedade”.

As estratégias de conforto usadas pelos enfermeiros com os doentes que se encontravam a realizar tratamentos para a doença oncológica, foram sistematizados por Bottorff, Gogag & Engelberg-Lotzkar (1995) na utilização do humor, toque, distração, acrescentando o apoio psicológico e emocional, informação e suporte nas decisões, acrescentando que as intervenções de enfermagem promotoras de conforto, direccionam-se para o controlo de sintomas e fazem parte integrante do desempenho da prática dos enfermeiros.

No que diz respeito às características externas do ambiente, Hashiguchi & Tochiara (2009) centraram os seus estudos na importância dos ambientes aquecidos, concluindo que a baixa humidade e a alta velocidade do ar têm efeitos negativos nos seres humanos após o banho, como por exemplo, a diminuição da temperatura corporal e secura da pele e dos olhos. Neste sentido, os enfermeiros devem estar atentos à baixa humidade e fluxo de ar causados em ambientes aquecidos, especialmente após o banho, para que possam aumentar o conforto dos doentes. Yamamoto & Nagata (2011) acrescentam que o conforto térmico diminuiu a atividade do sistema simpático (diminuição da frequência cardíaca), observando-se benefício secundário no controlo da dor, pela promoção do relaxamento e do conforto. Também Parks, Morris, Kolcaba &

McDonald (2017), divulgam um estudo realizado com pacientes a quem foram distribuídos cobertores aquecidos e cuja utilização aumentou o conforto.

A comunicação entre enfermeiro-doente é essencial para o conforto. Assim, quando os enfermeiros mostram disponibilidade, escutam, tocam, são empáticos e demonstram compaixão estão a praticar conforto (Kolcaba, 2003; Wagner, Byrne & Kolcaba, 2006; Oliveira, 2006; Magalhães, 2009). Segundo Kleiman (2004) para que o doente se sinta confortado é necessário disponibilidade, capacidade de escuta e uma atitude recetiva, toque emocional e físico e preocupação. Rosa, Mercês & Santos (2008) acrescentam que o conforto é resultado de intervenções que promovem o apoio, ajuda, confiança, aumentando o bem-estar e diminuindo o sofrimento. Oliveira (2011) refere ainda consolo, apoio, ser capacitado, sentir-se querido, sentir afeto, suporte e confiança, como elementos para a promoção do conforto.

Na área da educação, no controlo da dor e na diminuição do *stress* os enfermeiros tentam ensinar estratégias de *empowerment* aos doentes. Estas intervenções de enfermagem incluem protocolos de comunicação, acesso a práticas de enfermagem avançadas, uso de estratégias não farmacológicas para aumentar o nível de conforto e educação em unidades específicas de dor (Slatyer, Williams & Michael, 2015). Constatamos, que os enfermeiros desempenham intervenções que potenciam o autocuidado, promovem a esperança e estratégias de *coping*, fortalecem a autoestima, potenciam o envolvimento familiar, melhoram a socialização, fomentando o apoio emocional através da escuta ativa, do apoio espiritual, da melhoria da autoimagem e da administração de analgésicos (Ribeiro et al., 2016).

Para Kolcaba (2003) as intervenções de enfermagem promotoras de conforto devem partir de cada contexto da sua Teoria do Conforto. No contexto físico, insere-se a satisfação das necessidades básicas, os cuidados à pele e o contacto físico, assim sendo o controlo da dor assume interesse primordial para a ausência do desconforto físico. Relativamente, ao contexto psicoespiritual, a comunicação é o elemento chave, entre os parceiros de cuidados, de forma a prestar apoio espiritual e mobilizar estratégias que promovam as relações sociais. A espiritualidade ajuda na procura de significado e sentido de vida, bem como, na esperança perante o futuro. No contexto sociocultural engloba-se as intervenções direcionadas para a relação entre o doente e a família/pessoas significativas, tendo também subjacente as atividades lúdicas que promovem a distração, o sorriso e o humor, com base na comunicação e com o objetivo

de gerar bem-estar (Ponte & Silva, 2015). A nível ambiental, destaca-se os fatores externos, como cor, iluminação, sons e ruídos, odor, temperatura, vistas da janela, o que pode favorecer a cura e a promoção da saúde (Ponte & Silva, 2015). Diversos autores evidenciam a importância da luz natural, imagens da natureza e o silêncio, como medidas promotoras do conforto (Panno, Kolcaba & Holder, 2000; Kolcaba, 2003; Sousa, 2014; Barbosa, Pina, Tavares & Neto, 2016). Também a DGS (2013) refere que “para as pessoas se sentirem confortáveis, devem sentir conforto a nível dos cinco sentidos”, descrevendo os critérios que promovem o conforto das unidades hospitalares, entre eles, iluminação, som/ruído, temperatura e níveis de humidade relativa do ar, ventilação natural, calor humano/carinho, atividades de entretenimento e práticas religiosas e também a qualidade dos ambientes hospitalares, tais como, conforto térmico, conforto luminoso e visual, conforto acústico e qualidade do ambiente. Aliada à importância das condições ambientais aparece a privacidade, como determinante na humanização dos cuidados (Sousa, 2014).

Na pessoa que vivencia o processo de fim de vida, as intervenções de enfermagem são dirigidas igualmente para os cuidados de conforto, adaptando as intervenções às necessidades individuais e às que são benéficas, para que o doente se sinta confortável.

Diversos autores enumeram algumas das intervenções de enfermagem adequadas para gerir o fim de vida, com a qualidade possível, entre elas, destaca-se, manter o ambiente seguro e ao gosto do doente, garantir o bem-estar e prevenir acidentes, comunicar eficazmente (Oliveira, 2006; Lopes 2006; Martins, 2010; Ribeiro, 2012), aumentando a implementação de intervenções não farmacológicas para maximizar o conforto (Coelho, Parola, Cardoso, Bravo & Apóstolo, 2017). A enfermeira oferece estratégias que aliviem, através de intervenções que alteram as situações geradoras de desconforto, ou modifica a percepção do doente relativamente à situação de cuidados (Oliveira, 2011), ajudando desta maneira a suportar o desconforto.

Portanto, a identificação das necessidades de conforto e de todas as situações a que a pessoa com doença hemato-oncológica é submetida, exige a aplicação do processo de enfermagem e de planos de cuidados (Song, So & An, 2014), centrados na individualidade da pessoa e no seu contexto, para que a implementação de intervenções promotoras de conforto, diminua o desconforto, contribua para a satisfação e aumente a qualidade dos cuidados prestados diariamente pelo enfermeiro, sendo desta forma um *outcome* positivo na vivência da situação desconfortante.

2. PROJETO DE INTERVENÇÃO

Para responder à problemática identificada no contexto profissional, após a análise da prática clínica, em confronto com a melhor evidência científica e utilizando a metodologia de projeto, inicia-se a elaboração do projeto de intervenção. Este capítulo, descreve o diagnóstico da situação e os objetivos, transversais a todo este projeto.

2.1. Diagnóstico de situação

O diagnóstico de situação identifica o problema e descreve a situação sobre a qual se pretende intervir e alterar (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Os desconfortos a que as pessoas com doença hemato-oncológica são submetidas, são múltiplos e intensos, de tal forma que a avaliação das suas necessidades exige um processo de tomada de decisão, que engloba a procura da melhor evidência científica, para “prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuem para evitar problemas ou minimizar os efeitos indesejáveis” (OE, 2001, p.15), do que emerge a necessidade de desenvolver competências na promoção do conforto.

Neste momento, desempenho funções num serviço de Hematologia, de um hospital da área de Lisboa, à cerca de treze anos, o qual será o contexto de desenvolvimento deste projeto de intervenção.

O conforto da pessoa com doença hemato-oncológica é uma área que queria explorar, no sentido de desenvolver competências, que possam promover o conforto e a satisfação destes doentes e também contribuir para a minha realização enquanto enfermeira, por aumentar a qualidade dos cuidados que presto e servir de formadora para os colegas de equipa que com a implementação deste projeto possam retirar aprendizagens. Desta maneira, a escolha da abordagem desta problemática será uma mais valia a nível pessoal, profissional e institucional, se pensarmos na satisfação das pessoas com doença hemato-oncológica, pela prestação de cuidados direcionados para as suas reais necessidades de conforto, o que pode promover a recuperação mais rápida e eficaz, podendo levar à redução do tempo de internamento e aumento dos ganhos em saúde, a longo prazo. Por outro lado, a motivação da equipa de enfermagem ao promover cuidados de conforto de qualidade irá aumentar, o que gera níveis de satisfação maiores, influenciando o ambiente de cuidados no serviço e consequentemente na instituição.

O número de internamentos da pessoa com doença hemato-oncológica no serviço é elevado, rondando as taxas de 100%, de acordo com os dados partilhados pela instituição e pelo Diretor Clínico do serviço, o que justifica, mais uma vez, a necessidade de compreender e identificar as intervenções promotoras de conforto, para satisfazer as necessidades das pessoas com doença hemato-oncológica.

Para sistematizar as condições de implementação do projeto no serviço foi utilizada como ferramenta de diagnóstico, a análise *SWOT* (Apêndice III), que identifica as variáveis internas e externas, apresentando as forças, fraquezas, oportunidades e ameaças, passíveis de influenciar a implementação do projeto de intervenção no serviço. De forma sumária, o conforto é um tema de interesse pessoal e da equipa de enfermagem (força) e simultaneamente uma necessidade/preocupação (oportunidade), visto que emerge aquando das tomadas de decisões relativas ao doente e família, com doença hemato-oncológica, internado no serviço.

Por outro lado, na Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE®), programa informático utilizado, no serviço onde desempenho funções, para registo das intervenções de enfermagem, o conforto faz parte do grupo das sensações, que incluem dor, fadiga, visão, audição, tato, paladar e olfato, sendo definido como “a sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal” (OE, 2009), havendo aqui um ponto de ligação com a Teoria do Conforto de Kolcaba (2003), ao abordar a tranquilidade física, juntando um tipo de conforto com um contexto, tal como é exequível na Taxonomia do Conforto de Kolcaba (2003). Contudo, ao continuar a explorar esta plataforma informática, apercebo-me que a avaliação do conforto, só está disponível para a criança.

Este facto, é também, uma oportunidade na análise *SWOT* (Apêndice III), como ponto de melhoria da qualidade, ao contribuir para a promoção do conforto na pessoa com doença hemato-oncológica, o que justifica a sugestão à Direção de Enfermagem, da introdução da avaliação do conforto na CIPE®, do serviço onde desempenho funções, podendo assim dar visibilidade e sensibilidade ao resultado do cuidar em enfermagem.

Como forma de operacionalizar este processo realizarei uma Norma de Orientação Clínica (NOC) que se encontra no apêndice IV.

2.2. Objetivos

Para a OE (2012, p.7), “a qualidade (do exercício profissional dos enfermeiros) exige reflexão sobre a prática”, de modo a poder definir objetivos e delinear estratégias para os atingir, sendo por isso necessário refletir sobre os cuidados prestados.

O objeto deste projeto de intervenção recai sobre as intervenções de enfermagem promotoras de conforto, ações desenvolvidas pelos enfermeiros, que visam o conforto da pessoa com doença hemato-oncológica, em contexto de internamento hospitalar e têm subjacente a individualidade destes doentes, percecionando o conforto, como cuidado essencial e conceito nobre da enfermagem.

A partir da reflexão inicial acerca desta temática, foram surgindo as seguintes interrogações:

- O que é conforto para a pessoa com doença hemato-oncológica? E para os enfermeiros?
- Como a pessoa com doença hemato-oncológica se sente “confortada”/“confortável” durante o internamento hospitalar?
- Quais as intervenções que o enfermeiro utiliza para o conforto da pessoa com doença hemato-oncológica, num serviço de internamento hospitalar?

Este projeto de intervenção pretende dar resposta à seguinte questão de investigação, que sintetiza as interrogações anteriores:

Quais as intervenções de enfermagem, promotoras de conforto, na pessoa com doença hemato-oncológica, num serviço de internamento hospitalar?

Para responder à questão de investigação, pretendo compreender junto da pessoa com doença hemato-oncológica e dos enfermeiros que lhe prestam cuidados promotores de conforto e “possuem uma experiência e um saber pertinente” (Fortin, 2003, p. 148), quais as intervenções promotoras de conforto, conseguindo assim “caracterizar o fenómeno de interesse” (Fortin, 2003, p. 162), ou seja, o conforto em enfermagem.

Nesta ordem de ideias, as finalidades deste projeto são:

- Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais como Enfermeira Especialista e Mestre em parceria com a pessoa com doença hemato-oncológica, na promoção do seu conforto em internamento hospitalar;

- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, de forma a consciencializar a equipa de enfermagem para as intervenções promotoras de conforto na pessoa com doença hemato-oncológica.

De maneira a enunciar o que se pretende fazer para dar resposta à questão de investigação colocada (Fortin, 2003) defini para o desenvolvimento do projeto de intervenção, os seguintes objetivos gerais:

→ Adquirir conhecimentos e competências, ao nível de Enfermeira Especialista, para promover o conforto da pessoa com doença hemato-oncológica, em internamento hospitalar;

→ Contribuir para a promoção do conforto na pessoa com doença hemato-oncológica, num serviço de internamento hospitalar.

A partir dos objetivos gerais já referidos, defini objetivos específicos, presentes no plano de actividades (Apêndice I), considerando as especificidades dos locais de estágio e a problemática do projeto, bem como, as aprendizagens a realizar. Os objetivos específicos, descritos no apêndice I, vão conduzir a reflexão acerca das tarefas executadas, no capítulo que se segue. As atividades desenvolvidas durante os estágios em serviços de internamento permitem desenvolver conhecimentos e competências na área do conforto, em parceria, por um lado, com a pessoa com doença hemato-oncológica e por outro, com os enfermeiros que desenvolvem intervenções promotoras de conforto.

Os recursos apresentados no fim do plano de atividades (Apêndice I) foram mobilizados ativamente, ao longo de todos os períodos de estágio, facilitando o desenvolvimentos das atividades pré definidas.

3. EXECUÇÃO DAS TAREFAS

Neste capítulo, pretendo demonstrar o percurso desenvolvido desde o planeamento do projeto de intervenção até à sua implementação, o que corresponde à fase de execução, na metodologia de projeto (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Deste modo, serão apresentados os locais de estágio e analisadas as atividades realizadas para dar resposta aos objetivos gerais e específicos definidos, tendo em conta, os indicadores de avaliação propostos. Esta análise terá por base o plano de atividades (Apêndice I) definido aquando do planeamento do projeto. As atividades desenvolvidas e os resultados alcançados serão expostos de forma reflexiva, considerando a evidência científica encontrada e o referencial teórico de Kolcaba (2003). Posteriormente, descrevo a implementação deste projeto no último local de estágio, centrando-me na metodologia utilizada, para dar resposta à questão de investigação. Seguidamente, é realizada a discussão dos resultados e por fim, abordo as questões éticas que estiveram presentes em todo o percurso de implementação deste projeto.

3.1. Locais de Estágio

Para o desenvolvimento deste projeto de intervenção e das competências de Enfermeira Especialista e Mestre, foi programada a realização de um estágio com a duração de 18 semanas, de 23 de Setembro de 2019 a 7 de Fevereiro de 2020. Este período de estágio foi dividido por três instituições, sendo um período de seis semanas em cada campo de estágio, tal como se ilustra no cronograma I (Apêndice V), que diz respeito, aos estágios do terceiro semestre deste curso. No sentido de manter o anonimato das instituições e a privacidade dos doentes e profissionais de saúde, os campos de estágio vão ser referenciados como local de estágio I, II e III.

Considerando, a problemática deste projeto, é importante conhecer a realidade do local de estágio I, tal como descrito no apêndice VI, uma vez que, aqui se procuram soluções para aliviar o impacto da doença oncológica, considerando as terapêuticas mais recentes e adequadas a cada doente, tendo em vista o aumento da sobrevivência e da qualidade de vida. Esta instituição está direcionada para o tratamento da doença oncológica, com uma forte vertente de investigação e tecnologias inovadoras na área da cirurgia, o que traz vantagens para o doente, na redução de complicações no pós-operatório e na diminuição do tempo de internamento, existindo aumento do seu conforto. A qualidade das instalações desta instituição, denotam uma grande

preocupação com o conforto do doente e família, a nível social e ambiental, ponto de ligação com os contextos definidos pela Teoria do Conforto de Kolcaba (2003).

Este primeiro período de estágio decorreu entre 23 de setembro a 3 de novembro de 2019, como se visualiza no cronograma I (Apêndice V).

Escolhi o segundo local de estágio pensando na pessoa com doença hemato-oncológica que vivencia um processo de doença progressiva e muitas vezes incurável, tornando-se pertinente, desenvolver competências na área dos cuidados paliativos (CP), tendo em conta as necessidades destes doentes, o seu sofrimento e desconforto.

Os CP, sendo cuidados intensivos de conforto, englobam intervenções cujo objetivo será aliviar o desconforto físico, espiritual, psíquico e emocional. Todas as intervenções de enfermagem em cuidados paliativos visam o conforto e a diminuição do sofrimento, pelo que os profissionais de saúde devem adaptar as intervenções à individualidade da pessoa e à fase da doença em que se encontram, para que o doente se sinta confortável, tal como é defendido pela filosofia do campo de estágio II (Apêndice VII). São estas intervenções de enfermagem promotoras de conforto, que pretendo identificar e desenvolver em conjunto com estes doentes, no âmbito deste projeto de intervenção.

O estágio II desenvolveu-se entre 4 de novembro e 15 de dezembro (Apêndice V).

O último local de estágio, tem como contexto o serviço onde desempenho funções e que recebe pessoas com doença hemato-oncológica, nas diversas fases de doença (diagnóstico, tratamento, recaída e fim de vida), ficando estas internadas durante períodos médios a longos e sendo submetidas a múltiplos procedimentos invasivos, que geram desconforto e/ou descontrolo de sintomas, o que justifica o recurso às intervenções de enfermagem promotoras de conforto, temática em estudo.

Esta instituição faz referência, nos seus objetivos estratégicos à segurança e a satisfação dos doentes (Apêndice VIII) tornando-se de extrema importância o conforto da pessoa com doença hemato-oncológica, que contribui para a satisfação destes doentes e eficácia dos cuidados de saúde.

O estágio no local III decorreu entre 16 de dezembro de 2019 e 7 de fevereiro de 2020, tal como retratado no cronograma I (Apêndice V).

Seguidamente, serão analisadas as atividades desenvolvidas (Apêndice I), para atingir os objetivos propostos para os três locais de estágio.

3.2. Adquirir competências para promover o conforto da pessoa com doença hemato-oncológica, em internamento hospitalar

O presente objetivo geral foi transversal a todos os locais de estágio sendo construído a partir dos conhecimentos adquiridos durante o percurso académico, mais os provenientes das pesquisas efetuadas e da experiência proveniente dos diferentes contextos de estágio.

Numa fase inicial, observei a prestação de cuidados desenvolvida pela equipa multiprofissional e posteriormente, participei ativamente na prestação de cuidados, podendo assim, alcançar o objetivo, enumerar as necessidades e cuidados promotores de conforto na pessoa com doença hemato-oncológica, processo que foi facilitado, com a realização dos indicadores de resultado propostos, como a elaboração de notas de campo, a consulta dos processos clínicos, a observação da interação entre doentes e familiares e da comunicação que estabeleci com estes, para identificar as necessidades de conforto e também as intervenções de enfermagem que eram desempenhadas pelos enfermeiros, tendo como resultado o conforto, temática deste projeto.

Nesta ordem de ideias, a realização da revisão *scoping* (Apêndice II), permitiu mapear a evidência científica, relativamente às intervenções promotoras de conforto, desenvolvidas pelos enfermeiros, à pessoa com doença hemato-oncológica, o que constitui um indicador de avaliação pré definido, que permitiu alcançar o objetivo específico, identificar as intervenções de enfermagem, promotoras de conforto realizadas à pessoa com doença hemato-oncológica, segundo os enfermeiros e serviu de base para a construção, do indicador de avaliação, *Checklist* do Conforto (Apêndice XIV) onde constam as intervenções de enfermagem encontradas na evidência científica, para promover o conforto, organizadas de acordo com os tipos e contextos de conforto integrantes da Taxonomia do Conforto, defendida por Kolcaba (2003), que serve de suporte ao desenvolvimento deste projeto.

A revisão *scoping* (Apêndice II) iniciou-se a partir da mnemónica *PCC*. Considerando, a população (*P*), a pessoa com doença hemato-oncológica, que necessita de intervenções de enfermagem promotoras de conforto (conceito-*C*) e que se encontra em internamento hospitalar (contexto-*C*). Esta foi orientada pelo *The Joanna Briggs Institute Reviewers Manual 2015 – Methodology for JBI Scoping Reviews* (Joanna Briggs Institute, 2015).

A *Check-list* do Conforto (Apêndice XIV) foi um importante instrumento que mobilizei ativamente durante todos os períodos de estágio, não só, no sentido de a otimizar, acrescentando intervenções promotoras de conforto, que provinham da pesquisa científica contínua e da prática, nos contextos de estágio, dos cuidados que observava, como também foi utilizada para a concretização da atividade, analisar a prestação de cuidados à pessoa com doença hemato-oncológica, tal como se exemplifica no estudo de caso (Apêndice XV), indicador de resultado, sobre uma situação de cuidados experienciada no local de estágio I. Este estudo de caso, refere-se a um casal que vivenciou uma cirurgia profilática por alterações genéticas, com emoções e sentimentos muito próprios e agravados por terem ultrapassado uma situação anterior de doença oncológica na família, que conduziu à morte e por temerem o futuro das suas filhas, que também podiam ser portadoras da mesma alteração genética. Contudo, as descendentes, só poderão realizar os testes genéticos quando atingirem a maioridade, o que aumenta a ansiedade deste casal e potencia o impacto da doença oncológica. A prestação de cuidados a esta díade permitiu recolher algumas intervenções promotoras de conforto que facilitaram a adaptação deste casal a este momento e permitiu, também aplicar a *Checklist* do Conforto (Apêndice XIV), considerando os tipos e contextos de conforto definidos por Kolcaba (2003). Tornou-se claro como a *checklist* construída foi útil e facilitadora, sendo operacional e potenciadora duma prática de enfermagem focada em promover o conforto. Tal como refere, Salgado (2012, p.114) “a criação de listagens de intervenções surgem como uma mais valia para o aumento da qualidade do exercício profissional”. Neste contexto, consegui dar resposta às atividades, elaborar a lista de necessidades e o guia de intervenções promotoras de conforto, para, posteriormente, validar o resultado das intervenções de enfermagem promotoras de conforto.

O estudo de caso, presente no apêndice XV, foi importante, na medida, em que me permitiu identificar as necessidades deste casal, pela relação terapêutica que estabeleci e pela comunicação eficaz, baseada na escuta ativa que desenvolvi com a díade, mobilizando e empregando competências comunicacionais no cuidar a pessoa com doença oncológica, o que permitiu a concretização deste objetivo específico.

No local de estágio I, fui confrontada com o facto de uma doente referir que a porta do quarto fechada e a cortina da janela aberta (vista para o rio) eram fatores desconfortáveis para ela, naquele momento de vivência da sua doença oncológica, uma vez que, ela preferia ouvir o barulho nos corredores, para não pensar na sua doença e o

rio lembrava-lhe o distanciamento do filho, que naquele momento era obrigada a manter por estar internada. Esta situação motivou a realização da reflexão I (Apêndice IX) em que as temáticas centrais são a comunicação e o ambiente, estabelecendo aqui um ponto de ligação com a Teoria do Conforto de Kolcaba (2003). Assim sendo, existem alguns pontos a destacar desta reflexão: a objetividade e o dinamismo do conceito de conforto; a desesperança no futuro e falta de sentido de vida que motivou o desenvolvimento do objetivo específico, mobilizar e empregar competências comunicacionais no cuidar a pessoa com doença hemato-oncológica e a operacionalização, mais uma vez, da taxonomia do conforto, defendida por Kolcaba (2003), colhendo, dados sobre as intervenções promotoras de conforto. Tal como descrito na reflexão crítica I (Apêndice IX), considero que, desenvolvi competências essenciais ao processo de comunicação, tais como, a escuta ativa, a compreensão empática, a congruência, a autenticidade e o feedback. A esperança realista foi também importante, no delinear de objetivos a curto prazo, valorizando as conquistas, o que diminui a ansiedade e aumenta a tranquilidade (Pacheco, 2014).

Para o local de estágio II, defini objetivos diferentes das outras instituições, visto que os doentes estariam a vivenciar uma fase diferente da doença, ou seja, CP. Assim, senti necessidade de orientar a minha prática, tendo por base a filosofia dos CP em que o “principal objetivo é promover o bem-estar e a qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual...” (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, CNCP, 2017, p.7).

Analisando, a prática de cuidados que desenvolvi neste local de estágio, penso que o maior ganho, se traduz, no desenvolvimento da comunicação, dando continuidade aos princípios básicos da comunicação verbal e não-verbal, através da pesquisa da evidência científica e treinando as técnicas que estimulam a empatia, a escuta ativa, não esquecendo a importância da comunicação não-verbal, que inclui a disponibilidade e a postura de abertura para escutar o outro, num ambiente calmo e tranquilo, o que também foi objeto de reflexão nas duas reflexões críticas que produzi (Apêndice X e XI).

Na reflexão II, (Apêndice X) para além das estratégias de comunicação com o doente em fim de vida, abordo a importância do controlo de sintomas, a necessidade de saber mobilizar as escalas de avaliação de necessidades paliativas, no sentido de monitorizar e avaliar o resultado das intervenções desenvolvidas, mobilizando intervenções farmacológicas e não-farmacológicas realizadas, de acordo, com a

sintomatologia descontrolada, baseando a atuação do enfermeiro nos quatro pilares da filosofia dos CP: o controlo dos sintomas, a comunicação adequada, o apoio à família e o trabalho em equipa (Twycross, 2003; Neto, 2016;).

Os instrumentos de avaliação do doente em fim de vida (*Edmonton Symptom Assessment System*, ESAS e *Palliative Performance Status*, PPS) são importantes, no sentido de implementar intervenções que promovam o seu conforto e aumentem a qualidade de vida. A avaliação dos sintomas facilita o seu controlo, promove o conforto e a melhoria da qualidade de vida (Brant, 2010), sendo que o contacto com estas escalas foi importante, uma vez que ao mobilizá-las, consegui implementar intervenções direcionadas para as reais necessidades da pessoa.

Para Kolcaba (2003) ao conforto holístico está subjacente uma “boa morte”, uma vez que as necessidades e intervenções para o conforto são direcionadas para os objetivos do doente, como me foi permitido observar, descrever e desenvolver na reflexão crítica II (Apêndice X).

O cuidado de conforto em fim de vida deve considerar a individualidade da pessoa, sendo primordial elaborar um plano de cuidados centrado no doente, que promova o seu conforto, bem como, dos familiares e profissionais de saúde que o acompanham (Kolcaba, 2003). Assim, para a atividade, observar a prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica em CP, consegui descrever as intervenções de enfermagem que visam o controlo de sintomas e as intervenções farmacológicas e não farmacológicas para o seu controlo, com a avaliação, monitorização e registo através das escalas já mencionadas, de forma a promover o conforto do doente em fim de vida, cumprindo o indicador de avaliação definido.

Para este local de estágio, um dos indicadores de avaliação seria a realização de uma revisão *scoping*, para elaborar uma tabela com a sintomatologia mais comum e as estratégias de controlo mais eficazes, contudo, por indicação da Professora Orientadora este trabalho não foi efetuado, considerando que a anterior revisão *scoping* efetuada, já daria resposta à evidência científica para fundamentar as intervenções de enfermagem promotoras de conforto. Por outro lado, o local de estágio II, é detentor de muita informação nesta área de cuidados, que se encontra atualizada e que tive oportunidade de consultar e mobilizar, enriquecendo os meus conhecimentos.

Elaborei a reflexão crítica III (Apêndice XI), que apesar de não estar programada inicialmente, surgiu por ser uma temática muito comum no local onde desempenho

funções. Esta aborda o doente oncológico confuso em CP. Neste sentido, aprofundi o *delirium*, as suas causas e as formas de classificação com recurso a escalas, considerando a importância da abordagem da família, que também tem de ser esclarecida, sendo o controlo sintomático fulcral e mantido através de um ambiente calmo, com adequação da iluminação e dos ruídos, entre outras intervenções que foram efetuadas pela equipa de enfermagem considerando o contexto ambiental da Teoria de Kolcaba (2003), que ganhou, importante destaque, no controlo da desorientação do doente. O *delirium* do doente, foi dificultador do processo de comunicação e influenciou o conforto em todos os tipos e contextos definidos por Kolcaba (2003). Contudo, foi também, impulsionador do desenvolvimento de estratégias direcionadas para o ambiente e para facilitar a comunicação. Estas estratégias foram importantes para completar a *Checklist* do Conforto (Apêndice XIV) e para desenvolver as minhas competências na gestão da sintomatologia da pessoa com doença oncológica em CP.

No sentido de clarificar alguns conceitos e temáticas na área dos CP, estive presente no *III Encontro de Cuidados Paliativos da Serra da Estrela* (Anexo II), onde foram abordados temas como a morte, os CP na demência, a gestão da esperança no fim de vida, a palição, o luto e a futilidade terapêutica, temas tão atuais dos quais trouxe contributos para cuidar da pessoa com doença hemato-oncológica.

Produzi a reflexão crítica IV (Apêndice XII), no local de estágio III, que aborda a esperança da pessoa com doença hemato-oncológica e como os enfermeiros que cuidam destas pessoas a promovem. Estando eu a desenvolver um projeto acerca das intervenções de enfermagem promotoras de conforto da pessoa com doença hemato-oncológica foi importante esta reflexão, para compreender a relação entre o conceito de esperança e o conforto, uma vez que a promoção da esperança realista, assenta em intervenções que também promovem o conforto, nomeadamente, o controlo de sintomas, a satisfação das necessidades básicas, a valorização de conquistas, o estabelecimento da relação de ajuda, a ajuda no percurso de vivência da doença, o encontro de sentido e o envolvimento da família (Pacheco, 2014).

Apesar de todas as circunstâncias negativas, implícitas ao percurso da doença hemato-oncológica e da incerteza no futuro, estes doentes demonstram uma grande força interior, positivismo e energia. À esperança é atribuído poder terapêutico, sendo considerado um importante mecanismo de *coping* que influencia o bem-estar físico, emocional e espiritual (Querido, 2005). Nesta ordem de ideias, o conforto relaciona-se

com a esperança, ao nível dos contextos de conforto propostos por Kolcaba (2003), promovendo o alívio, o sentido de vida e a auto-estima (contexto físico e psicoespiritual).

No meu local de trabalho, onde desenvolvi o estágio III, implementei o projeto de intervenção, depois de ter ido buscar subsídios às outras duas instituições.

Para dar resposta ao objetivo específico, identificar necessidades e cuidados promotores de conforto na pessoa com doença hemato-oncológica apliquei a *HCQ-PT-DC*® (Querido, 2012), presente no anexo I e um questionário de variáveis sociodemográficas e clínicas (Apêndice XIX) a 16 pessoas com doença hemato-oncológica, sendo que o indicador de avaliação seria a aplicação a 15 doentes e respetiva análise dos resultados.

Para identificar as intervenções de enfermagem, promotoras de conforto realizadas à pessoa com doença hemato-oncológica, segundo os enfermeiros (objetivo específico), 32 enfermeiros responderam ao questionário (Apêndice XVI e XVII), numa população de 40 enfermeiros, o que traduz a aplicação deste instrumento de recolha de dados a 80% dos enfermeiros do serviço (indicador de resultado).

Relativamente, à atividade, prestação de cuidados à pessoa com doença hemato-oncológica e sua família considero que consegui estabelecer uma relação terapêutica, que permitiu identificar as suas necessidades, estando mais desperta para as necessidades de conforto, visto serem o ponto-chave deste projeto, desenvolvendo a comunicação eficaz e escuta ativa que permitiram compreender as preocupações e dúvidas dos doentes e famílias com doença oncológica, podendo fornecer informação adequada, para suportar as tomadas de decisão.

Um dos pontos comuns a todos os doentes com quem contactei durante os períodos de estágio foi a dor e as intervenções de enfermagem a que eram submetidos para o seu controlo ou alívio, tal como abordado por Kolcaba (2003), no tipo de conforto alívio. A OE (2001) valoriza esta problemática atribuindo importância ao papel do enfermeiro em avaliar a dor e intervir precocemente de modo a promover o conforto das pessoas de quem cuida, sem esquecer a sua prevenção. Perante estas diretivas senti necessidade de frequentar o *Workshop PAIN EDUCATION* (Anexo III), com o preletor Dr.º Paulo Pina, onde foi abordada a “classificação, fisiologia, cronificação, avaliação e farmacologia da dor”.

Considero, também que desenvolvi capacidades de autoconhecimento, na medida em que encontrei oportunidades de reflexão e de crescimento pessoal. E também

desenvolvi a assertividade, conseguindo promover a expressão de sentimentos da pessoa com doença hemato-oncológica, gerindo as emoções e assumindo a responsabilidade pelos cuidados prestados, desenvolvendo mais umas das atividades, que constam do plano de atividades (Apêndice I).

Pela multiplicidade e complexidade de doentes que integram os locais onde desenvolvi este estágio, foi também proveitosa a troca de conhecimentos, tendo desempenhado com rigor o papel de formadora, que me foi reconhecido pelos enfermeiros dos diferentes campos de estágio. Este é também um aspeto fundamental na melhoria da qualidade dos cuidados exigindo da minha parte pesquisa e atualização constante, no sentido, de dar resposta às questões e situações que surgiam.

Os registos de enfermagem foram realizados recorrendo aos instrumentos em uso nas instituições, espelhando a evolução da pessoa com doença hemato-oncológica, conseguindo atingir o indicador de avaliação proposto previamente.

3.3. Contribuir para a promoção do conforto na pessoa com doença hemato-oncológica, num serviço de internamento hospitalar

Considerando, o segundo objetivo geral, em todos os locais de estágio, numa fase inicial, passei por um período de integração gradual, observei a dinâmica do serviço, o seu funcionamento, a sua estrutura física, a dinâmica funcional, a equipa multidisciplinar, a metodologia de trabalho desenvolvida e a tipologia de doentes internados e suas famílias, bem como os instrumentos de colheita de dados, avaliação e registos utilizados nos serviços, desenvolvendo a atividade preconizada, de forma a conseguir, atingir os indicadores de avaliação, identificar a missão e a dinâmica da equipa multidisciplinar, tendo neste contexto realizado um resumo onde explicito a missão, os objetivos, a estrutura funcional e organizacional e a articulação da equipa multidisciplinar (Apêndice VI, VII e VIII), para cada local de estágio.

No sentido de dinamizar a divulgação e desenvolvimento deste projeto junto da equipa de enfermagem (objetivo específico), preocupei-me em apresentar o projeto à equipa multidisciplinar do local de estágio (atividade), sendo que nos primeiros locais não existiu um momento formal, pois em conversa com as Enfermeiras Chefes destes locais, não se achou oportuno, devido à pouca adesão que teria pela equipa de enfermagem, assim, foram criados momentos informais antes ou depois das passagens de ocorrências, onde explicito a temática e os objetivos do projeto de intervenção, bem

como, os objetivos específicos para cada campo de estágio. No local de estágio III, foram realizadas, como atividade já preconizada, cinco sessões de divulgação do projeto (Apêndice XVIII) em pequenos grupos constituídos pelos enfermeiros que estavam a terminar o turno da noite e pelos que faziam manhã, conseguindo desta forma, chegar a todos os elementos da equipa de enfermagem. Nestas sessões abordei o diagnóstico da situação, a questão de investigação, os objetivos, o referencial teórico de suporte, explicitando a Teoria do Conforto de Kolcaba (2003), os instrumentos de recolha de dados e as fases de implementação do projeto de intervenção (Apêndice XVIII).

No local de estágio III, para concretizar o objetivo específico, dinamizar a equipa de enfermagem, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com doença hemato-oncológica, houve alguns procedimentos a realizar antecipadamente, tais como pedir autorização à autora para a utilização da escala, *HCQ-PT-DC*® (Querido, 2012), que se encontra no anexo IV. Foi pedida autorização à Comissão de Ética para a Saúde da instituição onde presto cuidados para a implementação deste projeto cumprindo o procedimento disponibilizado pela mesma e após reunião de todos os documentos pedidos, obtendo o seu parecer favorável, tal como consta no anexo V.

Após as autorizações, os dados obtidos com a aplicação dos métodos de colheita de dados (Anexo I e Apêndice XVI, XVII e XIX) e a sua análise foram divulgados à equipa de enfermagem (Apêndice XX), também em pequenos grupos, cumprindo a mesma forma de divulgação já explicitada para a divulgação inicial deste projeto. Nas sessões de divulgação dos resultados deste projeto de intervenção no serviço (Apêndice XX), foram abordados os instrumentos de recolha de dados, feita uma análise sumária da caracterização sociodemográfica e clínica das pessoas com doença hemato-oncológica e a caracterização sociodemográfica dos enfermeiros, foi referenciado o nível de conforto da amostra de pessoas com doença hemato-oncológica estudada e dado a conhecer a análise de conteúdo realizada aos questionários respondidos pelos enfermeiros deste local, quais as principais intervenções de enfermagem promotoras de conforto referidas, bem como alguns fatores intrínsecos aos cuidados de enfermagem que podem influenciar a promoção do conforto.

A subjetividade e multidimensionalidade do conforto conduz a uma maior dificuldade na sua avaliação e registo das intervenções, pelo que a realização de uma NOC poderá ajudar na operacionalização e visibilidade deste conceito através dos registos de enfermagem. “As normas de orientação clínica são instrumentos de apoio à

decisão que visam a melhoria da qualidade, promovendo as boas práticas clínicas” (Santos et al. 2015, p.754). Neste sentido, elaborei, a NOC (Apêndice IV), com o tema, *Intervenções de Enfermagem promotoras de Conforto à pessoa com doença hemato-oncológica* com as intervenções de enfermagem promotoras de conforto que foram recolhidas e identificadas durante os períodos de estágio, tornando a avaliação do conforto da pessoa com doença hemato-oncológica operacionalizável na CIPE®. Esta foi utilizada como indicador de avaliação.

A NOC (Apêndice IV), juntamente com os resultados obtidos com a implementação deste projeto e a proposta de introdução da avaliação do conforto e das intervenções de enfermagem promotoras de conforto na plataforma CIPE®, ainda aguardam apresentação à Enfermeira Diretora, dadas as contingências implícitas à pandemia por COVID-19, que estão a ser ultrapassadas nesta instituição.

De uma forma geral, penso ter atingido os objetivos propostos no plano de atividades (Apêndice I), considerando que todas as atividades propostas foram desenvolvidas, tendo sido cumprido o cronograma II (Apêndice XIII).

3.4. Implementar o projeto de intervenção no serviço

Neste capítulo apresenta-se o estudo descritivo que foi desenhado para implementar no local de estágio III.

A metodologia corresponde ao conjunto de métodos e técnicas que sustentam o processo de investigação científica (Fortin, 2003) e que irão ser agora abordados.

Considerando, a natureza do problema, a questão de investigação e os objetivos, optou-se por uma abordagem qualitativa e quantitativa. O método quantitativo permite o “desenvolvimento e validação dos conhecimentos” (Fortin, 2003, p.22), sendo direcionado para a avaliação do conforto na pessoa com doença hemato-oncológica, enquanto que o método qualitativo, visa “descrever ou interpretar, mais do que avaliar” (Fortin, 2003, p.22), permitindo identificar quais as intervenções de enfermagem promotoras de conforto, desenvolvidas pelos enfermeiros, no cuidar a pessoa com doença hemato-oncológica, levando à aquisição de novos conhecimentos (Fortin, 2003).

A população alvo para este estudo são as pessoas com doença hemato-oncológica internadas no serviço de hematologia do hospital de Lisboa, onde desempenho funções, e também os enfermeiros que desempenham funções neste serviço.

A amostra define-se como o conjunto de elementos retirados da população alvo (Fortin, 2003) e corresponde ao sub-grupo da população selecionado para obter informações relativas às características dessa população, sendo neste caso, uma amostra não-probabilística (acidental), pois os elementos foram escolhidos “em razão da sua presença num local, num dado momento” (Fortin, 2003, p.208).

Os critérios de inclusão para a amostra deste estudo são os seguintes:

- ✓ Pessoas com doença hemato-oncológica;
- ✓ Doentes com mais de 18 anos;
- ✓ Doentes internados no serviço onde foi implementado este projeto, no período de 16 de Dezembro de 2019 a 7 de Fevereiro de 2020;
- ✓ Doentes conscientes e orientados no tempo, espaço e pessoa e com capacidade cognitiva para autoavaliação;
- ✓ Enfermeiros que prestam cuidados no serviço de Hematologia, no referido período;
- ✓ Doentes e Enfermeiros que aceitaram participar no presente estudo e tenham assinado o consentimento livre e esclarecido (Apêndice XXI e XXII);
- ✓ Enfermeiros com seis ou mais meses de experiência profissional na área de Hemato-oncologia.

Tendo em consideração, as intervenções de enfermagem promotoras de conforto, na pessoa com doença hemato-oncológica, num serviço de internamento, optou-se por escolher o método estruturado, sendo que os instrumentos de colheita de dados escolhidos foram, a aplicação de um formulário com perguntas fechadas, constituído por variáveis sóciodemográficas e clínicas, para os doentes (Apêndice XIX) e variáveis de caracterização sóciodemográficas, para os enfermeiros (Apêndice XVI), o que permitiu traçar o perfil dos participantes. As variáveis sociodemográficas incluíam: idade, género, estado civil, religião, profissão, contexto familiar e tempo de exercício profissional, no caso dos enfermeiros. Nas variáveis clínicas avaliou-se o diagnóstico clínico, tempo decorrido desde do diagnóstico e a realização de tratamento agressivo pelos doentes. Aos enfermeiros foi ainda pedida resposta a seis questões abertas (Apêndice XVII).

Reconhecendo a importância da evidência científica na prática de enfermagem, como forma de sustentar as decisões, os diagnósticos, as intervenções e os seus resultados, bem como a subjetividade do conceito de conforto, construi o desenho de investigação, como consta na figura n.º 1 (Apêndice XXIII).

Inicialmente, sistematizei as intervenções de enfermagem promotoras de conforto, provenientes da revisão *scoping* (Apêndice II), que mapeou a evidência científica, construindo a *Checklist* do Conforto (Apêndice XIV). Com a reflexão e observação participante, desenvolvida nos locais de estágio I e II, elaborei notas de campo, que completaram e validaram a referida *checklist*. Com o questionário realizado aos enfermeiros (Apêndice XVII), consegui identificar as intervenções promotoras de conforto desenvolvidas, à pessoa com doença hemato-oncológica, no contexto de prática clínica. A avaliação do conforto holístico através da escala *HCQ-PT-DC*® (Querido, 2012), presente no anexo I, permite avaliar a qualidade das intervenções de enfermagem promotoras de conforto, que sendo autônomas e planejadas pelo enfermeiro, de acordo com as necessidades de conforto, garantem a satisfação da pessoa com doença hemato-oncológica, aumentando a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Por fim, a NOC das *Intervenções de Enfermagem promotoras de Conforto à pessoa com doença hemato-oncológica* (Apêndice IV), foi criada como forma de orientar a prática de enfermagem no local de estágio III e demonstrar a visibilidade do conforto como cuidado de enfermagem e indicador de resultado, tal como preconizado pela OE (2017), no que se refere à organização dos cuidados de enfermagem, sendo que o sistema de registo deve permitir a identificação de focos sensíveis aos cuidados de enfermagem.

A avaliação do conforto da pessoa com doença hemato-oncológica foi realizada com a Escala de Conforto Holístico, *HCQ-PT-DC*®, (Querido, 2012) que se apresenta no anexo I. Esta escala é composta por 26 itens¹, distribuídos pelos três estados de conforto de Kolcaba (2003): alívio, tranquilidade e transcendência, como figura no anexo VI e em quatro contextos avaliados pelos itens da escala: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, como apresentado no anexo VII.

A *HCQ-PT-DC*® (Querido, 2012) que se encontra no anexo I, foi entregue à pessoa com doença hemato-oncológica, após obtenção do consentimento livre e informado (Apêndice XXI) e explicação do seu preenchimento, sendo em seguida, autopreenchida.

¹ Cada item do *HCQ-PT-DC*® tem 6 possibilidades de resposta, numa escala tipo *Likert*, entre 1=Discordo Totalmente até 6=Concordo Totalmente. O conforto holístico varia entre 26 e 156 pontos possíveis, nos três estados de conforto de Kolcaba (2003). Cada um dos itens avalia um estado e um contexto de conforto, identificados pela combinação das siglas indicadas (Anexo VII). Para tratamento estatístico, deve inverter-se a pontuação atribuída aos itens 1, 6, 7, 8, 11, 14, 16, 18, 20, 21, 22, 23 e 26, assinalados por um *. As pontuações mais altas da escala correspondem a maior nível de conforto.

Os dados provenientes da aplicação da *HCQ-PT-DC*® (Querido, 2012), presente no anexo I foram estudados, através do programa *IBM*® *SPSS*® Statistics 25.

A observação participante, “colocando questões relativas a comportamentos” (Fortin, 2003, p.241) em que “o investigador é simultaneamente instrumento na recolha de dados e na sua interpretação” (Correia, 2009, p.31) e as notas de campo que ressaltam da prestação de cuidados à pessoa com doença hemato-oncológica, iniciadas nos locais de estágio anteriores, foram também instrumentos de colheita de dados e contribuíram para a realização de *Checklist* do Conforto (Apêndice XIV), onde se encontram esquematizadas as intervenções de enfermagem promotoras de conforto, que surgiram da revisão *scoping* (Apêndice II). No local de estágio III terminei a *Checklist* do Conforto (Apêndice XIV) recorrendo às intervenções de enfermagem que nela figuram, para a realização da NOC (Apêndice IV), como guia orientador de boas práticas.

Para recolher dados acerca das intervenções de enfermagem promotoras de conforto, efetivadas pelos enfermeiros, foi construído um guião de entrevista com seis questões abertas (Apêndice XVII), que esteve na base da realização de entrevistas semiestruturadas. Este questionário permitiu também a identificação de algumas características da prática clínica que podem influenciar a promoção do conforto, à pessoa com doença hemato-oncológica. Os questionários foram elaborados com recurso à plataforma *GOOGLE DRIVE*®, criando um formulário, que foi enviado por *e-mail* para os enfermeiros, que já tinham dado o seu consentimento livre e informado (Apêndice XXII) antecipadamente. A aplicação destes permitiu minimizar a influência do pesquisador na produção de dados. Pois, de acordo com Fortin (2003), poderá reduzir a tendenciosidade nas respostas, o que poderia influenciar a reação do respondente ao entrevistador.

A população do serviço onde desempenho funções é de 40 enfermeiros, tendo 6 enfermeiros, menos de 6 meses de experiência na área da hematologia, ficando estes, excluídos com a aplicação dos critérios de inclusão na amostra e os restantes não responderam ao questionário, por fim, foram analisados 32 questionários.

Para os questionários dos enfermeiros foi utilizada a análise de conteúdo, uma vez que, segundo Bardin (1988) esta permite uma visão mais abrangente do fenómeno e do objeto de estudo, “reconhecendo unidades de significação que emergem da descrição do fenómeno. (...) As unidades de significação principais representam a estrutura do fenómeno” (Fortin, 2003, p.149).

Considerando, os diferentes métodos de colheita de dados e a abordagem qualitativa e quantitativa deste estudo, é possível afirmar, que foi utilizada a estratégia de triangulação, reunindo dados provenientes de diversas fontes e procedimentos, o que aumenta a fiabilidade da abordagem qualitativa. Para Fortin (2003) a triangulação de métodos é utilizada no estudo de conceitos complexos, tal como o conforto, conceito em estudo nesta investigação.

3.5. Apresentação e discussão dos resultados

Em seguida, procede-se à apresentação da análise estatística e análise de conteúdo dos dados, bem como à análise crítica dos mesmos, que permite evidenciar os dados mais relevantes e confrontá-los com o conhecimento da evidência científica.

A amostra foi constituída por 16 pessoas com doença hemato-oncológica com idades compreendidas entre os 21 e 77 anos e média de 53 anos, como é visível na tabela n.º 1 (Apêndice XXIV). Na sua maioria são homens (75%), católicos (68,88%), casados ou em união de facto (62,5%) e a viverem com um familiar (43,8%), como se pode observar na tabela n.º 2 (Apêndice XXV).

As profissões dos elementos da amostra são muito diversificadas: bancários, distribuidores de mercadorias, assistente técnico, artesão, economista, empregada doméstica, estudante, motorista, químico, secretário, segurança e técnico de vendas.

O diagnóstico clínico prevalente, tal como se demonstra na tabela n.º2 (Apêndice XXV), foi o MM (31,3%), seguido do LNH (25%), LH (18,8%), drepanocitose (12,5%) e tricoleucemia (6,3%), a par com a PTT (6,3%).

O tempo decorrido desde do diagnóstico, variou entre 4 dias a 46 anos, em média 6 anos e 8 meses, como se pode verificar na tabela n.º1 (Apêndice XXIV).

Relativamente, à realização de tratamentos agressivos, como se visualiza na tabela n.º 2 (Apêndice XXV) 81,2%, das pessoas com doença hemato-oncológica, respondem que sim, estando a realizar ciclos de QT e 18,8%, respondem que não.

Com a análise dos dados do *HCQ-PT-DC*® (Querido, 2012) presentes na tabela n.º 3 (Apêndice XXVI) compreende-se que, em média, o pior conforto foi no item 1 – *estou preocupado com a minha família*, com média de 1,13, tal como no estudo de Querido (2012). O maior conforto verificou-se na referência às *pessoas especiais que me fazem sentir estimado/querido* (item 15), média de 5,50.

A aplicação do *HCQ-PT-DC*® (Querido, 2012), às pessoas com doença hemato-oncológica, revelou bons níveis de conforto total da amostra, com uma média de 94,16, sendo o nível mínimo de 65 e o máximo de 127, como se pode constatar na tabela n.º 4 (Apêndice XXVII). Sendo que, o conforto corresponde a 3,621 em média de score.

Sabendo que, o valor de conforto mais elevado corresponde a maior conforto, verifica-se que as pessoas com doença hemato-oncológica apresentam maior conforto no estado de tranquilidade (39%) seguido do estado de transcendência, sendo o conforto mais baixo no estado de alívio (26%), como se visualiza na tabela n.º 5 (Apêndice XXVIII) e no gráfico n.º 1 (Apêndice XXIX), o que está em concordância com os resultados do estudo de Querido (2012) e Nicolau (2013).

Os valores médios de cada contexto de conforto, tal como se pode observar na tabela n.º 6 (Apêndice XXX) e no gráfico n.º 2 (Apêndice XXXI) indicam maior conforto no contexto sociocultural ($\bar{x}=4,272$) e menor conforto no contexto físico ($\bar{x}=3,157$). Também no estudo de Kim & Kwon (2007) os doentes estavam mais confortáveis no contexto sociocultural. No estudo de Querido (2012) o menor conforto aparece igualmente no contexto físico. De acordo com o estudo de Apóstolo, Batista, Macedo & Pereira (2006), os doentes a realizar QT, revelam os mesmos achados deste estudo.

Considerando, os tipos e contextos de conforto da Taxonomia do Conforto de Kolcaba (2003) sistematizada por Querido (2012) tal como se indica no anexo VII, as pessoas com doença hemato-oncológica mostram que no contexto físico há maior índice de tranquilidade, *estou constantemente a pensar no meu mal-estar* (item 18) e menor alívio, sendo, *difícil aguentar a [minha dor]* (item 8). No contexto psicoespiritual, a amostra demonstra índices de conforto mais altos na tranquilidade, reconhecendo a sua culpa (item 11) e níveis mais baixos de alívio, demonstrando incerteza perante o futuro (*tenho medo do que está para vir* - item 14), tal como, as conclusões do estudo de Querido (2012). No contexto sociocultural, as pessoas com doença hemato-oncológica demonstram níveis mais elevados de tranquilidade, valorizando assim a importância das *pessoas especiais que [me] fazem sentir estimado/querido* (item 15) e níveis mais baixos de alívio, ressaltando assim, a importância da família e das relações familiares, como uma necessidade satisfeita, mas por outro lado, a família é sinónimo de preocupação e inquietude, pois também corresponde ao item com média de menor conforto (*estou preocupado com a minha família* – item 1), estes resultados encontram-se na tabela n.º

7 (Apêndice XXXII) e no gráfico n.º 3 (Apêndice XXXIII) e estão de acordo com os achados do estudo de Querido (2012).

As características psicométricas da escala utilizada, determinam a sua fidelidade mediante o cálculo do *Alpha de Cronbach*, a técnica mais correntemente utilizada quando se utiliza uma escala de *Likert* (Fortin, 2003). O valor do coeficiente varia entre 0,00 e 1,00, em que o valor mais elevado, corresponde a uma maior consistência interna da escala. O *Alpha de Cronbach* da aplicação do *HCQ-PT-DC*® (Querido, 2012), foi de 0,838, como se encontra na tabela n.º 8 (Apêndice XXIV), revelando elevada fidelidade.

Concluindo, o estudo demonstrou que as pessoas com doença hemato-oncológica são adultos com média de idades de cerca de 53 anos, como se apresenta na tabela n.º 1 (Apêndice XXIV), maioritariamente homens, com profissões muito diversificadas. São casados, católicos e vivem na companhia de um familiar, na sua maioria. O diagnóstico mais frequente foi o MM, estando a totalidade da amostra, a realizar tratamentos agressivos, que correspondiam a ciclos de QT. Estes dados encontram-se retratados na tabela n.º 2 (Apêndice XXV).

Analisando, a tabela n.º 1 (Apêndice XXIV), o tempo decorrido, desde o início do diagnóstico, foram em média cerca de 7 anos. Os doentes são considerados curados se permanecerem em remissão completa após um período de 4 a 5 anos (Sá, 2001; Azevedo, 2019) contudo, os doentes da amostra estudada ultrapassam as taxas de sobrevivência encontradas na literatura, quer pela multiplicidade de patologias presentes, quer pelos avanços tecnológicos no diagnóstico precoce e nas terapêuticas que conseguem controlar a agressividade das doenças hemato-oncológicas.

Resumindo, os dados encontrados revelam que o conforto das pessoas com doença hemato-oncológica, é maior no estado de tranquilidade, calma, sossego ou satisfação (Kolcaba, 2003) e menor no estado de alívio, tal como se apresenta na tabela n.º 5 (Apêndice XXVIII) e no gráfico n.º 1 (Apêndice XXIX) o que revela desconforto ou não satisfação das necessidades (Kolcaba, 2003; Querido, 2012), sendo um aspeto primordial para a intervenção dos enfermeiros. Nos contextos de conforto, o estudo revela que a amostra de pessoas com doença hemato-oncológica, apresenta maior conforto no contexto sociocultural, referente às relações interpessoais, familiares e sociais (Kolcaba, 2003) e menor no contexto físico, relativo às sensações corporais e às necessidades humanas fundamentais, como se demonstra na tabela n.º 6 (Apêndice XXX) e no gráfico n.º 2 (Apêndice XXXI). Assim, perante estes dados fica comprovada a

importância de os enfermeiros identificarem as necessidades de conforto do doente, para adequarem as intervenções de enfermagem promotoras de conforto aos tipos e contextos de conforto, onde os níveis de conforto são mais baixos.

Em forma de conclusão, os enfermeiros, ao conhecer os resultados deste estudo, devem desenvolver intervenções de enfermagem promotoras de conforto que sejam dirigidas para o alívio físico da pessoa com doença hemato-oncológica, pois foi aqui que se verificaram os níveis de conforto mais baixos.

Neste sentido, perante as necessidades de conforto da pessoa com doença hemato-oncológica e o conhecimento dos seus níveis de conforto/desconforto importa agora compreender, quais as intervenções de enfermagem promotoras de conforto que são mobilizadas pelos enfermeiros, no contexto do internamento hospitalar, onde decorreu este estudo, para dar resposta à questão de investigação.

Do questionário (Apêndice XVII) aplicado aos 32 enfermeiros, que participaram neste estudo, os dados importados a partir da plataforma *GOOGLE DRIVE*[®], mostram que estes, tinham uma média de idades entre os 31-35 anos, como é visível no gráfico n.º4 (Apêndice XXXV), sendo 84% mulheres e 16% homens, como é demonstrado pelo gráfico n.º 5 (Apêndice XXXVI).

O maior número de enfermeiros, sete, apresenta experiência profissional no serviço superior a 4 anos e inferior a 6 anos. Por outro lado, o mesmo número de enfermeiros, quatro, apresentam experiência superior a 1 ano e inferior a 2 anos e superior a 17 anos, como se encontra representado no gráfico n.º 6 (Apêndice XXXVII).

As respostas dadas pelos enfermeiros, ao questionário (Apêndice XVII) foram lidas e relidas, para identificar unidades de significação Bardin (1988) ou unidades de significação de experiência (Fortin, 2003).

Considerando, o conceito de conforto, os enfermeiros utilizaram termos que podem ser agrupados utilizando os tipos e contextos de conforto definidos por Kolcaba (2003), tal como se encontra representado na figura n.º 2 (Apêndice XXXVIII). Desta maneira, os enfermeiros descrevem o conforto como, bem-estar, estado sem desconforto, referindo o alívio e a tranquilidade (tipos de conforto de Kolcaba, 2003), bem como o acompanhamento/presença de familiares (contexto sócio cultural de Kolcaba, 2003) e o ambiente físico, calmo e confortável (contexto ambiental de Kolcaba, 2003). No presente estudo, as pessoas com doença hemato-oncológica apresentam maior conforto no

contexto sócio-cultural, sendo um dos aspetos abordados pelos enfermeiros quando questionados acerca do conceito de conforto.

Os enfermeiros fazem ainda referência à diminuição do sofrimento e ao controlo sintomático, enumerando a dor, náuseas, vômitos e ansiedade e a satisfação de necessidades ou desejos, o que está de acordo com o alívio, preconizado por Kolcaba (2003) e que revelou o menor conforto nas pessoas com doença hemato-oncológica que participaram neste estudo. Por último, é também referida a qualidade de vida.

Também a mesma autora (Kolcaba, 1992) realça a dor, náusea e fadiga como aspetos significativos de desconforto que precisam ser controlados para que a pessoa possa estar em conforto, referindo que outros aspetos de desconforto, como a ansiedade, a solidão, a angústia espiritual também impedem um paciente de alcançar o conforto holístico.

O conforto e o bem-estar são conceitos distintos, embora tenham sido abordados como sinónimos pelos enfermeiros interrogados. O bem-estar é igualmente subjetivo, como o conceito de conforto e revela a capacidade de se sentir bem consigo próprio e com a vida, enquanto que o conforto, demonstra-se na experiência de se sentir ajudado ou confortado (Ribeiro, 2012).

Em relação às condições/recursos necessários para promover o conforto, que se encontram sintetizados no quadro n.º 1 (Apêndice XXXIX), os enfermeiros indicam diversos recursos, que foram agrupados. Assim, foram constituídos cinco grupos, divididos em recursos humanos (enfermeiros, assistentes operacionais e médicos), essenciais para o estabelecimento de comunicação eficaz, escuta ativa, empatia e respeito. Os recursos físicos (camas articuladas, almofadas), psicoespirituais (fé, esperança e apoio psicológico), sócio culturais (presença de familiar ou pessoa significativa, horários alargados/flexibilidade de visitas e apoio social) e ambientais (espaço confortável para os familiares e doentes; ambiente calmo e tranquilo; espaços limpos e meios de entretenimento). Juntamente com os recursos indicados, os enfermeiros enumeram o tempo para a prestação de cuidados, que condiciona a prática de enfermagem de qualidade. Também Sousa (2014, p.81) refere “o tempo como um recurso determinante para os cuidados necessários à pessoa, referindo que é a falta de tempo no cuidado que os impede de poder dar respostas confortadoras”. Por outro lado, foi também referida a importância da formação profissional, dos protocolos de atuação e

da medicação prescrita, para o controlo de sintomas, para que possa ser administrada sempre que necessário.

Com a progressão da doença hemato-oncológica, o conforto do doente, continua a ser a grande preocupação da enfermagem, até porque a hospitalização retira a pessoa do seu conforto familiar, podendo levar ao isolamento social (Ribeiro et al., 2016), uma vez que é responsável pela separação do contexto e das pessoas significativas do doente, gerando desconforto e sofrimento (Apóstolo, 2007). No serviço não existe uma sala onde os doentes podem estar com as suas visitas, fazer as suas refeições e passar algum tempo fora do quarto, quando lhes é possível, daí que esta seja uma preocupação dos enfermeiros que se insere no contexto físico e sociocultural (Kolcaba, 2003), contribuindo para o alívio, tendo em atenção a vivência da doença hemato-oncológica e o impacto da hospitalização, promovendo a distração e os momentos lúdicos, promotores de conforto psicoespiritual e sociocultural (Kolcaba, 2003), visto que os internamentos prolongados e reincidentes constituem um desafio (Kolcaba, 2003). Por outro lado, é frequente, os doentes hemato-oncológicos apresentarem neutropenias, o que implica manterem-se em isolamento protetor ou até de contato, não podendo sair do seu quarto, ganhando maior ênfase as intervenções de que promovam o conforto.

Quando questionados acerca das intervenções de enfermagem promotoras de conforto no contexto da sua prática clínica, as respostas, foram sistematizadas de acordo com a Taxonomia do Conforto, defendida por Kolcaba (2003), tal como está visível no quadro n.º 2 (Apêndice XL).

Os enfermeiros destacam a satisfação/antecipação das necessidades da pessoa com doença hemato-oncológica, com a sua presença e promoção da relação de confiança e empatia. As intervenções promotoras de conforto podem ser categorizadas utilizando os contextos definidos por Kolcaba (2003), como se apresenta no quadro n.º 2 (Apêndice XL). Considerando, que as pessoas com doença hemato-oncológica, participantes deste estudo, apresentavam menor nível de conforto no alívio e contexto físico, as intervenções promotoras de conforto, enumeradas pelos enfermeiros são ricas nesta área de intervenção. De acordo com Kolcaba (2003) o controlo da dor é essencial para o conforto físico, no qual são utilizadas medidas farmacológicas e não farmacológicas (Ribeiro et al., 2016), tal como também é corroborado pela OE (2017). Os posicionamentos, os cuidados de higiene e a organização do ambiente são também referidos por Ponte & Silva (2015), tal como acontece nos enfermeiros deste estudo, que

acrescentam ainda o toque e a massagem. No enquadramento conceptual deste relatório são abordados são os autores que enumeram os benefícios do toque e da massagem no aumento do conforto dos doentes (Bush, 2007; Sousa, 2014; Apóstolo et al., 2013).

Relativamente, ao contexto psicoespiritual, a comunicação é o elemento chave, entre os parceiros de cuidados, valorizando a disponibilidade para escutar e demonstrando postura de abertura, de forma a prestar apoio espiritual e gestão do silêncio, o que é defendido por Watson (2002) como um forte elemento da comunicação e está relacionado com a capacidade de escutar, demonstrar interesse e atenção, papel que cabe ao enfermeiro. A comunicação e as competências necessárias para a sua efetividade, também já foram abordadas ao longo deste relatório e são defendidas por Kolcaba, 2003; Kleiman, 2004; Magalhães, 2009; Oliveira, 2006 e 2011 entre outros. São ainda referidas as estratégias que promovam a autonomia e a capacitação do doente, na perspetiva de *empowerment*. Por outro lado, é referida a gestão das expectativas, que perante a doença hemato-oncológica é uma situação difícil, pois os avanços e recaídas são muitos, processo que se torna muito difícil, pela imprevisibilidade do percurso da doença.

No contexto sociocultural, a presença do familiar/pessoas significativas é apontada pelos enfermeiros deste estudo, como um importante recurso no processo de doença. Não esquecer que de acordo com os dados qualitativos, provenientes das respostas ao HCQ-PT-DC® (Querido, 2012), os valores médios indicam maior conforto da pessoa com doença hemato-oncológica no contexto sociocultural, havendo aqui ligação entre os dados qualitativos e quantitativos.

A nível ambiental, destaca-se os fatores externos, como, o ruído e a iluminação, que não favorecem a existência de um ambiente tranquilo, potenciador da cura e promotor da saúde (Ponte & Silva, 2015). “O *barulho/ruído* (...) relaciona-se com o fluxo de pessoas, com os equipamentos, com as conversas constantes (...) podendo afetar a recuperação dos doentes, conduzindo à agitação, à ansiedade, à perda de concentração e influenciando a comunicação entre diferentes atores (...) os enfermeiros reconhecem que as luzes acesas, durante a noite, interferem no conforto” (Sousa, 2014, p.78), tal como foi referido pelos enfermeiros que participaram neste estudo.

As intervenções promotoras de conforto referidas pelos enfermeiros deste estudo, vão de encontro ao que emergiu na revisão *scoping* (Apêndice II), que foi retratado no

enquadramento conceptual, observado, mobilizado e adquirido nos locais de estágio e que será sintetizado na NOC, *Intervenções de Enfermagem promotoras de Conforto à pessoa com doença hemato-oncológica* (Apêndice IV).

Considerando, as dificuldades identificadas pelos enfermeiros na promoção do conforto, tal como apresentado no quadro n.º3 (Apêndice XLI), a falta de tempo para a prestação de cuidados de qualidade, foi referido por todos os enfermeiros que responderam ao questionário. De acordo, com a OE (2012) às instituições de saúde compete adequar os recursos, criar estruturas, proporcionar condições e criar um ambiente favorecedor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros e ao exercício profissional de qualidade. Também Miranda et al. (2016) refere que as taxas de ocupação apresentam valores muito elevados, sendo frequentemente perto ou acima de 100%, o que condiciona a qualidade dos cuidados prestados.

Relativamente, aos recursos humanos, tal como se indica no quadro n.º 3 (Apêndice XLI), foi referida falta de assistentes operacionais, inexistente rede de apoio psicológico, por não existir psicólogo no hospital neste momento, a falta de formação adequada na área do doente hemato-oncológico, sendo considerado pelos enfermeiros deste estudo, um doente complexo, a ausência de medicação prescrita para controlo de sintomatologia, se for necessária e o *burnout* dos profissionais.

Foi também abordada a falta de informação, como se visuliza no quadro n.º 3 (Apêndice XLI), da pessoa com doença hemato-oncológica, acerca da evolução da doença, pois o desconhecimento sobre o tratamento e a o decurso da doença geram incerteza e insegurança (Santos, 2014). Por último, relativamente as recursos físicos, os enfermeiros enumeraram a falta de um espaço físico para a presença da família/desenvolvimento de atividades lúdicas, a falta de privacidade, como também foi abordado por Sousa (2014), no seu estudo, sendo que neste serviço, a maioria dos quartos são mistos e falta um ambiente tranquilo. Tal como preconizado pela DGS (2013, p.2) “a qualidade e conforto do ambiente hospitalar reflete-se na produtividade, eficiência e rendimento dos profissionais e no bem-estar, tranquilidade e satisfação dos doentes, assim como, na eficácia dos tratamentos”.

Os enfermeiros, para a avaliação do conforto, tal como indica a figura n.º 3 (Apêndice XLII), recorrem à comunicação verbal e não verbal do doente, tal como é preconizado pela OE (2017) como elementos importantes na satisfação do cliente. Os profissionais deste estudo referenciam a fâcies tranquila e serena, sensação de bem-

estar demonstrado, tranquilidade, sorriso e a postura corporal; a avaliação dos sinais vitais, enumerando a frequência cardíaca, como um parâmetro tradutor de conforto, relacionando a sua elevação, com desconforto e a sua diminuição com conforto e a avaliação da dor, tal como preconizado pela DGS (2003), recorrendo à utilização de escalas, para monitorizar a sua intensidade e adequar o tratamento.

Nos registos de enfermagem, os enfermeiros utilizaram as escalas de avaliação de sintomas, registaram sinais vitais, incluindo a dor, referenciaram as medidas de conforto adotadas, como por exemplo, a posição de conforto, as intervenções eficazes e os resultados obtidos, considerando a descrição do estado emocional do doente (calmo, sem fácies de dor, tranquilo), como se encontra visível na figura n.º 4 (Apêndice XLIII). Tal como já foi referido, a Teoria do Conforto (Kolcaba, 2003) engloba as intervenções implementadas para aumentar o estado de conforto e a avaliação dos resultados dessas intervenções (Nicolau, 2013), como forma de atingir o conforto, o que já é desenvolvido pelos enfermeiros, participantes deste estudo e que prestam cuidados à pessoa com doença hemato-oncológica.

Os enfermeiros que responderam ao questionário são atores do conforto, proporcionam conforto aos doentes e suas famílias, através das intervenções que são enumeradas por Kolcaba (2003) como medidas de conforto e que são direcionadas para as necessidades fisiológicas, sociais, financeiras, psicológicas, espirituais, ambientais e físicas, estando em consonância com as intervenções de enfermagem promotoras de conforto relatadas no enquadramento conceptual deste relatório. Posteriormente, os resultados das intervenções devem ser avaliados, para que, seja possível comprovar a sua eficácia e a satisfação das necessidades dos doentes, dando assim, visibilidade aos cuidados de enfermagem prestados. Considero, que neste caso, os enfermeiros participantes do estudo, recorrem às estratégias que têm ao seu dispor, pois como já referi, na CIPE®, não existem outras formas de registar/avaliar o conforto, contudo, a implementação da NOC, por mim elaborada, permitirá o registo destas intervenções promotoras de conforto de acordo com a taxonomia do conforto de Kolcaba (2003), surgindo assim diagnósticos de enfermagem, que geram *outcomes*, que colocam em evidência a mensurabilidade do conforto.

3.6. Questões éticas

Durante a prestação de cuidados, nos momentos de estágio, preocupei-me em respeitar os quatro princípios fundamentais (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça). Neste sentido, respeitei a autonomia do doente, promovendo, tanto quanto possível os comportamentos autónomos, informando e esclarecendo os doentes e familiares acerca dos cuidados e procedimentos a realizar, promovendo a decisão livre e esclarecida. Apresentava-me aos doentes e familiares, solicitando o consentimento informado para a observação e prestação de cuidados, tal como está descrito no artigo 105.º do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) (OE, 2015).

O princípio da beneficência esteve sempre presente, com o objetivo máximo de preservar o bem da pessoa, evitando o seu mal (princípio da maleficência), tentando não infringir dano ou sofrimento intencionalmente (DGS, 2015b), respeitando a equidade nos cuidados prestados (princípio da justiça), com vista, à humanização dos cuidados de enfermagem, como descrito no artigo 110.º do CDE (OE, 2015).

Na mesma linha de pensamento, foi também centro da minha preocupação o respeito pela dignidade, como descrito no artigo 99.º do CDE (OE, 2015) e nos *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica* (OE, 2017). A privacidade e confidencialidade, bem como a preservação do direito à informação e à continuidade dos cuidados, tal como preconizado pela OE (2015), no artigo 107.º, também sustentaram a prática de cuidados em todos os contextos.

Tendo em consideração, as tomadas de decisão do processo de metodologia do projeto de intervenção, é necessário não esquecer, como a ética deve estar na base de todas elas. Assim, são de extrema importância as “diretrizes éticas para a investigação em enfermagem”, tal como referido por Nunes (2013, p. 6), “não só no consentimento informado esclarecido e livre dos participantes do estudo, retratado no artigo 106.º do CDE (OE, 2015), como se encontra presente nos apêndices XXI e XXII, mas também noutros momentos fulcrais de toda a investigação científica, como sejam, a confidencialidade e proteção dos dados”, que se expressa no parecer favorável para a realização deste estudo pela Comissão de Ética para a Saúde (Anexo V) do hospital onde desenvolvo funções atualmente e também no pedido de autorização para a aplicação da *HCQ-PT-DC*® (Querido, 2012), à autora que realizou a sua tradução e validação para a população portuguesa (Anexo IV).

Os códigos de ética distinguem cinco princípios ou direitos fundamentais aplicados aos seres humanos: direito à autodeterminação, direito à intimidade, direito ao anonimato e à confidencialidade, direito à proteção contra o desconforto e prejuízo, direito a um tratamento justo e leal (Nunes, 2013). Nesta investigação, procurou-se assegurar: a participação voluntária; a não coerção; o anonimato e o tratamento confidencial dos dados, sendo estes utilizados, exclusivamente para este estudo e pela sua investigadora.

Nos instrumentos de colheita de dados, não figuram dados, que possam levar à identificação dos participantes deste estudo. Foi explicado o objetivo do estudo aos doentes e enfermeiros, o tempo médio de preenchimento e como era garantida a confidencialidade. Foi explicitado o pleno direito, dos participantes, em não participarem, sem qualquer tipo de consequência. Aliás, a participação por intermédio de formulário *online*, dos enfermeiros, leva a que estes participem sempre de forma voluntária e sem qualquer tipo de coerção. O principal cuidado nestas situações é a proteção dos dados pessoais, o que também é assegurado pela plataforma utilizada para o questionário *online*, garantindo o dever do sigilo, presente no artigo 106.º do CDE (OE, 2015).

Por fim, não queria deixar de referir como ao longo de todo este percurso académico, procurei a excelência do exercício descrita no artigo 109.º do CDE (OE, 2015) através da prestação de cuidados baseada na melhor evidência científica, da reflexão acerca dos cuidados prestados e da procura pela sua qualidade, considerando as necessidades das pessoas a quem prestei cuidados, assumindo a responsabilidade no processo de tomada de decisão.

4. AVALIAÇÃO

Após a descrição e análise das atividades desenvolvidas na operacionalização do projeto, a presente etapa pretende avaliar o caminho percorrido, ao nível dos pontos fortes e pontos fracos, tendo por base a análise *SWOT* (Apêndice III), estratégia utilizada desde do planeamento deste projeto. Seguidamente, será realizada a reflexão acerca das competências desenvolvidas, abordando os contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados e as implicações para a prática de enfermagem.

4.1. Análise *SWOT*

O caminho efetuado na implementação do projeto de intervenção, superou as minhas expectativas, considerando as aprendizagens realizadas, os conhecimentos e as competências desenvolvidas.

Assim, como elementos facilitadores da implementação deste projeto destaco:

- ▶ a realização de estágios noutras unidades hospitalares, em diferentes contextos, permitindo a possibilidade de conhecer novas realidades e retirar contributos para a fase de implementação do projeto, no contexto do estágio III;
- ▶ a partilha de conhecimentos e vivências com os enfermeiros peritos e orientadores dos locais de estágio, o que facilitou a realização das tarefas para atingir os objetivos e também o desenvolvimento de conhecimentos;
- ▶ a disponibilidade das equipas de todos os locais de estágio, que me acolheram e demonstraram interesse em todo o percurso, fomentando o meu espírito crítico;
- ▶ a participação ativa da equipa de enfermagem, incluindo o Enfermeiro Chefe e Enfermeiros Coordenadores (força), na fase de implementação do projeto, no local de estágio III, demonstrando estes, interesse no desenvolvimento de conhecimentos na promoção do conforto da pessoa com doença hemato-oncológica, o que fomentou a partilha e troca de conhecimentos;
- ▶ o facto de ser elemento de referência no local de implementação deste projeto facilitou o envolvimento e sensibilização da equipa de enfermagem para esta problemática;
- ▶ a possibilidade de partilhar os resultados deste estudo com a equipa de enfermagem, no sentido, de potenciar a reflexão acerca das práticas (força);
- ▶ as fraquezas enumeradas na análise *SWOT* (Apêndice III), nomeadamente a inexistência de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no

serviço e a inexistência de NOC acerca da promoção do conforto, não foram sentidas, pois o apoio de todos os elementos da equipa do local de estágio III, serviu como motivação;

▶ as ameaças, considerando o reduzido número de assistentes operacionais, foi referido como uma dificuldade na promoção do conforto, pelos enfermeiros que participaram neste estudo, sendo um ponto de melhoria da qualidade implícito a este projeto de intervenção;

▶ a equipa de enfermagem em constante mudança, passou de uma ameaça a uma força, por a problemática em estudo, ser do interesse de todos os elementos, o que serviu de motivação e união para os diversos elementos da equipa.

Em todos os caminhos existem dificuldades para serem ultrapassadas. Contudo, considero que estas foram poucas e fizeram parte do processo de aprendizagem. Desta forma, saliento:

☒ nos dois primeiros locais de estágio, não existiram muitos doentes hemato-oncológicos contudo, o desenvolvimento de competências na área da promoção do conforto em pessoas com outras doenças crónicas, na sua maioria oncológicas, foi igualmente enriquecedor e revelou contributos para a *Checklist* do Conforto (Apêndice XIV) e para o desenvolvimento das atividades propostas (Apêndice I);

☒ todas as atividades planeadas foram desenvolvidas no tempo previsto, à excepção da apresentação da NOC (Apêndice IV), à Enfermeira Diretora, bem como a consequente, proposta de introdução da avaliação do conforto na CIPE®, o que ainda está a aguardar a marcação de data para poder ser apresentada, visto que a Enfermeira Diretora tem apresentado uma agenda preenchida, que foi ainda mais dificultada pela a vivência da pandemia do COVID-19;

☒ os conhecimentos que detinha na área da estatística são básicos, considerando, que será uma área para investir no futuro. Contudo, o facto de estar motivada para a implementação deste projeto, também foi facilitador na procura de novos conhecimentos, tentando retirar as melhores conclusões acerca dos dados encontrados (oportunidade).

Continuando numa perspetiva de avaliação reflexiva sobre as atividades desenvolvidas e as competências adquiridas, em seguida, mobilizarei os documentos que regem a prática de Enfermagem, nas áreas de Especialidade e de Mestrado.

4.2. Reflexão sobre as Competências de Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica desenvolvidas

Para a análise crítico-reflexiva das competências desenvolvidas irei recorrer ao RCCEE (OE, 2019), RCEEEESCP (OE, 2011), às competências preconizadas pela EONS (2018) e às competências do 2º Ciclo de Estudos para aquisição do grau de Mestre.

4.2.1. Competências comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns do enfermeiro especialista envolvem quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria da qualidade; gestão de cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais que passarei a descrever de acordo com as atividades realizadas durante os estágios.

Ao assumir a responsabilidade profissional, ética e legal, suportei as decisões no conhecimento científico e na experiência profissional. Para o desenvolvimento das atividades do projeto, pedi autorização à Comissão de Ética para a Saúde (Anexo V) do contexto onde se desenvolveu o estudo, tendo já decorrido um processo anterior para informar Enfermeiro Chefe, Enfermeira Diretora e Diretor Clínico, acerca dos objetivos deste projeto e obter as suas autorizações. Na implementação deste projeto, com a aplicação dos métodos de recolha de dados, os participantes, as pessoas com doença hemato-oncológica e enfermeiros foram informados e obtido o seu consentimento (Apêndice XXI e XXII) livre, informado e por escrito, para a participação no estudo, onde se garante o sigilo, confidencialidade e privacidade das informações recolhidas.

Relativamente, ao domínio da melhoria da qualidade dos cuidados, considero que a prática se baseou na evidência científica, de que é prova a NOC, *Intervenções de Enfermagem promotoras de Conforto à pessoa com doença hemato-oncológica* (Apêndice IV) e que surgiu a partir das atividades implementadas com este projeto de intervenção, nomeadamente a revisão *scoping* (Apêndice II) e a experiência dos locais de estágio, que me permitiram desenvolver competências para chegar ao caminho de perito, defendido por Benner (2001).

Na gestão dos cuidados, destaco a divulgação deste projeto às equipas, o que contribuiu para fomentar a sua motivação e participação. No decorrer do estágio III, tive a oportunidade de colaborar com o Enfermeiro Especialista e Coordenador na gestão dos recursos humanos e materiais e também na realização de uma referenciação para a

Rede Nacional de Cuidados Continuados, sendo que estes enfermeiros são reconhecidos pelas suas competências em lidar com os pares e pela capacidade de liderança que demonstram no seu dia-a-dia, apercebendo-me das suas competências.

No desenvolvimento das aprendizagens profissionais, destaco a troca de experiências e conhecimentos adquiridos com a discussão de casos clínicos, com os enfermeiros orientadores e restante equipa de enfermagem, privilegiando a prática reflexiva na e sobre a ação e o desenvolvimento de competências pessoais, como a assertividade e o auto-conhecimento. Foram ainda, desenvolvidas competências ao nível da demonstração de conhecimentos e aplicação dos mesmos na prestação de cuidados, para além de rentabilizar as oportunidades de aprendizagem, o que se demonstrou com a realização de quatro reflexões críticas (Apêndice IX, X, XI, XII) e um estudo de caso (Apêndice XV), já mencionados neste relatório.

4.2.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em situação crónica e paliativa ²

O presente projeto de intervenção foi desenvolvido sobre a problemática do conforto do doente hemato-oncológico, independentemente da sua fase de doença, o que torna pertinente a avaliação das competências adquiridas com base no RCCEEPSCP (OE, 2011), que durante a realização deste curso foi substituído pelo RCEEEEMC (OE, 2018).

Olhando agora para o RCEEEEMC (OE, 2018) penso que consegui estabelecer uma relação terapêutica adequada com a pessoa e família alvo de cuidados, identificando as suas necessidades, adequando “estratégias de intervenção especializada e exequíveis, coerentes e articuladas de modo a proporcionar uma melhor qualidade de vida, bem-estar e conforto” (OE, 2018, p.19361), “envolvendo a pessoa, família/cuidadores em todo o processo de cuidar rumo à independência e ao bem-estar (OE, 2018, p.19361), de forma a “conceber planos de intervenção tendo como objetivo a adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos” (OE, 2018,

² Substituído por: Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à pessoa em situação crítica, em situação paliativa, em situação perioperatória e em situação crónica* (RCEEEEMC).

p.19361), “fundamentando a intervenção e tomada de decisão na melhor evidência científica” (OE, 2018, p.19361), tal como fica exemplificado pelo estudo de caso elaborado (Apêndice XV).

Consegui também intervir no controlo de sintomas, “na gestão da dor aguda ou crónica, utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas” (OE, 2018, p.19361), tentando também gerir o ambiente, na procura de um ambiente tranquilo que promova o conforto da pessoa, tal foi descrito na reflexão crítica I e II (Apêndice IX e X).

A competência L5 do RCCEEPSCP (OE, 2011) diz respeito ao cuidar de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, diminuindo o sofrimento, maximizando o bem-estar, o conforto e a qualidade de vida, assim, a instituição onde desenvolvi o estágio I foi um excelente exemplo, da preocupação e valorização do conforto da pessoa com doença oncológica, demonstrando cuidado com o doente e família em várias vertentes, tanto a nível relacional como arquitetónicas e ambientais entre outros, o que tornou os cuidados de enfermagem facilitadores da promoção do conforto, auxiliando a adaptação à doença oncológica. Este facto repercutiu-se em contributos das intervenções promotoras de conforto para completar a *Checklist* do Conforto (Apêndice XIV) que desenvolvi com base na Teoria do Conforto de Kolcaba (2003) e também na reflexão crítica I (Apêndice IX) que traduz a adaptação à doença oncológica, considerando a esperança, a subjetividade do conforto e o sentido de vida.

Considerando, a unidade de competência L5.1. do referido regulamento, fui capaz de identificar as necessidades das pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, através da relação de confiança, baseada na individualidade da pessoa, o que orientou as intervenções de enfermagem realizadas, dirigidas para a identificação de sintomas utilizando escalas, sobre as quais tive que desenvolver pesquisa científica, no sentido de as aplicar corretamente e poder adequar as intervenções, recorrendo a terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio dos sintomas (L5.2.3. e L5.2.4.) (OE, 2011) e obtenção máxima da satisfação do doente (L5.1.4.) (OE, 2011), tal como foi relatado nas reflexões críticas produzidas durante o estágio II (Apêndice X e XI).

O estágio II, por ser realizado em CP, exigiu pesquisa científica, no âmbito das necessidades destes doentes e suas famílias, direcionando a minha atenção para o controlo da sintomatologia e para a comunicação, que se constituíam como objetivos a atingir, desta maneira, utilizei estratégias baseadas na evidência para o desenvolvimento do autoconhecimento e de estratégias de comunicação (L5.4.1. e L5.4.2.) (OE, 2011),

permitindo a comunicação honesta, a esperança realista, assim como o ajuste de expectativas, tal como foi exemplificado na reflexão crítica III (Apêndice XI) e também é defendido pela OE (2017).

Com a construção e aplicação da *Checklist* do Conforto (Apêndice XIV), consegui recolher da evidência científica e da prática clínica intervenções de enfermagem promotoras de conforto, operacionalizando-as de acordo com a taxonomia do conforto, proposta por Kolcaba (2003), o que também foi divulgado nos locais de estágio e utilizado como instrumento de consulta para apoiar “os membros da equipa de saúde, envolvidos na prestação de cuidados, às diversas necessidades da pessoa com doença crónica incapacitante e terminal” (L6.4.3.) (OE, 2011, p.4).

4.2.3. Competências preconizadas pela *European Oncology Nursing Society*

As competências definidas pelo EONS (2018) preconizam as competências e conhecimentos que devem ser adquiridos pelos enfermeiros que prestam cuidados a doentes oncológicos adultos.

O estudo de caso (Apêndice XV), que desenvolvi no estágio I, aborda a vivência de um casal em que a mulher, com suscetibilidade genética a neoplasia maligna da mama e do ovário, foi submetida a mastectomia e ooforectomia bilateral profilática com reconstrução mamária imediata. Esta situação permitiu identificar o impacto da doença oncológica a nível físico, psicológico e emocional, utilizando os conhecimentos resultantes da genética, para fornecer informações e esclarecer dúvidas (EONS, 2018) ao casal, que foi parceiro de cuidados.

Considerando, a abordagem do doente em CP, no estágio II, consegui desenvolver competências na área do conforto, recorrendo à avaliação do conforto, baseada na identificação das necessidades e dos sintomas, utilizando as escalas de avaliação de sintomas (ESAS e PPS) e a *Checklist* do Conforto (Apêndice XIV) valorizando o papel do enfermeiro enquanto prestador de CP (EONS, 2018), tal como descrito na reflexão II (Apêndice X).

A *Checklist* do Conforto (Apêndice XIV), foi construída com base na evidência científica após a realização da revisão *scoping* (Apêndice II) que mapeou a evidência, suportando-se na teoria de médio alcance proposta por Kolcaba (2003) para sistematizar as intervenções de enfermagem promotoras de conforto e dando no fim origem à NOC, *Intervenções de Enfermagem promotoras de Conforto, à pessoa com doença hemato-*

oncológica (Apêndice IV), como forma dar visibilidade e mensurabilidade ao conceito do conforto. Assim sendo, o recurso a intervenções baseadas na evidência, que resultaram da identificação de guias da prática clínica, permitiu avaliar e gerir as consequências da doença oncológica (EONS, 2018) na pessoa alvo de cuidados de enfermagem.

A comunicação determina o estabelecimento de uma relação terapêutica e de ajuda, onde se evidenciam as necessidades dos doentes e famílias. Relativamente, à comunicação com o doente oncológico, as competências da EONS (2018) ressaltam os fatores que podem facilitar o processo de comunicação, o que foi desenvolvido por mim, na reflexão crítica III (Apêndice XI), onde abordei o doente com *delirium* e em CP, bem como, as estratégias de comunicação utilizadas, e as intervenções promotoras de conforto, usando a *Checklist* do Conforto (Apêndice XIV), que elaborei.

4.2.4. Competências do 2.º Ciclo de Estudos para aquisição do grau de Mestre

A realização do Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica, desenvolveu a motivação para a aprendizagem ao longo da vida, de modo autónomo, o que contribuiu e continuará a promover o desenvolvimento pessoal e profissional. Este curso rege-se pelo Regulamento de Mestrado em Enfermagem e de Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, ESEL, 2019) onde se integra o Plano de Estudos da ESEL.

No que se refere às competências do 2.º Ciclo de Estudos para a aquisição do grau de Mestre, acredito ter elencado os conhecimentos já adquiridos no 1º Ciclo de Estudos, com a sua consolidação na área da investigação, sendo a implementação do projeto de intervenção e as atividades desenvolvidas durante a sua implementação, um exemplo desta realidade adquirida e um contributo para a evolução do conhecimento em enfermagem, considerando a sua base metodológica.

A concretização deste projeto de intervenção, permitiu encontrar respostas para os “problemas técnicos e humanos que surgem no ambiente de trabalho” (Direção Geral do Ensino Superior, DGES, 2019), respondendo à questão de investigação definida, através do estudo de investigação, desenvolvido com pessoas com doença hemato-oncológica e os enfermeiros que identificam as suas necessidades e implementam intervenções promotoras de conforto.

Durante a realização deste curso, que termina com a execução do estágio e deste relatório considero que demonstrei “saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo” (DGES, 2019).

Ao nível da comunicação, tal como referi e demonstrei, ao longo deste relatório, consegui comunicar as conclusões e os conhecimentos subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e eficaz (DGES, 2019), tal como realizei à equipa de enfermagem do serviço onde desempenho funções, ao divulgar os dados obtidos acerca do conforto da pessoa com doença hemato-oncológica e as intervenções de enfermagem promotoras de conforto (Apêndice XX). Como forma de completar este processo este relatório será submetido a discussão pública.

Por fim, ambiciono elaborar um artigo científico que possa ser divulgado junto de profissionais de saúde e contribua para a melhor evidência científica.

4.3. Contributos do projeto para a melhoria da qualidade dos cuidados e implicações para a prática

Segundo Donabedian (2003) a garantia de melhoria da qualidade nos cuidados de saúde passa por estabelecer, proteger e promover os ganhos e a satisfação dos doentes.

A Qualidade em Saúde é, também, um dos Eixos Estratégicos do Plano Nacional de Saúde – Revisão e Extensão a 2020 (DGS, 2015a), que aborda a melhoria da qualidade no sistema de saúde, visando contribuir para a equidade no acesso aos cuidados de saúde, bem como a segurança dos cuidados prestados, tendo em conta as necessidades e expectativas do cidadão e o melhor desempenho possível dos profissionais. Neste sentido, a OE (2012, p.5) considera que “criar sistemas de qualidade em saúde revela-se uma ação prioritária”, definindo padrões de qualidade, que promovam a satisfação do cliente. A satisfação do cliente é um indicador de qualidade do cuidado de enfermagem, tal como consta nos *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica* (OE, 2017). Este projeto de intervenção, ao identificar as intervenções de enfermagem promotoras de conforto na pessoa com doença hemato-oncológica, permite o aumento da qualidade dos cuidados e consequentemente a satisfação dos doentes.

Na tentativa de envolver a equipa de enfermagem neste projeto de intervenção, consegui, funcionar como dinamizadora, sensibilizando os colegas para as necessidades da pessoa com doença hemato-oncológica, através da reflexão sobre as práticas, tendo por base a Teoria do Conforto de Kolcaba (2003), o que permitiu desenvolver conhecimentos na equipa de enfermagem acerca das intervenções de enfermagem promotoras de conforto, atuando assim como formadora e impulsionadora de mais momentos de reflexão sobre a prática.

Considerando, o cuidado à pessoa com doença hemato-oncológica torna-se pertinente, a presença de um psicólogo, na equipa multidisciplinar, enriquecendo a equipa cuidadora, de forma a poder ajudar no apoio psicoespiritual, em todas as fases de vivência da doença, ao doente, prioritariamente, estendendo-se depois aos familiares. Este aspecto será uma das sugestões a apresentar à Direção Clínica do serviço.

Por outro lado, as dificuldades sentidas pelos enfermeiros na promoção do conforto à pessoa com doença hemato-oncológica, tem subjacente vários projetos de melhoria da qualidade. Assim, a nível institucional já foi proposta pelos enfermeiros e aceite pelo Enfermeiro Chefe e Diretor Clínico, a contratação de mais profissionais de saúde, para assegurar as necessidades dos doentes e a prestação de cuidados de enfermagem em segurança e de qualidade. A nível do serviço, já foi planeada a construção de um espaço, que possa funcionar como sala para os doentes, espaço para estarem com a família e conviverem com outros doentes, quando lhes é possível, promovendo a distração e as atividades lúdicas possíveis. A nível da formação, as necessidades reveladas pelos enfermeiros que responderam ao questionário, prendem-se com a abordagem da pessoa com doença hemato-oncológica, na sua complexidade e ainda acerca do *burnout* dos enfermeiros, temática que já foi abordada por mim no serviço, num projeto construído em conjunto com outra colega e que consistiu na avaliação do *burnout*, estratégias e apresentação dos dados obtidos à equipa de enfermagem, finalizando com uma sessão prática de Risoterapia, que provavelmente teremos de retomar.

Para Flynn & Sinclair (2005, p.144) os protocolos de atuação são um "mecanismo para assegurar a excelência (...) em contexto clínico e o seu uso tem o potencial de transformar a prática clínica baseada na tradição em prática baseada na investigação", tornando os cuidados prestados seguros e de qualidade.

No sentido, da melhoria da qualidade dos cuidados prestados e dando seguimento a este projeto de intervenção, desenvolvi uma NOC (Apêndice IV), que permitirá a

avaliação do conforto na CIPE®, o registo das intervenções promotoras de conforto à pessoa com doença hemato-oncológica, demonstrando assim, a sensibilidade das intervenções de enfermagem e a mensurabilidade de conceitos complexos, como o conforto.

A escala *HCQ-PT-DC*® (Querido, 2012), que figura no anexo I, pode ser utilizada não só para a pessoa com doença hemato-oncológica, visto que o índice *Alfa de Cronbach*, revelou fiabilidade aquando da sua aplicação, como se demonstra na tabela n.º 8 (Apêndice XXIV), mas também, com outras amostras e em outros serviços, onde existam pessoas com doença crónica.

Sintetizando este processo de avaliação, queria acrescentar que todo o caminho subjacente à implementação deste projeto intervenção, bem como as atividades desenvolvidas nos diversos locais de estágio, foram acompanhados pela Professora Orientadora. Sendo que, durante os estágios e no fim de cada período de estágio foi feito um balanço das aprendizagens, competências desenvolvidas e atividades implementadas, formalizada por escrito em sessão de avaliação, na presença de todos os participantes. A classificação obtida em todos os estágios corresponde ao nível de Excelente.

5. CONCLUSÃO E PERSPETIVAS FUTURAS

Este relatório reflete o processo de desenvolvimento de competências de Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de intervenção de Enfermagem Oncológica e de obtenção do grau de Mestre, descrevendo como foram atingidos os objetivos gerais e específicos definidos para cada local de estágio, que culminou na implementação do projeto de intervenção. Penso que a aquisição de competências efetivada, contribuiu para atingir o estado de perito, referido por Benner (2001), o que torna o enfermeiro mais capaz de responder às necessidades da pessoa em todas as dimensões, atuando de forma mais segura e fundamentada.

O interesse pessoal e também da equipa de enfermagem do local onde desenvolvo funções, foi uma mais valia no desenvolvimento do projeto - *o conforto da pessoa com doença hemato-oncológica: intervenções de enfermagem* - porque tornou-o exequível, promovendo a participação ativa de grande parte dos elementos da equipa, de tal forma, que as ameaças e fraquezas, identificadas na análise *SWOT* (Apêndice III), não foram notórias. Para além de que os enfermeiros, demonstraram interesse no desenvolvimento de conhecimentos na promoção do conforto à pessoa com doença hemato-oncológica, permitindo o desenvolvimento profissional da equipa de enfermagem.

Com a aplicação da *HCQ-PT-DC*® (Querido, 2012), que se encontra no anexo I, fui capaz de compreender o nível de conforto da pessoa com doença hemato-oncológica, a quem prestei cuidados, podendo após esta avaliação adequar as intervenções realizadas, percebendo quais os tipos e contextos de conforto que estão mais afetados, de acordo com a Teoria do Conforto de Kolcaba (2003), que serviu de suporte para este projeto de intervenção.

De acordo com a análise dos dados efetuada, as principais conclusões são:

- ✓ as pessoas com doença hemato-oncológica apresentam bons níveis de conforto total;
- ✓ os valores médios são mais elevados no estado de tranquilidade e mais baixo no estado de alívio, revelando calma e paz, mas apresentando necessidades que se encontram por satisfazer;
- ✓ nos contextos de conforto, os valores médios indicam maior conforto no contexto sócio-cultural e menor no conforto físico, o que evidencia a importância das relações interpessoais, mas coloca o bem-estar físico como merecedor de maior atenção por parte

dos enfermeiros e como fonte do resultado das intervenções promotoras de conforto, por estes implementadas;

- ✓ os enfermeiros desenvolvem intervenções de enfermagem que promovem o alívio físico, agindo em conformidade com os níveis mais baixos de conforto manifestados pelas pessoas com doença hemato-oncológica;

- ✓ as intervenções de enfermagem promotoras de conforto, enumeradas pelos enfermeiros participantes deste estudo, foram categorizadas de acordo com os contextos definidos na taxonomia do conforto de Kolcaba (2003), havendo concordância entre os dados obtidos e o referencial teórico escolhido para suportar este projeto de intervenção;

- ✓ apesar das dificuldades sentidas e utilizando os recursos disponíveis no seu contexto, os enfermeiros, participantes deste estudo, desenvolvem intervenções de enfermagem promotoras de conforto, que estão, de acordo com o enquadramento conceptual deste relatório;

- ✓ a avaliação do conforto, executada pelos enfermeiros é realizada recorrendo aos instrumentos disponíveis, sendo o resultado das intervenções de enfermagem implementadas, avaliado pela comunicação verbal e não verbal do doente, o que revela que os enfermeiros estão despertos para as necessidades de conforto da pessoa com doença hemato-oncológica, usando os instrumentos de registos que têm ao seu dispor, na prática clínica.

A realização deste projeto de intervenção, revelou-se pertinente, uma vez que, contribuiu para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, promotores de conforto, à pessoa com doença hemato-oncológica, pois baseia-se na recente evidência científica e sistematiza as intervenções promotoras de conforto num documento orientador da boa prática, NOC (Apêndice IV), *as Intervenções de Enfermagem promotoras de Conforto, à pessoa com doença hemato-oncológica*, que permite a avaliação e o registo dessas intervenções de enfermagem, dando assim visibilidade à promoção do conforto, como resultado sensível do cuidar em enfermagem.

Relativamente, aos objetivos gerais e específicos delineados para o projeto de intervenção e para este relatório, acredito que foram atingidos e que as conclusões provenientes deste estudo de investigação e das tarefas executadas ao longo dos estágios, são provas consistentes, desta realidade, baseada na reflexão crítica.

Acrescento ainda, que o desenvolvimento deste projeto foi uma oportunidade para aumentar os conhecimentos e competências no âmbito da investigação em enfermagem

e da estatística, tornando-me conhecedora das diferentes fases da investigação, o que foi também promotor de autoaprendizagem e pensamento crítico. Ao tentar conhecer as ações eficazes para ajudar na resolução do problema em estudo, as intervenções de enfermagem promotoras de conforto, a metodologia adoptada constitui uma ponte entre a teoria e a prática, constituindo-se como uma investigação-acção (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010), orientada para a melhoria dos cuidados.

Como outras competências que foram desenvolvidas ao longo deste percurso, destaco a comunicação com os doentes e outros profissionais de saúde e também o aprofundamento de conhecimentos na área do cuidar de doentes em CP.

Estou consciente, que a conclusão deste relatório, não é o fim, mas o prosseguir do desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, essencial para a satisfação das pessoas e para a excelência do cuidado de enfermagem, do qual será prova a realização de um artigo científico.

No futuro pretendo continuar a divulgar os resultados deste projeto de intervenção, para que a avaliação do conforto e as intervenções de enfermagem promotoras de conforto sejam adequadas às necessidades de todos os doentes do serviço e até do hospital e não só às pessoas com doença hemato-oncológica. A família e todo o ambiente social é um recurso importante para o doente, o que influencia a sua vivência e satisfação das necessidades de conforto. A família/pessoas significativas não foram elementos ativos, no desenvolvimento deste relatório, visto que devido à sua complexidade e abrangência, poderá ser considerado uma temática para um outro trabalho de investigação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alligood, M. (2014). The Structure of Specialized Nursing Knowledge. Alligood, M. *Nursing theorists and their work* (8.^a Edição) St. Louis: Elsevier Mosby. ISBN: 978-0-323-09194-7.
- American Psychological Association (2012). *Manual de publicação APA* (6.^a edição). Porto Alegre: Penso Editora.
- Apóstolo, J. (2007). *O imaginário conduzido no Conforto de Doentes em Contexto Psiquiátrico*. Dissertação não publicada para obtenção do grau de Doutor em Ciências da Enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto. Porto.
- Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Referência Revista de Enfermagem*, II (9), p.61–67.
- Apóstolo, J.; Batista, A.; Macedo, C. & Pereira E. (2006). Sofrimento e conforto em doentes submetidas a quimioterapia. *Revista Referência*, II série nº3, p.55-64.
- Apóstolo, J.; Mendes, A.; Bath-Hextail, F.; Rodrigues, R.; Santos, J. & Cardoso, D. (2013). The use of non-pharmacological nursing interventions on the comfort of cancer patients: developing a search strategy for this review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 11 (3). Disponível em <https://doi.org/10.1111/1744-1609.12034>. Acedido em 21/09/2019.
- Azevedo, M. (2019). Hematologia Básica: Fisiopatologia e diagnóstico laboratorial. 6.^a Edição. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações. ISBN: 978-85-5465-137-4.
- Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., & Neto, I. (Edits.) (2016). *Manual de Cuidados Paliativos* (3^a ed.). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos: Centro de Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Bardin, L. (1988). *Análise de conteúdo*. Tradução Luiz Antero Reto Augusto Pinheiro. Lisboa: Setenta.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* (Edição Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.
- Bottorff, J.; Gogag, M. & Engelberg-Lotzkar, M. (1995). Comforting: exploring the work of cancer nurses. *Journal of Advanced Nursing*. Dec;22(6). p.1077-1084. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03108.x>. Acedido em 25/09/2019.
- Brant, J. M. (2010). Palliative Care for Adults Across the Cancer Trajectory: From Diagnosis to End of Life. *Seminars. Oncology Nursing*, 26 (4), p. 222–230.

Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2010.08.002>. Acedido em 21/09/2019.

- Bush, E. (2007). The Use of Human Touch to Improve the Well-Being of Older Adults. *Journal of Holistic Nursing* 19(3), p.256–270. Disponível em <https://doi.org/10.1177/089801010101900306>. Acedido em 21/09/2019.
- Caldwell, B. (2010). Leucemias Agudas. Ciesla, B. *Hematologia na prática clínica*. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-8075-23-9. p. 165-192.
- Chen, W.-L.; Liu, G. J.; Yeh, S.; Chiang, M.; Fu, M. & Hsieh, Y. (2013). Effect of Back Massage Intervention on Anxiety, Comfort and Physiologic Responses in Patients with Congestive Heart Failure. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* , May, 19 (5). p.464-470. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1089/acm.2011.0873>. Acedido em 21/12/2019.
- Cavaco, V.; José, H.; Louro, S.; Ludgero, A.; Martins, A. & Santos, M. (2010). Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? .Revisão Sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*. N.º 12 (II Série), p.93-103.
- Ciesla, B. (2010 a). Doenças linfoproliferativas e doenças dos plasmócitos. Ciesla, B. *Hematologia na prática clínica*. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-8075-23-9. p.141-164.
- Ciesla, B. (2010 b). Doenças quantitativas e qualitativas das plaquetas. Ciesla, B. *Hematologia na prática clínica*. Loures: Lusodidacta. ISBN: 978-8075-23-9. p.165-192.
- Clark, J. (2000). Mieloma Múltiplo. Otto, S. *Enfermagem em Oncologia*. (3.^a Edição). Lusociência: Edições Técnicas e Científicas, Loures. ISBN: 972-8383-12-6. p.587-630.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2017). *Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos*. Disponível em www.paliativos@acss.min-saude.pt acedido em 29/05/2019.
- Coelho, A.; Parola, V.; Cardoso, D.; Bravo, M.; Apóstolo, J. (2017). Use of non-pharmacological interventions for comforting patients in palliative care: a scoping review. *Joanna Briggs Institute Database System Reviews Implementation Reports* Jul;15(7). p.1867-1904. Disponível em <http://dx.doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003204>. Acedido em 25/09/2019.

- Correia, M. (2009). A observação participante enquanto técnica de investigação. *Pensar Enfermagem* vol. 13, n.º 2, 2.º semestre.
- Daniel, B. (2000). Linfomas malignos. Otto, S. *Enfermagem em Oncologia*. (3.ª Edição). Lusociência: Edições Técnicas e Científicas, Loures. ISBN: 972-8383-12-6. p.313-333.
- Decreto-Lei n.º 115/2013 (2013). Assembleia da República. *Diário da República*, 1.ª Série (n.º 7 de agosto de 2013), p. 4749-4772. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/498487>. Acedido em 02/01/2020.
- Diogo, P. (2012). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-989-80754-6-8.
- Direção Geral da Saúde (2016). A Saúde dos Portugueses 2016. ISSN: 2183-5888. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/a-saude-dos-portugueses.aspx>. Acedido a 20/20/2020.
- Direção Geral da Saúde (2013). *Conforto nas unidades hospitalares*. Orientação n.º 021/2013. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0212013-de-31122013.aspx>. Acedido em 29/09/2019.
- Direção Geral da Saúde (2015a). Plano Nacional de Saúde – revisão e extensão a 2020. Lisboa. Disponível em <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>. Acedido em 10/10/2018.
- Direção Geral da Saúde (2015b). Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito. Norma n.º 15/2013. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>. Acedido em 21/07/2019.
- Direção Geral do Ensino Superior (2019). Descritores Dublin. Disponível em <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>. Acedido em 02/06/2019.
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Nova Iorque: Oxford University Press. ISBN: 0-19-515809-1.
- Esteves, S. & Bizarro, J. (2006). Neutropenia. *Sinais Vitais* 68 p.23-33.
- ESEL (2019). *Regulamento de Mestrado em Enfermagem e Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização*.

- European Oncology Nursing Society (EONS) (2018). *The EONS Cancer Nursing Education Framework*. Bruxelas: EONS.
- Flynn & Sinclair (2005). Exploring the relationship between nursing protocols and nursing practice in an Irish intensive care unit. *Scholarly paper*, 11, p.142-149. Disponível em: <http://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2005.00517.x>. Acedido em 09/03/2020.
- Fortin, M-F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização* (3ª Edição). Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-10-X.
- Fundação Champalimaud (2018). Disponível em <https://m.fchampalimaud.org/fchampalimaud/>. Acedido em 10/07/2019.
- Gibbs, G. (1988). *Learning by doing: a guide to teaching & learning methods*. Oxford: Oxford Brooks University.
- Hashiguchi, N. & Tochiara, Y. (2009). Effects of low humidity and high air velocity in a heated room on physiological responses and thermal comfort after bathing: An experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(2), p. 172–180. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.09.014>. Acedido em 21/09/2019.
- Henderson, V. (2007) – *Princípios básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE* – Loures: Lusociência. ISBN: 978-989-8075-00-0.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: Pensamento e acção na perspetiva do cuidar*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda. ISBN: 972-8383-20-7.
- IARC (2018) Disponível em <http://gco.iarc.fr/tomorrow/home>. Acedido a 21/02/2020.
- Joanna Briggs Institute (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual: 2015 edition/ supplement. Methodology for JBI Scoping Reviews*. Australia: The Joana Briggs Institute.
- Kelly, A. E., Sullivan, P., Fawcett, J. & Samarel, N. (2004). Therapeutic Touch, Quiet Time and dialogue: Perceptions of Women with Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31(3), p. 625–631. <https://doi.org/10.1188/04.onf.625-63>.
- Kim, K-S.; Kwon, S-H. (2007). Comfort and quality of life of cancer patients. *Asian Nursing Research* 1 (2). p.125–135.

- Kleinman, S. (2004). What is the Nature of Nurse Practitioners' Lived Experiences Interacting with Patients? *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, June, Vol.16, p.263- 269.
- Kolcaba, K. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*. 16. p.1301-1310.
- Kolcaba, K. (1992). Holistic comfort: operationalizing the construct as a nurse-sensitive outcome. *Advances in Nursing Science*. 15, nº1. p.1-10.
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 19. p.1178-1184.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: a vision for holistic health care and research*. Nova York: Springer publishing company, Inc.
- Kolcaba, K. (2009). Comfort. Peterson, S. & Bredow, T. (Eds.). *Middle range theories. Application to nursing research* (2nd ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins. p.254-272.
- Kolcaba, K., & Steiner, R. (2000). Empirical evidence for the nature of holistic comfort. *Journal of Holistic Nursing*, 18, p.46–62. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.1991.tb01558.x>. Acedido em 14/01/2020.
- Kolcaba, K., Tilton, C., & Drouin, C. (2006). Comfort Theory. A Unifying Framework to Enhance the Practice Environment. *The Journal of Nursing Administration*. Volume 36 (11). p.538-544. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1097/00005110-200611000-00010>. Acedido em 21/09/2019.
- Langhorne, M. (2000). Quimioterapia. Otto, S. *Enfermagem em Oncologia*. (3.^a Edição). Lusociência: Edições Técnicas e Científicas, Loures. ISBN: 972-8383-12-6. p.587-630.
- Lima, K. & Bernardino, E. (2014). O cuidado de enfermagem em unidades de transplante de células-tronco hematopoéticas. *Texto Contexto Enfermagem Out-Dez* 23(4). Florianópolis. p. 845-853. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000440013>. Acedido em 05/01/2020.
- Lopes, J. (2006). A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica. Proposta de uma teoria de médio alcance . Coimbra: Formasau, 2006. ISBN: 972-8485-6-X.
- Machado, A. (2018). *As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção*.

- Dissertação não publicada para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, apresentada à Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, Minho.
- Magalhães, J. (2009). Cuidar em fim de vida – Experiência durante a formação inicial de enfermeiros . Lisboa: Coisas de Ler. ISBN: 978-989-82180-7-0.
 - Marconi, M. & Lakatos, E. (2002). Técnicas de Pesquisa. (5.^a Edição) São Paulo:Atlas. ISBN 85-224-3263-5.
 - Marques, R.; Dixe, M.; Querido, A. & Sousa, P. (2016). Revalidação do *Holistic Comfort Questionnaire-Family* para cuidadores de pessoas com doença crónica e avançada. *Revista de Enfermagem Referência*, série IV n.º 11. Out./nov./dez. p.91-100. Disponível em <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16060>. Acedido em 25/09/2019.
 - Mårtensson, G; Carlsson, M. & Lampic, C. (2010). Do oncology nurses provide more care to patients with high levels of emotional distress? *Oncology Nursing Forum* vol.37, nº1, January. p. 34-42.
 - Martins, M. (2010). Aliviando o sofrimento o processo de acompanhamento de enfermagem ao doente em final de vida. Tese de doutoramento não publicada para obtenção do grau de doutor em enfermagem apresentada à Universidade de Lisboa, Lisboa.
 - McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person centred-practice with older people. *Internation Journal of Nursing Practice*, 2, p. 202-209.
 - Mcgrath, P. (2015). Findings on Family Issues During Relocation for Hematology Care. *Oncology Nursing Forum*, vol.42, nº 3. ISSN: 1538-0688. p. 250-256.
 - Mcllveen, K. & Morse, J. (1995). The Role of Comfort in Nursing Care: 1900-1980. *Clinical Nursing Research*, 4, p.127-147.
 - Meleis, A. (2010) - Transitions Theory: Middle-range and Situation-specific Theories in Nursing Research and Practice – New York: Springer Publishing Company.
 - Melo, M. (2005). *Comunicação com o doente: certezas e incógnitas*. Loures: Lusociência.
 - Miranda, N.; Cunha, M.; Ribeiro, P.; Guimarães, J.; Ribeiro, L.; Silva, M. & Matos, A. (2016). Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência de Hematologia. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/rede-referencia%C3%A7%C3%A3o-hospitalar-hematologia.pdf>. Acedido em 22/02/2020.

- Morse, J. (2003). Finding the comfort zone. No more pill popping when pillows will do. Disponível em <http://www.ualberta.ca/~iiqm/>. Acedido em 01/03/2020.
- Neto, I. (2016). Cuidados Paliativos: Princípios e Conceitos fundamentais. In: Barbosa, A.; Pina, P.; Tavares, F. & Neto, I. *Manual de Cuidados Paliativos*. (p: 1-22). 3.^a Edição. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN: 978-972-9349-37-9.
- Nicolau, C. (2013). *Conforto dos doentes em fim de vida em contexto hospitalar*. Dissertação não publicada para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos, apresentada à Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.
- Nunes, L. (2013). *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal: Departamento de Enfermagem ESS IPS. ISBN: 978-989-98206-1-6.
- Oliveira, C. (2006). O cuidado confortador à pessoa idosa hospitalizada: Contributos para uma revisão sistemática da literatura . *Pensar Enfermagem*, 10 (1), p.2-12.
- Oliveira, C. (2011). *O cuidado confortador da pessoa hospitalizada: individualizar a intervenção conciliando tensões*. Dissertação não publicada de Doutoramento em Enfermagem apresentada para obtenção do Grau de Doutor à Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>. Acedido em 02/02/19.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE®*. Lisboa. ISBN: 978-989-96021-6-8. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf. Acedido em 11/07/2019.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em situação crónica e paliativa* - Lisboa. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_188_2015_Competencias_Especificas_EE_Pessoa_Situacao_Cronica_Paliativa.pdf. Acedido em 29/05/19.

- Ordem dos Enfermeiros (2012). Divulgar: padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – enquadramento conceptual/enunciados descritivos. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>. Acedido a 20.02.2019.
- Ordem dos Enfermeiros (2014). Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf. Acedido em 06/02/2020.
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Código Deontológico do Enfermeiro. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>. Acedido em 18/10/2018.
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados 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*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf. Acedido em 02/02/2020.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento das 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*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>. Acedido em 07/05/2019.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>. Acedido em 29/05/2019.
- Orlando, L. (1961). *The dynamic nurse-patient relationship: function, process and principles*. Putnam, Ed. (9th ed.). New York. ISBN: 978-0399-400-094.

- Ososki, R. (2000). Leucemia. Otto, S. *Enfermagem em Oncologia*. (3.^a Edição). Lusociência: Edições Técnicas e Científicas, Loures. ISBN: 972-8383-12-6. p. 313-341.
- Pacheco, A. (2014). *Cuidar da pessoa com doença oncológica em situação paliativa: o significado da esperança atribuído à esperança pela equipa de enfermagem*. Dissertação de Mestrado, não publicada, apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos. Porto.
- Panno, J.; Kolcaba, K. & Holder, C. (2000). Acute Care for Elders (ACE): a holistic model for geriatric orthopaedic nursing care. *Orthopaedic Nursing*, 19(6), p.53-60. Retrieved from CINAHL Plus with Full Text database. Acedido em 05/10/2019.
- Parks, M. D., Morris, D. L., Kolcaba, K., & McDonald, P. E. (2017). An Evaluation of Patient Comfort During Acute Psychiatric Hospitalization. *Perspectives in Psychiatric Care*, 53(1), p. 29–37. <https://doi.org/10.1111/ppc.12134>. Acedido em 21/09/2019.
- Peixoto, T. (2015). Autogestão da fadiga nos sobreviventes de cancro. Dissertação de Mestrado, não publicada, apresentada à Escola Superior de Enfermagem do Porto, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Porto.
- Phipps, W.; Sand, J.; Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica, Conceitos e Prática Clínica*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-9898-075-22-2.
- Pinto, S.; Caldeira S.; Martins, J. (2016). A systematic literature review toward the characterization of Comfort. *Holistic nursing practice* Jan-Feb;30(1). p.14-24. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1097/HNP.0000000000000126>. Acedido a 21/09/2019.
- Ponte, K. & Silva, L. (2015). Comfort as a result of nursing care: an integrative review. *Revista de Pesquisa: Cuidado É Fundamental Online*, 7 (2), p.2603-2614. DOI: 10.9789/2175-5361.2015.v7i2.2603-2614. Acedido em 14/01/2020.
- Querido, A. (2005). *A esperança em cuidados paliativos*. Dissertação de Mestrado não publicada, apresentada para obtenção de grau de Mestre em Cuidados Paliativos, à Universidade de Lisboa - Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa.
- Querido, A. (2012). *A promoção da esperança em fim de vida. Avaliação da efetividade de um programa de intervenção em pessoas com doença crónica e avançada*

- progressiva*. Tese não publicada apresentada para obtenção do grau de doutor em Enfermagem à Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.
- Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (1996). Decreto-lei nº 161/96 nº 205 (Com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de Abril). Diário da República Série I-A. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>. Acedido a 14/01/2019.
 - Reis, J. (2012). Estágio em Hematologia Clínica – Desafios. Dissertação de Mestrado, não publicada, apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, para obtenção do grau de Mestre em Medicina, Porto.
 - Ribeiro, J.; Cardoso, L.; Pereira, C.; Silva, B; Bubolz, B. & Castro, C. (2016). Assistência de enfermagem ao paciente oncológico hospitalizado: diagnóstico e intervenções relacionadas às necessidades psicossociais e psicoespirituais. *J. res. Fundam. Care Online*. Out/Dez 8(4). p.5136-5142. Disponível em <http://dx.doi.org/10.9789/21755361.2016v8i4.51365142>. Acedido em 12/05/2019.
 - Ribeiro, P. (2012). A Natureza do processo de conforto no doente idoso crónico em contexto hospitalar. Construção de uma teoria explicativa. Projecto Integrado de Vivência e Cuidado Cocriado . Tese de douturamento, não publicada, para obtenção do grau de doutor em enfermagem, apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Lisboa.
 - Ribeiro, P.; Marques, R. & Ribeiro, M (2017). O cuidado geriátrico: modos e formas de confortar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, jul-ago, 70(4). p.865-872. Disponível em <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0636>. Acedido em 04/01/2020.
 - Rodrigues, M. (2001) – Cuidados de Enfermagem ao doente submetido a quimioterapia. *Sinais Vitais*. N.º 36. p.25-31.
 - Rosa, M., Mercês, A. & Santos, V. (2008). As faces do conforto: visão de enfermeiras e pacientes com câncer. *Rev. Enfermagem UERJ*, Volume 16 (3), p.410 - 414.
 - Ruivo, M.; Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1-37. Disponível em <https://pt.scribd.com/document/241273228/Metodologia-de-Projecto>. Acedido em 25/05/2019.
 - Sá, E. (2001). *A influência da adaptação mental à doença oncológica na qualidade de vida do doente hemato-oncológico, em ambulatório*. Dissertação não publicada de

Mestrado apresentada para obtenção do Grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.

- Sá, E. (2010). A contribuição de Enfermagem para Aliviar o Sofrimento do Doente Hemato-Oncológico: Revisão de Literatura. *Pensar Enfermagem*. 14 (2), p.55-69.
- Salgado, A. (2012). *Intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica mamária*. Dissertação não publicada, de Candidatura ao grau de Mestre em Oncologia submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto.
- Santos, J. (2013). *Intervenção do enfermeiro na promoção de conforto ao doente oncológico em fim de vida em contexto hospitalar*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem não publicada apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente de Enfermagem Oncológica, apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa.
- Santos, P.; Nazaré, I.; Martins, C.; Sá, L.; Couto, L. & Hespenhol, A. (2015). As Normas de Orientação Clínica em Portugal e os Valores dos Doentes. *Acta Med Port*, Nov-Dec. 28(6). p.754-759.
- Silva, C. (2008). *Conceito de conforto na perspectiva de clientes e de enfermeiras em unidades de internação hospitalar*. Dissertação de Doutoramento em Enfermagem não publicada apresentada para obtenção do Grau de Doutor, apresentada à Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery. Rio de Janeiro.
- Silva, J. & Valente Ribeiro, P. (2015). Estratégias de autocuidado das pessoas com doença oncológica submetidas a quimioterapia/radioterapia e a sua relação com o conforto. *Revista electrónica trimestral de enfermeria* n.º37. fevereiro. p.384-400. ISSN: 1695-6141.
- Silva, J. (2016). *A construção e validação de uma escala de avaliação de conforto da pessoa idosa em situação de cronicidade e hospitalização*. Dissertação de Mestrado apresentada para obtenção do Grau de Mestre com especialização em Enfermagem Avançada. Lisboa: Instituto de Ciências da Saúde. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/20652>. Acedido em 25/05/2019.
- Slatyer, S., Williams, A. M., & Michael, R. (2015). "International Journal of Nursing Studies Seeking empowerment to comfort patients in severe pain: A grounded theory study of the nurse's perspective. *International Journal of Nursing Studies*,

- 52(1), p.229–239. Disponível em <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.06.010>.
Acedido em 21/09/2019.
- Song, M; So, H. & An, M. (2014). Identification of Major Nursing Diagnosis, Nursing Outcomes, and Nursing Interventions (NNN) Linkage for Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *Korean Journal of Adult Nursing*. Vol. 26, nº 4, p.413-423, ISSN: 1225-4886. Disponível em <http://dx.doi.org/10.7475/kjan.2014.26.4.413>.
Acedido em 21/09/2019.
 - Sousa, P. (2014). *O conforto da pessoa idosa* - Lisboa: Universidade Católica Editora, Unipessoal, Lda. ISBN: 978-54-0440-9.
 - Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. (2.^a edição). Lisboa: Climepsi Editores. ISBN: 978-972-7960-934.
 - Vitória, M. (2001). Acolhimento do doente oncológico. *Enfermagem Oncológica*, 18, p.9-20.
 - Wagner, D.; Byrne, M. & Kolcaba, K. (2006). Effects of comfort warming on preoperative patients. *AORN Journal: Association of preoperative registered nurses*. Volume 84(3), p.427-448.
 - Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência. ISBN: 972-8383-33-9.
 - World Health Organization (2018). Cancer. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. Acedido a 02/02/2020.
 - Yamamoto, K. & Nagata, S. (2011). Physiological and psychological evaluation of the wrapped warm footbath as a complementary nursing therapy to induce relaxation in hospitalized patients with incurable cancer: A pilot study. *Cancer Nursing*, 34(3), p. 185–192. Disponível em <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181fe4d2d>. Acedido em 21/09/2019.

ANEXOS

Anexo I – Escala de Conforto Holístico *HCQ-PT-DC*® (Querido, 2012)

Escala de Conforto Holístico HCQ – PT-DC©

		Discordo Totalmente				Concordo Totalmente	
		1	2	3	4	5	6
1	Estou preocupado com a minha família*						
2	A minha enfermeira (enfº) 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 enviando cartões, mensagens ou telefonemas						
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*						

*Itens invertidos

(Querido, 2012)

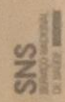
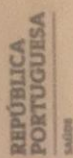
Anexo II – III Encontro de Cuidados Paliativos da Serra de Estrela

III Encontro de Cuidados Paliativos

da Serra da Estrela

Seia

21 e 22 de Novembro 2019



CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Exmo(a). Sr(a).

Ara Inês Horta Fernandes

participou no III Encontro de Cuidados Paliativos da Serra da Estrela, que decorreu nos dias 21 e 22 de Novembro de 2019, na Casa Municipal da Cultura de Seia, com a duração de 14 horas.

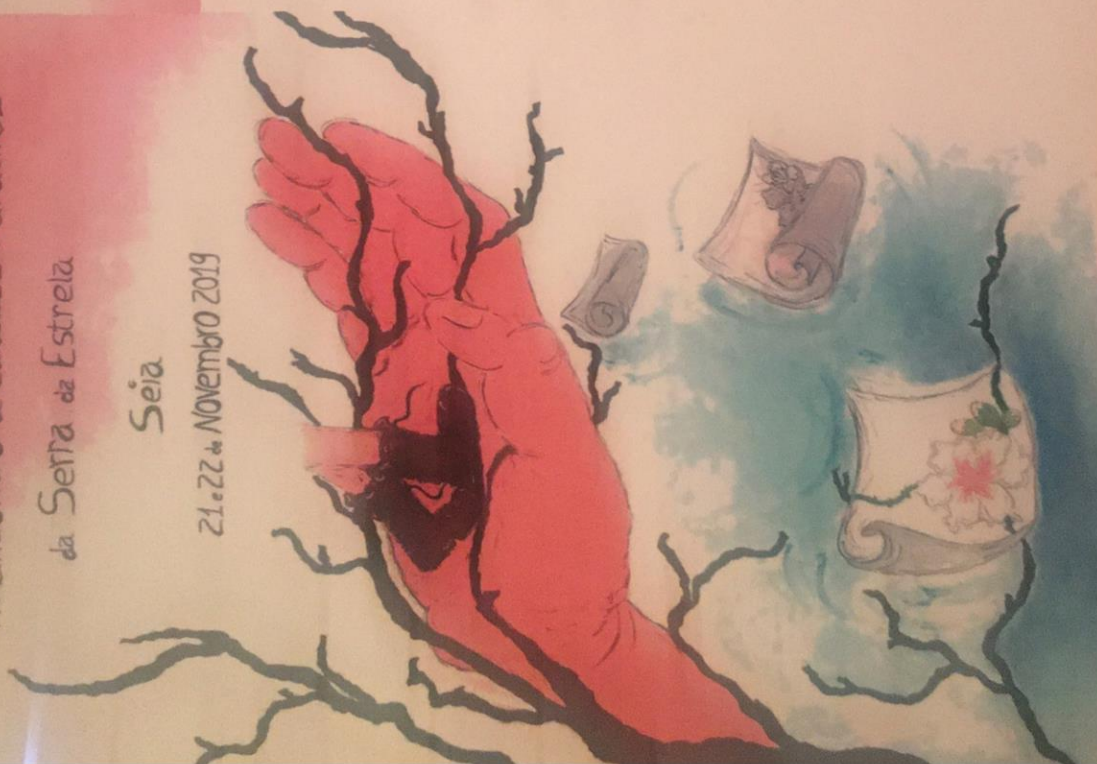
Seia, 22 de Novembro de 2019

Presidente do Conselho de Administração
da ULS Guarda

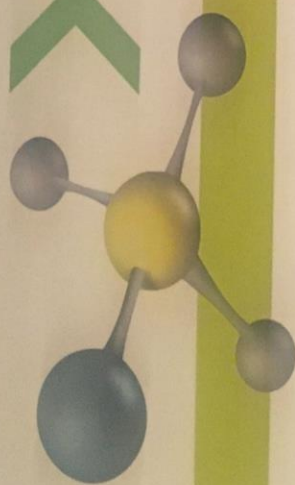
(Dra. Isabel Coelho)

Presidente da Comissão Organizadora
III Encontro de Cuidados Paliativos da Serra da Estrela

(Dr. Rui Teixeira)



Anexo III – *Workshop PAIN EDUCATION*



PAIN
EDUCATION

FUNDAÇÃO
GRÜNENTHAL

VIVER SEM DOR, VIVER MELHOR

workshop

CERTIFICADO

Para os devidos efeitos, certifica-se que Araújo, Gláucia Fernandes
participou no Workshop PAIN EDUCATION que se realizou no dia 16
de Novembro de 2019, em Lisboa, com a duração de 8 horas.

Deu lugar

FUNDAÇÃO GRÜNENTHAL

PROGRAMA | Classificação da Dor • Fisiologia da Dor • Cronificação da Dor • Avaliação da Dor
• Farmacologia da Dor

Anexo IV – Autorização da autora para aplicação do *HCQ-PT-DC*® (Querido, 2012)

Ana Querido <querido.ana@gmail.com> escreveu em qua, 24/07/2019 às 06:56 :

Bom dia Ana Inês

<https://www.thecomfortline.com/>

Antes de mais muitos parabéns pelo seu interesse no conforto da pessoa com doença hemato-oncológica. Parece-me uma questão muito pertinente numa situação de elevada complexidade e com implicações no conforto e qualidade de vida.

A este respeito aconselho-a a consultar o site da Prof.^a

Kolcaba <https://www.thecomfortline.com/> e explorar o que está a ser feito neste campo.

Relativamente ao instrumento envio em anexo a versão final da validação e as instruções de utilização. Tem autorização para a utilização e gostaria de ter acesso ao resultado final da sua investigação.

Qualquer coisa, estou ao dispor.

Um abraço e muitas felicidades no desenvolvimento do trabalho.

Anexo V – Autorização da Comissão de Ética para a Saúde



Comissão de Ética para a Saúde

PARECER

Projeto de Investigação de Mestrado,

Título: “O conforto da pessoa com doença hemato-oncológica: intervenções de enfermagem”

Investigadora Principal: Enfermeira **Ana Inês Fernandes**

| Discente no Mestrado em Enfermagem, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

Após reunião de 07 de outubro de 2019 e no seguimento da receção dos documentos solicitados, estando o estudo de acordo com as normas de submissão impostas por esta CES, deliberou-se emitir **parecer favorável** à realização do mesmo.

A Comissão de Ética para a Saúde solicita à Investigadora Principal que, quando da conclusão deste estudo, lhe seja enviada uma síntese dos resultados e conclusões do mesmo.

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde do presentes em reunião de 07 de outubro de 2019:

Anexo VI – Estados e Itens de Conforto (Querido, 2012)

Estados e Itens de Conforto

Tipo de Conforto	Item
Alívio	1-Estou preocupado com a minha família 6-Tenho dificuldade em descansar 7-Ninguém me compreende 8-É difícil aguentar a minha dor 10-Durmo bem 14-Tenho medo do que está para vir 16- Tenho sentido mudanças que me fazem sentir apreensivo/preocupado 21- Preciso de estar melhor informado sobre o meu estado 23- Estou deprimido 26- O estado de espírito dos meus entes queridos faz-me sentir triste
Tranquilidade	4-Sei que sou amado 9-Sinto-me em paz 11-Sinto-me culpado 15- Tenho pessoas especiais que me fazem sentir estimado/querido 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... 22- Sinto-me só 24- Encontrei o sentido da minha vida
Transcendência	2-A minha enfermeira dá-me esperança 3-Neste momento a minha vida tem mérito / vale a pena 5-Este lugar é agradável 12-Gosto de aqui estar 13-Fiz a escolha certa ao escolher este local 20- Sinto-me deslocado 25- Olhando para trás tenho tido uma vida boa

(Querido, 2012)

Anexo VII – HCQ-PT-DC® (Querido, 2012) por estados e contextos de Conforto

HCQ-PT-DC® por estados e contextos de Conforto

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

(Querido, 2012)

Estados do Conforto	Siglas	Contexto de Conforto	Siglas
Alívio	AL	Físico	FIS
Tranquilidade	TQ	Psicoespiritual	PSI
Transcendência	TR	Sociocultural	SOC
		Ambiental	AMB

APÊNDICES

Apêndice I – Plano de Atividades

Plano de Atividades

OBJETIVO GERAL			
1. Adquirir competências para promover o conforto da pessoa com doença hemato-oncológica, em internamento hospitalar			
Local de Estágio I			
Local de Estágio II			
Local de Estágio III			
Competências	Objetivo Específico	Atividades	Indicadores de Avaliação
<u>Competências comuns ao enfermeiro especialista:</u> A1. <i>Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</i> A2. <i>Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</i> B3. <i>Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</i> D1. <i>Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</i> <u>Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crónica e paliativa:</u> L6.1.2 – <i>Identifica e defende, sistematicamente, objetivos de atuação, metas a alcançar, prioridades e decisão de cuidados a prestar, dentro de limites mutuamente acordados.</i>	Enumerar as necessidades e cuidados promotores de conforto na pessoa com doença hemato-oncológica	▪ Observação da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença hemato-oncológica; ▪ Elaboração de lista de necessidades e guia de intervenções promotoras de conforto da pessoa com doença hemato-oncológica; ▪ Validação com a pessoa com doença hemato-oncológica acerca do resultado das intervenções de enfermagem promotoras de conforto.	- Apresenta por escrito, notas de campo no sentido de identificar cuidados promotores de conforto para a pessoa com doença hemato-oncológica.
<u>Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crónica e paliativa:</u> L5 – <i>Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.</i>	Identificar as intervenções de enfermagem, promotoras de conforto, realizadas à pessoa com doença hemato-oncológica, segundo os enfermeiros	▪ Observação da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença hemato-oncológica; ▪ Realização de uma <i>checklist</i>, com intervenções promotoras de conforto; ▪ Realização de notas de campo para identificar cuidados promotores de conforto,	▪ Analisa as intervenções promotoras de conforto, tendo em conta a evidência científica recolhida e com recurso à <i>checklist</i> elaborada.

Plano de Atividades

		segundo a pessoa com doença hemato-oncológica.	
<u>Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crónica e paliativa:</u> L6.3.2. – <i>Utiliza ferramentas de comunicação adequadas com a pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal e com cuidadores e familiares, de forma a permitir a comunicação honesta, a esperança realista, assim como o ajuste de expectativas.</i> <u>EONS:</u> _ <i>Select and adopt na appropriate communication approach, from range of core communication and consultation skills, to effectively assess the informational and supportive care needs of PABC throughout the cancer trajectory.</i>	Mobilizar e empregar competências comunicacionais no cuidar a pessoa com doença hemato-oncológica	▪ Pesquisa Bibliográfica acerca das formas de comunicação adequadas à pessoa com doença hemato-oncológica; ▪ Observação das técnicas de comunicação utilizadas pelos enfermeiros do local de estágio; ▪ Aplica técnicas de comunicação durante a prestação de cuidados à pessoa com doença hemato-oncológica.	- Realiza uma reflexão, por escrito, acerca da interação com a pessoa com doença hemato-oncológica.
<u>Competências comuns ao enfermeiro especialista:</u> A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção. A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. <u>Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crónica e paliativa:</u> L6.1.2 – <i>Identifica e defende, sistematicamente, objetivos de actuação, metas a alcançar, prioridades e decisão de cuidados a prestar, dentro de limites mutuamente acordados.</i> <u>EONS:</u> _ <i>Developed na individualized care plan in collaboration with PABC tailored to the phase of disease.</i>	Prestar cuidados de enfermagem à pessoa com doença hemato-oncológica em internamento hospitalar	▪ Pesquisa bibliográfica acerca do conforto; ▪ Integração na equipa multidisciplinar de cada local de estágio; ▪ Consulta de normas, procedimentos e protocolos da instituição e serviço; ▪ Observação da prestação de cuidados à pessoa com doença hemato-oncológica; ▪ Prestação de cuidados à pessoa com doença hemato-oncológica;	- Realiza uma reflexão escrita (por cada local de estágio) acerca de uma situação de cuidados da pessoa com doença hemato-oncológica; - Presta cuidados a 2 ou mais doentes com doença hemato-oncológica e realiza os

Plano de Atividades

		▪ Tomar decisões com a pessoa com doença hemato-oncológica acerca do conforto, fundamentadas na evidência científica; ▪ Análise da prestação de cuidados à pessoa com doença hemato-oncológica para desenvolver o autoconhecimento e a assertividade; ▪ Utilização dos instrumentos de colheita de dados, avaliação e registos utilizados nos serviços.	respetivos registos de enfermagem, mobilizando os instrumentos usados na instituição (escalas de avaliação, ...); - Realiza um estudo de caso durante o estágio.
--	--	---	--

Plano de Atividades

OBJETIVO GERAL			
1. Adquirir competências para promover o conforto da pessoa com doença hemato-oncológica, em internamento hospitalar			
Local de Estágio II			
Competências	Objetivo Específico	Atividades	Indicadores de Avaliação
<u>Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crónica e paliativa:</u> L5.1.2 – <i>Avalia e identifica os sintomas descontrolados na pessoa com doença crónica e incapacitante e terminal, segundo a sua intensidade e prioridade para o indivíduo, utilizando para tal escalas e ferramentas adequadas, assim como o conhecimento científico.</i> L5.2.3 – <i>Adopta medidas farmacológicas no alívio de sintomas.</i> L5.2.4 – <i>Adopta medidas não farmacológicas no alívio de sintomas</i> L5.2.5 – <i>Actua em tempo útil, nas situações de agudização.</i> <u>EONS:</u> <i>_ Identify and delivery evidence-informed nursing interventions to support patients and carers</i> <u>Competências Mestre:</u> b) <i>Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo.</i>	Reunir e desenvolver competências na gestão da sintomatologia da pessoa com doença hemato-oncológica em cuidados paliativos	▪ Pesquisa Bibliográfica acerca do conforto, sintomatologia e controlo de sintomas na pessoa com doença hemato-oncológica; ▪ Observação da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença hemato-oncológica, em cuidados paliativos.	- Realiza uma reflexão escrita acerca de uma situação de cuidados da pessoa com doença hemato-oncológica, com sintomatologia descontrolada;
	Descrever as intervenções que visem o controlo de sintomas e o conforto da pessoa com doença hemato-oncológica em cuidados paliativos	▪ Observação da prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença hemato-oncológica, em cuidados paliativos; ▪ Prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença hemato-oncológica para alívio do desconforto e controlo sintomático.	- Realiza uma Revisão <i>Scoping</i>, para elaborar uma tabela com a sintomatologia mais comum e as intervenções mais eficazes: - Presta cuidados a 2 ou mais doentes em cuidados paliativos e com sintomatologia descontrolada.

Plano de Atividades

OBJETIVO GERAL			
1. Adquirir competências para promover o conforto da pessoa com doença hemato-oncológica, em internamento hospitalar			
Local de Estágio III			
Competências	Objetivo Específico	Atividades	Indicadores de Avaliação
<u>Competências comuns ao enfermeiro especialista:</u> A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção. A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. B3. Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro. D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. <u>Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crónica e paliativa:</u> L6.1.2 – <i>Identifica e defende, sistematicamente, objetivos de actuação, metas a alcançar, prioridades e decisão de cuidados a prestar, dentro de limites mutuamente acordados.</i>	Identificar necessidades e cuidados promotores de conforto na pessoa com doença hemato-oncológica	▪ Aplicação da Escala de avaliação de Conforto Holístico – Doentes Crónicos (HCQ-PT-DC® (Querido, 2012)) à pessoa com doença hemato-oncológica; ▪ Análise dos dados resultantes da aplicação da escala de avaliação do Conforto Holístico – Doentes Crónicos (HCQ-PT-DC® (Querido, 2012)) à pessoa com doença hemato-oncológica.	- Aplica a Escala de avaliação do Conforto Holístico à pessoa com doença hemato-oncológica (15 doentes); - Analisa os dados resultantes da aplicação da escala de avaliação do Conforto Holístico.
<u>Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em situação crónica e paliativa:</u> L5 – <i>Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.</i>	Identificar as intervenções de enfermagem, promotoras de conforto, realizadas à pessoa com doença hemato-oncológica, segundo os enfermeiros	▪ Análise das intervenções promotoras de conforto, tendo em conta a evidência científica recolhida e com recurso à <i>checklist</i> elaborada; ▪ Aplicação do questionário aos enfermeiros para avaliação das intervenções promotoras de conforto na pessoa com doença hemato-oncológica.	- Aplica questionário a cerca de 80% dos enfermeiros do serviço - Analisa os dados resultantes da aplicação do questionário aos enfermeiros

Plano de Atividades

OBJETIVO GERAL			
2. Contribuir para a promoção do conforto na pessoa com doença hemato-oncológica, num serviço de internamento hospitalar			
Local de Estágio I			
Local de Estágio II			
Local de Estágio III			
Competências	Objetivo Específico	Atividades	Indicadores de Avaliação
<u>Competências comuns ao enfermeiro especialista:</u> A1. <i>Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção.</i> A2. <i>Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</i> B3. <i>Cria e mantém um ambiente terapêutico e seguro.</i> D1. <i>Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</i> D2. <i>Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.</i>	Identificar a missão e a dinâmica da equipa multidisciplinar	▪ Observação da dinâmica do local de estágio; ▪ Consulta de normas, procedimentos e protocolos da instituição e do local de estágio; ▪ Observação da dinâmica de funcionamento dos serviços; ▪ Identificação dos instrumentos de colheita de dados, avaliação e registos utilizados nos serviços.	- Elabora um texto onde explicita a missão, os objetivos, a estrutura funcional e organizacional e a articulação da equipa multidisciplinar
	Dinamizar a divulgação e desenvolvimento deste projeto, junto da equipa de enfermagem	▪ Apresentação deste projeto à equipa multidisciplinar do local de estágio.	- Realiza uma sessão de divulgação deste projeto em cada local de estágio, no início do estágio

Plano de Atividades

OBJETIVO GERAL			
2. Contribuir para a promoção do conforto na pessoa com doença hemato-oncológica, num serviço de internamento hospitalar			
Local de Estágio III			
Competências	Objetivo Específico	Atividades	Indicadores de Avaliação
<u>Competências de Mestre:</u> d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;	Dinamizar a equipa de enfermagem, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com doença hemato-oncológica	▪ Pedir autorização aos responsáveis pela validação da <i>Escala de avaliação do Conforto Holístico</i>, para a sua utilização; ▪ Pedir autorização à Comissão de Ética para a Saúde do CHLO para a implementação deste projeto; ▪ Análise dos dados resultantes da aplicação da <i>Escala de avaliação do Conforto Holístico – Doentes Crónicos (HCQ-PT-DC®</i> (Querido, 2012)) à pessoa com doença hemato-oncológica; ▪ Análise dos dados resultantes da aplicação do questionário aos enfermeiros; ▪ Elaboração de Norma de Orientação Clínica acerca de Intervenções Promotoras de Conforto na pessoa com doença Hemato-oncológica; ▪ Divulgação dos resultados obtidos com a aplicação da escala de avaliação do Conforto Holístico – Doentes Crónicos (<i>HCQ-PT-DC®</i> (Querido, 2012)) à pessoa com	- Elabora e apresenta por escrito Norma de Orientação Clínica com o tema <i>Intervenções de Enfermagem Promotoras de Conforto à pessoa com doença hemato-oncológica</i>;

Plano de Atividades

		doença hemato-oncológica e o questionário aos enfermeiros, no serviço e no hospital; ▪ Divulgação dos resultados deste projeto à instituição onde desempenho funções, através da Enfermeira Diretora; ▪ Propôr a introdução da avaliação do conforto em todos os doentes internados no serviço de Hematologia, na plataforma CIPE®.	- Realiza sessão de divulgação dos resultados; - Apresenta Norma de Orientação Clínica à Direção de Enfermagem e ao serviço de Hematologia.
--	--	---	--

Recursos	
Humanos	Materiais
- Orientadores da Escola; - Orientadores dos Locais de Estágio; - Equipa multidisciplinar dos Locais de Estágio; - Observação direta da prestação de cuidados; - Reflexão; - Experiência Pessoal e Profissional.	- Pesquisa Bibliográfica, usando bases de dados; - Normas e protocolos dos locais de estágio; - Computador;

Apêndice II – Revisão *Scoping*

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

- Opção II -

O conforto da pessoa com doença Hemato-oncológica:
intervenções de enfermagem

- Revisão *Scoping* -

Discente:

Ana Inês Martins Fernandes

Lisboa

2019

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

- Opção II -

O conforto da pessoa com doença Hemato-oncológica:
intervenções de enfermagem

- Revisão *Scoping* -

Discente:

Ana Inês Martins Fernandes

Regente:

Prof.^a Maria Alexandra Pinto Santos

Orientador:

Prof.^a Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá

Lisboa

Setembro de 2019

O CONFORTO DA PESSOA COM DOENÇA HEMATO-ONCOLÓGICA: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM REVISÃO *SCOPING*

Ana Inês Martins Fernandes¹

¹Enfermeira de cuidados gerais; Estudante do 10.º Mestrado em Enfermagem
na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica,
na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica

QUESTÃO/OBJETIVOS

Esta revisão *Scoping* pretende mapear quais as intervenções de enfermagem, promotoras de conforto, na pessoa com doença hemato-oncológica, num serviço de internamento hospitalar.

Como tal, pretende-se responder à seguinte questão:

Quais as intervenções de enfermagem, promotoras de conforto, na pessoa com doença hemato-oncológica,
num serviço de internamento hospitalar?

A formulação da questão de pesquisa baseou-se na mnemónica **PCC**, em que População (**P**), Conceito (**C**) e Contexto (**C**), correspondem ao que se encontra identificado na seguinte tabela (tabela nº 1).

Esta mnemónica procura a evidência e define os atributos dos estudos que irão ser encontrados com as pesquisas futuras.

População (P)	Pessoa com doença hemato-oncológica
Conceito (C)	Intervenções de Enfermagem, promotoras de Conforto
Contexto (C)	Internamento Hospitalar

Tabela nº 1 – Formulação de questão de investigação através da mnemónica **PCC**

Partindo da linguagem natural (tabela nº 2) e após consulta das bases de dados eletrónicas, CINAHL Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL Plus with Full Text) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE with Full Text), da plataforma EBSCOhost *Integrated Search*, entre maio e julho de 2019, acedi a alguns estudos relacionados com a problemática da questão de partida.

Seguidamente, avaliei quais os termos em linguagem natural, que existiam, para chegar aos termos indexados (CINAHL Headings e Medical Subject Headings - MeSH), tal como se demonstra na tabela nº 2. Posteriormente, com a utilização desses termos nas mesmas bases de dados, já referidas, tentei responder à questão de investigação previamente formulada e que está na base desta revisão *Scoping*.

	Linguagem		
	CINAHL Headings	Natural	MEDLINE (MeSH)
População (P)	▪ adult	▪ adult	
		▪ cancer	
		▪ hematology	▪ hematology
		▪ oncology	
	▪ cancer patients		
Conceito (C)	▪ nursing interventions	▪ nursing interventions	
		▪ nursing	▪ nursing
	▪ nursing oncology	▪ oncology nursing	▪ nursing oncology
	▪ comfort	▪ comfort	
			▪ patient comfort
Contexto (C)		▪ hospital stay	
		▪ ward	
		▪ internment	
	▪ hospital units		

Tabela nº 2 – Linguagem natural e termos indexados da CINAHL e MEDLINE

O conforto é uma das preocupações e objetivos da prática de cuidados de todos os enfermeiros, assim sendo, a abordagem desta temática constitui-se de extrema importância.

BACKGROUND

Na nossa sociedade têm existido imensos avanços científicos e tecnológicos na área da saúde, que promove a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de diversas doenças.

O diagnóstico de uma doença crónica gera, no doente e família, ansiedade (Pereira, 2008). Habitualmente, estas doenças são entendidas como uma ameaça à integridade da pessoa, pois implicam perdas e novas adaptações (Sousa, 2014).

As doenças oncológicas são a segunda causa de morte em Portugal e aquela que mais aumentou nos últimos anos (Apóstolo, 2017).

As doenças oncológicas têm como terapêuticas principais a quimioterapia, a cirurgia e/ou a radioterapia, enquanto que o tratamento das doenças hematológicas consiste maioritariamente na realização de quimioterapia.

Assim, o papel do enfermeiro em compreender as necessidades da pessoa com doença hemato-oncológica, para implementar intervenções e avaliar os seus resultados, é de extrema importância.

O objetivo desta pesquisa, torna-se pertinente no sentido, de divulgar quais as intervenções realizadas pelos enfermeiros, à pessoa com doença hemato-oncológica, dando visibilidade aos cuidados de enfermagem promotores de conforto.

PALAVRAS-CHAVE:

Pessoa; Doença Hemato-oncológica; Conforto; Intervenções de Enfermagem; Internamento Hospitalar.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO

Tendo por base, a questão de partida, já anteriormente descrita, foram definidos os critérios de inclusão e exclusão, de forma a encontrar os estudos mais oportunos para a temática em foco nesta revisão *scoping*.

Tipos de participantes

A revisão será guiada de modo a incluir estudos realizados apenas com adultos com doença hemato-oncológica, com necessidade de cuidados de conforto, sendo excluídos todos os participantes em idade pediátrica.

Convém ressaltar que as bases de dados eletrônicas consultadas, CINAHL Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL Plus with Full Text) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE with Full Text), definem “adults”, como pessoas com idade igual ou superior a 19 anos.

Conceito

O conceito onde se irá centrar esta pesquisa são as intervenções de enfermagem, desenvolvidas pelos enfermeiros, que promovam o conforto, nos participantes já definidos.

Contexto

O contexto onde o presente estudo se desenvolverá será o hospital, num serviço de internamento.

Fontes de Informação

Esta revisão irá englobar apenas estudos qualitativos.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Como forma de obter a melhor evidência para responder à questão de partida, realizei uma pesquisa preliminar nas bases de dados eletrônicas, CINAHL Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL Plus with Full Text) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE with Full Text) e no *Joanna Briggs Institute Evidence-Based Practice Resources on Ovid*, com a finalidade de encontrar protocolos de revisões *scoping* que abordassem esta temática. Contudo, comprovei a sua inexistência o que demonstra a relevância deste estudo para trazer visibilidade às intervenções de enfermagem, levando ao aumento do conhecimento nesta área de interesse.

De maneira a responder à questão formulada antecipadamente, continuei a pesquisa nestas mesmas bases de dados já referidas usando os termos de linguagem natural (tabela nº 2) o que permitiu aceder a alguns documentos.

A amostra desta problemática serão os adultos com doença hemato-oncológica.

Nesta ordem de ideias, ficam excluídos desta revisão *scoping* a população em idade pediátrica, uma vez que também não faz parte do serviço onde desempenho funções e onde irei implementar o projeto, que tem por base esta revisão *scoping*.

Na pesquisa foram utilizados os termos de indexação em inglês, pela existência de um maior número de artigos publicados, neste idioma.

A revisão *scoping* foi orientada através *The Joanna Briggs Institute Reviewers Manual 2015 – Methodology for JBI Scoping Reviews*.

O planeamento desta revisão foi deliniado com alguma antecipação e seguiu a metodologia descrita no *The Joana Briggs Institute Reviewers' Manual* (2015), baseando-se em três etapas, que serão descritas seguidamente.

Foram mobilizados os elementos *PCC*, anteriormente explicitados (tabela nº 1) para definir os termos de pesquisa e as suas combinações possíveis.

Na primeira etapa foi utilizada a plataforma *EBSCOhost*, efectuou-se uma pesquisa limitada nas bases de dados *Cumulative Index to Nursing and Allied Helth Literature* (*CINAHL Plus with Full Text*) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (*MEDLINE with Full Text*) com base no título e no background, donde surgiram palavras obtidas em linguagem natural, tal como consta na tabela nº 2.

As palavras-chave e expressões de pesquisa que foram seleccionadas são: Pessoa; Doença Hemato-oncológica; Conforto; Intervenções de Enfermagem; Hospital e Internamento Hospitalar em português e em inglês “*adult*”, “*cancer*”, “*oncology*”, “*nursing interventions*”, “*nursing*”, “*oncology nursing*”, “*hospital*”, “*ward*”, “*internment*” e “*comfort*”.

Para chegar até estes termos foram realizados diversos testes e tentativas, no sentido de refinar a pesquisa e descobrir os melhores resultados para dar resposta à questão de investigação.

Numa segunda etapa, utilizei as palavras em linguagem natural e os termos indexados já identificados e descritos anteriormente, de forma a obter os artigos que se enquadravam nos parâmetros de busca.

Estudos publicados em inglês, serão considerados para inclusão nesta revisão.

Numa terceira fase, serão utilizadas as referências bibliográficas dos artigos identificados para pesquisa de estudos adicionais.

Na base de dados CINAHL, procedeu-se à pesquisa por cada um dos termos de indexação (CINAHL Headings) isoladamente “adult”, “hematology”, “cancer patients”, “nursing interventions”, nursing oncology”, hospital units” e “comfort”, não havendo necessidade de recorrer a termos de linguagem natural. O passo seguinte foi utilizar os operadores booleanos OR e AND, procedendo tal como referido na tabela nº 3.

Pesquisa	Termos de pesquisa
S1	cancer patients
S2	adults
S3	oncology nursing
S4	hospital units
S5	comfort
S6	nursing interventions
S7	S1 OR S2
S8	S3 OR S6
S9	S4 OR S5
S10	S7 OR S8 OR S9

Tabela nº 3 – Histórico da pesquisa da CINAHL

Os resultados da etapa anterior conduziram a uma pesquisa final entre todas as pesquisas com a junção AND (S10) tendo resultado em **179 artigos**.

Na MEDLINE foram identificados todos os termos em linguagem natural e indexados (descritores MESH). Assim utilizei os seguintes termos indexados “hematology”, “nursing”, “nursing oncology” e “patient comfort” e recorri aos seguintes termos em linguagem natural: *adult*, *internment*, *comfort* e *hospital*. A seguir utilizei os operadores booleanos OR e AND, tal como para a pesquisa anterior, procedendo tal como referido na tabela nº 4.

Pesquisa	Termos de pesquisa
S1	Adult
S2	hematology
S3	Nursing
S4	nursing oncology
S5	patient comfort
S6	“internment”
S7	“hospital”
S8	S3 OR S4
S9	S6 OR S7
S10	S1 OR S5
S11	S8 AND S9 AND S10
S12	S2 AND S11
S13	“comfort” AND S12

Tabela nº 4 – Histórico da pesquisa da MEDLINE

Por último, fiz a pesquisa final com os resultados das pesquisas anteriores, usando o prefixo AND (S13) tendo encontrado **5 artigos**.

Concluindo, este passo da estratégia de pesquisa surgiram 179 artigos na CINAHL Plus with Full Text e 5 na MEDLINE with Full Text, perfazendo um total de **184 registros**.

Após os passos descritos foi feita a seleção de estudos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão já definidos.

Na revisão *scoping* apresentada foram incluídos estudos publicados em inglês e português, para que a pesquisa fosse mais abrangente.

Relativamente, aos limites temporais, não considereei necessários, uma vez que os elementos da mnemónica, *PCC*, utilizada para construir a questão de pesquisa, já são limitativos.

EXTRAÇÃO DE DADOS

Os dados, contidos nos artigos selecionados, foram extraídos, dos artigos incluídos na revisão *scoping*, conforme indicado pela metodologia do *Joanna Briggs Institute* (2015), para a revisão *scoping*.

Os estudos foram selecionados de acordo com a informação contida no título e resumo dos mesmos.

Quando existiam dúvidas acerca da pertinência de algum estudo, analisei a totalidade do artigo.

Para a extração de dados, para resumir os resultados obtidos com a estratégia de pesquisa foi construída na UC de Investigação em Enfermagem do presente ano letivo, uma tabela. A tabela irá ser organizada de acordo com os seguintes itens: referência bibliográfica; título do artigo; autor; ano da publicação; local do estudo; palavras-chave; método de estudo; objetivo do estudo; população; conceito; contexto em estudo; *outcomes*, como se demonstra na tabela nº 5.

Após seleção dos artigos de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, excluí os artigos que não cumpriam os critérios e não se referiam à problemática em estudo, diminuindo de **184 para 22 artigos**. Um dos artigos apareceu em ambas as pesquisas, diminuindo para **21 artigos** cujas referências se seguem:

- ▶ Apóstolo, J.; Mendes, A.; Bath-Hextall, F.; Rodrigues, R.; Santos, J. & Cardoso, D. (2013). The use of non-pharmacological nursing interventions on the comfort of cancer patients: developing a search strategy for this review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 11(3), 212. <https://doi.org/10.1111/1744-1609.12034>.
- ▶ Brant, J. M. (2010). Palliative Care for Adults Across the Cancer Trajectory: From Diagnosis to End of Life. Seminars. *Oncology Nursing*, 26(4), p. 222–230. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2010.08.002>.
- ▶ Bush, E. (2007). The Use of Human Touch to Improve the Well-Being of Older Adults. *Journal of Holistic Nursing* 19(3), 256–270. <https://doi.org/10.1177/089801010101900306>.
- ▶ Campos, M. S. de, Oliveira, B. A. de & Perroca, M. G. (2018). Workload of nurses: observational study of indirect care activities/interventions. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(2), p. 297–305. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0561>.

- ▶ Cooke L. D.; Gemmill R. & Grant M.L. (2011). Creating a palliative educational session for hematopoietic stem cell transplantation recipients at relapse. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(4), p. 411–417.
- ▶ Friese, C. (2005). Nurse Practice Environments and Outcomes: Implications for Oncology Nursing. *Oncology Nursing Forum*, vol. 32, n.º 4, p. 765–773.
- ▶ Hashiguchi, N. & Tochiara, Y. (2009). Effects of low humidity and high air velocity in a heated room on physiological responses and thermal comfort after bathing: An experimental study. *International Journal of Nursing Studies*, 46(2), p. 172–180. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.09.014>.
- ▶ Kao, C. Y., Hu, W. Y., Chiu, T. Y., & Chen, C. Y. (2014). Effects of the hospital-based palliative care team on the care for cancer patients: An evaluation study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(2), p: 226–235. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.05.008>.
- ▶ Kelly, A. E., Sullivan, P., Fawcett, J., & Samarel, N. (2004). Therapeutic Touch, Quiet Time and dialogue: Perceptions of Women with Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31(3), p. 625–631. <https://doi.org/10.1188/04.onf.625-63>.
- ▶ Lorente, S.; Vives, J. & Losilla, J.M. (2017). Instruments to assess the patient comfort during hospitalization: a psychometric review protocol. *Journal of advanced Nursing* 73(3). p. 735-741.
- ▶ Mårtensson, G; Carlsson, M. & Lampic, C. (2010). Do oncology nurses provide more care to patients with high levels of emotional distress? *Oncology Nursing Forum* vol.37, nº1, January. p. 34-42.
- ▶ Mcgrath, P. (2015). Findings on Family Issues During Relocation for Hematology Care. *Oncology Nursing Forum*, vol.42, nº 3. ISSN: 1538-0688. p. 250-256.
- ▶ Parks, M. D., Morris, D. L., Kolcaba, K., & McDonald, P. E. (2017). An Evaluation of Patient Comfort During Acute Psychiatric Hospitalization. *Perspectives in Psychiatric Care*, 53(1), p. 29–37. <https://doi.org/10.1111/ppc.12134>
- ▶ Ribeiro, J.; Cardoso, L.; Pereira, C.; Silva, B; Bubolz, B. & Castro, C. (2016). Assistência de enfermagem ao paciente oncológico hospitalizado: diagnóstico e intervenções relacionadas às necessidades psicossociais e psicoespirituais. *J. res. fundam. Care online*. Out/Dez 8(4). p. 5136-5142.

- ▶ Richards, D. A., Hilli, A., Pentecost, C., Goodwin, V. A., & Frost, J. (2018). Fundamental nursing care: A systematic review of the evidence on the effect of nursing care interventions for nutrition, elimination, mobility and hygiene. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11–12), p. 2179–2188. <https://doi.org/10.1111/jocn.14150>.

- ▶ Silva, R. S. da, Pereira, Á., & Mussi, F. C. (2015). Comfort for a good death: perspective nursing staff's of intensive care. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 19(1), p. 40–46. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150006>.

- ▶ Slatyer, S., Williams, A. M., & Michael, R. (2015). "International Journal of Nursing Studies Seeking empowerment to comfort patients in severe pain: A grounded theory study of the nurse's perspective. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), p: 229–239. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.06.010>.

- ▶ Song, M; So, H. & An, M. (2014). Identification of Major Nursing Diagnosis, Nursing Outcomes, and Nursing Interventions (NNN) Linkage for Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *Korean Journal of Adult Nursing*. Vol. 26, nº 4, p. 413-423, ISSN: 1225-4886. <http://dx.doi.org/10.7475/kjan.2014.26.4.413>.

- ▶ Verstegen, A. & Silverman, M. (2017). Effects of Hope-Based Music Therapy on Hospitalized Patients on a Blood and Marrow Transplant Unit: A Convergent Parallel Mixed-Methods Pilot Study. AMTA Graduate Student Research Award. doi:10.1093/mtp/miw029.

- ▶ Volker, D. L. (2003). Assisted dying and end-of-life symptom management. *Cancer Nursing*, 26(5), p. 392–399. <https://doi.org/10.1097/00002820-200310000-00008>.

- ▶ Yamamoto, K. & Nagata, S. (2011). Physiological and psychological evaluation of the wrapped warm footbath as a complementary nursing therapy to induce relaxation in hospitalized patients with incurable cancer: A pilot study. *Cancer Nursing*, 34(3), p. 185–192. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181fe4d2d>.

Após a leitura integral dos artigos obtidos e para que a informação recolhida possa estar facilmente acessível, completei a seguinte tabela, tal como se exemplifica (tabela n.º 5).

Referência Bibliográfica	
Título do Artigo	
Autor(es)	
Ano da Publicação	
Local de Estudo	
Palavras-Chave	
Método de Estudo	
Objetivo de Estudo	
População	
Conceito	
Contexto em Estudo	
Outcomes	

Tabela n.º 5 – Instrumento de extração de dados

Para além do presente trabalho de pesquisa desenvolvido, considero também importante referir que realizei durante o mesmo período de tempo, outras pesquisas em livros, artigos de periódicos, websites e teses e dissertações de mestrado e doutoramento, cujas referências bibliográficas constam no projeto e no relatório de estágio.

APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Tendo sempre como referência as orientações de *The Joanna Briggs Institute Reviewers Manual 2015 – Methodology for JBI Scoping Reviews*, os resultados principais são apresentados sobre a forma de tabela (tabela nº 5), de modo a permitir o mapeamento dos dados extraídos de maneira a dar resposta à pergunta de partida.

O objetivo da revisão *scoping* é então mapear os artigos selecionados quanto às intervenções de enfermagem promotoras de conforto na pessoa com doença hematológica.

Referência Bibliográfica	Apóstolo, J.; Mendes, A.; Bath-Hextail, F.; Rodrigues, R.; Santos, J. & Cardoso, D. (2013). The use of non-pharmacological nursing interventions on the comfort of cancer patients: developing a search strategy for this review. <i>International Journal of Evidence-Based Healthcare</i> , 11(3), 212. https://doi.org/10.1111/1744-1609.12034
Título do Artigo	The use of non-pharmacological nursing interventions on the comfort of cancer patients: developing a search strategy for this review
Autor(es)	Apóstolo, J.; Mendes, A.; Bath-Hextail, F.; Rodrigues, R.; Santos, J. & Cardoso, D.
Ano da Publicação	2013
Local de Estudo	Portugal
Palavras-Chave	Conforto; Enfermagem; Intervenções; Doença Oncológica; Doente
Método de Estudo	Revisão <i>Scoping</i>
Objetivo de Estudo	Identificar e sintetizar a melhor evidência acerca das intervenções não farmacológicas, promotoras de conforto, nos doentes oncológicos
População	Doentes oncológicos
Conceito	Intervenções não farmacológicas
Contexto em Estudo	Conforto
Outcomes	- Conforto ou qualquer outro tipo de resultado que possa potenciar conforto, como dor, ansiedade, depressão, stress ou fadiga e ser mensurável por meio de escala; - As intervenções de enfermagem podem incluir: visualização de imagens, distração, relaxamento, toque terapêutico, humor terapêutico e massagem.

Referência Bibliográfica	Brant, J. M. (2010). Palliative Care for Adults Across the Cancer Trajectory: From Diagnosis to End of Life. <i>Seminars. Oncology Nursing</i> , 26(4), p. 222–230. https://doi.org/10.1016/j.soncn.2010.08.002 .
Título do Artigo	Palliative Care for Adults Across the Cancer Trajectory: From Diagnosis to End of Life
Autor	Brant, J. M.
Ano da Publicação	2010
Local de Estudo	Inglaterra
Palavras-Chave	Cuidados Paliativos; Trajetória do cancro; sintomas
Método de Estudo	Artigo de revista
Objetivo de Estudo	Fornecer uma visão global dos cuidados paliativos em toda a trajetória do cancro, desde o diagnóstico até ao tratamento, à fase crónica e o fim de vida.
População	Pessoa com doença oncológica
Conceito	Cuidados Paliativos
Contexto em Estudo	Sintomas
Outcomes	- Os sintomas ocorrem durante toda a trajetória do cancro, mas são mais evidentes durante a fase de tratamento e fim de vida; - A avaliação dos sintomas facilita o controlo, promove o conforto e a melhoria da qualidade de vida.

Referência Bibliográfica	Bush, E. (2007). The Use of Human Touch to Improve the Well-Being of Older Adults. <i>Journal of Holistic Nursing</i> 19(3), 256–270. https://doi.org/10.1177/089801010101900306
Título do Artigo	The Use of Human Touch to Improve the Well-Being of Older Adults
Autor	Bush, E.
Ano da Publicação	2007
Local de Estudo	EUA
Palavras-Chave	Toque; Bem-estar
Método de Estudo	Revisão sistemática da literatura
Objetivo de Estudo	Os benefícios do toque, no bem-estar de idosos
População	Idosos
Conceito	Toque e o seu efeito
Contexto em Estudo	Benefícios
Outcomes	- O uso do toque tem baixo custo e constitui uma intervenção de enfermagem capaz de promover o bem-estar físico e emocional; - O toque pode diminuir a agitação, induzir relaxamento e melhorar o padrão de sono;

Referência Bibliográfica	Campos, M. S. de, Oliveira, B. A. de & Perroca, M. G. (2018). Workload of nurses: observational study of indirect care activities/interventions. <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i> , 71(2), p. 297–305. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0561 .
Título do Artigo	Workload of nurses: observational study of indirect care activities/interventions
Autor(es)	Campos, M. S. de, Oliveira, B. A. de & Perroca, M. G.
Ano da Publicação	2018
Local de Estudo	Brasil
Palavras-Chave	Cuidados de Enfermagem; Carga de Trabalho; Enfermagem; Recursos Humanos de Enfermagem no Hospital; Gestão do tempo
Método de Estudo	Estudo exploratório observacional
Objetivo de Estudo	- Identificar intervenções de cuidado indireto; - Mensurar a frequência e o tempo médio dispendido na realização das mesmas; - Verificar as associações entre o tempo médio das intervenções agrupadas em categorias e por unidade de internação.
População	Enfermeiros
Conceito	Intervenções de enfermagem de cuidado direto
Contexto em Estudo	Cuidados de Enfermagem
Outcomes	- As intervenções mais realizadas são: comunicação, delegação e documentação; - Há necessidade de atualização e refinamento dos instrumentos de avaliação da carga de trabalho.

Referência Bibliográfica	Cooke, L. D.; Gemmill, R. & Grant, M.L. (2011). Creating a palliative educational session for hematopoietic stem cell transplantation recipients at relapse. <i>Clinical Journal of Oncology Nursing</i> , 15(4), p. 411–417.
Título do Artigo	Creating a palliative educational session for hematopoietic stem cell transplantation recipients at relapse.
Autor(es)	Cooke, L. D.; Gemmill, R. & Grant, M.L.
Ano da Publicação	2011
Local de Estudo	Não referido
Palavras-Chave	Transplante de células tronco-hematopoiéticas; Recaída: Paciente; Família; Educação para a Saúde; Cuidados Paliativos
Método de Estudo	Longitudinal
Objetivo de Estudo	Análise de intervenções na recaída de doentes submetidos a transplante de células tronco-hematopoiéticas e suas famílias
População	Doentes submetidos a transplante de células tronco-hematopoiéticas em recaída e sua família
Conceito	Sessão paliativa e de educação para a saúde
Contexto em Estudo	Abordagem de estudos de caso
Outcomes	- A consulta paliativa e de educação para a saúde, para recetores de transplante de células tronco hematopoiéticas em recaída, inclui esclarecimento do paciente, avaliação do processo de luto, acompanhamento e ensino da família e do próprio paciente; - A abordagem de estudos de casos, demonstra diversos cenários possíveis e as intervenções que podem ser adotadas; - A educação deve incluir a abordagem de alterações físicas e psicológicas.

Referência Bibliográfica	Friese, C. (2005). Nurse Practice Environments and Outcomes: Implications for Oncology Nursing. <i>Oncology Nursing Forum</i> , vol. 32, n.º 4, p. 765–773.
Título do Artigo	Nurse Practice Environments and Outcomes: Implications for Oncology Nursing.
Autor(es)	Friese, C..
Ano da Publicação	2005
Local de Estudo	Não referido
Palavras-Chave	Prática de Enfermagem; exaustão emocional; satisfação no trabalho; qualidade dos cuidados de enfermagem
Método de Estudo	Quantitativo
Objetivo de Estudo	Analisar as práticas de enfermagem e os seus resultados em unidades de oncologia e hospitais, para compreender a associação entre elas.
População	Enfermeiros;
Conceito	Prática de Enfermagem
Contexto em Estudo	Unidades de Oncologia e hospitais
Outcomes	- Os enfermeiros das unidades de oncologia apresentam resultados superiores; - A exaustão emocional foi significativamente mais baixa nas enfermeiras que trabalham nas unidades de oncologia, sendo inversamente proporcional a qualidade dos cuidados prestados por estas enfermeiras; - Os recursos humanos adequados influenciam o sucesso dos resultados alcançados nos cuidados de enfermagem; - Este sucesso depende da segurança na prestação de cuidados e do controlo de sintomas adequado.

Referência Bibliográfica	Hashiguchi, N., & Tochihara, Y. (2009). Effects of low humidity and high air velocity in a heated room on physiological responses and thermal comfort after bathing: An experimental study. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 46(2), p. 172–180. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.09.014 .
Título do Artigo	Effects of low humidity and high air velocity in a heated room on physiological responses and thermal comfort after bathing: An experimental study.
Autor(es)	Hashiguchi, N., & Tochihara, Y.
Ano da Publicação	2009
Local de Estudo	Desconhecido
Palavras-Chave	Baixa humidade; Fluxo de ar; Banho; Conforto térmico; fisiologia da pele
Método de Estudo	Experimental
Objetivo de Estudo	Intervenções de enfermagem, após o banho, na resposta fisiológica e subjetiva, aquando da baixa humidade e fluxo de ar
População	Mulheres
Conceito	Baixa humidade e fluxo de ar depois do banho
Contexto em Estudo	Conforto térmico
Outcomes	- A baixa humidade e a alta velocidade do ar têm efeitos negativos nos seres humanos após o banho, como por exemplo, a diminuição da temperatura corporal e secura da pele e dos olhos; - As enfermeiras devem estar atentas à baixa humidade relativa e fluxo de ar causados em ambientes aquecidos, especialmente após o banho, para que possam aumentar o conforto.

Referência Bibliográfica	Kao, C. Y., Hu, W. Y., Chiu, T. Y. & Chen, C. Y. (2014). Effects of the hospital-based palliative care team on the care for cancer patients: An evaluation study. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 51(2), p. 226–235. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.05.008 .
Título do Artigo	Effects of the hospital-based palliative care team on the care for cancer patients: An evaluation study
Autor(es)	Kao, C. Y., Hu, W. Y., Chiu, T. Y. & Chen, C. Y.
Ano da Publicação	2014
Local de Estudo	National Taiwan University Hospital in Taipei, Taiwan
Palavras-Chave	Cuidados Paliativos; Doentes com cancro; Equipa Intra-hospitalar de Cuidados Paliativos
Método de Estudo	Estudo Quasi-experimental
Objetivo de Estudo	Avaliar o resultado das intervenções da equipa de cuidados paliativos intra-hospitalar nos doentes com cancro
População	Doente com cancro internados
Conceito	Intervenções de Enfermagem
Contexto em Estudo	Equipa de Cuidados Paliativos Intra-hospitalar.
Outcomes	- A equipa de cuidados paliativos intra-hospitalar pode melhorar o controlo dos sintomas e o bem-estar espiritual dos doentes com cancro; - A equipa de cuidados paliativos intra-hospitalar e o hospital podem melhorar o controlo da dor, da dispneia e da disfagia; - A comunicação e a referência tardia dos doentes são barreiras à prestação de cuidados de qualidade de equipa de cuidados paliativos intra-hospitalar.

Referência Bibliográfica	Kelly, A. E., Sullivan, P., Fawcett, J. & Samarel, N. (2004). Therapeutic Touch, Quiet Time and dialogue: Perceptions of Women with Breast Cancer. <i>Oncology Nursing Forum</i> , 31(3), p. 625–631. https://doi.org/10.1188/04.onf.625-63 .
Título do Artigo	Therapeutic Touch, Quiet Time and dialogue: Perceptions of Women with Breast Cancer
Autor(es)	Kelly, A. E., Sullivan, P., Fawcett, J. & Samarel, N.
Ano da Publicação	2004
Local de Estudo	Não referido
Palavras-Chave	Mulheres; Cancro da Mama; Toque; Silência; Pré-operatório; Pós-operatório
Método de Estudo	Estudo Qualitativo
Objetivo de Estudo	Comparar a percepção de mulheres com cancro da mama, relativamente ao toque terapêutico e diálogo, como intervenção de enfermagem com o silêncio mais diálogo
População	Mulheres com cancro da mama
Conceito	Toque terapêutico e diálogo
Contexto em Estudo	Pré e pós operatório
Outcomes	- As mulheres sentem-se mais calmas, confortadas, relaxadas, seguras e conscientes das intervenções que receberam; - As enfermeiras foram empáticas, preocupadas e forneceram suporte e ajuda.

Referência Bibliográfica	Lorente, S.; Vives, J. & Losilla, J.M. (2017). Instruments to assess the patient comfort during hospitalization: a psychometric review protocol. <i>Journal of advanced Nursing</i> 73(3). p. 735-741.
Título do Artigo	Instruments to assess the patient comfort during hospitalization: a psychometric review protocol
Autor(es)	Lorente, S.; Vives, J. & Losilla, J.M.
Ano da Publicação	2017
Local de Estudo	Universidade Autônoma de Barcelona
Palavras-Chave	Revisão psicométrica; Conforto do paciente; Hospitalização; Eficiência de custos; Avaliação do conforto; Cuidado de enfermagem.
Método de Estudo	Protocolo de revisão psicométrica
Objetivo de Estudo	Analisar as propriedades psicométricas, resultados e utilidade dos instrumentos que avaliam o conforto do doente durante um processo de hospitalização
População	Escalas de avaliação do Conforto
Conceito	Conforto
Contexto em Estudo	Avaliação do Conforto
Outcomes	- Escolher o questionário mais eficiente que irá diminuir o risco de obter questionários incompletos, devido há necessidade de muito tempo para a sua aplicação.

Referência Bibliográfica	Mårtensson, G; Carlsson, M. & Lampic, C. (2010). Do oncology nurses provide more care to patients with high levels of emotional distress? <i>Oncology Nursing Forum</i> vol.37, nº1, January. p. 34-42.
Título do Artigo	Do oncology nurses provide more care to patients with high levels of emotional distress?
Autor(es)	Mårtensson, G; Carlsson, M. & Lampic, C.
Ano da Publicação	2010
Local de Estudo	Suiça
Palavras-Chave	Sufrimento emocional; paciente com cancro; intervenções de enfermagem
Método de Estudo	Prospetivo e comparativo
Objetivo de Estudo	Investigar as intervenções de enfermagem implementadas em relação ao sofrimento emocional e qual a perceção dos enfermeiros e pacientes relativamente a estas intervenções desempenhadas.
População	Pacientes com cancro
Conceito	Intervenções de Enfermagem
Contexto em Estudo	Sufrimento emocional
Outcomes	- As enfermeiras identificaram diversos problemas emocionais e estabeleceram um plano individualizado de cuidados; - Os registos de enfermagem não traduzem as intervenções de enfermagem aplicadas aos doentes com cancro, com maior ou menor sofrimento; - As enfermeiras relatam proporcionar mais conforto aos pacientes com níveis mais elevado de sofrimento emocional

Referência Bibliográfica	McGrath, P. (2015). Findings on family issues during relocation for hematology care. <i>Oncology Nursing Forum</i> vol. 42, nº3, Maio. ISSN: 1538-0688. p: 250-6.
Título do Artigo	Findings on family issues during relocation for hematology care
Autor	McGrath, P.
Ano da Publicação	2015
Local de Estudo	Austrália
Palavras-Chave	Família; Recolocação; Malignidade hematológica; Enfermagem; Investigação qualitativa.
Método de Estudo	Qualitativo e descritivo.
Objetivo de Estudo	Compreender as experiências dos doentes com doença hemato-oncológica que têm de mudar de cidade para efetuar os tratamentos.
População	Doentes com leucemia
Conceito	Ser colocado longe de casa para a realização de tratamentos específicos de quimioterapia.
Contexto em Estudo	Hospital
Outcomes	- Os doentes com doença hemato-oncológica, que se encontram vulneráveis pelo diagnóstico e em stress pela realização dos tratamentos, são confrontados com a notícia que necessitam de se separar da sua casa e amigos para realizar tratamentos específicos e que muitas vezes os impede de regressar a casa no mesmo dia, pois seriam várias horas a conduzir. - Durante a realização dos tratamentos os doentes são privados do conforto da sua família e amigos e muitas vezes não têm visitas devido há distância geográfica. - Os tratamentos para as doenças hematológicas são agressivos e privam os doentes do suporte emocional da família. - Este suporte emocional é fornecido pelas enfermeiras que estabelecem comunicação terapêutica com a pessoa e com a família que está longe.

Referência Bibliográfica	Parks, M. D., Morris, D. L., Kolcaba, K., & McDonald, P. E. (2017). An Evaluation of Patient Comfort During Acute Psychiatric Hospitalization. <i>Perspectives in Psychiatric Care</i> , 53(1), p. 29–37. https://doi.org/10.1111/ppc.12134
Título do Artigo	An Evaluation of Patient Comfort During Acute Psychiatric Hospitalization.
Autor(es)	Parks, M. D., Morris, D. L., Kolcaba, K., & McDonald, P. E.
Ano da Publicação	2017
Local de Estudo	United State
Palavras-Chave	Teoria do Conforto; Intervenções de Enfermagem; cobertor aquecido
Método de Estudo	Estudo piloto descritivo
Objetivo de Estudo	Compreender a diferença entre o nível de conforto de pacientes psiquiátricos que recebiam um cobertor aquecido e os pacientes psiquiátricos que não recebiam este instrumento.
População	Pacientes psiquiátricos em internamento hospitalar
Conceito	Conforto
Contexto em Estudo	Internamento hospitalar
Outcomes	- Dois grupos de pacientes psiquiátricos, a um foram distribuídos cobertores aquecidos e ao outro não; - Avaliação do conforto pela Escala de Classificação Verbal (ECV) (Kolcaba, 2010); - O conforto foi o conceito central; - Os cobertores aquecidos não são por norma distribuídos aos pacientes do hospital psiquiátrico, mas o seu uso aumenta o conforto destes.

Referência Bibliográfica	Ribeiro, J.; Cardoso, L.; Pereira, C.; Silva, B; Bubolz, B. & Castro, C. (2016). Assistência de enfermagem ao paciente oncológico hospitalizado: diagnóstico e intervenções relacionadas às necessidades psicossociais e psicoespirituais. <i>J. res. fundam. Care online</i> . Out/Dez 8(4). p: 5136-5142.
Título do Artigo	Assistência de enfermagem ao paciente oncológico hospitalizado: diagnóstico e intervenções relacionadas às necessidades psicossociais e psicoespirituais
Autor(es)	Ribeiro, J.; Cardoso, L.; Pereira, C.; Silva, B; Bubolz, B. & Castro, C.
Ano da Publicação	2016
Local de Estudo	Rio Grande do Sul
Palavras-Chave	Oncologia; Enfermagem Oncológica; Assistência ao Paciente; Determinação de Cuidados de Saúde; Diagnóstico de Enfermagem.
Método de Estudo	Pesquisa Qualitativa exploratória e descritiva.
Objetivo de Estudo	Identificar os diagnósticos e intervenções de enfermagem acerca das necessidades psicossociais e psicoespirituais de pacientes oncológicos.
População	Pacientes oncológicos.
Conceito	Necessidades psicossociais e psicoespirituais.
Contexto em Estudo	Diagnósticos e intervenções de enfermagem
Outcomes	- Compreender as necessidades fisiológicas e psicoespirituais permite clarificar o impacto do cancro. - Com a possibilidade da morte iminente perante o diagnóstico de cancro, os doentes experienciam medo, infelicidade e ansiedade progressiva. - Com a progressão da doença, o conforto do doente constitui-se como a grande preocupação, até porque a hospitalização o retira do seu conforto familiar, podendo levar ao isolamento social. - A esperança ajuda os pacientes a continuarem motivados para viver. Neste sentido, o enfermeiro tem de conhecer estes ideais para ajudar no processo de morrer.

	- O enfermeiro está preparado para oferecer estratégias de suporte, contudo as condições do hospital e o baixo número de profissionais pode ser uma barreira. - Os enfermeiros desempenham intervenções que potenciam o auto-cuidado, promovem a esperança e estratégias de <i>coping</i>, fortalecem a autoestima, potenciam o envolvimento familiar, melhoram a socialização, fomentando o apoio emocional através da escuta ativa, do apoio espiritual, da melhoria da autoimagem e da administração de analgésicos.
--	--

Referência Bibliográfica	Richards, D. A., Hilli, A., Pentecost, C., Goodwin, V. A., & Frost, J. (2018). Fundamental nursing care: A systematic review of the evidence on the effect of nursing care interventions for nutrition, elimination, mobility and hygiene. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 27(11–12), p. 2179–2188. https://doi.org/10.1111/jocn.14150 .
Título do Artigo	Fundamental nursing care: A systematic review of the evidence on the effect of nursing care interventions for nutrition, elimination, mobility and hygiene
Autor(es)	Richards, D. A., Hilli, A., Pentecost, C., Goodwin, V. A., & Frost, J.
Ano da Publicação	2018
Local de Estudo	Desconhecido
Palavras-Chave	Cuidar; estudos experimentais; enfermagem; revisão sistemática.
Método de Estudo	Revisão <i>Scoping</i>
Objetivo de Estudo	Compreender a eficácia das intervenções de enfermagem, na satisfação das necessidades de nutrição, eliminação, mobilidade e higiene aos residentes das casas de repouso, como o investigado por estudos experimentais
População	Estudos experimentais
Conceito	Intervenções de enfermagem
Contexto em Estudo	Satisfação das necessidades de nutrição, eliminação, mobilidade e higiene

Outcomes	Intervenções para a Nutrição: - Utilização de suplementos nutricionais; - Estratégias para promover o autocuidado nutrição e hidratação; - Protocolos de alimentação. Intervenções para a Eliminação: Intervenções para promoção do autocuidado eliminação; - Treino vesical; - Cuidados na algaliação; - Gestão de competências, incluindo as categorias de intervenções anteriores. Intervenções para a Mobilidade: - Exercício; - Promoção da autonomia; - Prevenção do risco. Intervenções para a Higiene: - Promoção do autocuidado higiene e vestir; - Lavar e vestir os pacientes; - Saúde oral. A identificação das intervenções de enfermagem foi escassa, de pobre qualidade e impróprio para fornecer orientação baseada na evidência para a prática de enfermagem.
------------------------	--

Referência Bibliográfica	Silva, R. S. da, Pereira, Á. & Mussi, F. C. (2015). Comfort for a good death: perspective nursing staff's of intensive care. <i>Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem</i> , 19(1), p. 40–46. https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150006 .
Título do Artigo	Comfort for a good death: perspective nursing staff's of intensive care
Autor(es)	Silva, R. S. da, Pereira, Á. & Mussi, F. C.
Ano da Publicação	2015
Local de Estudo	Brasil
Palavras-Chave	Morte; Cuidados Paliativos; Cuidados de Enfermagem; Unidade de Cuidados Intensivos.
Método de Estudo	Pesquisa Qualitativa
Objetivo de Estudo	Conhecer o significado do cuidar em enfermagem para uma “boa morte” na perspectiva de uma equipa de enfermagem intensivista
População	Profissionais de enfermagem
Conceito	Cuidar em enfermagem
Contexto em Estudo	“Boa Morte”
Outcomes	- O significado do cuidar para uma boa morte centra-se na promoção do conforto, como categoria central, a que se associaram três subcategorias: - Alívio de desconfortos físicos; - Suporte social e emocional; - Manutenção da integridade e do posicionamento corporal. - Cuidar para uma boa morte é sinónimo de promover o conforto como resultado de intervenções terapêuticas que conjugam racionalidade e sensibilidade nas interações dos profissionais de saúde com o paciente e sua família, assegurando a sua dignidade.

Referência Bibliográfica	Slatyer, S., Williams, A. M., & Michael, R. (2015). "International Journal of Nursing Studies Seeking empowerment to comfort patients in severe pain: A grounded theory study of the nurse's perspective. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 52(1), p: 229–239. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.06.010 .
Título do Artigo	"International Journal of Nursing Studies Seeking empowerment to comfort patients in severe pain: A grounded theory study of the nurse's perspective.
Autor(es)	Slatyer, S., Williams, A. M., & Michael, R.
Ano da Publicação	2015
Local de Estudo	Austrália
Palavras-Chave	Cuidados; Estratégias de <i>coping</i> ; <i>empowerment</i> ; teoria de médio alcance; hospital: enfermeiros; dor; controlo da dor
Método de Estudo	Teoria de médio alcance
Objetivo de Estudo	Desenvolver uma teoria que explique as perspetivas dos enfermeiros no cuidar a pessoa com dor intensa
População	Enfermeiros e pacientes que experienciam dor intensa (7 ou mais na escala de dor)
Conceito	Dor intensa
Contexto em Estudo	Observação de intervenções de enfermagem
Outcomes	- Os enfermeiros tentavam ensinar estratégias de <i>empowerment</i> aos doentes com dor intensa, para a promoção do conforto, para tentar controlar o stress. Estas estratégias foram categorizadas em: - Construção de hiperligações; - Procura de alternativas e novos objetivos para o conforto; - Tentar amenizar as alterações emocionais. - A teoria propôs uma ligação entre as dificuldades do empowerment dos enfermeiros e as respostas de <i>coping</i> que fornecem orientação para apoiar a prática de enfermagem; - As estratégias incluem protocolos de comunicação, acesso a práticas de enfermagem avançadas, uso de estratégias não farmacológicas para aumentar o nível de conforto e educação em unidades específicas de dor.

Referência Bibliográfica	Song, M; So, H.& An, M. (2014). Identification of Major Nursing Diagnosis, Nursing Outcomes, and Nursing Interventions (NNN) Linkage for Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. <i>Korean Journal of Adult Nursing</i> . Vol. 26, nº 4, p. 413-423, ISSN: 1225-4886. http://dx.doi.org/10.7475/kjan.2014.26.4.413 .		
Título do Artigo	Identification of Major Nursing Diagnosis, Nursing Outcomes, and Nursing Interventions (NNN) Linkage for Cancer Patients Undergoing Chemotherapy		
Autor(es)	Song, M.; So, H. & An, M.		
Ano da Publicação	2014		
Local de Estudo	Desconhecido		
Palavras-Chave	Neoplasia; Processo de Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Quimioterapia		
Método de Estudo	Descritivo		
Objetivo de Estudo	Identificação de diagnósticos de enfermagem em pacientes submetidos a quimioterapia		
População	Pacientes submetidos a quimioterapia		
Conceito	Intervenções de Enfermagem		
Contexto em Estudo	Processo de Enfermagem		
Outcomes	Diagnósticos de Enfermagem	Áreas de Intervenção de Enfermagem	
	Dor Aguda	- Avaliação da Dor - Controle da Dor - Promoção do Conforto	
	Déficit de Autocuidado	- Dieta - Processo de Doença - Tratamento - Doença - Cuidados à ostomia - Busca de Comportamentos Saudáveis - Atividade - Infecção	
	Comportamentos para a Saúde	- Comportamentos para a promoção da Saúde - Promoção da Saúde; - Crença na Saúde; - Recursos de Saúde	
	Proteção Ineficaz	- Fadiga - Imunidade - Estado nutricional	

	A identificação da ligação entre os diagnósticos e as áreas de intervenção de enfermagem podem contribuir para melhorar a aplicação do processo de enfermagem e os planos de cuidados.
--	--

Referência Bibliográfica	Verstegen, A. & Silverman, M. (2017). Effects of Hope-Based Music Therapy on Hospitalized Patients on a Blood and Marrow Transplant Unit: A Convergent Parallel Mixed-Methods Pilot Study. AMTA Graduate Student Research Award. doi:10.1093/mtp/miw029.
Título do Artigo	Effects of Hope-Based Music Therapy on Hospitalized Patients on a Blood and Marrow Transplant Unit: A Convergent Parallel Mixed-Methods Pilot Study
Autor(es)	Verstegen, A. & Silverman, M.
Ano da Publicação	2017
Local de Estudo	Desconhecido
Palavras-Chave	Pacientes oncológicos; Transplante de medula óssea; Esperança; Musicoterapia
Método de Estudo	Qualitativo – método misto paralelo convergente
Objetivo de Estudo	Compreender como a musicoterapia baseada na esperança influencia os pacientes submetidos a transplante de medula óssea.
População	Pacientes submetidos a transplante de medula óssea
Conceito	Musicoterapia
Contexto em Estudo	Esperança
Outcomes	A musicoterapia baseada na esperança: - Oferece oportunidades para experiências positivas, incluindo conforto e bem-estar; - Facilita a reflexão pessoal através da autoconsciência e identidade própria; - Promove a aquisição de estratégias para fomentar a esperança, aumentando a motivação e o conforto interpessoal.

Referência Bibliográfica	Volker, D. L. (2003). Assisted dying and end-of-life symptom management. <i>Cancer Nursing</i> , 26(5), p. 392–399. https://doi.org/10.1097/00002820-200310000-00008 .
Título do Artigo	Assisted dying and end-of-life symptom management.
Autor	Volker, D. L.
Ano da Publicação	2003
Local de Estudo	Desconhecido
Palavras-Chave	Assistir na Morte; Fim de vida; Cuidados Paliativos; Controlo de sintomas; Estudo Qualitativo;
Método de Estudo	Qualitativo
Objetivo de Estudo	Descrever as estratégias utilizadas no controlo de sintomas, por enfermeiras na área da Oncologia, a pacientes oncológicos em fim de vida, quando em morte assistida
População	Pacientes Oncológicos em fim de vida
Conceito	Morte assistida
Contexto em Estudo	Controlo de Sintomas
Outcomes	- Embora a profissão de enfermagem apoie a capacitação do paciente para potenciar o cuidado em diversas áreas relacionadas com a saúde, este estudo mostra que os enfermeiros que recebem pedidos de morte assistida, não apoiam a autodeterminação destes pacientes terminais. - Os enfermeiros recusam os pedidos de morte assistida, iniciando medidas de controlo de sintomas físicos, emocionais e espirituais, com o objetivo de aliviar o sofrimento, mantendo os padrões atuais das organizações especializadas em cuidados paliativos.

Referência Bibliográfica	Yamamoto, K. & Nagata, S. (2011). Physiological and psychological evaluation of the wrapped warm footbath as a complementary nursing therapy to induce relaxation in hospitalized patients with incurable cancer: A pilot study. <i>Cancer Nursing</i> , 34(3), p. 185–192. https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181fe4d2d .
Título do Artigo	Physiological and psychological evaluation of the wrapped warm footbath as a complementary nursing therapy to induce relaxation in hospitalized patients with incurable cancer: A pilot study.
Autor(es)	Yamamoto, K. & Nagata, S.
Ano da Publicação	2011
Local de Estudo	Não referido
Palavras-Chave	Banho quente aos pés; pacientes oncológicos; doença incurável; efeitos físicos e psicológicos
Método de Estudo	Estudo Piloto
Objetivo de Estudo	Perceber quais os efeitos físicos e psicológicos do banho quente aos pés, como uma intervenção de enfermagem complementar, utilizada em pacientes com doença oncológica incurável
População	Pacientes com doença oncológica incurável
Conceito	Banho quente aos pés
Contexto em Estudo	Efeitos físicos e psicológicos
Outcomes	O banho quente aos pés dos pacientes com doença oncológica incurável, diminuiu a atividade do sistema simpático (diminuição da frequência cardíaca) e observou-se benefício secundário no controlo da dor, havendo promoção do relaxamento e do conforto nestes doentes.

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O conforto é o tema central desta revisão *scoping*, sendo o seu objetivo principal mapear os estudos encontrados na busca das intervenções de enfermagem promotoras de conforto, para as pessoas com doença hemato-oncológica.

Os doentes com doença hemato-oncológica, que se encontram vulneráveis pelo diagnóstico e em stress pela realização de tratamentos, são, muitas vezes confrontados com a notícia que necessitam de se separar da sua casa e amigos para a realização de tratamentos específicos e prolongados, que os impede de regressar a casa no mesmo dia, pois seriam várias horas a conduzir. Assim, durante a realização dos tratamentos os doentes são privados do conforto da sua família e amigos e muitas vezes não têm visitas devido á distância geográfica. Tal como aborda, McGranth (2015) os tratamentos para as doenças hematológicas são agressivos e privam os doentes do suporte emocional da família, que é fornecido pelas enfermeiras que promovem processos de comunicação terapêutica com a pessoa e com a família que está longe (McGranth, 2015). Com a progressão destas doenças, o conforto do doente constitui-se como a grande preocupação da enfermagem, até porque a hospitalização retira a pessoa do seu conforto familiar, podendo levar ao isolamento social (Ribeiro et al., 2016).

As enfermeiras identificam diversos problemas emocionais e estabelecem um plano individualizado de cuidados, contudo, os registos de enfermagem não traduzem as intervenções de enfermagem aplicadas aos doentes com cancro, com maior ou menor sofrimento (Mårtensson, Carlsson & Lampic, 2010).

O conforto é o resultado atingido como controlo da dor, ansiedade, depressão, stress ou fadiga, podendo estes, ser mensuráveis por meio de escalas.

As intervenções de enfermagem, promotoras de conforto, podem incluir: visualização de imagens, distração, relaxamento, toque terapêutico, humor terapêutico e massagem (Apóstolo et al., 2013). Para Bush (2007), o uso do toque, tem baixo custo e constitui uma intervenção de enfermagem capaz de promover o bem-estar físico e emocional, uma vez que diminui a agitação, induz o relaxamento e melhora o padrão de sono.

Neste sentido, as enfermeiras foram empáticas, preocupadas e forneceram suporte e ajuda (Kelly, Sullivan, Fawcett & Samarel, 2004), às mulheres com cancro da mama, o que levou a que estas se sentissem mais calmas, confortadas, relaxadas, seguras e conscientes das intervenções que receberam.

Hashiguchi & Tochihara (2009), acrescentam que a baixa humidade relativa e o fluxo de ar causados por ambientes aquecidos, especialmente após o banho, são fatores promotores de conforto, que devem ser tidos em linha de conta pelas enfermeiras. Neste sentido, Yamamoto & Nagata (2011) acrescentam que o banho quente aos pés dos pacientes com doença oncológica incurável, diminuiu a atividade do sistema simpático (diminuição da frequência cardíaca), observando-se benefício secundário no controlo da dor, pela promoção do relaxamento e do conforto. Ainda na área do conforto térmico, Parks, Morris, Kolcaba & McDonald (2017), divulgam um estudo realizado com pacientes a quem foram distribuídos cobertores aquecidos e cuja sua utilização aumentou o conforto, que foi medido utilizando a Escala de Classificação Verbal (ECV).

Considerando, a avaliação do conforto, Lorente, Vives & Losilla (2017), desenvolveram uma revisão psicométrica, concluindo que escolher o questionário mais eficiente, irá diminuir o risco de obter questionários incompletos, devido há necessidade de muito tempo para a sua aplicação.

Durante o tratamento das pessoas com doença hemato-oncológica existem algumas barreiras, mas a esperança ajuda estes pacientes a continuarem motivados para viver. Por um lado, o enfermeiro tem de conhecer estes ideais para ajudar no processo de morrer, por outro lado, o enfermeiro está preparado para oferecer estratégias de suporte, contudo as condições do hospital e o baixo número de profissionais pode ser uma barreira (Ribeiro et al., 2016).

Richards, Hilli, Pentecost, Goodwin & Frost (2018) analisaram as intervenções de enfermagem relativas à nutrição, eliminação, mobilidade e higiene, considerando-as, contudo, escassas e de pobre qualidade para fornecer orientação baseada na evidência para a prática de enfermagem.

Os enfermeiros tentam ensinar estratégias de *empowerment* aos doentes com dor intensa, para a promoção do conforto, para tentar controlar o stress. Existe uma ligação entre as dificuldades do *empowerment* dos enfermeiros e as respostas de *coping* que fornecem orientação para apoiar a prática de enfermagem. As intervenções de enfermagem incluem protocolos de comunicação, acesso a práticas de enfermagem avançadas, uso de estratégias não farmacológicas para aumentar o nível de conforto e educação em unidades específicas de dor (Slatyer, Williams & Michael, 2015).

Os sintomas ocorrem durante toda a trajetória do cancro, mas são mais evidentes durante a fase de tratamento e fim de vida. A avaliação dos sintomas facilita o seu controlo, promove o conforto e a melhoria da qualidade de vida (Brant, 2010).

Durante o processo de recaída a abordagem de enfermagem deve ser dirigida às alterações físicas e psicológicas dos recetores de transplante de células tronco hematopoiéticas em recaída, incluindo o esclarecimento do paciente, a avaliação do processo de luto, o acompanhamento e ensino da família e do próprio paciente (Cooke, Gemmill & Grant, 2011).

A equipa de cuidados paliativos intra-hospitalar pode melhorar o controlo dos sintomas (controlo de dor, dispneia e da disfagia), e o bem-estar espiritual dos doentes com cancro, na perspetiva oposta, a comunicação e a referência tardia dos doentes são barreiras à prestação de cuidados de qualidade de equipa de cuidados paliativos intra-hospitalar (Kao, Hu, Chiu & Chen, 2014).

Também Silva, Pereira & Mussi (2015) referem que cuidar para uma boa morte é sinónimo de promover o conforto como resultado de intervenções terapêuticas que conjugam racionalidade e sensibilidade nas interações dos profissionais de saúde com o paciente e sua família, assegurando a sua dignidade, como forma de sistematizar estes autores descreveram o significado do cuidar para uma boa morte em três categorias: alívio de desconforto físico; suporte social e emocional; manutenção da integridade e do posicionamento corporal.

No estudo desenvolvido por Volker (2003) os enfermeiros recusam os pedidos de morte assistida, iniciando medidas de controlo de sintomas físicos, emocionais e espirituais, com o objetivo de aliviar o sofrimento. Embora a profissão de enfermagem apoie a capacitação do paciente para potenciar o cuidado em diversas áreas relacionadas com a saúde, este estudo mostra que os enfermeiros que recebem pedidos de morte assistida, não apoiam a autodeterminação destes pacientes terminais.

Friese (2005) num estudo em que avalia os resultados obtidos pelos enfermeiros concluiu que a exaustão emocional destes profissionais foi significativamente mais baixa nas enfermeiras, que trabalham nas unidades de oncologia, sendo inversamente proporcional à qualidade dos cuidados prestados por estas enfermeiras. Neste sentido, os recursos humanos adequados influenciam o sucesso dos resultados alcançados nos cuidados de enfermagem. Este sucesso influencia a segurança na prestação de cuidados e o controlo de sintomas adequado, nos pacientes. Reforçando estas

conclusões, Campos, Oliveira & Perroca (2018), valorizam a necessidade de atualização e refinamento dos instrumentos de avaliação da carga de trabalho dos enfermeiros.

LIMITAÇÕES

Ao mapear os artigos eleitos considero que foram enumeradas intervenções de enfermagem, promotoras de conforto, que por vezes, não se encontravam exclusivamente direcionadas para a pessoa com doença hemato-oncológica, mas eram referidas para a pessoa com cancro ou doença incurável.

Como em todas as revisões posso não ter incluído algum estudo, que seja relevante para responder à questão de investigação, contudo, considerando o número razoável de estudos consultados penso que os resultados já foram bastante produtivos, permitindo recolher intervenções promotoras de conforto, que traduzem a realidade da prática clínica de enfermagem e que permitem responder á questão de investigação que serve de base para esta revisão *scoping*.

CONCLUSÕES

O diagnóstico de cancro é sempre perturbador e gerador de sentimentos negativos no doente e sua família. Com a possibilidade da morte iminente perante o diagnóstico de cancro, os doentes experienciam medo, infelicidade e ansiedade progressiva.

O enfermeiro como elemento próximo do doente tem de fornecer suporte emocional para lidar com esta notícia, que o vai acompanhar durante grande parte da sua vida, através de exames, internamentos, tratamentos e possíveis recaídas, ensinando a gerir todos os sentimentos. Os enfermeiros compreendem as necessidades fisiológicas e psicoespirituais da pessoa com doença hemato-oncológica para clarificar e ajudar a vivenciar o impacto do cancro.

Os enfermeiros desempenham intervenções que potenciam o auto-cuidado, promovem a esperança e estratégias de *coping*, fortalecem a autoestima, potenciam o envolvimento familiar, melhoram a socialização, fomentando o apoio emocional através da escuta ativa, do apoio espiritual, da melhoria da autoimagem e da administração de analgésicos (Ribeiro et al., 2016).

O conforto é uma experiência holística no cuidar em enfermagem, sendo considerado um indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem.

O enfermeiro ao desenvolver intervenções promotoras de conforto tenta responder às necessidades físicas e também psicoespirituais do doente. As intervenções de enfermagem, promotoras de conforto, podem incluir: visualização de imagens, distração, relaxamento, toque terapêutico, humor terapêutico e massagem (Apóstolo et al., 2013). A comunicação entre enfermeiro-doente é essencial para o conforto, destacando-se também a escuta ativa como promotora de conforto.

Concluindo, a identificação da ligação entre os diagnósticos e as intervenções de enfermagem podem contribuir para melhorar a aplicação do processo de enfermagem e os planos de cuidados (Song, So & An, 2014).

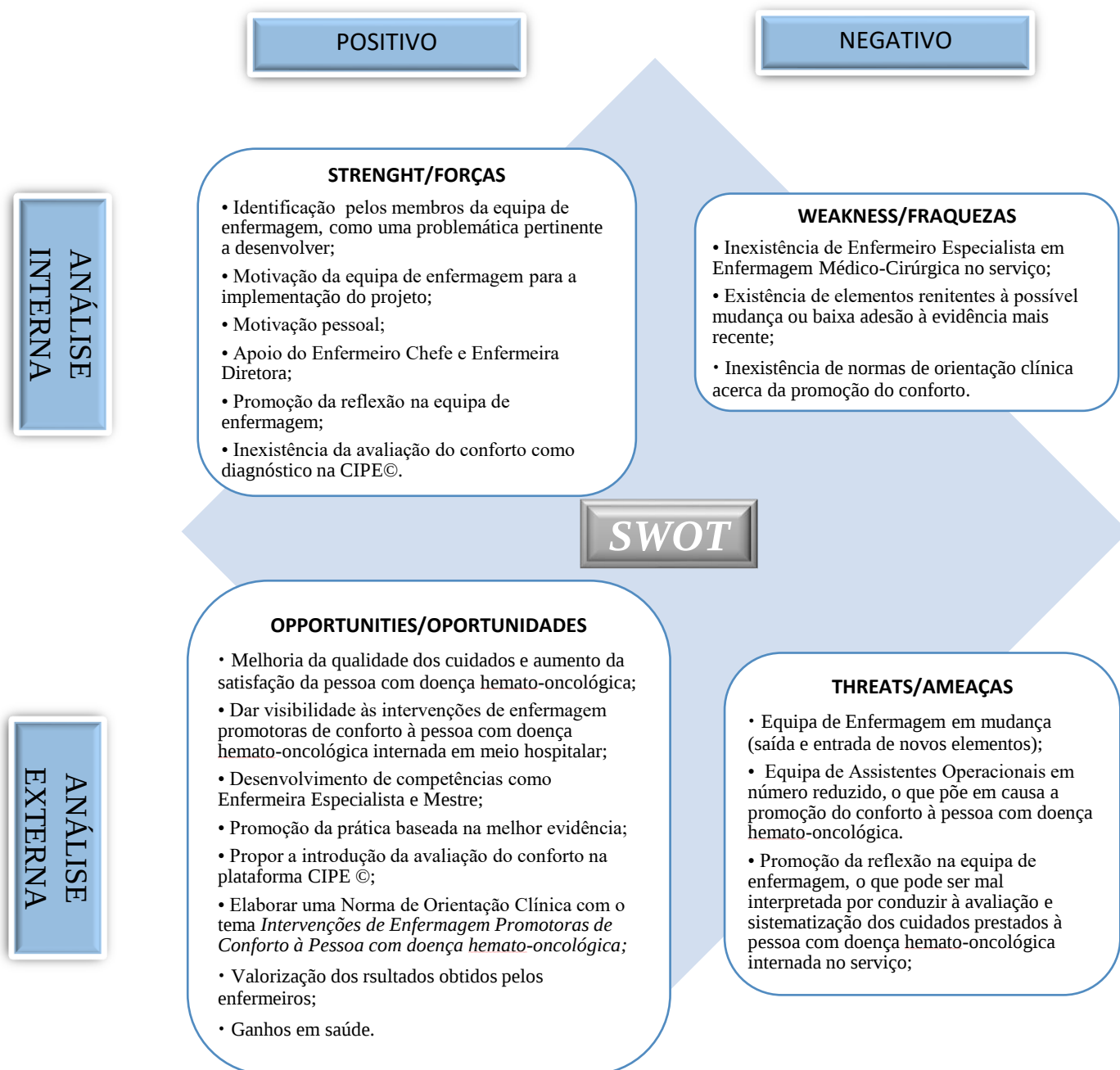
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ▶ Kelly, A. E., Sullivan, P., Fawcett, J., & Samarel, N. (2004). Therapeutic Touch, Quiet Time and dialogue: Perceptions of Women with Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31(3), p. 625–631. <https://doi.org/10.1188/04.onf.625-63>.
- ▶ Lorente, S.; Vives, J. & Losilla, J.M. (2017). Instruments to assess the patient comfort during hospitalization: a psychometric review protocol. *Journal of advanced Nursing* 73(3). p. 735-741.
- ▶ Mårtensson, G; Carlsson, M. & Lampic, C. (2010). Do oncology nurses provide more care to patients with high levels of emotional distress? *Oncology Nursing Forum* vol.37, nº1, January. p. 34-42.
- ▶ Mcgrath, P. (2015). Findings on Family Issues During Relocation for Hematology Care. *Oncology Nursing Forum*, vol.42, nº 3. ISSN: 1538-0688. p. 250-256.
- ▶ Parks, M. D., Morris, D. L., Kolcaba, K., & McDonald, P. E. (2017). An Evaluation of Patient Comfort During Acute Psychiatric Hospitalization. *Perspectives in Psychiatric Care*, 53(1), p. 29–37. <https://doi.org/10.1111/ppc.12134>.
- ▶ Pereira, M. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra: Formasau.
- ▶ Ribeiro, J.; Cardoso, L.; Pereira, C.; Silva, B; Bubolz, B. & Castro, C. (2016). Assistência de enfermagem ao paciente oncológico hospitalizado: diagnóstico e intervenções relacionadas às necessidades psicossociais e psicoespirituais. *J. res. fundam. Care online*. Out/Dez 8(4). p. 5136-5142.
- ▶ Richards, D. A., Hilli, A., Pentecost, C., Goodwin, V. A., & Frost, J. (2018). Fundamental nursing care: A systematic review of the evidence on the effect of nursing care interventions for nutrition, elimination, mobility and hygiene. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11–12), p. 2179–2188. <https://doi.org/10.1111/jocn.14150>.
- ▶ Silva, R. S. da, Pereira, Á., & Mussi, F. C. (2015). Comfort for a good death: perspective nursing staff's of intensive care. *Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem*, 19(1), p. 40–46. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150006>.
- ▶ Slatyer, S., Williams, A. M., & Michael, R. (2015). “International Journal of Nursing Studies Seeking empowerment to comfort patients in severe pain: A grounded theory study of the nurse’s perspective. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), p: 229–239. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.06.010>.
- ▶ Sousa, P. (2014). *O conforto da pessoa idosa*. Lisboa: Universidade Católica Editora.

- ▶ Song, M; So, H. & An, M. (2014). Identification of Major Nursing Diagnosis, Nursing Outcomes, and Nursing Interventions (NNN) Linkage for Cancer Patients Undergoing Chemotherapy. *Korean Journal of Adult Nursing*. Vol. 26, nº 4, p. 413-423, ISSN: 1225-4886. <http://dx.doi.org/10.7475/kjan.2014.26.4.413>.
- ▶ Verstegen, A. & Silverman, M. (2017). Effects of Hope-Based Music Therapy on Hospitalized Patients on a Blood and Marrow Transplant Unit: A Convergent Parallel Mixed-Methods Pilot Study. AMTA Graduate Student Research Award. doi:10.1093/mtp/miw029.
- ▶ Vitória, M. (2001). Acolhimento do doente oncológico. *Enfermagem Oncológica*, 18, p. 9-20.
- ▶ Volker, D. L. (2003). Assisted dying and end-of-life symptom management. *Cancer Nursing*, 26(5), p. 392–399. <https://doi.org/10.1097/00002820-200310000-00008>.
- ▶ Yamamoto, K. & Nagata, S. (2011). Physiological and psychological evaluation of the wrapped warm footbath as a complementary nursing therapy to induce relaxation in hospitalized patients with incurable cancer: A pilot study. *Cancer Nursing*, 34(3), p. 185–192. <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181fe4d2d>.

Apêndice III – Análise SWOT

Análise SWOT



Apêndice IV – *Intervenções de Enfermagem promotoras de Conforto à pessoa com doença hemato-oncológica*

	Norma de Orientação Clínica
	<i>Intervenções de Enfermagem promotoras de conforto à pessoa com doença hemato-oncológica</i>

DATA: Fevereiro 2020	ELABORADO POR: Ana Inês Martins Fernandes
-----------------------------	--

ASSUNTO: <i>Intervenções de Enfermagem promotoras de conforto à pessoa com doença hemato-oncológica</i>
--

PALAVRAS-CHAVE: Pessoa; Doença hemato-oncológica; Conforto; Intervenções de Enfermagem; Internamento Hospitalar
--

DESTINATÁRIOS: Enfermeiros

OBJECTIVOS
❖ Contribuir para a identificação das necessidades de conforto na pessoa com doença hemato-oncológica, num serviço de internamento hospitalar; ❖ Sistematizar as intervenções de enfermagem, promotoras de conforto na pessoa com doença hemato-oncológica, em internamento hospitalar; ❖ Promover a melhoria da qualidade dos cuidados, tendo por base, a reflexão acerca das intervenções promotoras de conforto na pessoa com doença hemato-oncológica.

FUNDAMENTAÇÃO
O diagnóstico da doença oncológica é um acontecimento de vida que gera uma grande diversidade de emoções e sentimentos negativos, difíceis de gerir, pelo que é exigido ao doente e família a mobilização de diversas estratégias pessoais no sentido de lidar com esta situação. Quando há uma alteração do equilíbrio entre a produção e destruição de células sanguíneas, surgem as doenças hemato-oncológicas, sendo as mais comuns: anemia, leucemia, linfomas e mieloma múltiplo. Todas elas são distintas na sua manifestação, evolução e resposta ao tratamento (Phipps, Sands & Marek, 2003). O confronto com a doença hemato-oncológica é similar a uma doença crónica, uma vez que apresenta “recuos e avanços, pelo que os medos e incertezas raramente desaparecem na totalidade” (Gonçalves, 2014, p.23), sendo um apelo constante às estratégias de <i>coping</i> do doente e família. “A remissão da doença quando conseguida, é

em alguns casos limitada temporalmente, por sobrevivências médias inferiores a cinco anos” (Sá, 2001, p.14).

As estratégias terapêuticas das doenças hemato-oncológicas baseiam-se em tratamentos agressivos, tais como quimioterapia ou radioterapia (Sá, 2001) além da cirurgia, o que gera na pessoa inúmeros efeitos secundários, que Santos (2006, p.35) descreveu como “(...) violentas incapacidades e alterações profundas na anterior imagem e funções corporais”. Estes sentimentos são mais exacerbados quando em situação de quimioterapia, uma vez que se associa ao desconforto e à ameaça à integridade (Apóstolo, Batista, Macedo & Pereira, 2006), podendo neste âmbito, o enfermeiro desenvolver estratégias que promovam o conforto, minimizando os efeitos destes tratamentos (McGranth, 2015), sendo importante, identificar quais são estas intervenções.

Tudo isto, leva muitas vezes, a pessoa até ao hospital, seja para a realização de exames complementares de diagnóstico, ciclos de quimioterapia, controlo de efeitos secundários pós-quimioterapia, recaídas, o que se traduz, na maioria das vezes em internamentos prolongados. Para Gonçalves (2014, p.24) “o internamento tem um grande impacto no doente hemato-oncológico, na medida em que é sentido como um choque num ambiente desconhecido (...) tudo começa a ser regulado pelos horários hospitalares e pela disponibilidade dos profissionais, o doente passa a depender menos de si e mais dos outros”, estando em causa a sua autonomia.

Assim, o enfermeiro deve ser detentor de toda esta informação, sabendo o impacto que a doença e hospitalização tem na pessoa com doença hemato-oncológica, para que a relação de ajuda que estabelece com ela permita a “satisfação das necessidades humanas fundamentais, a máxima independência na realização das atividades de vida e os processos de readaptação e adaptação funcional aos défices” (Lopes, 2001, p: 26).

Os cuidados de enfermagem desenvolvidos pelos enfermeiros, baseiam-se na promoção do conforto, daí se justifique a pertinência do desenvolvimento do projeto, intitulado, o conforto da pessoa com doença hemato-oncológica: intervenções de enfermagem, que pretende contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, de forma a consciencializar a equipa de enfermagem para as intervenções promotoras de conforto na pessoa com doença hemato-oncológica. A promoção do conforto, com o desenvolvimento de medidas de conforto, por parte dos enfermeiros, é imprescindível para o cuidado humanizado e para a satisfação dos doentes, sendo que o

conforto é um indicador de resultado, permitindo a avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem.

O referencial teórico que serve de base à implementação deste projeto de intervenção é a **Teoria do Conforto** de Kolcaba (2003), onde o conforto é compreendido como a satisfação das necessidades humanas básicas, para atingir este resultado.

O conforto é um conceito multidimensional, subjetivo e individualizado em que as intervenções de enfermagem são as ações de conforto e este é o resultado destas ações (Kolcaba, 2003). Segundo a mesma autora, a experiência do conforto desenvolve-se em três **tipos de conforto**: alívio, tranquilidade e transcendência e quatro **contextos de conforto**, sendo eles, físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. O **alívio** corresponde ao funcionamento habitual do organismo; a **tranquilidade** à calma e satisfação, fundamental para o desempenho eficiente; por último, a **transcendência**, às competências para planejar ou controlar o destino e à motivação para resolver os problemas, implica autonomia e hábitos de vida saudáveis (Kolcaba, 2003). Os três estados de conforto desenvolvem-se em quatro contextos: o **contexto físico** diz respeito ao equilíbrio hemodinâmico e imunitário; o **contexto psicoespiritual** refere-se à consciência de si próprio, incluindo a autoestima, autoconceito, a sexualidade e sentido de vida, podendo considerar-se uma relação com um ser superior; no **contexto sociocultural**, englobam-se as relações interpessoais, familiares e sociais; o **contexto ambiental** inclui aspetos como a luz, barulho, cor, temperatura e elementos naturais ou artificiais do meio (Kolcaba, 2003).

Os tipos de conforto e os contextos do conforto, interligam-se para formar a “estrutura taxonómica do conforto” (Kolcaba, 2003, p.15), cujo desequilíbrio, exige cuidados de conforto. Assim, para atingir este fim, a Teoria do Conforto de Kolcaba (2003) consegue explicar como as intervenções de conforto são importantes para a manutenção e promoção da saúde, valorizando as necessidades dos doentes, respeitando a sua autonomia e melhorando a qualidade de vida.

A pessoa com doença hemato-oncológica é alvo de inúmeros desconfortos, que podem ser sistematizados pela construção da taxonomia do conforto (tabela n.º 1). Estes desconfortos englobam, por exemplo, a dor e as náuseas provocados pelos tratamentos e exames de diagnóstico (sintomatologia descontrolada), a ansiedade perante o diagnóstico e a incerteza no prognóstico, o dilema interno entre a esperança nos

tratamentos e na cura e as alterações sociais que a vivência da doença e os seus tratamentos podem pôr em causa, tais como, relações familiares, as atividades profissionais e a ocupação dos tempos livres. A hospitalização prolongada e o ambiente hospitalar, com diminuição da privacidade, o ruído e as rotinas que lhe estão implícitas podem levar ao desconforto.

Tabela n.º1 – Aplicação da estrutura taxonómica do conforto (Kolcaba, 2003)
à pessoa com doença hemato-oncológica

		Tipos de Conforto		
		Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Contextos de Conforto	Físico	Sintomas descontrolados	Inquietação perante o futuro	Medo dos sintomas que possam surgir
	Psicoespiritual	Ansiedade do diagnóstico Incerteza no prognóstico	Experiências anteriores de doença Outros internamentos	Esperança nos tratamentos e cura Alteração de projeto de vida
	Sociocultural	Isolamento	Manutenção das relações familiares/atividade profissional; Ocupação dos tempos livres	Necessidade de informação e suporte do doente e família
	Ambiental	Condições físicas do serviço e quarto	Privacidade	Presença de Familiares Condições Físicas

Na CIPE®, o conforto é definido como “a sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal” (OE, 2009), havendo aqui um ponto de ligação com a Teoria do Conforto de Kolcaba (2003), ao abordar a tranquilidade física, juntando um tipo de conforto com um contexto. Contudo, ao continuar a explorar esta plataforma informática, apercebo-me que a avaliação do conforto, só está disponível para a criança, originando a sua avaliação (um campo aberto) onde surgem os seguintes diagnósticos “sem conforto comprometido/conforto comprometido/potencial para melhorar o conforto” (OE, 2009).

O modelo de cuidados de conforto apresentado por esta teórica reforça a necessidade de intervenções de enfermagem planeadas com a pessoa e família, em todos os contextos, procurando minimizar os aspetos negativos inerentes ao impacto da doença hemato-oncológica.

Pelo que foi exposto, a avaliação do conforto no doente com doença hemato-oncológica baseada na Teoria do Conforto de Kolcaba (2003), uma vez que a avaliação

das necessidades de conforto e o planeando das intervenções que visam a satisfação da pessoa, são vistos como indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem.

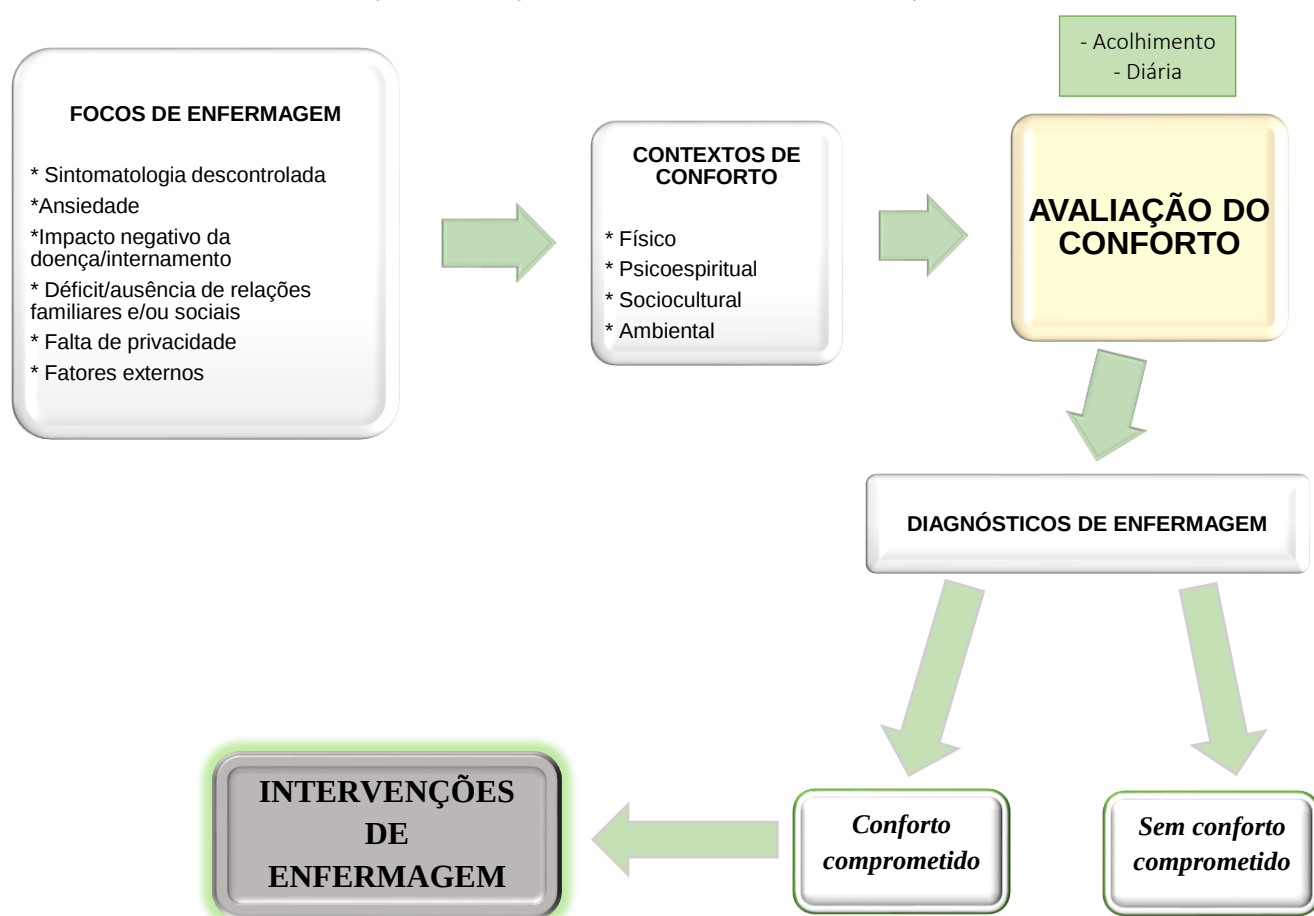
OPERACIONALIZAÇÃO

O conforto resulta das intervenções de enfermagem promotoras de conforto.

Foi elaborada uma *Checklist* do Conforto, que é constituída pelas intervenções de enfermagem promotoras de conforto à pessoa com doença hemato-oncológica e que estão organizadas de acordo com os contextos de conforto, definidos por Kolcaba (2003).

Desta maneira, para avaliar o conforto da pessoa com doença hemato-oncológica, o enfermeiro seleciona os focos de intervenção que considera alterados, sendo que estes têm correspondência nos contextos de conforto descritos por Kolcaba (2003), aos quais estão associados as intervenções de enfermagem que se encontram na tabela n.º 2 e que são selecionadas de acordo com as necessidades da pessoa com doença hemato-oncológica identificadas, tal como na figura n.º 1.

Figura n.º1 – Operacionalização da avaliação do conforto da pessoa com doença hemato-oncológica na CIPE®



As intervenções de enfermagem que se apresentam foram encontradas na evidência científica e emergiram da prática clínica durante o período de estágio em que foi desenvolvido este projeto de intervenção (tabela n.º 2).

Se para qualquer foco de enfermagem for selecionado “sim” há “conforto comprometido”. Todos os focos de intervenção têm de ser respondidos com “não” para que o diagnóstico da CIPE®, seja “sem conforto comprometido”.

A tabela n.º 2, que corresponde à operacionalização da avaliação do conforto, engloba as intervenções de enfermagem promotoras de conforto.

Tabela n.º2 – Avaliação do Conforto da pessoa com doença hemato-oncológica

Foco de Enfermagem	Contexto de Conforto	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem	
Presença de sintomatologia descontrolada			◦ Avaliação e vigilância de sinais vitais	
			◦ Controlar sintomatologia descontrolada	Dor
				Náuseas e vômitos
				Dispneia
				Anorexia
				Mucosite
				Obstipação
				Diarreia
				Confusão
				Insónias
Outros				
Ansiedade		Conforto comprometido	◦ Administrar terapêutica para controlo de sintomatologia	
			◦ Gerir analgesia prescrita de acordo com a realização de procedimentos invasivos	
			◦ Promover o toque	
			◦ Ajudar nos posicionamentos	
			◦ Privilegiar os posicionamentos nos decúbitos de conforto	
			◦ Realizar massagem	
			◦ Aplicar creme hidratante nas zonas de pressão	
			◦ Providenciar aplicação de calor ou frio, se indicado	
			◦ Promover períodos de repouso	
			◦ Utilizar terapias não farmacológicas (distração, musicoterapia, ...)	

Tabela n.º2 – Avaliação do Conforto da pessoa com doença hemato-oncológica

Foco de enfermagem	Contexto de Conforto	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem	
Impacto negativo da doença/internamento	<u>Psicoespiritual</u> Ter consciência de si Promover a autoestima, o sentido de vida, sexualidade, relação com um ser superior	Conforto comprometido	◦Apresentar-se ao doente e família	
			◦ Utilizar formas de comunicação verbal adequadas	Utilizar linguagem acessível
				Esclarecer dúvidas e mitos
				Validar informação transmitida
			◦ Utilizar formas de comunicação não-verbal adequadas	Mostrar empatia
				Mostrar disponibilidade para escutar
				Mostrar postura de abertura
			◦ Estar atento aos sentimentos da pessoa em relação à doença, tratamento e morte	
			◦ Encorajar atividades espirituais	
			◦ Ajudar a encontrar um sentido para a vida	
			◦ Mostrar compaixão	
			◦ Promover a autonomia do doente	Responsabilizar o doente no processo de tomada de decisão
				Avaliar significado atribuído às alterações da autoimagem (alopécia, perda de peso, suturas, drenos, ...)
				Ensinar acerca de alterações provenientes da cirurgia, doença ou tratamentos (disfunção sexual)
				Ensinar estratégias para lidar com limitações físicas

Foco de Enfermagem	Contexto do Conforto	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem	
Déficit/ausência de relações familiares e sociais	<u>Sociocultural</u> Manutenção das relações interpessoais (familiares e sociais)	Conforto comprometido	◦Promover as visitas e a permanência de familiares, respeitando a vontade do doente e as regras institucionais	
			◦Avaliar processos familiares disfuncionais	
			◦ Garantir acesso à informação	
			◦ Possibilitar a comunicação com o exterior através de telefone, telemóvel, tablets, televisão, ...	
			◦ Garantir o acesso aos recursos sociais existentes na comunidade	

Tabela n.º2 – Avaliação do Conforto da pessoa com doença hemato-oncológica

Foco de Enfermagem		Contexto do Conforto	Diagnóstico de Enfermagem	Intervenção de Enfermagem	
Falta de privacidade		<u>Ambiental</u> Adequação da luz, barulho, cor, temperatura e elementos artificiais ou naturais do meio	Conforto comprometido	◦ Realizar acolhimento no serviço	
				◦ Promover e garantir condições de higiene	
				◦ Garantir a privacidade	
				◦ Promover o recurso aos objetos pessoais	
				◦ Intervir de acordo com as suas preferências alimentares	
Fatores externos				◦ Promover e garantir condições de segurança	
				◦ Proporcionar um ambiente calmo e tranquilo	
				◦ Proporcionar iluminação natural adequada	
				◦ Gerir estímulos externos de acordo com preferência do doente (por exemplo: barulho, temperatura)	

O conforto da pessoa com doença hemato-oncológica deve ser avaliado, pela primeira vez, aquando do acolhimento e posteriormente após 24h, para que possa existir uma reformulação do diagnóstico de enfermagem, ao qual está subjacente a continuação ou não das intervenções de enfermagem promotoras de conforto já selecionadas. Se ainda existir “conforto comprometido” esta avaliação deve ser diária, se o diagnóstico for alterado para “sem conforto comprometido”, há satisfação das necessidades da pessoa com doença hemato-oncológica e a avaliação do conforto só será novamente efetuada quando existir identificação de novas necessidades, que traduzam o desconforto e que necessitam de intervenções de enfermagem promotoras de conforto.

A avaliação do conforto da pessoa com doença hemato-oncológica (tabela n.º 2) é dinâmica. Pois tal como já foi referido, a subjetividade, da pessoa com doença hemato-oncológica e do conceito de conforto, não podem ser esquecidos, para que a satisfação da pessoa com doença hemato-oncológica e o conforto holístico seja o elemento essencial dos cuidados de enfermagem prestados.

INDICADORES DE QUALIDADE

- ✱ Identificação do foco de enfermagem, na pessoa com doença hemato-oncológica, de acordo com as necessidades de conforto identificadas nas dimensões física, psíquica, sociocultural e ambiental;
- ✱ Estabelecimento de resultados esperados, na pessoa com doença hemato-oncológica, para os focos de enfermagem enquanto promotores de alívio, tranquilidade ou transcendência;
- ✱ Implementação de intervenções promotoras de conforto, na pessoa com doença hemato-oncológica, de acordo com os resultados esperados na promoção do alívio, tranquilidade ou transcendência.

BIBLIOGRAFIA

- ▶ Apóstolo, J.; Batista, A.; Macedo, C. & Pereira E. (2006). Sofrimento e conforto em doentes submetidas a quimioterapia. *Revista Referência*, II série nº3, 55-64.
- ▶ Phipps, W.; Sand, J. & Marek, J. (2003). Sistema Hematológico. *Enfermagem Médico-Cirúrgica, Conceitos e Prática Clínica*. Loures: Lusociência, 2003. p: 893-954. ISBN: 978-972-8383-657.
- ▶ Gonçalves, A. (2014). *O acolhimento da pessoa com doença hemato-oncológica e sua família – intervenções de enfermagem*. Dissertação de Mestrado não publicada apresentada para obtenção do Grau de Mestre na especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, opção Enfermagem Oncológica. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- ▶ Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice – A vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- ▶ Lopes, C. (2011). *Cuidados centrados no doente em oncologia*. Relatório de Estágio para candidatura ao grau de Mestre em Enfermagem Oncológica apresentado ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar (não publicada). Universidade do Porto, Porto.
- ▶ McGrath, P. (2015). Findings on family issues during relocation for hematology care. *Oncology Nursing Forum* vol. 42, nº3, Maio. ISSN: 1538-0688. 250-256.
- ▶ Ordem dos Enfermeiros (2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE®*. Lisboa. ISBN: 978-989-96021-6-8. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf, acedido em 11/07/2019.
- ▶ Sá, E. (2001). *A influência da adaptação mental à doença oncológica na qualidade de vida do doente hemato-oncológico, em ambulatório*. Dissertação não publicada de Mestrado apresentada para obtenção do Grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde. Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- ▶ Santos, C. (2006). *Doença Oncológica: representação cognitiva e emocional, estratégias de coping e qualidade de vida*. Porto: Formasau. ISBN: 972-8485-77-8.

Apêndice V – Cronograma I – Estágios do 3.º Semestre

Estágios do 3.º Semestre

Anos	2019														2020									
Meses	Set.	Out.					Nov.				Dez.				Jan.					Fev.				
Semanas	1. ^a	2. ^a	3. ^a	4. ^a	5. ^a	6. ^a	7. ^a	8. ^a	9. ^a	10. ^a	11. ^a	12. ^a	13. ^a			14. ^a	15. ^a	16. ^a	17. ^a	18. ^a				
Dias	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	17	24	
	29	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	20	29	5	12	19	26	2	9	16	23	1	
Local de Estágio	156h						172,5h								176h									

Legenda:

	Local de Estágio I
	Local de Estágio II
	Local de Estágio III
	Férias de Natal
	Elaboração do Relatório de Estágio
	Apresentação do Relatório de Estágio

Apêndice VI – Resumo do Local de Estágio I

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

Estágio com Relatório

Local de Estágio I

Discente:

Ana Inês Martins Fernandes (n.º 8823)

Regente:

Prof.ª Doutora Maria Alexandra Pinto Santos

Orientador:

Prof.ª Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá

Lisboa

Outubro de 2019

Three large, overlapping, curved green shapes resembling stylized leaves or swooshes are positioned at the bottom right of the page, partially overlapping the text.

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com relatório, elaborei o texto que se segue, que permitiu colher informação acerca da instituição, onde me encontro a realizar estágio, compreendendo assim a sua missão, objetivos, organização estrutural e sua dinâmica, dando também resposta a um dos objetivos do projeto de implementação: *o conforto da pessoa com doença hemato-oncológica - intervenções de enfermagem* e podendo orientar a minha prestação de cuidados de acordo com estes propósitos.

O local de estágio I foi criado em 2004, por vontade expressa deixada em testamento, como entidade privada de utilidade pública. Esta instituição tem como missão a investigação em diversas áreas da oncologia, conquistando descobertas que beneficiem as pessoas e aumentam os padrões de conhecimento, com o desenvolvimento e investimento em programas de investigação. Assim, como pilar primordial é afirmado que este local tem de “fazer tudo ao nosso alcance para melhorar a qualidade de vida, a saúde e bem-estar da humanidade” (Local de estágio I, 2018).

Esta instituição “procura intervir ativamente na procura de soluções efetivas que aliviem o peso que a doença, nomeadamente oncológica, neurológica, mental e da visão, tem nas sociedades e no indivíduo” (Local de estágio I, 2018), sendo este o seu objetivo primordial.

Considerando, a temática a desenvolver no projeto de intervenção que serve de base ao estágio que se encontra em desenvolvimento, é importante conhecer a realidade desta instituição, uma vez que, aqui se desenvolvem “cuidados centrados no doente o que permite alcançar níveis mais elevados de eficácia no controlo da doença e se traduz em maior sobrevivência e melhor qualidade de vida” (Local de estágio I, 2018). Nesta ordem de ideias, está implícito o conforto do doente, associado à qualidade de vida, bem como a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados baseados na melhor evidência, o que despertou o meu interesse.

No local de estágio I, a investigação alia-se aos cuidados clínicos de excelência. Em 2011 surge o Centro Clínico dedicado à prestação de cuidados especializados na área da Oncologia. “Tendo em mente o conforto e bem-estar dos doentes e seus acompanhantes foram criadas áreas de receção espaçosas, com vista para o jardim tropical interior, que promovem um ambiente de serenidade” (Local de estágio I, 2018). Ainda se acrescenta que “para uso exclusivo dos utilizadores da clínica foi criado um

jardim exterior especialmente pensado para transmitir sensações de tranquilidade, paz e bem-estar aos doentes que optem por aí receber o seu tratamento” (Local de estágio I, 2018). Na avaliação do conforto devem ser avaliadas ambas as dimensões: física e emocional (DGS, 2013). Tal como é referido pela DGS (2013, p:2) “a qualidade do ambiente hospitalar reflete-se na produtividade, eficiência e rendimento dos profissionais e no bem-estar, tranquilidade e satisfação dos doentes, assim como, na eficácia dos tratamentos”. “A simples visão pela janela de espaço verdes/exteriores é benéfica para os doentes” (DGS, 2013).

O Centro Clínico (CC) do local de estágio I, é uma instituição médica, onde se desenvolvem cuidados clínicos especializados de oncologia e também programas avançados de investigação e educação médica e técnica. Desta forma, “o CC procura a personalização da terapêutica que permitirá alcançar melhores níveis de eficácia no controlo da doença, na sobrevivência e na qualidade de vida” (Local de estágio I, 2018).

O CC está organizado em Unidades Multidisciplinares de Patologia (UMP) onde existe uma equipa multidisciplinar composta por oncologistas médicos, cirurgiões, radioncologistas, radiologistas, patologistas, geneticistas, especialistas em medicina nuclear, enfermeiros, psico-oncologistas, nutricionistas, fisioterapeutas e assistentes operacionais, que em conjunto constroem planos de cuidados personalizados.

As UMP são, Unidade de Mama, a Unidade do Pulmão, a Unidade de Urologia, a Unidade de Digestivo, a Unidade de Ginecologia, a Unidade de Hemato-Oncologia, a Unidade de Dermatologia e a Unidade de Neuropsiquiatria.

Estas unidades funcionam em complementariedade com vários serviços, tais como, centro cirúrgico, hospitalização domiciliária, medicina nuclear, patologia, quimioterapia, radiologia e radioncologia.

Existem 11 camas de cuidados intensivos, divididas entre a Unidade de Técnicas Intensivas (UTI) e o atendimento cirúrgico intensivo e recobro (ACIR).

No que se refere ao internamento existem 26 quartos individuais, divididos por duas alas, a ala norte tem 12 e a ala sul tem 14. Mais se acrescenta que “materializando a filosofia do CCC, centrada no doente, cada quarto foi projetado tendo em mente o seu conforto e bem-estar” (Local de estágio I, 2018).

Os internamentos no pós-operatório tendem a ser tão curtos quanto possível, uma vez, que as intervenções cirúrgicas executadas, utilizam tecnologia avançada na área da

robótica, cirurgia laparoscópica e microscópica, o que potencia cirurgias, cada vez, menos invasivas e por isso, as complicações pós-cirurgia são menores, a recuperação do doente, tende a ser mais rápida, o período de internamento é mais curto e consequentemente o bem-estar do doente aumenta.

O internamento recebe os doentes vindos da UTI e ACIR (onde os doentes permanecem em tratamento nas unidades de intensivos ou fazem o período de recobro) e também da Unidade de Hemato-oncologia, do domicílio ou transferências externas de outros hospitais.

As condições físicas da instituição primam pelo conforto e adequação às necessidades dos doentes, sendo que, os enfermeiros que nela se incluem prestam cuidados de enfermagem de excelência. Os rácios enfermeiro-doente tendem a ser adequados às necessidades dos doentes, sendo que o número de assistentes operacionais também é o adequado, o que origina uma sinergia de resposta às necessidades complexas do doente e sua família muito positiva e completa. Tudo isto, permite uma maior disponibilidade dos profissionais de saúde, para “ouvir e falar com os doentes e a forma como se fala, são aspetos que podem ser determinantes na sensação de conforto e na sua melhoria” (DGS, 2013, p:6).

A unidade de internamento recebe maioritariamente, doentes oncológicos que foram submetidos a cirurgias da mama, do pulmão, gástricas, ginecológicas, vias urinárias, rim e próstata e intestino e outros doentes oncológicos que ficam internados também para controlo de sintomas, como febre, náuseas e vômitos, ... Assim sendo, a população deste serviço, para além de viver o impacto da doença oncológica diariamente, agravada por tratamentos e períodos de hospitalização recorrentes, é nesta altura submetida a uma cirurgia, procedimento invasivo, como colocação de drenos, muitas das vezes, que permanecem alguns dias, o que inevitavelmente se traduz em dor e desconforto.

O conforto é complexo e exigente (Oliveira, 2005), uma vez tem de se atender à unicidade de cada doente, às competências dos enfermeiros que confortam e aos pré-requisitos do contexto. Mas por outro lado Kolcaba (2003) considera o cuidado de conforto, como simples e intuitivo.

Os registos de enfermagem são executados num programa específico do hospital, recorrendo ao uso de escalas de Braden, Morse e avaliação da dor para adequar os cuidados de enfermagem prestados.

Os quartos de internamento são grandes, quando comparados com os de outras instituições de saúde, com casa de banho, minibar, máquina de café, roupeiro (o pijama, robe, chinelos, produtos de higiene, são fornecidos pela instituição), em tons claros, visto que "(...) as cores mais suaves trazem calma, sendo adequadas à recuperação de pessoas debilitadas (DGS, 2013, p:3) O ambiente é luminoso, dispondo de muita luz natural, sendo possível "uma iluminação natural adequada a cada serviço, com persianas reguláveis pelos utentes, para diminuir a claridade excessiva quando necessário" (DGS, 2013) e uma vista sobre o Rio Tejo, onde se observa o ondular da água e as gaivotas, "(...) as imagens podem ser utilizadas para humanizar os ambientes, tornando-os aconchegantes, tranquilos e induzir sensações agradáveis, suaves e enérgicas, consoante características de cada serviço" (DGS, 2013). Todos os quartos têm televisão, um cadeirão articulado e um sofá cama, onde pode pernoitar um acompanhante.

As refeições são todas escolhidas pelo doente, com sugestões de um *chef* e apoio da nutricionista, sendo que a lista de possibilidades é muito diversificada, apresentando-se refeições cuidadas.

Não existe horário, nem número limite de visitas, proporcionando acompanhamento 24 horas/dia do doente.

Estas são, descrevendo de uma forma geral, algumas das características, do local de estágio I, que colocam esta instituição na vanguarda da investigação e da prestação de cuidados ao doente oncológico, com especial ênfase no seu conforto, mas que, infelizmente, não estão acessíveis a todos os doentes deste país, nem são modelo do sistema nacional de saúde.

A instituição tem em desenvolvimento diversos programas inovadores, como sejam a hospitalização domiciliária, "*Hospital do Futuro*", desenvolvido em colaboração com a Philips e a Portugal Telecom, que visa proporcionar condições para que o internamento se estenda ao domicílio do doente, sempre que as condições individuais o permitam e desde que acompanhado das soluções adequadas para as suas necessidades.

A *Champ@me*, uma aplicação de telemóvel desenvolvida para a comodidade dos pacientes. Esta inovação gratuita, permite ao doente, aceder a toda a informação relativa aos seus procedimentos médicos, já passados e futuros, no CC. Nesta plataforma os doentes podem ainda consultar relatórios clínicos, documentos financeiros, assim como marcar e consultar exames e consultas médicas.

O *Champimóvel* é um programa interativo e educativo dirigido às crianças, com o objetivo de as despertar para novas áreas de atuação como as células estaminais, a nanotecnologia, o DNA e a terapia genética. Esta nova forma de aprendizagem, está também adaptada para crianças com necessidades especiais e desloca-se por Portugal e Espanha aliando a diversão à educação.

Concluindo, considero que o Local de estágio I, oferece às pessoas com doença oncológica uma enorme variedade de estruturas, serviços e cuidados que pretendem facilitar a sua adaptação à doença, reduzindo os procedimentos invasivos, privilegiando a comodidade e o conforto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ▶ Direção Geral de Saúde (2003). *Conforto nas unidades hospitalares*. Orientação n.º 021/2013. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0212013-de-31122013.aspx> . Acedido em 29/09/2019.
- ▶ Local de Estágio I (2018).
- ▶ Oliveira, C. (2011). *O cuidado confortador da pessoa hospitalizada: individualizar a intervenção conciliando tensões*. Dissertação não publicada de Doutoramento em Enfermagem apresentada para obtenção do Grau de Doutor à Universidade de Lisboa, Lisboa.
- ▶ Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice – A vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.

Apêndice VII – Resumo do Local de Estágio II

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

Estágio com Relatório

Local de Estágio II

Discente:

Ana Inês Martins Fernandes (n.º 8823)

Regente:

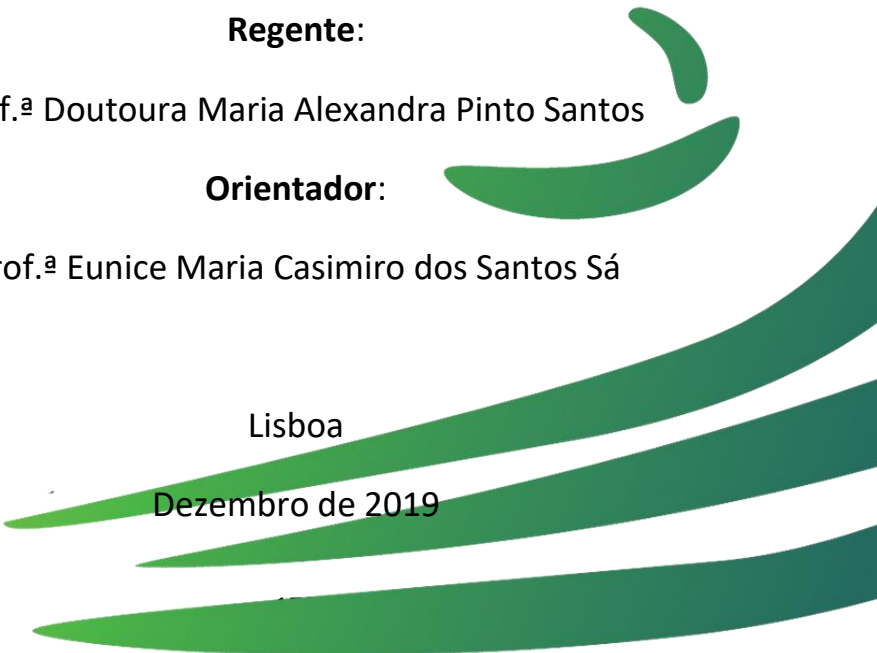
Prof.ª Doutora Maria Alexandra Pinto Santos

Orientador:

Prof.ª Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá

Lisboa

Dezembro de 2019



Como forma de compreender a missão, objetivos, organização estrutural e a dinâmica da instituição onde me encontro a realizar estágio, desenvolvi o texto que se segue, podendo assim recolher dados sobre mais um dos locais onde vou buscar contributos para o desenvolvimento do projeto *o conforto da pessoa com doença hemato-oncológica - intervenções de enfermagem* e podendo, também, orientar a minha prestação de cuidados de acordo com estes propósitos.

O local de estágio II tem como missão a prestação de cuidados especializados em três áreas: cuidados paliativos, demência e reabilitação ortopédica, tendo como base a “preocupação com o conforto, a participação ativa da família, na vertente multidisciplinar da nossa equipa (Local de Estágio II, 2019).[_](#)

A sua finalidade é prestar “cuidados especializados aliando a competência e segurança de um hospital ao conforto de um ambiente residencial” (Local de Estágio II, 2019), permitindo que os doentes e famílias, usufruam dos cuidados de saúde nas melhores condições de conforto.

A família assume para esta instituição um papel de destaque, na individualização dos cuidados aos doentes, como parceiro ativo no plano de cuidados, sendo guiada pelo recurso à informação e pela participação em conferências familiares.

A conferência familiar, é uma metodologia de trabalho, onde, numa fase inicial se transmite à família os problemas identificados, validam as expectativas do doente e família e é apresentada uma proposta de trabalho, em equipa. Posteriormente, numa segunda fase é validada a evolução, destacando as reais necessidades do doente, para que o plano de cuidados possa ser dirigido às reais necessidades do doente. Por último, e antes do regresso a casa, é feita uma apreciação final (avaliação cognitiva e funcional) relativa aos problemas do doente que ainda permanecem, avaliando a capacidade de resposta familiar às suas dificuldades, incluindo procura de recursos da comunidade e ajudas técnicas adequadas (Local de Estágio II, 2019).

Esta instituição baseia o seu desempenho numa equipa com competências diferenciadas, o que permite a maximização da autonomia e da qualidade de vida dos doentes. A equipa multidisciplinar é composta por uma grande variedade de especialistas, entre eles, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogas, padre, assistentes operacionais ... que se organizam para satisfazer as necessidades do doente e família e que semanalmente em reunião discutem o plano de cuidados

individualizado, de forma a conseguir dar resposta, de maneira eficaz, às necessidades do doente, tendo sempre como objetivo a maximização da sua autonomia e o regresso ao domicílio.

Nesta instituição, o serviço, onde me encontro a desenvolver estágio é composto por 23 camas, com 8 quartos duplos e 7 quartos individuais.

Aqui encontram-se maioritariamente doentes em cuidados paliativos ou em reabilitação (ortopédica ou de acidentes vasculares cerebrais), provenientes do domicílio, de outras instituições hospitalares, integrados na rede nacional de cuidados continuados (RNCC) ou que têm convenções com seguros de saúde ou são beneficiários da ADSE.

Tenho tido a oportunidade de prestar cuidados a pessoas com doença incurável em estágio avançado ou terminal. Os cuidados prestados centram-se na promoção do conforto, da dignidade e da qualidade de vida, sendo os seus destinatários os doentes que estão em situações de sofrimento, associadas a doenças incuráveis, maioritariamente, doenças oncológicas. Nesta ordem de ideias, acrescenta-se que “o serviço proporciona a estes doentes todo o conforto que caracteriza o espaço desta instituição, acrescidos dos cuidados de uma equipa multidisciplinar” (Local de Estágio II, 2019).

Os cuidados paliativos englobam intervenções cujo objetivo será aliviar o desconforto físico, espiritual, psíquico e emocional. Todas as intervenções de enfermagem em cuidados paliativos visam cuidados de conforto, pelo que os profissionais de saúde devem adaptar as intervenções à individualidade da pessoa, às suas necessidades e à fase em que se encontram, para que o doente se sinta confortável. Deste modo, o cuidado confortador do enfermeiro deve ser centrado na individualidade e qualidade de vida da pessoa (Neto, 2016). São estas intervenções que pretendo identificar e aplicar a estes doentes, no âmbito deste projeto e na minha prática, tornando-se claro o porquê da escolha desta instituição para local de estágio.

Relativamente, aos doentes a realizar reabilitação ortopédica ou de AVC, estes cumprem planos de reabilitação complexos, diminuindo o grau de incapacidade e incluindo a reeducação de atividades de vida, terapia da fala e adaptação do domicílio às novas necessidades do doente.

Os doentes com alterações da memória e com demência, dispõem de um conjunto de soluções direcionados para as suas necessidades e limitações, que incluem a neuroestimulação, que consiste no treino cognitivo e em estratégias de adaptação que ajudam a atingir os objetivos pretendidos.

Considerando, os objetivos do meu projeto para este local de estágio, é certo que o doente e família em cuidados paliativos são a minha população de interesse, contudo, não posso deixar de referir a relevância das intervenções que são desempenhadas pelos enfermeiros com os doentes em reabilitação. Neste sentido, e considerando o conforto como um conceito resultante dos cuidados de enfermagem, tal como defendido por Kolcaba (2003), na sua teoria holística do conforto, pretendo compreender quais as intervenções promotoras de conforto realizadas pelos enfermeiros aos seus doentes, considerando a sua individualidade, conseguindo desta forma, recolher mais intervenções para recheiar a *Checklist* do Conforto (Apêndice V), já elaborada durante o estágio anterior, mas cujo objetivo é completá-la, com intervenções provenientes da prática clínica durante a prestação de cuidados nos diversos locais de estágio.

Para Sousa (2014, p.23) “os modos e formas de confortar contextualizam-se no que desperta, estimula e fortalece e contribui para manter as capacidades existentes e reconquistar as que podem ser recuperadas, permitindo suportar melhor momentos de sofrimento”. Assim, “torna-se essencial conhecer o significado do conforto, bem como, maneiras e formas de confortar, de modo, a definirem-se intervenções efetivas promotoras de conforto” (Ribeiro, Marques & Ribeiro, 2017, p.866).

Como forma de resumir as ideias das autoras referidas anteriormente a Direção Geral de Saúde, (DGS, 2013, p.2) afirma que “a qualidade e conforto do ambiente hospitalar reflete-se na produtividade, eficiência e rendimento dos profissionais e no bem-estar, tranquilidade e satisfação dos doentes, assim como, na eficácia dos tratamentos”.

Concluindo, penso que o Local de Estágio II, se constitui como um excelente local de realização de cuidados de conforto, onde os seus profissionais se empenham para demonstrar segurança e empatia, estabelecendo uma comunicação eficaz com o doente e família, contribuindo para ajudar a atingir os seus objetivos, tendo em vista a diminuição do sofrimento e aumento da qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ▶ Direção Geral de Saúde (2003). *Conforto nas unidades hospitalares*. Orientação n.º 021/2013. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0212013-de-31122013.aspx> . Acedido em 29/09/2019.
- ▶ Local de Estágio B (2019).
- ▶ Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice – A vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- ▶ Neto, I. G. (2016). Modelos de Controlo Sintomático. In A. Barbosa, Pina, Paulo; Tavares, F.; I. Neto. *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, 3.ª Edição. ISSN: 1646-5687. p: 43-48.
- ▶ Ribeiro, P; Marques, M. & Ribeiro, M. (2017). O cuidado geriátrico: modos e formas de confortar. In: *Revista Brasileira de Enfermagem*, jul-ago, 70 (4). p: 865-872. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0636>.
- ▶ Sousa, P. (2014). *O conforto da Pessoa Idosa*. Lisboa: Universidade Católica Editora. ISBN: 978-972-540-440-9.

Apêndice VIII – Resumo do Local de Estágio III



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

Estágio com Relatório

Local de Estágio III

Discente:

Ana Inês Martins Fernandes (n.º 8823)

Regente:

Prof.ª Doutora Maria Alexandra Pinto Santos

Orientador:

Prof.ª Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá

Lisboa

Janeiro de 2020

Com o objetivo de enumerar e compreender a missão, objetivos, organização estrutural e a dinâmica da instituição onde desempenho funções e me encontro a realizar estágio, elaborei este resumo dando assim resposta a um dos objetivos do projeto que agora que se encontra em implementação: *o conforto da pessoa com doença hemato-oncológica - intervenções de enfermagem*.

O local de estágio III encontra-se inserido num Centro Hospitalar, em conjunto com mais dois hospitais, cuja missão é a “prestação de cuidados de saúde humanizados, de qualidade e em tempo oportuno e a promoção da investigação e da formação profissional” (Local de Estágio III, s.d.), tendo como meta a qualidade dos cuidados, considerando a diminuição do “risco para os doentes e profissionais, assente num modelo organizacional eficiente e responsabilizante, eficácia do sistema de informação, monitorização regular do desempenho pessoal e desempenho para os profissionais, inovação tecnológica, preocupação com o ambiente para a cura e investimento na formação e investigação” (Local de Estágio III, s.d.).

Como valores para a prestação de cuidados são definidos a competência, o respeito, a ética profissional, o espírito de equipa e a valorização pessoal (Local de Estágio III, s.d.).

Os objetivos estratégicos do serviço onde desempenho funções á treze anos são: “garantir a qualidade assistencial, a segurança e a satisfação dos doentes, integrando critérios de eficiência, garantir e promover um sistema de informação eficaz e adequado, a formação pré e pós graduada, a investigação clínica e uma boa articulação do serviço com outros serviços externos” (Local de Estágio III, s.d.).

O projeto, já referido anteriormente, será implementado no serviço de internamento, após o parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar. A problemática em estudo, constitui-se como uma temática de interesse para a equipa de enfermagem do serviço, a qual se encontra motivada para a implementação deste projeto, o que funciona como forças, a elencar para o desenvolvimento deste último período de estágio. Nesta ordem de ideias, torna-se também pertinente que projeto para dar visibilidade às intervenções de enfermagem promotoras de conforto, o que constitui uma oportunidade para a satisfação da pessoa com doença hemato-oncológica e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

O serviço é constituído por quatro áreas clínicas: medicina, hematologia, unidade de cuidados intermédios (UCINT), unidade de acidente vascular cerebral (UAVC). Sendo que, toda a equipa de enfermagem presta cuidados nestas quatro áreas distintas, havendo sempre em cada área um profissional de enfermagem mais experiente, numa perspetiva de manutenção da segurança e da qualidade dos cuidados prestados.

A equipa de enfermagem é composta pelo Enfermeiro Chefe, três Enfermeiros Coordenadores (que são responsáveis pelas áreas clínicas, contudo a UCINT e UAVC, são coordenadas pelo mesmo enfermeiro) e por 42 enfermeiros, que realizam turnos de doze horas. Alguns elementos da equipa de enfermagem irão ser transferidos, brevemente, para outros serviços do hospital, o que pode ser encarado como uma ameaça para a implementação deste projeto, pela instabilidade e mudanças que podem existir.

A equipa de assistentes operacionais é composta por 22 elementos, havendo muita instabilidade nesta classe profissional, uma vez que há frequentemente faltas injustificadas e próximas da hora da passagem de turno, o que implica que seja necessário fazer turnos extra e seguir turno, sendo estes aspetos geradores de insatisfação, insegurança e diminuição da qualidade dos cuidados prestados, o que também foi considerado como uma possível ameaça para a implementação do atual projeto.

A área clínica da medicina é composta por 26 camas, um quarto duplo e os restantes triplos e sempre mistos, o que pode pôr em causa a privacidade, mas facilita a entrada dos doentes dos restantes serviços do hospital, sendo poupador de recursos humanos e de gastos na preparação da unidade de cada doente.

A hematologia é constituída por 13 camas, neste momento, reduzidas para 10 camas efetivas, uma vez que devido ao período de contingência da gripe, o quarto triplo é ocupado por doentes de medicina, que não estejam infetados, para segurança dos doentes hemato-oncológicos. Existem mais quatro quartos duplos e dois quartos individuais equipados com pressão positiva, para proteção dos doentes neutropénicos ou a realizar ciclos de quimioterapia que já é previsível que irão passar um período de aplasia medular durante o internamento.

A UCINT é constituída por 4 camas e a UAVC é constituída por 6 camas, que podem receber doentes vindos de todo o hospital e também doentes externos, que sejam da área de residência deste centro hospitalar.

Os internamentos da pessoa com doença hemato-oncológica, são muito frequentes no serviço, em todas as áreas clínicas, vindas do serviço de urgência, do hospital de Dia de Oncologia ou então internamentos programados, na sua maioria, para a realização de ciclos de quimioterapia ou exames de estadiamento da doença, o que exige a sua permanência no serviço alguns dias e por vezes até meses, devido a complicações pós ciclos de quimioterapia.

A pessoa com doença hemato-oncológica, permanece no serviço durante um período de tempo médio a longo e é submetida a diversos procedimentos invasivos, seja a realização de exames, por exemplo, biópsias ósseas e mielogramas, para o diagnóstico inicial ou recaídas, a colocação de acessos venosos periféricos ou centrais para a realização de fluidoterapia, transfusões, antibióticos, reposição eletrolítica, administração de citostáticos, ... Todos estes procedimentos podem gerar descontrolo de sintomas (dor, náuseas, vômitos, mucosites,...), que geram desconforto e justificam a intervenção de enfermagem na promoção do conforto destes doentes.

Tal como é afirmado por Sá (2001, p:14) “os tratamentos efectuados, para além de prolongados, continuam a ser muito agressivos e potencialmente limitativos das actividades de vida diárias do doente e da família”. Sendo que, “o desconforto pode ser experimentado a nível físico e/ou emocional e é muitas vezes associado ao internamento (procedimentos de diagnóstico e de tratamento), sendo as medidas implementadas para minimizá-lo de natureza farmacológica ou não farmacológica (Williams, Davies & Griffiths, 2009).

Para Kolcaba (2003) o conforto assume um papel importante nos cuidados de enfermagem e resulta da satisfação das necessidades da pessoa como um todo - Ser Holístico. Considerando, que o conforto só fica completo com a avaliação dos resultados criou uma teoria na qual o conceito é operacionalizado.

A Teoria do Conforto (Kolcaba, 2003) engloba as intervenções implementadas para aumentar o estado de conforto e a avaliação dos resultados dessas intervenções (Nicolau, 2013). As medidas de conforto, de acordo com a Teoria de Kolcaba (2003) correspondem às intervenções de enfermagem implementadas para dar resposta às

necessidades de conforto fisiológicas, socioculturais, psicológicas e espirituais específicas de cada pessoa, sendo, neste sentido, importante compreender quais as intervenções de enfermagem, promotoras de conforto, na pessoa com doença hemato-oncológica, num serviço de internamento hospitalar, dando assim resposta à questão de investigação deste projeto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ▶ Local de Estágio III (s.d.).
- ▶ Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice – A vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- ▶ Nicolau, C. (2013). *Conforto dos doentes em fim de vida em contexto hospitalar*. Dissertação não publicada para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos, apresentada à Universidade de Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa, Lisboa.
- ▶ Sá, E. (2001). *A influência da adaptação mental à doença oncológica na qualidade de vida do doente hemato-oncológico, em ambulatório*. Dissertação não publicada de Mestrado apresentada para obtenção do Grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- ▶ Williams, A., Davies, A. & Griffiths, G. (2009). Facilitating comfort for hospitalized patients using non-pharmacological measures: Preliminary development of clinical practice guidelines. *International Journal of Nursing Practice*, 15, p: 145-155.

Apêndice IX – Reflexão Crítica I

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

Estágio com Relatório

Reflexão Crítica I

Discente:

Ana Inês Martins Fernandes (n.º 8823)

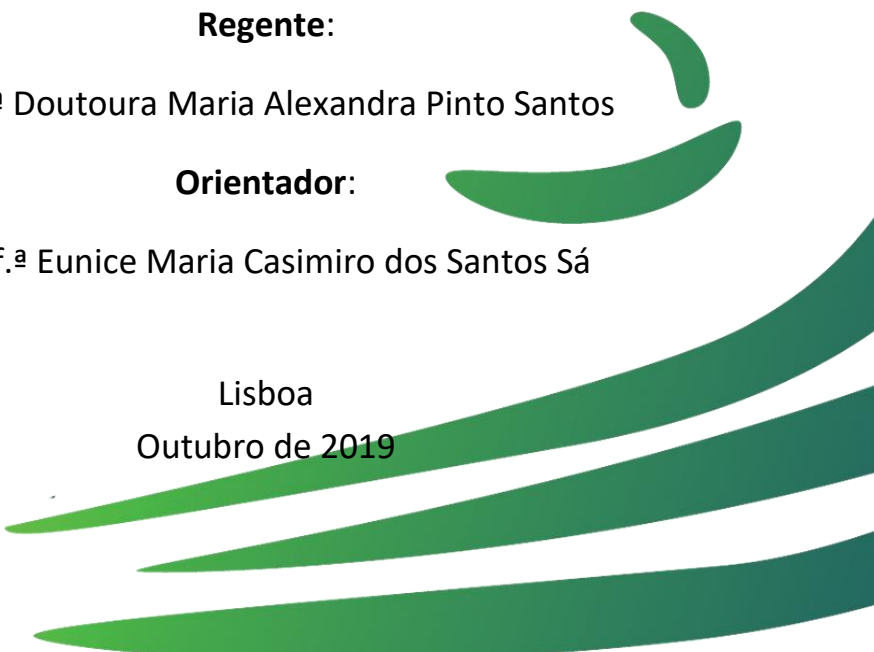
Regente:

Prof.ª Doutora Maria Alexandra Pinto Santos

Orientador:

Prof.ª Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá

Lisboa
Outubro de 2019



No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, desenvolvo a presente reflexão acerca de uma experiência vivenciada no local de estágio A.

A situação da prática de cuidados relaciona-se com o projeto de implementação que me encontro a desenvolver: o conforto da pessoa com doença hemato-oncológica - intervenções de enfermagem, pelo que se torna pertinente e sua abordagem e posterior reflexão.

Nesta ordem de ideias, irei descrever uma situação da prática clínica, onde também fui interveniente, uma vez que decorreu durante a prestação de cuidados, tentando refletir acerca desta situação, do meu papel, retirando conclusões e aspetos a melhorar para a prática futura, enquanto enfermeira especialista e mestre e também para o desenvolvimento do projeto, uma vez que com esta reflexão crítica darei resposta a uma das atividades propostas.

Para Pereira-Mendes (2016, p.3) “o exercício reflexivo emerge no presente, da leitura do passado, para construção do futuro. Assim sendo, para orientar este processo reflexivo, irei recorrer ao Ciclo Reflexivo de Gibbs (1988), que se organiza em seis etapas (fig. n.º 1):

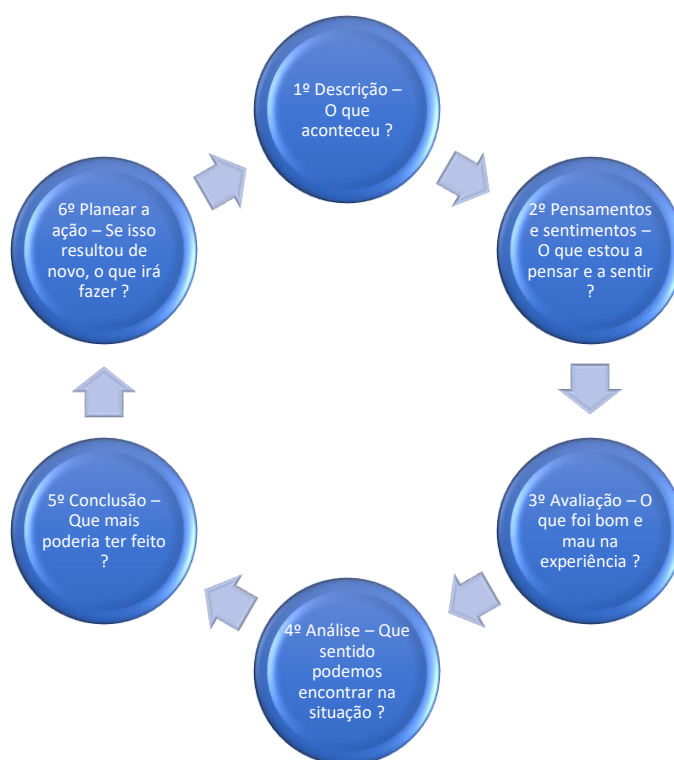


Fig. n.º 1 – Ciclo Reflexivo de Gibbs (1988)

No sentido de manter a privacidade, o respeito e dignidade da pessoa alvo de cuidados, tal como sustenta o Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2015 - artigo 106.º) usarei um nome fictício – Sr.ª V.

A Sr.ª V., de 45 anos, foi submetida a uma lobectomia hepática à esquerda via laparoscópica a 4 de outubro, por presença de cinco metástases hepáticas, sendo a neoplasia primária um adenocarcinoma do colón sigmoide, diagnosticado em maio de 2019, altura em que por oclusão intestinal foi submetida a uma hemicoletomia esquerda. Já realizou quimioterapia, cujo último ciclo foi a 28 de agosto.

Tem como antecedentes pessoais asma, trombose venosa profunda do membro inferior direito em 2009, realizou uma miomectomia em 2011, bócio multinodular, micronódulos pulmonares inespecíficos, realizou um tratamento de fertilidade, do qual nasceu um menino que tem atualmente 16 meses.

Posteriormente, irá ser submetida a mais duas intervenções cirúrgicas. A primeira para fazer embolização hepática, para quimioterapia localizada e a segunda para fazer uma biópsia pulmonar, para compreender as características dos micronódulos.

A Sr.ª V., mantém-se independente na satisfação das atividades de vida diária. Pele e mucosas pálidas e hidratadas, emagrecida, com fácies triste. Apresenta períodos de choro fácil e labilidade emocional, demonstrando-se ansiosa com a progressão da doença oncológica e a incerteza do seu futuro, sendo o filho o seu sentido de vida.

Aquando da realização dos pensos abdominais, a Sr.ª V. comenta comigo como é incómodo para ela estar no quarto com a porta fechada, apontando o facto de estar sozinha e num espaço com tanta luz, como desconfortável. Refere que prefere ouvir o barulho dos corredores a estar no silêncio do quarto, porque isto obriga-a a pensar na sua doença. A janela grande do quarto e a calma da água do rio, são referidos pela Sr.ª V. como fatores de stress e ansiedade, pois lembra-lhe as últimas férias que passou com o seu filho, o que leva a diversas interrogações: “quanto tempo mais irei viver? Será que o meu filho se vai lembrar de mim?” (sic).

Nesta altura, já eu sentada na cama da Sr.ª V., ela continuava a expressar os seus sentimentos, afirmando que tem uma boa rede de suporte, para cuidar do seu filho, entre os seus pais, a irmã e o companheiro, nos quais confia plenamente e sabe que o seu filho também se sente muito bem com eles, mas de qualquer forma não consegue evitar estes pensamentos.

Assim, prefere a porta do quarto aberta e a cortina quase toda corrida até ao chão, para que ouça barulho e sinta a agitação dos profissionais de saúde, esquecendo que está num hospital e que ainda terá de regressar mais duas vezes.

Apesar de falar carinhosamente no seu filho, como o seu objetivo de vida, compreendo que a sua esperança se encontra muito abalada. A Sr.^a V. por um lado, foca-se nas intervenções cirúrgicas, por outro, teme pelo seu fim de vida próximo, temendo a perda de controlo sobre si.

O meu discurso foi dirigido para a manutenção da esperança em objetivos a curto prazo, que incluíam o estar com o seu filho e a realização das próximas cirurgias, aumentando assim o tempo e a sua qualidade de vida, podendo acompanhar o filho durante este período. Por outro lado, ao centrar-se nas cirurgias, a Sr.^a V., consegue aumentar a esperança no seu processo de doença, sentindo-se responsável por ele e pelas decisões que toma, o que gera aumento da confiança e da autoestima. Para Chaves (2015) o enfermeiro desenvolve cuidados centrados na pessoa, “envolve-se emocionalmente de modo crescente, busca o bem-estar, conforto e qualidade de vida do doente, assegura o compromisso de ajuda incondicional (...) reorienta a conversa para a vida, ajuda-o a redescobrir interesses e metas para cada dia, ajuda-o a aceitar as perdas sucessivas e a proximidade da morte e cria uma aliança terapêutica” (p.44).

Estando eu a desenvolver um projeto de intervenção, onde o tema central é o conforto ao ouvir a Sr.^a V. dizer que ficava desconfortável com a porta do quarto fechada e com o estar sozinha, num espaço com tanta luz, pensei que ainda não me tinha confrontando com este tipo de sentimentos, para mim era uma novidade e admiração apontar estas características físicas e ambientais como geradoras de desconforto, ressaltando assim a subjetividade do conceito de conforto e o seu dinamismo.

Para a implementação do meu projeto, irei utilizar a Teoria do Conforto defendida por Kolcaba (2003). Esta autora descreve o conforto como o resultado do cuidado de enfermagem. Assim, o conforto adquire vários significados de acordo com as vivências de cada pessoa, sendo subjetivo e multidimensional, pois corresponde ao estado de satisfação das necessidades básicas, nos estados de alívio, tranquilidade e transcendência (tipos de conforto), considerando quatro contextos: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 2003).

Nesta ordem de ideias, o conforto é uma experiência holística e complexa que resulta da satisfação das necessidades básicas, como cuidado de enfermagem, proporcionada pelas

intervenções de enfermagem, designadas por Kolcaba (2003) como medidas de conforto, em que o seu resultado é o conforto. Concluindo, o “*Comfort Care*” ou cuidado confortador compreende em si mesmo o processo e o resultado.

Neste sentido, os enfermeiros desenvolvem intervenções promotoras de conforto centradas nos quatro contextos da Teoria do Conforto de Kolcaba (2003), considerando a singularidade de cada doente e tendo como objetivo final o seu conforto.

Regressando, à Sr.^a V. e aos tipos de conforto definidos por Kolcaba (2003), considero que o alívio se encontra satisfeito, uma vez que a doente se encontrava hemodinamicamente estável, por outro lado, a tranquilidade e a transcendência estão afetadas, sendo a calma e paz substituídas por sentimentos de ansiedade e medo perante o seu futuro, sendo que a sua doença oncológica põe em causa o seu potencial para poder planear e controlar o seu destino (Kolcaba, 2003).

Relativamente, aos contextos do conforto (Kolcaba, 2003), começando pelo físico, a Sr.^a V. foi submetida a uma cirurgia, apresentando dor controlada com analgesia prescrita, mas referindo ainda algumas náuseas. Apresenta um dreno no flanco esquerdo, pouco funcionante. Apesar disto há a ter em conta que, tal como nos diz Melo (2005, p.65)

a reação da pessoa ao internamento hospitalar é complexa. (...) O medo, a ansiedade, a vulnerabilidade e a incerteza são, concomitantemente, experiências emocionais que agravam o desconforto. Considerando, o impacto de ser submetido a procedimentos não só invasivos como dolorosos e adicionando a isto o facto de estar num ambiente estranho, a ser cuidado por pessoas estranhas e de estar sem a presença de familiares ou de pessoas significativas (...). Assim sendo, torna-se imperativo que a promoção do conforto deva acompanhar os cuidados curativos.

Portanto, o contexto físico não se encontrava satisfeito.

Considerando, o contexto psicoespiritual, relativamente à comunicação com a doente considero que esta foi eficaz, permitindo a escuta ativa, mostrando disponibilidade e compaixão, o que conduziu à expressão de sentimentos por parte da Sr.^a V. Tal como refere Silva, Brasil, Guimarães, Savottini & Silva (2000) as formas de comunicação não verbal, constituem formas complexas de interação, com a finalidade de expressar sentimentos, emoções e reações. Também Phaneuf (2005), acrescenta que as mensagens silenciosas do olhar, expressão facial ou postura são na sua grande maioria inconscientes (...) transmitindo os seus verdadeiros sentimentos e colocando em causa um elemento fundamental da relação de ajuda, que é a

autenticidade. É a partir desta autenticidade que se constrói a enfermagem, com base na empatia e nos processos de comunicação eficaz.

Neste caso é bem visível a desesperança no futuro e falta de sentido de vida, tendo sido um dos meus objetivos, conseguir ajudar a Sr.^a V. a estabelecer objetivos a curto prazo, que englobassem o seu filho, para que ela pudesse promover e manter o seu papel de mãe, depositando aqui esperança e conseguir encontrar sentido na sua vida. A esperança tem valor terapêutico, sendo considerada um importante mecanismo de *coping* que influencia o bem-estar físico, emocional e espiritual (Querido, 2005). Os enfermeiros desenvolvem intervenções de enfermagem promotoras de esperança junto da pessoa com doença oncológica quando valorizam as suas conquistas, promovem a qualidade de vida e a esperança realista, estimulam a vontade viver, incentivam o estabelecimento de objetivos e transmitem tranquilidade (Pacheco, 2014).

Abordei ainda a importância do seguimento por psiquiatria, ao que a doente confirmou que já seria seguida em consulta desta especialidade.

No que diz respeito ao contexto sociocultural a Sr.^a V. referiu alguns familiares como rede de suporte, para ela e para cuidar do seu filho, o que é um ponto positivo nesta taxonomia do conforto (Kolcaba, 2003). A nível cultural, podemos apontar intervenções que levem à distração e que foram usadas por mim e pela equipa de enfermagem, sugerindo ver televisão ou andar no corredor do serviço, o que a Sr.^a V, aceitou após alguma insistência.

Por último, as variáveis do ambiente, que se incluem no contexto ambiental de Kolcaba (2003) e que são referidas pela Sr.^a V., luz natural, imagens da natureza e o silêncio, são enfatizadas na evidência científica como promotoras de conforto (Panno, Kolcaba & Holder, 2000; Kolcaba, 2003; Barbosa & Neto, 2010), quando se refere que “os sons suaves, podem ajudar a tornar o ambiente mais agradável, devendo ser dada a opção aos doentes entre estes sons ou o silêncio” (DGS, 2013) e não, geradoras de desconforto como foi referido pela Sr.^a V., contudo, compreendo que o impacto que a doença oncológica está a ter no seu percurso de vida seja muito negativo e lhe traga medo e ansiedade, sendo que a desesperança também é geradora de desconforto. Também Apóstolo, Batista, Macedo & Pereira (2006, p:56) corroboram esta ideia afirmando que “a pessoa doente, que sofre de desconforto, não se transcende podendo perder o sentido de vida e incapacidade sentida para controlar o seu futuro”. Neste contexto, a doente

permaneceu com a porta do quarto aberta, com a cortina translúcida corrida, o que permitia entrar pouca luz e não ver totalmente a paisagem pela janela.

Assim sendo, considero que esta experiência foi importante, na medida, em que considerando todos os excelentes atributos físicos e ambientais do local onde me encontro a desenvolver estágio, que são tidos e elogiados pela maioria dos doentes como promotores de calma, tranquilidade e harmonia, ideais para o processo de conforto e de recuperação, compreendi que estes também podem ser considerados fatores de desconforto. Neste sentido, é importante saber e avaliar quais as reais necessidades de cada doente, contribuindo para a melhoria do seu conforto, através da implementação de intervenções de enfermagem, avaliando-as posteriormente, para atingir o resultado final do conforto.

Por outro lado, esta experiência ao valorizar a subjetividade do conforto para cada doente, permite também operacionalizar a taxonomia do conforto, elaborada por Kolcaba (2003), o que me levou a compreender como é fácil aplicar esta teoria, colhendo posteriormente, dados para as intervenções promotoras de conforto que devem ser implementadas pelos enfermeiros, de acordo com os vários tipos e contextos de conforto.

A análise desta situação permite-me também refletir acerca da comunicação com o doente oncológico, que decorre de um treino de competências, de reflexão e autocrítica, que permitirá uma mudança no comportamento profissional (Barbosa, Pina, Tavares & Neto, 2016). Neste sentido, considero que esta competência profissional ainda está em desenvolvimento, sendo a prática clínica, a evidência científica e a reflexão, estratégias eficazes para conseguir desenvolver competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, tal como consta do regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Num estudo realizado em 488 hospitais em 12 países europeus, a atividade de enfermagem que mais frequentemente fica por realizar é a de “confortar/falar com os doentes” (Auserhofer et al., 2014). Torna-se necessário que os enfermeiros priorizem os cuidados de forma a prestarem aos doentes o melhor cuidado possível com os recursos disponíveis.

Nesta ordem de ideias, considero que nesta situação emergem também as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa, relativas ao suporte e consolidação de recursos pessoais e pontos fortes da pessoa com

doença crónica incapacitante e terminal, utilizando ferramentas de comunicação adequadas com a pessoa com doença crónica, de forma a permitir a esperança realista, assim como o ajuste de expectativas, que se encontram em desenvolvimento pessoal.

Considerando, as competências da European Oncology Nursing Society (EONS, 2018, p.26) penso que fica explícito nesta situação como é importante “identify the impact of cancer on the physical, psychological, emotional, social and spiritual wellbeing of people affected by cancer”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Apóstolo, J; Batista, A.; Macedo, C. & Pereira, M. (2006). Sofrimento e conforto em doentes submetidos a quimioterapia. *Referência*, vol. II (3). p: 56-64. ISSN: 0847-0283.
- Auserhofer, D.; Zander, B.; Busse, R.; Schubert, M.; Geest, S.; Rafferty A.M.; Ball, J.; Scott, A; Kinnunen, J; Heinen, M.; Sjetne, I.; Moreno- Casbas, T.; Kózka, M.; Lindqvist, R; Diomidous, M.; Bruyneel, L.; Sermeus, W; Aiken, L.; Schwendimann, R. (2014). Prevalence, patterns and predictors of nursing care left undone in Europe hospitals: results from the multicountry cross-sectional RN4CAST study. *BMJ Qual Saf*, 23, p:126-135. Doi: 10.1136/bmjqs.2013-002318.
- Barbosa, A. & Neto, I. (2010) – *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., & Neto, I. (Edits.). (2016). *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed.). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos: Centro de Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Chaves, L. (2015). A influência das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica. Dissertação de Mestrado em Enfermagem não publicada, apresentada para obtenção de grau de mestre à Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho. Minho.
- Direção Geral de Saúde (2013). *Conforto nas unidades hospitalares*. Orientação n.º 021/2013. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0212013-de-31122013.aspx> . Acedido em 29/09/2019.
- European Oncology Nursing Society (EONS) (2018). *The EONS Cancer Nursing Education Framework*. Bruxelas: EONS.
- Gibbs, G. (1988). *Learning by doing: a guide to teaching & learning methods*. Oxford: Oxford Brooks University.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice – A vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- Melo, M. da L. (2005). *Comunicação com o doente: certezas e incógnitas*. Loures: Lusociência.

- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em situação crónica e paliativa* - Lisboa. Disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_188_2015_Competencias_Especificas_EE_Pessoa_Situacao_Cronica_Paliativa.pdf, acedido em 29/05/2019.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro. Diário da República* (Vol. 1ª. série). <https://doi.org/10.1177/1745691611432124>.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>, acedido em 29/05/2019.
- Pacheco, A. (2014). *Cuidar da pessoa com doença oncológica em situação paliativa: o significado da esperança atribuído à esperança pela equipa de enfermagem*. Dissertação de Mestrado, não publicada, apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Cuidados Paliativos. Porto.
- Panno, J., Kolcaba, K., & Holder, C. (2000). Acute Care for Elders (ACE): a holistic model for geriatric orthopaedic nursing care. *Orthopaedic Nursing*, 19(6), p.53-60. Retrieved from CINAHL Plus with Full Text database. Acedido em 05/10/2019.
- Pereira-Mendes, A. (2016). O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Educare Electronic Journal* vol. 20(1) Janeiro-Abril. p:1-23. DOI: <http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9>.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Querido, A. (2005). *A Esperança em Cuidados Paliativos*. Dissertação de Mestrado, não publicada, apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Cuidados Paliativos à Universidade de Lisboa, Lisboa.

Apêndice X – Reflexão Crítica II

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

Estágio com Relatório

Reflexão Crítica II

Discente:

Ana Inês Martins Fernandes (n.º 8823)

Regente:

Prof.ª Doutora Maria Alexandra Pinto Santos

Orientador:

Prof.ª Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá

Lisboa

Novembro de 2019



Índice

	Pág.
Introdução	3
1. Descrição da Situação	4
2. Contextualização da Situação	5
Conclusão	14
Referências Bibliográficas	16
Anexos	
ANEXO I – Ciclo Reflexivo de Gibbs	
ANEXO II – Escala de <i>Edmonton Symptom Assessment System</i> (ESAS)	
ANEXO III – <i>Palliative Performance Status</i> (PPS)	
ANEXO IV – Identificação de Necessidades Paliativas	
ANEXO V – Avaliação da Complexidade	

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular de Estágio com Relatório, aquando da realização do segundo estágio, no local B, confrontei-me com a situação de cuidados que irei descrever, enquanto prestava cuidados. Por considerar, uma situação de cuidados pertinente, onde foi possível desenvolver competências comunicacionais e que me permitiu também aprofundar conceitos na área dos cuidados paliativos, no sentido, de encontrar algumas estratégias que poderia ter adotado, promovendo a comunicação eficaz, com o doente com doença oncológica avançada.

Nesta ordem de ideias, após a descrição da situação da prática clínica, apresento a reflexão acerca dos sentimentos, aprendizagens e conclusões apreendidas, que contribuíram para o desenvolvimento de competências comunicacionais, enquanto enfermeira especialista e mestre, no doente com doença oncológica e sintomatologia descontrolada, dando assim resposta a um dos objetivos do projeto de intervenção, que serve de base a este estágio.

Para o desenvolvimento desta reflexão, irei utilizar as etapas do Ciclo Reflexivo de Gibbs (Gibbs, 1988), já descritas em pormenor na reflexão crítica I (anexo I) e também senti necessidade de recorrer à evidência científica, para melhor descrever as aprendizagens realizadas.

No sentido de manter a privacidade, o respeito e dignidade da pessoa alvo de cuidados, tal como sustenta o Código Deontológico do Enfermeiro (2015) (artigo 106.º) usarei um nome fictício – Sr.ª A.

1. DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

A Sr.ª A . de 73 anos, encontra-se neste hospital desde Outubro de 2019.

É viúva, tem 2 filhos e vivia sozinha.

Tem o diagnóstico de um adenocarcinoma da cabeça do pâncreas, em estágio IV, desde há três anos. Esteve internada numa outra instituição onde realizou CPRE, por icterícia obstrutiva, com melhoria clínica e analítica. Por agravamento do estado de consciência com hemiparesia à esquerda realizou exames complementares de diagnóstico que confirmaram a presença de múltiplas lesões metastáticas cerebrais.

Fica internada na instituição com a indicação de medidas de conforto.

A doente apresenta-se calma, consciente e orientada. Comunicativa e colaborante dentro das suas possibilidades na prestação de cuidados.

Apresenta hipofonia.

Necessita de ajuda total em todas as atividades de vida. Pele e mucosas descoradas, ictéricas e hidratadas.

Apresenta dor à mobilização no ombro esquerdo, que reverte com repouso e aplicação de calor.

Apresenta abdómen doloroso à palpação, sendo evidente uma tumefação no hipocôndrio à esquerda.

Após o jantar, aquando do posicionamento a Sr.ª A dirigiu-se a mim e à enfermeira com quem estava, de forma muito agressiva, dizendo que estava ali abandonada há muito tempo, com dores, que lhe tínhamos tirado à campinha e que por isso ela não podia pedir ajuda, nem a medicação para as dores.

Explicamos calmamente, que as visitas tinham saído do quarto há pouco tempo e que tínhamos deixado a campinha na sua mão como era hábito.

A Sr.ª A continuava com um discurso agressivo, afirmando que a tratávamos com pena e que tínhamos “dó” dela, que a achávamos uma “tonta” e que por isso não fomos ao quarto e lhe tirámos a campinha.

Estávamos ambas muito calmas, falando serenamente com esta doente, contudo ela tratava-nos com agressividade reafirmando, que a achávamos uma “tonta” e por isso a tínhamos deixado com dores e sozinha durante tanto tempo.

Tentamos posicioná-la de forma confortável, privilegiando o seu decúbito de conforto e aplicando o calor na região dorsal, onde referia dores intensas.

Pedimos desculpa e explicamos a situação várias vezes, mas o seu tom agressivo para nós mantinha-se.

Explicamos que não tínhamos “dó” e que não a achávamos uma “tonta”. Tentamos explorar estas ideias e o seu porquê, mas a Sr.ª A, não nos respondeu.

Administrámos a medicação prescrita em SOS e fomos vigiando a Sr.ª A, que antes do fim do turno já tinha adormecido.

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

Esta situação despoletou em mim sentimentos de frustração, como enfermeira, primeiramente porque a doente não tinha forma de comunicar a dor descontrolada que estava a sentir, apesar de a campainha estar sempre na sua mão e da equipa de enfermagem, em turno anteriores, ter criado estratégias para que ela conseguisse puxar o fio da campainha com um simples e leve movimento do braço, mas naquele momento, sem percebermos o porquê, a campainha estava pousada na mesa de cabeceira, onde a Sr.ª A não conseguia chegar.

Por outro lado, considerei que a agressividade com que a Sr.ª A se dirigia às enfermeiras era também sinónimo de uma relação terapêutica, com pilares de confiança sólidos, uma vez que foi a maneira que ela encontrou de comunicar a sua angústia e revolta perante a dor e o que tinha acontecido. Por outras palavras, considero que esta forma de verbalizar o que estava a sentir, foi uma mensagem para nós enfermeiras, como se quisesse partilhar a sua revolta, não querendo estar sozinha naquele momento desconfortável, mas demonstrando também empatia pelos enfermeiros, que considerou essenciais para a ajudar no seu processo de doença oncológica.

A gestão emocional realizada pelos enfermeiros que cuidam de pessoas com doença oncológica em fim de vida, é um trabalho intrínseco fundamental inerente ao processo do cuidar. Claro que não compreendi esta agressividade como pessoal, fiquei incomodada com o facto de a doente não ter a campainha para chamar e todos os restantes sinais de dor e ansiedade me entristeciam, porque não passei naquele quarto antes? Esta era a pergunta que permaneceu na minha cabeça durante algum tempo. O descontrolo da Sr.ª A era nítido, a sua expressão de ansiedade e medo foi marcante.

Analisando esta situação, compreendo nesta comunicação uma segunda mensagem, se assim posso entender, não querendo realizar juízos de valor, parece-me que esta doente sente revolta perante a sua doença avançada, perda de sentido de vida e fim de vida próximo, como algo que, como é normal, lhe causa ansiedade e medo, contudo, não validei este facto com ela.

Neste contexto, a agressividade usada para demonstrar a sua dor descontrolada, foi sinónimo de manifestação da não aceitação do seu fim de vida. Este facto, já tinha sido abordado pelos enfermeiros durante a passagem de ocorrências, visto que episódios como este, de alguma agressividade aos profissionais e cuidados desempenhados, já tinham sido relatados por outros enfermeiros.

Foi, para mim, uma situação nova, em toda a minha prática profissional, contudo, naquele momento só consegui falar calmamente com a Sr.ª A, tentando explicar-lhe que tínhamos saído do seu quarto à pouco tempo, quando ainda estava na companhia do seu filho, irmã e cunhado e que agora estávamos ali para a ajudar e para tentar diminuir a dor que sentia, recorrendo a medidas não farmacológicas e farmacológicas. O objetivo da minha intervenção foi demonstrar uma atitude empática e disponibilidade para escutar, utilizando tom de voz baixo e calmo, clarificando os sentimentos negativos que a Sr.ª A referia como “dó” e “acharmos que era tonta”, tentando redirecionar o seu discurso para os filhos, ...

Tanto eu como a Enfermeira com quem estava, ficámos perturbadas com a agressividade e com o facto da Sr.ª A afirmar que a estávamos a inferiorizar, com “dó” dela e que a considerávamos uma “tonta”. Ainda falámos sobre esta situação posteriormente e concluímos que a atitude calma e a tranquilidade que mantivemos foi benéfica e que a Sr.ª A estava a direcionar toda a sua revolta, pela dor não controlada, mas também pela progressão da sua doença oncológica, para a agressividade com que se dirigia a nós.

Esta situação também pode ser interpretada de outra forma, uma vez que a dor e o não conforto também podem gerar ansiedade e revolta, que a Sr.ª A descarregou nos enfermeiros, como prestadores de cuidados que não estavam a ajudá-la no controlo da sintomatologia. Poderíamos estar perante um episódio de dor irruptiva com necessidade de analgesia, prescrita em SOS, o que motivou a ansiedade e expressão de sentimentos negativos.

Para Kolcaba (2003) a dor, náusea, fadiga, a ansiedade, solidão e angústia espiritual são aspetos geradores de desconforto que precisam de ser geridos para que o doente possa alcançar o estado de conforto holístico.

De qualquer forma e tentando esmiuçar a situação vivenciada, os enfermeiros estão conscientes da necessidade de dar resposta aos problemas/necessidades complexas do doente em fim de vida (Simões & Rodrigues, 2010), proporcionando diminuição do sofrimento, qualidade de vida e conforto. Neste sentido, os enfermeiros desenvolvem cuidados intensivos de conforto, assentes na filosofia dos cuidados paliativos, que consistem numa assistência ativa, global e integral dos doentes e das suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar numa altura em que a doença já não responde aos tratamentos curativos (Twycross, 2003).

A empatia estabelecida no processo de comunicação é uma exigência do doente, mas é também facilitadora da expressão de sentimentos, do sofrimento e da angústia no decorrer do processo de doença oncológica (Ribeiro, 2011).

Nesta ordem de ideias, perante a doença avançada e incurável e a enorme necessidade de cuidados complexos, os doentes e famílias, devem ser seguidos por uma equipa com formação em cuidados paliativos, cujo objetivo será o acompanhamento e conforto da pessoa em fim de vida, aliviando a dor e o sofrimento, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida (Rodrigues, 2015), tal como é conseguido pela equipa de enfermagem do local onde estou a desenvolver este estágio.

Os quatro pilares dos cuidados paliativos são: o controlo dos sintomas, a comunicação adequada, o apoio à família e o trabalho em equipa (Twycross, 2003; Neto, 2016;).

Os cuidados paliativos, tal como preconizado pela World Health Organization (WHO, 2002): providenciam o alívio da dor e de outros sintomas; afirmam a vida e vêem a morte como um processo natural; não têm a intenção de apressar nem de adiar a morte; integram os aspetos psicológicos e espirituais nos cuidados aos doentes; oferecem um sistema de suporte para ajudar dos doentes a viverem tão ativamente quanto possível até à morte; utilizam uma abordagem multidisciplinar para atender às necessidades dos doentes e das suas famílias, incluindo o apoio no luto, se indicado; melhoram a qualidade de vida, e podem até influenciar positivamente o curso da doença; e são aplicáveis mais precocemente, em conjunção com outras terapias que

são destinados a prolongar a vida, tais como quimioterapia ou radioterapia, e incluem as investigações necessárias para compreender melhor e gerir complicações.

Barroso (2010, p: 29) acrescenta ainda que

(...) os cuidados paliativos não se dirigem apenas aos doentes agónicos, que estão a horas ou dias de morrer e que podem ter de responder a diferentes níveis de complexidade de doentes e família. A noção de prognóstico de vida limitado que caracteriza estes doentes tem uma abrangência que deve ser tida em conta, tanto em termos de fase da doença como em termos de complexidade, para operacionalizar as respostas destes cuidados.

A complexidade de gestão das necessidades dos doentes e famílias em cuidados paliativos implica um trabalho de equipa e também a formação dos seus profissionais, o que tem sido muito gratificante de compreender e observar durante a realização deste estágio.

Na minha opinião, na situação relatada, as intervenções de enfermagem desenvolvidas estiveram de acordo com a abordagem centrada na pessoa, defendida por McCormack & McCance (2006), onde se baseia o cuidado centrado na pessoa na capacidade de negociação, sempre mostrando respeito pela pessoa, centrando nela toda a nossa atenção e na resolução da sua preocupação, respeitando a sua vontade.

A comunicação é transversal a todos os outros pilares dos cuidados paliativos, aliás todos eles, se fundem para o mesmo objetivo comum, o conforto, a diminuição do sofrimento e aumento da qualidade de vida, até à morte.

A comunicação verbal e não verbal funcionam como intervenções terapêuticas, que o enfermeiro usa como recurso, para “reduzir a ansiedade, levando à partilha do sofrimento, dando ao doente a oportunidade de participar nos cuidados e nas decisões” (Rodrigues, 2015, p: 23). Também Araújo & Silva (2007, p: 668) fomentam esta ideia ao afirmarem que “comunicar adequadamente com a pessoa em fim de vida e sua família, constitui um agente terapêutico, um ansiolítico eficaz e potente antidepressivo”.

De acordo com Saraiva (2008), a ajuda do enfermeiro deve basear-se em três pontos chave: a verdadeira escuta, que permite acolher a palavra do outro, proporcionando ao enfermeiro a identificação das necessidades expressas quer verbalmente, quer não verbalmente; a empatia, que implica ser capaz de compreender o outro, de se colocar no seu lugar, sabendo no entanto, manter a distância que permite a relação terapêutica e a congruência, que implica que o enfermeiro deve ser autêntico.

A comunicação não verbal, como a expressão facial, o contato olhos nos olhos, a postura, o toque e o ritmo do discurso, são demonstrativos de disponibilidade e escuta, o que constitui uma excelente atitude terapêutica no alívio da dor, sofrimento e ansiedade, fomentando mecanismos de coping (Querido, Salazar & Neto, 2006; Araújo & Silva, 2007; Ribeiro, 2011). Efetivamente, a comunicação promove a relação entre o enfermeiro e doente em fim de vida, “permite conhecer as necessidades desta pessoa de forma a intervir no sentido da promoção do seu conforto” (Rodrigues, 2011, p: 25), penso que este foi um objetivo conseguido através da comunicação que estabelecemos com a Sr.^a A.

Também Chaves (2015, p: 5) sintetiza esta ideia ao afirmar que “a comunicação não-verbal dos enfermeiros tem influência nas experiências subjetivas de sofrimento das pessoas com doença oncológica e que a comunicação empática desempenha um papel mediador fundamental, pelo que é essencial incrementar estratégias de desenvolvimento contínuo das competências de comunicação dos enfermeiros”.

O controlo de sintomas, como outro princípio fundamental dos cuidados paliativos, tem como objetivo principal a procura do conforto, do bem-estar e o alívio do sofrimento físico, psicológico, e espiritual onde as ações terapêuticas se centram nas necessidades da pessoa em fim de vida e sua família. A intenção terapêutica única será promover a dignidade, aceitar os limites e a morte com a tranquilidade e serenidade possível e não a cura (Sapeta, 2011).

A avaliação de sintomas em cuidados paliativos é primordial para se adequarem os cuidados e para que estes se aproximem o mais possível da utopia e da excelência do cuidar, nesta área tão vital, que zela pelo bem-estar do doente dignificando-o enquanto ser (Ribeiro, 2012).

Na situação da Sr.^a A, há a considerar o descontrolo da dor e a ansiedade como sintomas descontrolados.

Na instituição, onde me encontro a desenvolver estágio, para a avaliação da sintomatologia da pessoa em cuidados paliativos é utilizada a escala *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS) (anexo II), um instrumento que avalia e monitoriza nove sintomas físicos e psicológicos no doente em cuidados paliativos. A ESAS é usada para avaliar dor, fadiga, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar e dispneia, com frequência semanal e na admissão do

doente, estabelecendo-se posterior comparação para adequar estratégias terapêuticas definidas em equipa.

Atualmente, há também autores que consideram a introdução do sono, como o décimo sintoma. Esta escala é graduada de 0 a 10, onde 0 representa a ausência do sintoma e 10 a pior intensidade. A sua aplicação é fácil e rápida e pode ser preenchida pelo doente, família ou profissional de saúde (Silva, Conceição, Fontes, Ferrari & Barros, 2017).

Se a ESAS, fosse aplicada, à Sr.^a A, neste momento, a dor, cansaço, ansiedade e sensação de bem-estar corresponderiam a classificações na escala de ESAS mais próximas do 10, enquanto que os restantes sintomas estariam entre o 0 e o 5, não necessitando de intervenções paliativas urgentes. Não esquecer que os sintomas presentes na ESAS são interdependentes, assim sendo, a satisfação das necessidades em alguns sintomas influencia a diminuição do valor na classificação da escala de ESAS de outros, contribuindo para o aumento do conforto e da qualidade de vida.

Para além da ESAS os enfermeiros do local onde me encontro a desenvolver estágio, utilizam a *palliative performance status* (PPS) para descrever o estado funcional atual do paciente (anexo III), identificando as necessidades paliativas, através dos indicadores de doença avançada (anexo IV) e da avaliação da sua complexidade (anexo V). Todos estes instrumentos permitem aos diversos profissionais da equipa multidisciplinar de cuidados paliativos, identificar, não só as necessidades dos doentes, como também as necessidades paliativas complexas. Tal como se afirma, no Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, CNCP, 2017, p.8), no biénio 2017-2018, uma das suas diretivas é descrita como

ter especialistas e unidades de cuidados paliativos para cuidar de todas as pessoas com doenças graves e/ou avançadas e progressivas, pelo que se propõe a diferenciação entre dois níveis de cuidados: abordagem paliativa e cuidados paliativos especializados, sendo estes prestados a doentes com necessidades paliativas complexas, por equipas multidisciplinares com competências próprias, as quais necessitam ser devidamente certificadas

Esta diretiva já está a recolher os seus frutos e existe já em Portugal, cuidados paliativos especializados e atentos à complexidade das necessidades dos doentes e famílias, que são

descritos como “problemas persistentes de alta intensidade ou complexidade em qualquer das dimensões do sofrimento” (CNCP, 2017, p.9).

De forma a responder a estas diretivas ganha extrema importância a formação na área dos cuidados paliativos, sendo direcionada para todos os profissionais de saúde, de forma a garantir a organização e melhoria da qualidade dos cuidados prestados, com fim à satisfação das necessidades dos doentes e famílias (CNCP, 2019, p: 9).

Assim, usando a PPS (anexo III), a Sr.ª A, teria um nível funcional entre os 40-50%, estando sentada ou deitada, com doença extensa, incapaz de qualquer trabalho, a ingesta era já reduzida, apresentando por vezes períodos de confusão, necessitando de ajuda total em muitos dos autocuidados.

Relativamente, à identificação de necessidades paliativas (anexo IV), a Sr.ª A encontrava-se cada vez mais dependente (ponto 2.1), com deterioração do seu estado geral, com capacidade funcional em deterioração devido a neoplasia metastática progressiva (ponto 3.1. a), apresentando incapacidade para se vestir, andar ou comer sem ajuda (ponto 3.2. a) e incontinência urinária (ponto 3.2. c) e com deterioração física e cognitiva progressiva, com alguns períodos de confusão, o que determina a avaliação positiva de necessidades paliativas. Contudo, aplicando a avaliação da complexidade (anexo V), não me parecem existir critérios para necessidades paliativas complexas.

A dor foi um dos sintomas físicos que ressaltam da análise da situação da Sr.ª A. É considerada o 5.º sinal vital, sendo possível avaliar a sua intensidade, recorrendo a diversas escalas de acordo com o doente que está à nossa frente, adequando posteriormente as medidas farmacológicas ou não farmacológicas mais eficazes, de forma a atingir o seu controlo. Pela sua subjetividade e de forma a uniformizar a sua avaliação e registo foi criada pela Direção Geral de Saúde (DGS) uma circular normativa (2003).

A dor é um sintoma muito comum na doença avançada, sendo difícil de controlar, o que exige muitas vezes várias abordagens, em termos de fármacos, dosagens, vias de administração, tratamentos, ...

Perante a dor intensa da Sr.ª A, que foi difícil de caracterizar por ela, uma vez que a ansiedade e a hipofonia, também eram fatores dificultadores, realizámos a nossa avaliação e compreendemos que era uma dor intensa, e foi com esta certeza que agimos. Recorremos ao

conhecimento que detínhamos da Sr.^a A, relativamente, à posição de conforto, à aplicação de creme hidratante e posterior massagem e às medidas não farmacológicas (aplicação de calor) e direcionámos a nossa intervenção, para além da conjugação com uma comunicação eficaz, o que em conjunto contribuiu para diminuir a ansiedade e gerar um ambiente mais calmo, tal como foi concluindo no estudo de Santos (2008), acerca da utilização de medidas não farmacológicas, privilegiando a comunicação, a massagem, os posicionamentos antiálgicos, a disponibilidade, as mobilizações e a termoterapia em combinação com as medidas farmacológicas, tendo sempre como prioridade as preferências do doente. Estas intervenções foram acrescentadas à *Checklist* do Conforto, que vou construindo, com os contributos da prática clínica, com intervenções promotoras de conforto.

De acordo com Pereira (2010) a terapêutica farmacológica deve estar prescrita a horas certas e não apenas quando há uma exacerbação da dor. Mas a medicação de resgate é fundamental e deve estar prescrita, não devendo ser, no entanto, a base do tratamento, o que se revela bastante eficaz no controlo da dor.

Para Marques (2005, p.354), o controlo de sintomas é um dever e um sinal de respeito pelo doente, ...“É a humanidade na abordagem do sofrimento, da dor (tantas vezes dor absoluta), do desespero, é a competência no manejo e na rotação de opioides, etc. É, portanto, e sobretudo, a compreensão dos valores e vontades de alguém que - por vezes - sofrendo terrivelmente, de esperança perdida, suplica por ajuda”, tal como, acontecia com a Sr.^a A.

Também a Ordem dos Enfermeiros (OE) valoriza a problemática da avaliação da dor, atribuindo importância ao papel do enfermeiro em avaliar e regular a dor e intervir precocemente de modo a promover o conforto das pessoas de quem cuida (OE, 2001) sem esquecer a sua prevenção.

Por outro lado, sobressair da análise desta situação a ansiedade/agressividade que a Sr.^a A nos demonstrava pelas palavras e sua expressão facial.

A ansiedade é distinta da ansiedade fisiológica, necessária para a realização das atividades do dia a dia, por ser uma reação exagerada aos estímulos. Pode ser definida como um estado desconfortável vivenciado como sentimento difuso de medo e apreensão (Sousa, 2012, p: 43, 44).

Com as intervenções não farmacológicas deve-se: permitir e incentivar o doente a verbalizar os seus problemas, medos e preocupações; oferecer informação, se o doente assim o quiser, sobre a doença e tratamentos, permitindo um maior controlo sobre as situações; induzir atitudes positivas que visem expectativas realistas; incitar o desenvolvimento de estratégias para assumir o controlo das suas reações ansiosas (Bernardo, Leal & Barbosa, 2016).

A doença avançada e o fim de vida, geram ansiedade e sentimentos negativos como o medo e a perda.

Para Ribeiro (2012, p: 4) “o fim da vida é o momento que precede a uma morte anunciada, é um tempo de muita perplexidade, angústia e medo, no qual é adquirida a certeza de que a morte não é apenas uma possibilidade, mas sim um facto inexorável da própria vida”.

O fim de vida de cada pessoa é único, exigindo cuidados específicos e a satisfação de necessidades de natureza física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, tal como refere Kolcaba (2003), na sua Teoria do Conforto, descrevendo os quatro contextos de conforto e também os três tipos de conforto, alívio, tranquilidade e transcendência.

As necessidades físicas relacionam-se com o alívio da dor, tal como no caso da Sr.^a A e de todos os sintomas físicos, como a ansiedade.

No contexto psicoespiritual inclui-se a autoestima e sentido de vida, que nitidamente nesta situação, se encontrava em rutura, uma vez, que a consciência da sua doença avançada e do fim de vida era perturbador e gerador de ansiedade e revolta.

A nível sociocultural considero que não parecia existir problema, do que observei, havendo visitas regulares dos filhos, mesmo o que estava na Polónia, da irmã e do cunhado.

Por último, a nível ambiental, do meio que a rodeia, parece estar tudo controlado, imperando um ambiente com pouco ruído, com adequação da luminosidade aos gostos da Sr.^a A. Apesar, de a campainha, no momento de ocorrência desta situação se encontrar inalcançável, já tinham sido encontradas algumas estratégias pela equipa de profissionais para que com um simples movimento a Sr.^a A, conseguisse puxar o fio da campainha.

Considerando, os tipos de conforto, existe dor e ansiedade, logo o alívio e a tranquilidade estão afetados, não existindo transcendência, pois a Sr.^a A, ainda não aceitou o não controlo da sua doença, parecendo, que este facto é gerador de ansiedade e medo. Nesta ordem de ideias,

é perceptível o impacto físico, psicológico, social, emocional e existencial da doença avançada (European Oncology Nursing Society (EONS), 2018, p: 32).

Gostaria de ter conseguido falar um pouco mais acerca destes sentimentos com a Sr.^a A, tentando explorá-los e clarificá-los se ela assim o deseja-se, para conseguir ajuda-la a encontrar estratégias para lidar com estes sentimentos negativos, mas perfeitamente normais, de quem tem medo da aproximação da morte, da incerteza dos próximos momentos e da saudade do que ficou por realizar, contudo a Sr.^a A, faleceu ao fim de uns dias.

CONCLUSÃO

Para Loureiro (2001, p: 46) o enfermeiro pode ajudar a lidar com o período de fim de vida recorrendo a técnicas de comunicação como: “usar perguntas abertas, disponibilizar tempo e privacidade ao doente e família, estar atento à expressão e reação à perda, estar sempre por perto, não dar conselhos, não dar falsa esperança, não evitar assuntos que a pessoa em fim de vida queira discutir e apoiar a esperança e a atitude positiva”. Este seriam pontos importantes a considerar se tivesse a oportunidade de acompanhar esta doente durante mais alguns dias, bem como, ter atenção às suas diretivas antecipadas de vontade, caso existissem, para que tudo o que a Sr.^a A desejasse se tentasse realizar.

“Os resultados terapêuticos, em cuidados paliativos, devem basear-se no conforto e bem-estar, alívio do sofrimento físico, psicológico e espiritual; a acção terapêutica deverá estar centrada nas necessidades individuais manifestadas pelo doente e seus familiares. Os profissionais deverão proporcionar dignidade e aceitação da morte com a maior tranquilidade possível” (Ribeiro, 2011, p: 7).

Considero, que a vivencia e análise desta situação, foi importante para o desenvolvimento de competências enquanto enfermeira especialista, porque me permitiu aprofundar a comunicação com o doente em cuidados paliativos a vivenciar sintomas descontrolados, sentido a necessidade de aprofundar alguns conceitos que se tornaram centrais na prática do dia-a-dia, durante este estágio, tais como, filosofia dos cuidados paliativos e instrumentos utilizados na avaliação de necessidades paliativas e como o conforto é também uma necessidade inquestionável no doente e família em cuidados paliativos. Assim, torna-se claro o desenvolvimento da competência específica do enfermeiro especialista em situação crónica e paliativa que se refere á avaliação e identificação dos sintomas descontrolados na pessoa com doença crónica e incapacitante e terminal, segundo a sua intensidade e prioridade para o indivíduo, utilizando para tal escalas e ferramentas adequadas, assim como o conhecimento científica, adotando medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio de sintomas (OE, 2011) e ao mesmo tempo “explain how the philosophy and principles of palliative care and end of life care are implemented in their own care setting” (EONS, 2018, p:32).

Firmino (2009) ajuda a concluir referindo que as intervenções de enfermagem devem estar direcionadas para: a avaliação sistemática dos sinais e sintomas; as intervenções farmacológicas

e não farmacológicas para o seu controlo, com a avaliação, monitorização e registo das mesmas; auxiliar a equipa interdisciplinar no estabelecimento de prioridades para cada doente, bem como para a própria equipa e para a instituição; intervir na dinâmica familiar, de forma a ajudar o doente e a família nesta fase de vida”.

Benner (2001) estabelece cinco níveis de eficácia em relação ao nível de competência do enfermeiro: o iniciado, o iniciado avançado, o competente, o proficiente e o perito. O iniciado não tem experiência na resolução de problemas, por sua vez o perito tem o domínio clínico de uma prática baseada na evidência, avaliando e intervindo nas situações no seu todo e agindo em situações inesperadas. Desta maneira, considero que caminho para o nível de perito, utilizando a evidência científica para desenvolver estratégias para gerir situações de cuidados imprevisíveis, o que assenta na competência de mestre que afirma “saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo” (DGES, 2019).

A formação profissional de base complementada ao longo da vida é considerada fundamental; o estabelecimento de uma relação interpessoal humanizada; a utilização de uma comunicação verbal e não verbal eficaz e adequada a cada contexto; o conhecimento prático do trabalho em equipa multidisciplinar; características pessoais intrínsecas que facilitem o contacto humanizado, sincero e interessado pelos doentes em fim de vida. Todas estas competências deverão ter por base princípios éticos fundamentais ao exercício da prática clínica em cuidados paliativos, nomeadamente a verdade sobre a condição do doente, o respeito à autonomia da pessoa, e o processo de tomada de decisão (Ribeiro, 2011, p:2).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, F., Downing, G. M., Monte, J., Casorso, L. & Lerch, N. (1996). Palliative Performance Scale (PPS): a new tool. *Journal of Palliative Care*, 12, 5-11.
- Araújo, M. & Silva, M. (2007). A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o optimismo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41 (4), p: 668-674.
- Barroso, R. (2010). Condições para o desenvolvimento de acções paliativas em unidades de internamento de agudos. Dissertação de Mestrado em Enfermagem não publicada, apresentada para obtenção de grau de mestre à Universidade de Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa.
- Bernardo, A., Leal, F., Barbosa, A. (2016). Ansiedade. In: Barbosa, A., Neto, I (p: 249-256). *Manual de Cuidados Paliativos*. 3ª Edição. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN: 978-972-9349-37-9.
- Chaves, L. (2015). A influência das competências de comunicação não-verbal dos enfermeiros na experiência subjetiva de sofrimento de pessoas com doença oncológica. Dissertação de Mestrado em Enfermagem não publicada, apresentada para obtenção de grau de mestre à Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho. Minho.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) (2017). Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, biénio 2017-2018. Disponível em paliativos@acss.min-saude.pt, acedido em 12/10/2019.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) (2017). Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, biénio 2019-2020. Disponível em paliativos@acss.min-saude.pt, acedido em 12/10/2019.
- Direção Geral de Saúde (2003). A dor como 5º sinal vital: registo sistemático da intensidade da dor. Acedido a 19-05-2014. Disponível em: <http://www.esscvp.eu/wordpress/wpcontent/uploads/2015/06/Dor5SinalVitalCircularNormativaDGS.pdf>. Acedido em 04/10/2019.
- Direção Geral da Saúde (2004). Programa nacional de cuidados paliativos. Disponível em: <http://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de->

saude/programasnacionais/programa-nacional-de-cuidados-paliativos-pdf.aspx. Acedido em 25/05/2019.

- Direção Geral do Ensino Superior (DGES) (2019). Competências de Mestre. Disponível em <https://www.dges.gov.pt/pt/pagina/mestrado>, acedido em 02/06/2019.
- European Oncology Nursing Society (EONS) (2018). *The EONS Cancer Nursing Education Framework*. Bruxelas: EONS.
- Firmino, F. (2009). Papel do enfermeiro na equipe de Cuidados Paliativos. In: Pinto, A. et al. *Manual de Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro: Academia Nacional de Cuidados Paliativos.
- Gibbs, G. (1988). *Learning by doing: a guide to teaching & learning methods*. Oxford: Oxford Brooks University.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice – A vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- Loureiro, C. (2001). Cuidados de enfermagem a doentes em fase terminal. *Sinais Vitais* (36), 45-50.
- Marques, M. (2005). Os laços sem-fim e os desafios da medicina. In: *Acta Médica Portuguesa*, 18, p: 353-370.
- McCormack, B. & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing* 56(5), 472–479.
- Neto, I. (2016). Cuidados Paliativos: Princípios e Conceitos fundamentais. In: Barbosa, A.; Pina, P.; Tavares, F. & Neto, I. *Manual de Cuidados Paliativos*. (p: 1-22). 3.ª Edição. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN: 978-972-9349-37-9.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>. Acedido em 12/11/2019.
- Ordem dos Enfermeiros (2011) – *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em situação crónica e paliativa* - Lisboa. Acedido em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Re>

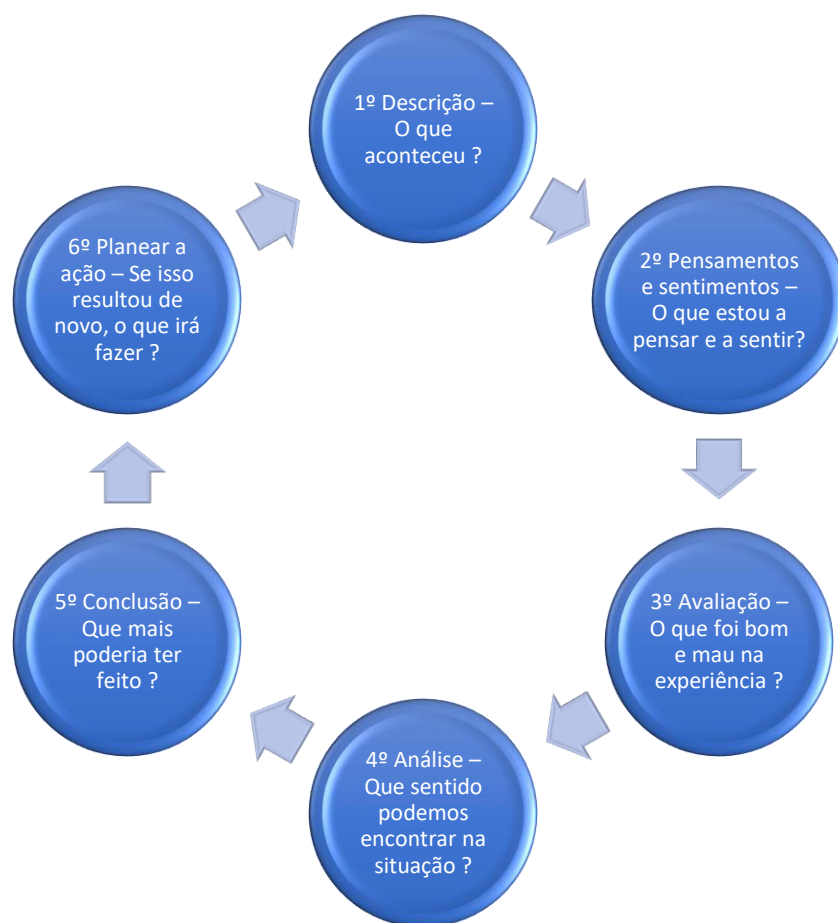
gulamento_188_2015_Competencias_Especificas_EE_Pessoa_Situacao_Cronica_Paliativa.pdf , acedido em 29/05/19.

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro. Diário da República* (Vol. 1ª. série). <https://doi.org/10.1177/1745691611432124>.
- Pereira, J. (2010). Gestão da dor oncológica. In: Barbosa, A., Neto, I (editores). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Querido, A., Salazar, H. & Neto, I. (2016). Comunicação. In: Barbosa, A.; Pina, P.; Tavares, F. & Neto, I. *Manual de Cuidados Paliativos*. (p: 815-832). 3.ª Edição. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN: 978-972-9349-37-9.
- Ribeiro, L. (2011). As competências dos profissionais em cuidados paliativos. Trabalho de projeto para obtenção do grau de Mestre. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto.
- Ribeiro, A. (2012). Controlo de sintomas em cuidados paliativos num serviço de medicina interna. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos não publicada, apresentada para obtenção do grau de Mestre à Universidade de Lisboa: Faculdade de Medicina. Lisboa
- Rodrigues, S. (2015). Cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica em fim de vida, valorizando a comunicação e o controlo de sintomas na promoção do conforto. Dissertação de Mestrado em Enfermagem não publicada, apresentada para obtenção de grau de mestre à Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Lisboa.
- Santos, M. (2008). Dor no doente oncológico em fase terminal: Análise de uma experiência de cuidar. Dissertação de Mestrado em Enfermagem não publicada, apresentada para obtenção de grau de mestre em oncologia ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Universidade do Porto. Porto.
- Sapeta, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: o processo de interação enfermeiro- doente*. Loures: Lusociência.
- Saraiva, D. (2008). Refletir o Cuidar em Enfermagem. *Nursing* 230, 2008, p: 14-20. ISSN 0871-6196.
- Simões, R. & Rodrigues, M. (2010). Relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem a doentes em fim de vida. *Esc. Anna. Nery* (impr), 14 (3), 485-489.

- Silva, A., Conceição, M., Fontes, P., Ferrari, Y. & Barros, A. (2017). Escala de Edmonton nos Cuidados Paliativos. *International Nursing Congress Theme: Good practices of nursing representations in the construction of society*. May 9-12. Disponível em <https://eventos.set.edu.br/index.php/cie/article/viewFile/6012/2214>. Acedido em
- Twycross, R. (2003). Cuidados Paliativos. (2ª ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- World Health Organization (1999). *Building nursing competency in pain control and palliative care*. 12 (3)
- World Health Organization (2002). *WHO definition of palliative care*. Geneva. Disponível em <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>, acedido a 20/10/2019.

ANEXOS

ANEXO I – Ciclo Reflexivo de Gibbs (1988)



ANEXO II – Escala *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS)

Por favor, coloque um círculo em volta do número que corresponde à sua avaliação para cada sintoma, **neste preciso momento**

Sem Dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Dor possível
Sem Cansaço	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior cansaço possível
Sem náuseas/enjoo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de náusea/enjoo possível
Sem Depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de depressão possível
Sem Ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de ansiedade possível
Sem Sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de sonolência possível
Muito Apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sem qualquer apetite
Melhor sensação de Bem-estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de Bem-estar possível
Sem falta de ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de falta de ar possível

Fonte: Silva; Conceição; Fontes; Ferrari & Barros (2017)

ANEXO III – Palliative Performance Status (PPS)

PPS Nível	Deambulação	Actividade ou Evidência de Doença	Auto-Cuidados	Ingesta	Nível de Consciência
100%	Completa	Actividade normal; Sem evidência de doença	Completo	Normal	Completo
90%	Completa	Actividade normal; Alguma evidência de doença	Completo	Normal	Completo
80%	Completa	Actividade normal com esforço; Alguma evidência de doença	Completo	Normal ou Reduzida	Completo
70%	Reduzida	Incapaz de realizar o trabalho normal; Alguma evidência de doença	Completo	Normal ou Reduzida	Completo ou com períodos de confusão
60%	Reduzida	Incapaz de realizar <i>hobbies</i> ; Doença significativa	Carece de assistência ocasional	Normal ou Reduzida	Completo ou com períodos de confusão
50%	Sobretudo sentado ou deitado	Incapacitado para qualquer trabalho; Doença extensa	Carece de assistência considerável	Normal ou Reduzida	Completo ou com períodos de confusão
40%	Sobretudo na cama	Idem	Carece de assistência quase completa	Normal ou Reduzida	Completo ou com períodos de confusão
30%	Totalmente acamado	Idem	Dependência completa	Reduzida	Completo ou com períodos de confusão
20%	Idem	Idem	Idem	Reduzida a algumas colheres	Completo ou com períodos de confusão
10%	Idem	Idem	Idem	Apenas cuidados à boca	Confuso ou coma
0%	Morte	-	-	-	-

Fonte: Anderson, Downing, Monte, Casorso & Lerch, (1996)

ANEXO IV – Identificação de Necessidades Paliativas

Nome _____ Data Nascimento _____

NHC _____ Quarto _____ Diagnóstico _____

Data Internamento _____ Data Avaliação _____ Avaliador _____

- ❖ **OBJECTIVO:** Identificar doentes com necessidades paliativas
- ❖ **INSTRUÇÕES:** Aplicar os pontos 1 e 2 a todos os doentes; se presença de 2 ou mais indicadores gerais de deterioração, aplicar o ponto 3
- ❖ **RESULTADO:** O doente tem necessidades paliativas se preencher os critérios referidos nos pontos 2 e 3.

1. Responder à PERGUNTA SURPRESA:

- Ficaria admirado se o doente morresse nos próximos meses, semanas ou dias?

Não ☐ Não sei ☐ Sim ☐

2. Procurar 2 ou mais indicadores gerais de deterioração da saúde:

- 2.1. Doente dependente (Índice de Barthel ≤ 60) ou em deterioração, com reversibilidade limitada.
- 2.2. 2 ou mais internamentos não planeados nos últimos 6 meses.
- 2.3. Perda de peso (5-10%) nos últimos 3-6 meses e/ou índice de massa corporal $< 20 \text{ Kg/m}^2$.
- 2.4. Sintomas (de qualquer doença subjacente) persistentes e incómodos apesar de terapêutica optimizada.
- 2.5. Residência em Lar, Unidade de Cuidados Continuados, ou com necessidade de apoio de terceiros para permanecer no domicílio.
- 2.6. O doente solicita cuidados paliativos (de conforto).

3. Procurar 1 indicador de doença avançada:

3.1. NEOPLASIA

- a) Capacidade funcional em deterioração devido a neoplasia metastática progressiva
- b) Muito debilitado para tratamento oncológico ou tratamento apenas para controlo de sintomas.

3.2. DEMÊNCIA/FRAGILIDADE

- a) Incapaz de se vestir, andar ou comer sem ajuda.
- b) recusa alimentar; dificuldade na alimentação.
- c) Incontinência urinária e/ou fecal
- d) Incapacidade para comunicar de forma significativa; pouca interacção social; sem vida de relação.
- e) Fractura do fémur; múltiplas quedas.
- f) Episódios febris e/ou infecções recorrentes; pneumonia de aspiração.

3.3. DOENÇA NEUROLÓGICA

- a) Deterioração física e/ou cognitiva progressiva apesar de terapêutica optimizada.

- b) Alterações da fala com aumento da dificuldade de comunicação e/ou disfagia progressiva.
- c) Pneumonia de aspiração recorrente; dispneia ou insuficiência respiratória.

3.4. DOENÇA CARDIOVASCULAR

- a) Insuficiência cardíaca classe III/IV NYHA ou doença coronária incurável com:
 - Dispneia ou toracalgia em repouso ou com pequenos esforços
- b) Doença vascular periférica inoperável.

3.5. DOENÇA RESPIRATÓRIA

- a) Doença pulmonar crónica grave com:
 - Dispneia em repouso ou com pequenos esforços entre as exacerbações.
- b) Necessidade de oxigenioterapia a longo prazo.
- c) Necessitou de ventilação por insuficiência respiratória ou contra-indicação para ventilação.

3.6. DOENÇA RENAL

- a) Doença renal crónica em estadio 4 ou 5 (eGFR $< 30 \text{ ml/min}$).
- b) Limitações terapêuticas decorrentes da insuficiência renal.
- c) Suspender hemodiálise.

3.7. DOENÇA HEPÁTICA

- a) Cirrose hepática avançada com uma ou mais complicações, no ano anterior:
 - Ascite resistente a diuréticos;
 - Encefalopatia hepática
 - Síndrome hepato-renal
 - Peritonite bacteriana
 - Hemorragia recorrente por varizes esofágicas
- b) Transplante hepático contra-indicado

Doente com Necessidades Paliativas?

Sim ☐ Não ☐

Se sim, preencher o verso

ANEXO V – Avaliação da Complexidade

Avaliação da Complexidade – 2018

Nota:

A resposta afirmativa a mais de dois critérios classifica o doente como tendo necessidades paliativas complexas.

Os doentes com necessidades paliativas complexas devem ser referenciados por email para o Grupo de Paliativos.

Idade ≤ 50 anos	
Antecedentes de doença psiquiátrica ou toxicodependência	
Pluripatologia ou concomitância de doenças crónicas: mais de 2 comorbilidades de neoplasia maligna, demência / fragilidade, doença neurológica, doença cardiovascular, insuficiência renal, insuficiência respiratória, doença hepática crónica	
Evolução rápida (<6 meses) ou com crises frequentes (2 ou mais idas à urgência em 6 meses)	
Necessidade de utilização frequente de recursos	
Sintomas (dor ou outros) múltiplos (3 ou mais), intensos (intensidade 5 ou mais), específicos (hemorragias, dispneia, alterações comportamentais) ou refractários ao tratamento convencional	
Indicação de intervenções complexas de Cuidados Paliativos.	
Grande impacto emocional com dificuldades de equilíbrio emocional do doente ou família	
Dificuldades de suporte familiar ou do cuidador principal (incapacidade de cuidado no domicílio/inexistência de cuidador)	
Dificuldades de comunicação ou informação (conspiração do silêncio, negação, desconhecimento do diagnóstico/prognóstico)	
Dificuldades na gestão de alta ou referenciação	
Dilemas ou conflitos éticos.	

Elaborado com base nos "Critérios de Prioridade e Intervenção" (Direcção Geral de Saúde 2010)

Factores de Complexidade Adicional / Dados Adicionais / Nota de Divergência

Doente com Necessidades Paliativas Complexas?

Sim ☐

Não ☐

Fonte: Adaptado de Local de Estágio B (2018).
Elaborado com base nos "Critérios de Prioridade e Intervenção" (DGS, 2010).

Apêndice XI – Reflexão Crítica III

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

Estágio com Relatório

Reflexão Crítica III

Discente:

Ana Inês Martins Fernandes (n.º 8823)

Regente:

Prof.ª Doutora Maria Alexandra Pinto Santos

Orientador:

Prof.ª Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá

Lisboa

Dezembro de 2019



Índice

	Pág.
Introdução	3
1. Descrição da Situação	4
2. Contextualização da Situação	5
Conclusão	11
Referências Bibliográficas	12
Anexos	
ANEXO I – Escala de Confusão de Neecham	

INTRODUÇÃO

Esta reflexão desenvolve-se durante o segundo período de estágio, da unidade curricular Estágio com Relatório, a partir do confronto com uma situação da prática clínica que desencadeou alguns momentos de reflexão. À semelhança das reflexões já realizadas anteriormente, terá por base o acompanhamento de um doente com doença oncológica durante a prestação de cuidados, considerando que existiram pontos importantes, que vale a pena ressaltar, tendo por base as etapas do Ciclo Reflexivo de Gibbs (Gibbs, 1988), já utilizado e descrito nas reflexões anteriores.

Esta reflexão vem sustentar algumas das aprendizagens desenvolvidas durante este estágio embora não estivesse programada a abordagem desta temática. Contudo, senti necessidade de explorar a temática do doente oncológico confuso em cuidados paliativos, uma vez que esta se constitui como uma realidade muito frequente da prática clínica que exige aos profissionais de saúde o desenvolvimento de várias competências na área da comunicação com o doente e sua família, bem como a gestão do ambiente.

Para manter a privacidade, o respeito e dignidade da pessoa alvo de cuidados, tal como sustenta o Código Deontológico do Enfermeiro (2015) (artigo 106.º) usarei um nome fictício – Sr.º R.

1. DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

O Sr.º R., de 89 anos, apresenta confusão mental nas últimas semanas, com dependência total na maioria das atividades de vida diária (com exceção da alimentação), sendo que na última semana ficou confinado ao leito por astenia e fraqueza muscular. Apresenta emagrecimento, com incapacidade da marcha, obstipação crónica agudizada com o início de morfina per os e dores generalizadas a nível dorsal e dos membros inferiores.

É viúvo, tem 3 filhos, sendo a filha mais velha a cuidadora.

Desde 2018 foi diagnosticado um carcinoma do pavimento celular do pulmão, fez radioterapia e quimioterapia per os, que suspendeu por degradação do estado geral, há cerca de uma semana.

Apresenta múltiplas fraturas osteoporóticas (sem evidência de metastização vertebral).

Em 1973 foi operado a um colesteatoma no ouvido direito, utilizando prótese auditiva bilateral.

Foi fumador até aos 50 anos e foi submetido a prostatectomia em 2000 por neoplasia da próstata. Atualmente, o Sr.º R., encontra-se desorientado no tempo e espaço, com discurso confuso, emagrecido, com dor mais controlada, com disfagia para líquidos, dispneia a médios esforços e alterações do padrão de sono.

Mantém dependência total para todas as atividades de vida.

Apresenta duas úlceras por pressão (região dorsal e sagrada), já provenientes de domicílio

Utiliza óculos, prótese dentária dupla e aparelhos auditivos bilaterais.

Realiza levante para cadeira de rodas com pouca tolerância, cerca de 3 horas.

Durante o período noturno o Sr.º R., apresenta períodos de agitação psicomotora, como necessidade de imobilização no leito com imobilizador psiquiátrico para prevenção de quedas.

Tem realizado medicação prescrita em SOS, com algum efeito

2. CONTEXTUALIZAÇÃO DA SITUAÇÃO

O Sr.º R. apresenta-se confuso, o que constitui uma dificuldade para os diversos profissionais de saúde, na prestação dos cuidados, pois o doente fica ansioso com a abordagem dos diferentes profissionais, o que gera descontrolo de outros sintomas, como sejam a dor e a dispneia.

“As funções cognitivas (consciência, percepção, atenção, concentração, orientação, memória, pensamento, ...) são funções cerebrais que permitem a comunicação, a interação e a integração do indivíduo no seu meio” (Barbosa, Marques da Gama & Lawlor, 2016, p.298). Assim,

a alteração nas funções cognitivas modifica a comunicação e o comportamento, interferindo com o reconhecimento e o controlo de outros sintomas físicos e psicológicos, como a dor (Coyle; Breitbart; Weaver & Portenoy, 1994).

O estado confusional agudo provoca alterações cognitivas, que se designam por *delirium* e que se define como “um quadro mental agudo ou subagudo (horas a dias) devido a uma disfunção orgânica cerebral difusa que afeta a cognição e a atenção” (Barbosa, Marques da Gama & Lawlor, 2016, p.298). Para estes autores a fisiopatologia e etiologia do *delirium* é multifatorial. Contudo, a etiologia é influenciada por fatores orgânicos (alterações metabólicas, intoxicações por fármacos, abstinência de drogas/fármacos, infeções, doença neurológica, outros), fatores que predis põem (idade avançada, envelhecimento cerebral, fadiga, má nutrição, deficiente visão ou audição, presença de comorbilidades), fatores facilitadores (stress, estado emocional, alterações do sono, mudança de ambiente) e ainda fatores precipitantes (mal nutrição/desidratação, polimedicação, algaliação e outras atuações iatrogénicas) (Barbosa, Marques da Gama & Lawlor, 2016).

O *delirium* caracteriza-se por redução do nível de consciência, manifestando-se por flutuações do nível de consciência, alucinações, alterações do ciclo de sono-vigília (Barbosa, Marques da Gama & Lawlor, 2016), sendo uma situação inesperada, mas muito frequente em situações de doença avançada, que conduz a internamento hospitalar (Bernardo, 2003).

Até que se esclareçam e tratem as causas do *delirium* os enfermeiros têm de direcionar a sua ação para o tratamento dos sintomas e para a informação e capacitação da família. Tal como refere, Bernardo (2003, p.46) “o delírio (...) condiciona um conjunto de medidas de intervenção que passam por: terapêutica dirigida à causa, intervenção no comportamento do doente e no ambiente, apoio à família e tratamento sintomático”.

“O *delirium* no paciente que está sob cuidados paliativos é considerado consequência das múltiplas falhas orgânicas (...). Em situações como esta, a comunicação adequada com os familiares e cuidadores é primordial, ou seja, a prioridade é garantir que as necessidades físicas, psicológicas e espirituais sejam compreendidas e atendidas através de medidas não farmacológicas (Ferreira & Mendonça, 2017).

Foram estas intervenções de enfermagem não farmacológicas que despertaram o meu interesse.

Durante a admissão do Sr.º R., nesta instituição foram preenchidas as diversas escalas (índice de Barthel, índice de Katz, escala de Braden, escala de Morse e escala de Edmonton (ESAS)) que auxiliam a prestação de cuidados e o estabelecimento de um plano de cuidados individualizado, uma vez que avaliam a independência funcional e a mobilidade (escala de Barthel) e a independência nas atividades de vida (escala de Katz). O Sr.º R., apresentava 0 no índice de Barthel (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2017) e 18 no índice de Katz (OE, 2017), sendo dependente para todas as atividades de vida avaliadas.

A escala de Braden (DGS, 2011b) permite a avaliação do risco de desenvolvimento de úlceras por pressão (UPP), o que indica as medidas a implementar tendo em consideração o baixo risco, moderado risco, elevado risco ou muito elevado risco. O Sr.º R. já tinha duas UPP provenientes de domicílio e apresentava risco muito elevado para o desenvolvimento de UPP na escala de Braden (DGS, 2011b).

Na escala de Morse (Barbosa; Carvalho & Cruz, 2015), a pontuação seria de 30 (podendo esta variar de 0 a 125), o que indica um médio risco de queda.

Relativamente, à ESAS (Silva; Conceição; Fontes; Ferrari & Barros, 2017) o Sr.º R., apresentava um nível 9, na ansiedade e 7 na dor e cansaço, sendo 5 para a depressão, sonolência, apetite, sensação de bem-estar e falta de ar e 0 para as náuseas. Nesta ordem de ideias, a ansiedade, dor e cansaço eram os sintomas descontrolados que necessitavam de intervenção paliativa.

Ao abordar o Sr.º R., que se encontrava desorientado e confuso, com alguns períodos de alucinações visuais, a preocupação primária dos enfermeiros, era colocar os aparelhos auditivos, os óculos e o relógio, tentando melhorar a orientação espaciotemporal e com um discurso calmo, tentar explicar ao doente o local onde estava. Existia preocupação em explicar-lhe todos os procedimentos realizados, usando um tom de voz calmo e tranquilo, para reduzir a ansiedade do Sr.º R. Assim, existia preocupação da equipa de enfermagem em estabelecer uma relação terapêutica com o Sr.º R., proporcionando segurança, considerando todas as dificuldades na comunicação.

Para melhor diagnosticar a confusão aguda e promover a segurança do doente confuso, foi traduzida e adaptada a escala de NEECHAM (Neves, Silva & Marques, 2011) (anexo I), que avalia o processamento, o comportamento e o controlo fisiológico e poderia ser aplicada ao Sr.º R.,

numa tentativa de validar intervenções mais adequadas ao doente confuso. Assim, de acordo com a aplicação desta escala, e considerando a minha pouca experiência na sua utilização, o índice final seria 16, o que corresponde a uma confusão moderada e severa. Descrevendo um pouco melhor a avaliação efetuada considero que o Sr.º R. apresenta orientação inconsistente (3); atenção alerta aumentada (3); é capaz de obedecer a uma ordem simples (3), o que corresponde a um subtotal na área do processamento de 9. Na área do comportamento, o subtotal será 5: a aparência e postura está alterada (1); existe movimento alterado (2) e discurso inadequado (2). Por último no controlo fisiológico há aumento da frequência cardíaca e respiratória, sem apneias e sem necessidade de oxigénio, havendo alteração de dois parâmetros (0), as saturações encontravam-se entre os 90-92% (1) e é incontinente urinário (1), atribuindo um subtotal de 2.

Considerando a confusão moderada a severa do Sr.º R., ao nível do ambiente, os estímulos eram modificados, abrindo as persianas durante o dia, pois o sol era um dos elementos que o Sr.º R. gostava e fechando à noite mantendo apenas uma luz de presença no quarto e tentando minimizar a ocorrência de ruídos externos.

O levante para cadeira de rodas, respeitava a tolerância do Sr.º R. e colocando-o em frente à janela, para que ele pudesse ver o sol e compreender a diferença entre o dia e a noite.

Apesar das medidas de imobilização poderem fomentar maior agitação e ansiedade, neste caso, revelaram-se necessárias, pelo risco de queda e pela impossibilidade de ter sempre junto ao Sr.º R., um profissional que vigia-se os seus movimentos. Contudo, apenas se colocavam as grades da cama e utilizava-se um imobilizador psiquiátrico, que permite alguma liberdade de movimentos do doente na cama, conseguindo rodar o corpo e mobilizar todos os membros ativamente, tendo em vista a sua segurança, tal como, preconizado pela DGS (2011b).

Relativamente, à família, com os filhos do Sr.º R., foi necessário clarificar que há flutuações dos estado de consciência, entre confusão e lucidez, prostração e agitação psicomotora e quais os objetivos da terapêutica e das medidas de segurança implementadas (imobilização), contudo, a equipa demonstrou sempre disponibilidade para esclarecer dúvidas, sendo a informação transmitida de forma progressiva e “com compaixão para que o espaço entre a expectativa e a realidade possa ser reduzido gradualmente” (Ferreira & Mendonça, 2017). A confusão do doente

tem um elevado impacto sobre as famílias (Neto, 2016), assim a escuta ativa e o esclarecimento das medidas adotadas foi benéfico para os filhos do Sr.º R.

Apesar do delirium ser o ponto central desta situação, não se pode esquecer, que durante o acolhimento ficou claro, que os filhos decidiram o internamento do Sr.º R., para controlo de sintomas e promoção do conforto, no seu fim de vida.

Após uma semana de permanência nesta instituição e tendo em conta as intervenções farmacológicas e não farmacológicas executadas, ao aplicar a ESAS, compreendia-se uma melhoria no controlo de sintomas, uma vez que, a ansiedade encontrava-se no 5 (controlada com medicação instituída em esquema), da qual derivava alguma sonolência (nível 7), a dor tinha reduzido para 3, o cansaço mantinha-se no 7, provavelmente à custa da sua patologia de base. Todos os outros sintomas, à exceção das náuseas que não existiam, se encontravam no 5, sendo que a sensação de bem-estar não foi avaliada pelo quadro de confusão do doente. O nível de dependência do Sr.º R. mantinha-se igual, necessitando de alimentação e hidratação espessada, para reduzir a possibilidade de aspiração de conteúdo alimentar, uma vez que apresentava reflexo de deglutição e tosse pouco eficaz, sendo que, algumas vezes, após avaliação do enfermeiro, o Sr.º R. vezes era alimentado por este, numa tentativa de ensinar/supervisionar exercícios para favorecer a deglutição eficaz.

Considero, que esta situação foi proveitosa na medida em que compreendi quais as intervenções não farmacológicas e também farmacológicas que podem ser mobilizadas no cuidar o doente e sua família com delirium. Estas intervenções, como promotoras de conforto, para o doente, vão ser mobilizadas no sentido de continuar a contruir a *Checklist* do Conforto, que tenho vindo a efetuar.

O conforto é o resultado das intervenções de enfermagem que possibilitam o alívio ou eliminação do sofrimento (Kolcaba, 2003). O conforto é definido pela satisfação das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência que surgem de situações causadoras de stress, nos contextos físico, sociocultural, psicoespiritual e ambiental, constituindo resultado das intervenções de enfermagem (Kolcaba, 2003).

Quando existem situações provocadoras de tensão e ansiedade, Kolcaba (2003) defende que quem satisfaz as necessidades dos doentes são os enfermeiros, uma vez que estes profissionais estão preparados para avaliar o conforto como resultados das suas intervenções,

contribuindo para uma melhor percepção física, sociocultural, psicoespiritual e ambiental do conforto por parte do doente. Tal como referem Pinto & Conceição (2008), no seu artigo, em referência à Teoria do Conforto de Kolcaba, a enfermagem é definida como a avaliação/apreciação intencional das necessidades de conforto do doente, família ou comunidade, concebendo as medidas de conforto para satisfazer as necessidades, fazendo a reapreciação dos níveis de conforto após a implementação das medidas, em comparação com a linha de base anterior, que traduz o conforto holístico.

Relativamente, ao contexto físico de conforto, foram desenvolvidas com o Sr.º R., estratégias para o controlo da confusão, farmacológicas e não farmacológicas, como a utilização do toque, os posicionamentos respeitando as preferências do doente, o banho assistido em maca banheira e as massagens com creme hidratante que eram tranquilizadoras e acalmavam no Sr.º R. Os profissionais de saúde tentavam recorrer a técnicas de distração, como a televisão e a vista do jardim pela janela, o que também, através da minha observação, era fator de orientação espacial para o Sr.º R.

No contexto psicoespiritual, a equipa de profissionais deste local de estágio desenvolveu com o Sr.º R., uma comunicação baseada na empatia e na disponibilidade de escutar, contudo o delirium foi dificultador do processo de comunicação, o que influenciou o conforto em todos os seus contextos e tipos, como definidos por Kolcaba (2003), na taxonomia do conforto.

As relações sociais do Sr.º R., com os filhos, não apresentavam problemas, havendo visitas regulares por parte destes, mas com os profissionais de saúde, a integração no internamento, nas sessões de fisioterapia e nas restantes rotinas foi um pouco difícil, o que gerou alguma agitação, no início do internamento. A equipa tentava respeitar os horários e vontades do Sr.º R., tentando avaliar a sua disponibilidade para a realização das atividades várias vezes ao dia, o que foi proveitoso, pois ao fim de alguns dias, o Sr.º R., já aceitava a presença da fisioterapeuta, que começou por mobilizações no leito e depois conseguiu evoluir para outros exercícios. Ao nível dos cuidados de enfermagem, a equipa percebeu que o doente se encontrava mais confuso no período da manhã, tentando realizar os cuidados de higiene, mais ao fim da manhã, usando um tom de voz calmo, colocando as suas próteses auditivas e tentando colocar os mesmos profissionais na prestação de cuidados, o que diminuía a confusão do Sr.º R., gerando calma, tranquilidade e conforto.

CONCLUSÃO

Concluindo, foi importante poder fazer parte de uma equipa de enfermagem que conseguiu gerir e implementar estratégias para lidar com uma situação complexa de pessoa e família com doença avançada em *delirium* e com ansiedade e descontrolo de dor, podendo assim sistematizar e refletir acerca das intervenções de enfermagem planeadas e executadas e dos resultados atingidos, tendo como fim, o controlo dos sintomas, a diminuição do sofrimento e o aumento da qualidade de vida, o que se constitui como o objetivo central dos cuidados paliativos (Neto, 2016).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Barbosa, A; Marques da Gama, G. & Lawlor, P. (2016). Confusão/Delirium. Barbosa, A.; Pina, P.; Tavares, F. & Neto, I. *Manual de Cuidados Paliativos*. (p: 297-316). 3.ª Edição. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN: 978-972-9349-37-9.
- Barbosa, P.; Carvalho, L. & Cruz, S. (2015). Escala de Quedas de Morse: manual de utilização. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto. ISBN: 978-989-98443-8-4. Disponível em: www.esenf.pt/fotos/editor27i_d/public/978-989-98443-8-4.pdf. Acedido em 05/12/2019.
- Bernardo, A. (2003). O delírio em cuidados paliativos. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 19. p: 46-53.
- Coyle, N.; Breitbart, W.; Weaver, S. & Portenoy, R. (1994). Delirium as a contributing factor to “crescendo” pain: three case reports. In: *Journal Pain Manage*, Jan 9 (1). p: 44-47.
- Direção Geral da Saúde (2011 a). Escala de Braden: versão Adulto e Pediátrica (Braden Q). Orientação da Direção-Geral da Saúde n.º 17/2011. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativos/orientacao-n-0172011-de-19052011-jpg.aspx>. Acedido em 05/12/2019.
- Direção Geral da Saúde (2011 b). Prevenção de comportamentos dos doentes que põem em causa a sua segurança ou da sua envolvente. Orientação da Direção-Geral da Saúde n.º 21/2011. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativos/orientacao-n-0212011-de-06062011-jpg.aspx>. Acedido em 05/12/2019.
- Ferreira, G. & Mendonça, G. (2017). Cuidados Paliativos: Guia de Bolso. 1.ª Edição. São Paulo: Academia Nacional de Cuidados Paliativos.
- Gibbs, G. (1988). *Learning by doing: a guide to teaching & learning methods*. Oxford: Oxford Brooks University.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice – A vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- Neto, G. (2016). Modelos de controlo sintomático. Barbosa, A.; Pina, P.; Tavares, F. & Neto, I. *Manual de Cuidados Paliativos*. (p: 297-316). 3.ª Edição. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN: 978-972-9349-43-48.

- Neves, H.; Silva, A. & Marques, P. (2011). Tradução e adaptação cultural da escala de confusão de NEECHAM. *Revista de Enfermagem Referência* III série, n.º 3, Março. p: 105-112.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). Instrumentos de recolha de dados para a documentação dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/EnfReabilitacao_Final_2017.pdf. Acedido em 05/12/2019.
- Pinto V. & Conceição A. (2008). Os enfermeiros na espiral do conforto. *Revista Sinais Vitais*, 80, 5-12. ISSN: 0872-8844.
- Silva, A., Conceição, M., Fontes, P., Ferrari, Y. & Barros, A. (2017). Escala de Edmonton nos Cuidados Paliativos. International Nursing Congress Theme: Good practices of nursing representations in the construction of society.

ANEXO

ANEXO I – Escala de Confusão de Neecham

Escala de Confusão de Neecham

PROCESSAMENTO – ORIENTAÇÃO (Orientação, memória de curto prazo, conteúdo pensamento/discurso)	
5	Orientado em relação ao tempo, lugar e pessoa: processos do pensamento, conteúdo da conversação ou perguntas são adequados. Memória de curto prazo intacta.
4	Orientado em relação às pessoas e ao espaço: distúrbio mínimo na memória/recorção, conteúdo e resposta a perguntas na maioria adequadas; pode ser repetitivo, necessária estimulação para manter o contacto. Geralmente coopera.
3	Orientação inconsistente: voltado para si próprio, reconhece a família, mas a orientação quanto a tempo e lugar é variável. Utiliza pistas visuais para se orientar. Perturbações de pensamento/memória são comuns, poderá sofrer alucinações ou ilusões. Cooperação passiva com pedidos (comportamentos de protecção cognitivos cooperantes)
2	Desorientado e memória/recorção perturbada: orientado para si próprio/reconhece a família. Poderá questionar acções do enfermeiro ou recusar pedidos/procedimentos (comportamentos de protecção cognitivos de resistência). Conteúdo da conversação/pensamento perturbado. Ilusões e/ou alucinações são comuns.
1	Desorientado, reconhecimento perturbado: reconhece, de forma inconsistente, pessoas conhecidas, família, objectos. Sons/discurso inadequados.
0	Processamento de estímulos deprimido: resposta mínima a estímulos verbais
NÍVEL 2 – COMPORTAMENTO	
COMPORTAMENTO – APARÊNCIA	
2	Controla a postura, mantém a aparência, higiene; vestido e arranjado de forma adequada, asseado, limpo. Postura na cama/cadeira normal.
1	Postura ou aparência alteradas; algum desarranjo na roupa/cama ou aparência pessoal, ou alguma falta de controlo de postura, posição.
0	Postura e aparência anormais; desarrumação, falta de higiene, incapaz de manter a postura na cama.
NÍVEL 1 – PROCESSAMENTO	
PROCESSAMENTO – ATENÇÃO (Atenção-Alerta-Reacção)	
4	Atenção/alerta total: responde imediata e correctamente à chamada pelo nome ou toque – olhos, virar de cabeça, reconhece completamente o que o rodeia, responde aos estímulos ambientais de forma normal.
3	Atenção/alerta diminuída ou aumentada: atenção diminuída quer à chamada, toque ou a estímulos ambientais ou hiper-alerta, hiperactivo a estímulos/objectos circundantes
2	Atenção/alerta inconstante ou inadequada; requer chamada ou toque repetidos para obter/manter contacto visual/atenção; capaz de reconhecer objectos/estímulos, embora possa adormecer entre estímulos.
1	Atenção/alerta perturbada; abre olhos em resposta a sons ou toque; pode parecer amedrontado, incapaz de responder/reconhecer contacto ou pode mostrar-se retraído/agressivo.
0	Despertar/resposta deprimida; pode ou não abrir os olhos; só se obtém o mínimo de consciência após estímulos repetidos; incapaz de reconhecer contacto.
PROCESSAMENTO – ORDEM (Reconhecimento-Interpretação-Acção)	
5	Capaz de obedecer a uma ordem complexa: "Ligue a luz de chamar os enfermeiros" (Tem de procurar o objecto, reconhece-lo e executar a ordem)
4	Resposta lenta a ordem complexa; requer incitamento ou estímulos repetidos para seguir/executar a ordem. Executa a ordem complexa de forma lenta ou com demasiada atenção.
3	Capaz de obedecer a uma ordem simples: "Levante a mão ou o pé Sr." (Usar apenas 1 parte do corpo)
2	Incapaz de obedecer a uma ordem directa: obedece imediatamente a ordens por toque ou pista visual – bebe do copo colocado perto da boca. Responde de forma calma ao contacto, tranquilização ou segurar a mão do enfermeiro
1	Incapaz de obedecer a uma ordem mesmo que guiada visualmente; responde com expressões faciais atordoadas ou assustadas, e/ou resposta de afastamento/resistência, comportamento hiper/hipoactivo; não responde a leve apertar de mão pelo enfermeiro.
0	Hipoactivo, letárgico; respostas motoras mínimas aos estímulos ambientais

COMPORTAMENTO – MOTOR	
4	Comportamento motor normal: movimento, coordenação e actividade adequados, capaz de descansar tranquilamente na cama, movimento de mãos normal.
3	Comportamento motor lentificado ou hiperactivo: quieto demais ou com pouco movimento espontâneo (mãos/braços cruzados ou sobre o peito ou ao longo do corpo) ou hiperactivo (mexer para cima/baixo, agitado). Pode ter tremores nas mãos.
2	Movimento alterado: inquieto ou com movimentos rápidos. Movimentos manuais parecem anormais – apanhar objectos da cama ou da coberta, etc. Pode necessitar de assistência para movimentos intencionados.
1	Movimentos inapropriados, disruptivos: puxar tubos, tentar passar por cima das grades de protecção, acções intencionais frequentes.
0	Movimentos deprimidos: movimentos limitados a não ser que seja estimulado; movimentos de resistência.
COMPORTAMENTO – VERBAL:	
4	Inicia discurso de forma adequada: capaz de conversar, consegue iniciar e manter uma conversa. Discurso normal para problema diagnosticado, tom de voz normal.
3	Início de discurso limitado: respostas a estímulos verbais são simples e curtas. Discurso claro para o problema diagnosticado, tom de voz pode ser anormal e o ritmo pode ser lento.
2	Discurso inadequado: pode falar para si próprio ou não fazer sentido. Discurso não claro para problema diagnosticado.
1	Discurso/sons perturbados: sons/tom alterados. Balbucia, grita, diz palavrões ou está anormalmente em silêncio.
0	Sons anormais: grunhidos ou outros sons distorcidos. Não há discurso claro.

AVALIAÇÕES FISIOLÓGICAS	
Valores registados:	Normal:
_____ Temperatura	(36-37°)
_____ TA sistólica	(100-160)
_____ TA diastólica	(50-90)
_____ Freq. cardíaca (FC)	(60-100)
_____ Regular/ Irregular(circular um)	
_____ Ciclos respiratórios	(14-22) (Contar durante 1 minuto)
_____ Saturação O ₂	(93 ou acima)
ESTABILIDADE DAS FUNÇÕES VITAIS: (Contar anomalias da TA sist. e/ou TA diast. como um valor contar ritmo cardíaco anormal e/ou irregular como um contar apneia e/ou respiração anormal como um e temp. anormal como um)	
2	TA, RC, TEMP, RESPIRAÇÃO normais com pulso regular
1	Qualquer um dos parâmetros anteriores anormal (mas não todos)
0	Dois ou mais dos parâmetros anteriores anormais
ESTABILIDADE DE SATURAÇÃO DE OXIGÉNIO	
2	Sat. O ₂ normal (93 ou acima)
1	Sat O ₂ entre 90 e 92 ou está a receber oxigénio
0	Sat. O ₂ abaixo de 90

CONTROLO DE CONTINÊNCIA URINÁRIA		
<u>2</u>	Mantém o controlo da bexiga	
<u>1</u>	Incontinente nas últimas 24 horas ou tem preservativo urinário.	
<u>0</u>	Incontinente no momento ou tem globo vesical, ou necessita de algáliação intermitente/permanente ou tem anúria	
	Pontuação total:	Indica:
Pontuação NÍVEL 1: Processamento (0-14 pontos)	0-19	Confusão moderada a severa
Pontuação NÍVEL 2: Comportamento (0-10 pontos)	20-24	Confusão moderada ou início de desenvolvimento de confusão
Pontuação NÍVEL 3: Controlo Fisiológico (0-6 pontos)	25-26	"Não confuso", mas com alto risco de confusão
NEECHAM TOTAL (0-30 pontos)	27-30	"Não confuso", ou função normal

Escala de Confusão de Neecham (Neves, Silva & Marques, 2011)

Apêndice XII – Reflexão Crítica IV

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

Estágio com Relatório

Reflexão Crítica IV

Discente:

Ana Inês Martins Fernandes (n.º 8823)

Regente:

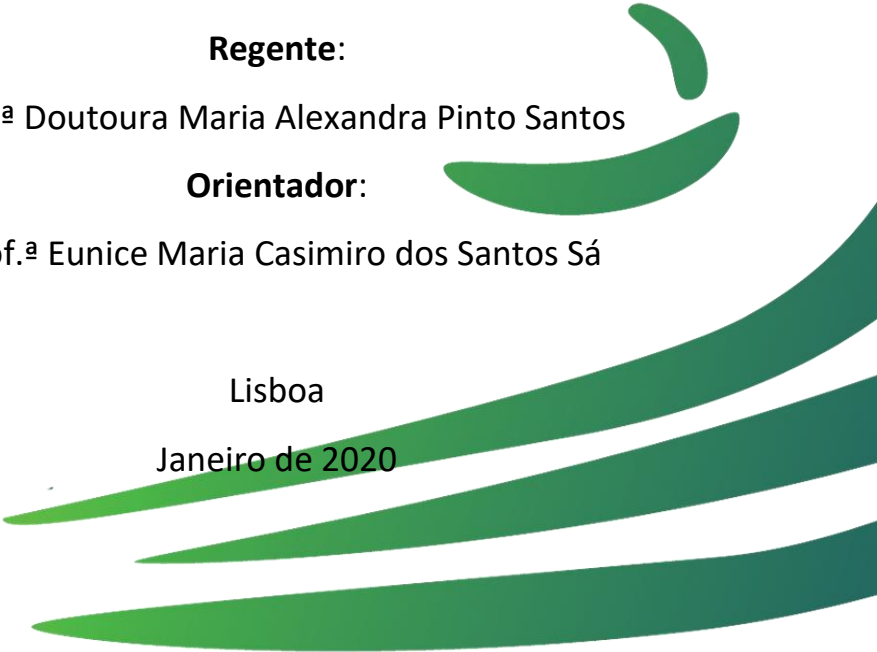
Prof.ª Doutoura Maria Alexandra Pinto Santos

Orientador:

Prof.ª Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá

Lisboa

Janeiro de 2020



A presente reflexão insere-se no estágio no local C, por forma a dar resposta a um dos objetivos do projeto de intervenção: *o conforto da pessoa com doença hemato-oncológica: intervenções de enfermagem*, em desenvolvimento no âmbito da unidade curricular, Estágio com Relatório.

Assim, irei desenvolver a temática da Esperança no cuidar a pessoa com doença hemato-oncológica. Esta reflexão não se baseia numa situação concreta, mas na minha vivência e experiência, de vários anos, enquanto enfermeira, que desenvolve a sua prestação de cuidados com a pessoa com doença hemato-oncológica.

O interesse por esta temática surge em duas vertentes: por um lado compreender a esperança da pessoa com doença hemato-oncológica e por outro lado, como os enfermeiros que cuidam destas pessoas promovem a esperança na prestação de cuidados.

O confronto com a doença oncológica faz surgir sentimentos de sofrimento, medo, ansiedade, dor, desconforto, ... e em última instância a morte tanto nos doentes como nos profissionais de saúde (Gameiro, 2000).

O impacto do diagnóstico submete a pessoa a inúmeros sentimentos e sintomas, gerados pela realização de meios de complementares de diagnóstico, invasivos e desconfortáveis e muitas das vezes, aos quais se acrescenta um período de internamento (Salgado, 2011), sendo que a hospitalização leva a sentimentos de perda e de receio perante o desconhecido (Gameiro, 2000). Também Pinto, Caldeira & Martins (2012), no seu estudo, afirmam que o processo de doença e o ambiente clínico são dois fatores negativos que afetam a forma como a pessoa encara o seu futuro pondo em causa o sentido da vida, a esperança e os relacionamentos intra e interpessoais.

O tratamento das doenças hemato-oncológicas são prolongados, agressivos e limitativos das atividades de vida diária do doente e família (Sá, 2001), uma vez que incluem quimioterapia, radioterapia e/ou transplante de células progenitoras hematopoiéticas, associado a isto os doentes podem desenvolver infeções, hemorragias, fadiga, alopecia, recaídas, ... o que gera sentimentos negativos de incerteza (Sá, 2001) e tem na base períodos de hospitalização frequentes e morosos, que podem afetar psicologicamente o doente .

Apesar de todas estas circunstâncias negativas e da incerteza no futuro, o que a minha prática de cuidados traduz é uma grande força interior, positivismo e energia que move a pessoa

com doença hemato-oncológica o que lhe permite ultrapassar algumas das dificuldades durante o seu processo de doença. A estes sentimentos, do doente pode chamar-se esperança. Contudo, cabe aos enfermeiros transmitir ao doente uma base sólida e realista do seu percurso de doença, para que estes possam tomar as suas decisões fundamentadas e concretizar os seus objetivos durante a vivência da doença hemato-oncológica. Foram estes as premissas que despoletaram a minha reflexão e a vontade de aprofundar esta temática.

Nesta ordem de ideias, esta reflexão tem como objetivo descrever a importância da esperança na pessoa com doença hemato-oncológica e sistematizar as intervenções utilizadas pelos enfermeiros na promoção da esperança, através da consulta da evidência científica.

A esperança é um foco de atenção da Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIFE®), sendo definida como “um sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, otimismo” (OE, 2009), contudo não existem intervenções de enfermagem associadas, o que consiste numa lacuna e leva à ausência de registos devido à inexistência de registos das intervenções promotoras de esperança, não conferindo visibilidade ao trabalho desenvolvido pelos enfermeiros (Pacheco, 2014). Este aspeto pode constituir uma ideia para um estudo de investigação futuro.

A esperança é definida como uma expectativa em resultados positivos, uma crença em acreditar que algo é possível mesmo que haja indicações contrárias (Dicionário Língua Portuguesa, 2009).

A esperança, como conceito ligado à enfermagem, tem sido estudada nas últimas décadas, caracterizando-se pela subjetividade e multidimensionalidade, direcionando-se, não apenas para a cura da doença (McLeod & Carter, 1999), como também para a vivência do processo de saúde-doença da melhor maneira possível (Pinto; Caldeira & Martins, 2012), estando presente em todas as dimensões da vida (Butt, 2011). Também Querido (2016, p:783), conclui que “a esperança é um processo multidimensional, dinâmico e multifacetado que é central à vida e orientado para o futuro, intencional e altamente personalizado”.

Para Kübler-Ross (1996) a esperança é transversal nas diversas fases de doença e corresponde a um sentimento, por parte do doente, de que a experiência pela qual está a passar,

possui determinado significado, que este lhe atribuí e que de alguma forma lhe irá trazer algum tipo de compensação.

Para Querido (2016, p.781) “a esperança é inerente à vida humana, intimamente associada às várias dimensões da esfera pessoal, familiar, profissional e social, e habitualmente está associada à expectativa positiva em relação ao futuro”. É um elemento essencial à vivência das pessoas com doença oncológica, na medida em que este diagnóstico constitui uma ameaça para o doente e família, sendo um fator de stress e insegurança perante o futuro (Querido, 2005). A mesma autora refere ainda que a esperança surge no discurso dos doentes crónicos “(...) como um recurso e importante estratégia de coping para suportar a dor e o sofrimento, assim como para lidar com a incerteza” (Querido, 2019, p.781). Esta ideia coaduna-se com a minha prática clínica, onde perante tantas adversidades os doentes encontram uma luz, algo positivo, que os move e os faz erguer novamente na luta da doença.

Do estudo realizado por Querido (2005) os participantes a realizar quimioterapia paliativa, não referiram perda de esperança, mas sim um processo de gestão das dificuldades do dia a dia, de maneira a mantê-la. Os doentes usavam a expressão “viver um dia de cada vez”, estando orientados para a concretização dos seus objetivos, na vivência do momento. Esta, é sem dúvida a expressão que mais se ouve nas pessoas com doença hemato-oncológica, e que traduz bem a relatividade das coisas e as batalhas que são travadas todos os dias perante a evolução da doença, os tratamentos e toda a sintomatologia que está associada.

De acordo com Pacheco (2014, p.30) “cada dia representa em si um novo desafio”, o que vai de encontro à manutenção da esperança. Estas expressões encerram em si a esperança num futuro com qualidade de vida.

A esperança está positivamente correlacionada com a saúde, qualidade de vida, bem-estar espiritual, felicidade, nível de controlo, autocontrolo, nível de *coping*, adaptação à doença, apoio social e satisfação com a informação transmitida pelos profissionais de saúde (Butt, 2011).

À esperança é atribuído poder terapêutico, sendo considerado um importante mecanismo de *coping* que influencia o bem-estar físico, emocional e espiritual (Querido, 2005), aumentando o conforto e a qualidade de vida (Querido 2012), sendo “encarada como uma possível saída do ciclo de sofrimento, podendo mesmo ser experienciada como conforto, uma vez que contribui

para a capacitação da pessoa para lidar com situações de crise e para o aumento e manutenção da qualidade de vida (Cavaco et al., 2010).

Para Pinto et al. (2012) é importante manter os doentes informados acerca da sua situação clínica, ajudar a encontrar o sentido de vida, através do planeamento de metas exequíveis, fomentando a espiritualidade saudável, para que os níveis de esperança se mantenham estáveis. Assim, a comunicação é um dos agentes terapêuticos mais poderosos que os enfermeiros têm ao seu dispor, para reduzir a incerteza, melhorar os relacionamentos e acompanhar o percurso dos doentes (Twycross, 2003).

A comunicação surge como uma competência de excelência a desenvolver pelos enfermeiros, para proporcionar cuidados de qualidade. Tal como definida pela European Oncology Nursing Society (EONS) (2018, p:35) “effective person-centered communication is consistently identified as being a key factor in determining patients’ and careers’ needs, concerns and preferences but also patients’ satisfaction adherence to treatment, recommended behavior change, safety, improved outcomes and recovery”. Esta tem sido uma das competências em desenvolvimento durante todo este percurso, baseada no auto-conhecimento e na consciência do meu crescimento enquanto enfermeira especialista (competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais) (OE, 2019).

Querido et al. (2016), ressaltam na arte de comunicar, o tempo e o espaço, sendo as ferramentas de trabalho mais importantes a palavra e a escuta, a que estão associadas ouvir, problemas e preocupações dos doentes, observar e tomar consciência dos nossos próprios sentimentos.

O doente informado acerca da sua situação clínica, é autónomo na tomada de decisão, mostrando-se mais confiante no processo de doença, contudo a principal dificuldade é saber como, quando, onde e que informação revelar (Cardoso & Cardoso, 2013), em última análise Querido, Salazar & Neto (2016, p.828) referem que “todos os doentes têm direito à verdade, negar a verdade (...) é impedi-lo de viver como protagonista a última fase da sua vida”.

Na doença crónica avançada e progressiva o processo de transição da esperança ocorre em quatro fases: esperança de cura; esperança de tratamento; esperança de prolongamento de vida; esperança de uma morte serena (Querido, 2016, p.784), o que se torna importante para poder

ajudar o doente, dependendo da fase em que se encontra e que permite ao enfermeiro adequar as suas intervenções.

“A promoção da esperança é recomendada como uma boa prática clínica no cuidar de pessoas em situação de doença crónica, avançada e progressiva, cujo resultado é fundamental para a vivência do processo com conforto e qualidade de vida, mantendo um sentido de dignidade” (Querido, 2016, p.793). De acordo com a afirmação anterior estabelece-se aqui uma relação entre a esperança e o conforto como cuidado de enfermagem. Também Sousa, Marques, Costa & Dixe (2011, p.459) ressaltam esta ligação ao afirmar que “confortar é dar força e esperança e contribuir para aliviar a dor do outro, sendo o conforto físico e psicológico uma parte vital da intervenção de enfermagem”.

O conforto, de acordo, com a Teoria Holística do Conforto de Kolcaba (2003), que serve de referencial teórico para o projeto que me encontro a implementar, é um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas relativas ao alívio, tranquilidade e transcendência (tipo de conforto) atingidos nas dimensões física, psicoespiritual, ambiental e social (contexto de conforto). É um elemento central para a enfermagem (Kolcaba, 2003) e pode ser relacionada com a esperança, ao nível dos contextos de conforto propostos por Kolcaba (2003), promovendo o alívio, o sentido de vida e a auto-estima.

Para fomentar a esperança é necessário que haja um crescimento profissional resultante da reflexão sobre as práticas e da formação realizada em contexto académico ou ao longo da vida (Sapeta, 2011).

A promoção da esperança “requer treino de comunicação, relação e aprendizagem e o uso de estratégias para potenciar as ações iniciadas pelos doentes” (Querido, 2016, p.793). Os enfermeiros que participaram no estudo de Pacheco (2014) acreditam que promovem a esperança realista, considerando-a como um elemento significativo dos cuidados.

Querido (2012) acrescenta que o enfermeiro terá que utilizar competências avançadas de escuta empática, respeitando os momentos de silêncio.

No estudo referido anteriormente, as intervenções potencialmente promotoras de esperança, encontradas foram (Pacheco, 2014): controlo de sintomas; satisfação das necessidades básicas; valorização de conquistas; estabelecimento da relação de ajuda; ajuda no percurso; encontro de sentido e envolvimento da família.

Como fatores inibidores de esperança foram referidos pelos enfermeiros falta de recursos, a rotinização dos cuidados, a delegação de tarefas e a ausência de reflexão e registos.

As intervenções de enfermagem devem ser medidas e operacionalizadas de forma a avaliar o seu impacto na qualidade dos cuidados de enfermagem prestados. Assim, a esperança, o conforto, a resiliência e a qualidade de vida são exemplos de indicadores de resultado que podem ser monitorizados através de instrumentos validados, já existentes em Portugal (Querido, 2012).

No seu estudo, Querido (2012) desenvolveu a adaptação cultural e validação de diversos instrumentos de medida: da esperança – *Herth Hope Index*; conforto – *Hospice Comfort Questionnaire* e qualidade de vida – *McGill Quality of Life Questionnaire* nas pessoas com doença crónica e progressiva. Os resultados da aplicação dos instrumentos indicaram bons níveis de esperança, conforto e qualidade de vida e a existência de correlações positivas entre estas variáveis, o que corrobora a favor de considerar a esperança, o conforto e a qualidade de vida como indicadores de resultado altamente sensíveis à prática de enfermagem.

Neste sentido, consegui compreender os pontos chave do conceito de esperança, sendo a sua manutenção de importância vital para o processo de vivência da doença da pessoa com doença hemato-oncológica. Existem competências transversais ao enfermeiro que ajudam na promoção da esperança e que podem e devem ser desenvolvidas para aumentar a qualidade dos cuidados prestados.

Uma vez que me encontro a desenvolver um projeto acerca do conforto da pessoa com doença hemato-oncológica foi importante esta reflexão, para compreender a relação entre o conceito de esperança e de conforto, uma vez que a promoção da esperança realista, assenta em intervenções que também promovem o conforto. Neste sentido, o enfermeiro desenvolve uma relação terapêutica com a pessoa com doença hemato-oncológica, auxiliando na gestão de sentimentos e na transmissão de informação, aspetos que assentam na esperança e consequentemente permitem os cuidados centrados na pessoa, uma vez que têm em conta a satisfação das suas necessidades e portanto o desenvolvimento de intervenções promotoras de conforto, que sistematizei na *check-list* do conforto e que servem de base para a avaliação do conforto proposta pela Norma de Orientação Clínica *Intervenções de Enfermagem promotoras de conforto, à pessoa com doença hemato-oncológica*.

A esperança permite ao enfermeiro desenvolver o papel de advogado do doente, uma vez que estes “recusam executar os cuidados que vão contrariar os objetivos e princípios que entendem ser adequados, advogam o doente, promovem confiança e a esperanaça” baseados no plano de cuidados definido individualmente.

Concluindo, a mobilização de novos conhecimentos e competências, permite ao “enfermeiro avaliar, rever e planejar os cuidados centrados no doente enquanto pessoa global e o objetivo de intervenção passa pela busca do bem-estar, do conforto, da qualidade de vida e minimização do sofrimento físico/existencial” (Sapeta, 2011, p:74).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Butt, C. (2011). Hope in Adults With Cancer: State of the Science. *Oncology Nursing Forum* 38(Nº5), p.341-350.
- Cardoso, D. & Cardoso, C. (2013). Comunicação em Oncologia: como comunicar más notícias? *Onco News*. 22 (ano VI).
- Cavaco, V.; José, H.; Louro, S.; Ludgero, A.; Martins, A. & Santos, M. (2010). Qual o papel da esperança na saúde da pessoa? .Revisão Sistemática. *Revista de Enfermagem Referência*. N.º 12 (II Série), p.93-103.
- Dicionário da Língua Portuguesa (2009). Priberan. Disponível em [http: www.priberan.pt/DLPO/](http://www.priberan.pt/DLPO/) acedido em 27/01/2020.
- European Oncology Nursing Society (EONS) (2018). *The EONS Cancer Nursing Education Framework*. Bruxelas: EONS.
- Gameiro, M. (2000). ESSD: Um Instrumento para a Abordagem do Sofrimento na Doença. *Revista de Enfermagem Referência*. N.º4, p.57-66.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice – A vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kübler-Ross, E. (1996). *Sobre a Morte e o Morrer - O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes* (7ª Edição). Martins Fontes. São Paulo.
- MacLeod, R. & Carter, H. (1999). Health professionals' perception of hope: understanding its significance in the care of people who are dying. *Mortality*. 4(3), p.309-317.
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Linhas de Orientação para a Elaboração de Catálogos CIPE®*. Lisboa. ISBN: 978-989-96021-6-8. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/linhas_cipe.pdf, acedido em 11/07/2019.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>, acedido em 29/05/2019.
- Pacheco, A. (2014). *Cuidar da pessoa com doença oncológica em situação paliativa: o significado atribuído à esperança pela equipa de enfermagem*. Dissertação de Mestrado

não publicada, apresentada para obtenção de grau de Mestre em Cuidados Paliativos, à Universidade Católica Portuguesa - Instituto de Ciências da Saúde. Porto.

- Pinto, S.; Caldeira, S. & Martins, J. (2012). A esperança da pessoa com cancro - Estudo em contexto de quimioterapia. *Revista de Enfermagem Referência*. N.º7 (III Série), p: 23-31.
- Querido, A. (2005). *A esperança em cuidados paliativos*. Dissertação de Mestrado não publicada, apresentada para obtenção de grau de Mestre em Cuidados Paliativos, à Universidade de Lisboa - Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa.
- Querido, A. (2016). A esperança em cuidados paliativos. Barbosa, A.; Pina, P.; Tavares, F. & Neto, I. *Manual de Cuidados Paliativos*. (p.781-796). (3.ª Edição). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN: 978-972-9349-37-9.
- Querido, A., Salazar, H. & Neto, I. (2016). Comunicação. Barbosa, A.; Pina, P.; Tavares, F. & Neto, I. *Manual de Cuidados Paliativos*. (p.815-832). (3.ª Edição). Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos: Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN: 978-972-9349-37-9.
- Sá, E. (2001). *A influência da adaptação mental à doença oncológica na qualidade de vida do doente hemato-oncológico, em ambulatório*. Dissertação não publicada de Mestrado apresentada para obtenção do Grau de Mestre na especialidade de Psicologia da Saúde ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa.
- Salgado, N. (2011). A história oncológica do doente. *Onco News*. V (N.º 18), p.23-32.
- Sapeta, P. (2011). *Cuidar em fim-de-vida: O processo de interacção Enfermeiro-Doente*. Loures: Lusociência. ISBN: 978- 972- 8930-691.
- Sousa, P.; Marques, R.; Costa, M. & Dixe, M. (2011). O conforto do doente idoso com doença crónica e de cuidadores informais em contexto de hospitalização. *International Journal of developmental and educational psychology*. Vol. 3, n.º 1. p.457-466. ISSN: 0214-9877.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos*. (2ª Edição). Climepsi Editores. Lisboa. ISBN:972796-093-6.

Apêndice XIII – Cronograma II – Atividades a desenvolver no 3.º semestre

Atividades a desenvolver no 3.º semestre

Anos		2019																2020								
Meses		Jun.	Jul.	Set.	Out.					Nov.					Dez.				Jan.					Fev.		
Dias		1	1	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10		
		30	31	29	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	20	29	5	12	19	26	2	9	16		
A	Realização de pesquisa bibliográfica e revisão sistemática da literatura																									
T	Observação e integração da dinâmica do local de estágio																									
V	Enumerar as necessidades e cuidados promotores de conforto na pessoa com doença hemato-oncológica																									
A	Identificação das necessidades e intervenções promotoras de conforto realizadas à pessoa com doença hemato-oncológica																									
D	Apresentação por escrito de uma reflexão acerca de uma interação de cuidados/comunicação com a pessoa com doença hemato-oncológica/com sintomatologia descontrolada em Cuidados Paliativos																									
S	Apresentação, por escrito, de notas de campo, no sentido, de identificar cuidados promotores de conforto na pessoa com doença hemato-oncológica																									

Apêndice XIV – *Checklist* do Conforto



Mestrado em Enfermagem na
área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica
na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica
Estágio com Relatório

O Conforto da Pessoa com doença Hemato-oncológica:
Intervenções de Enfermagem
- Checklist do Conforto -

Discente:

Ana Inês Martins Fernandes (n.º 8823)

Regente:

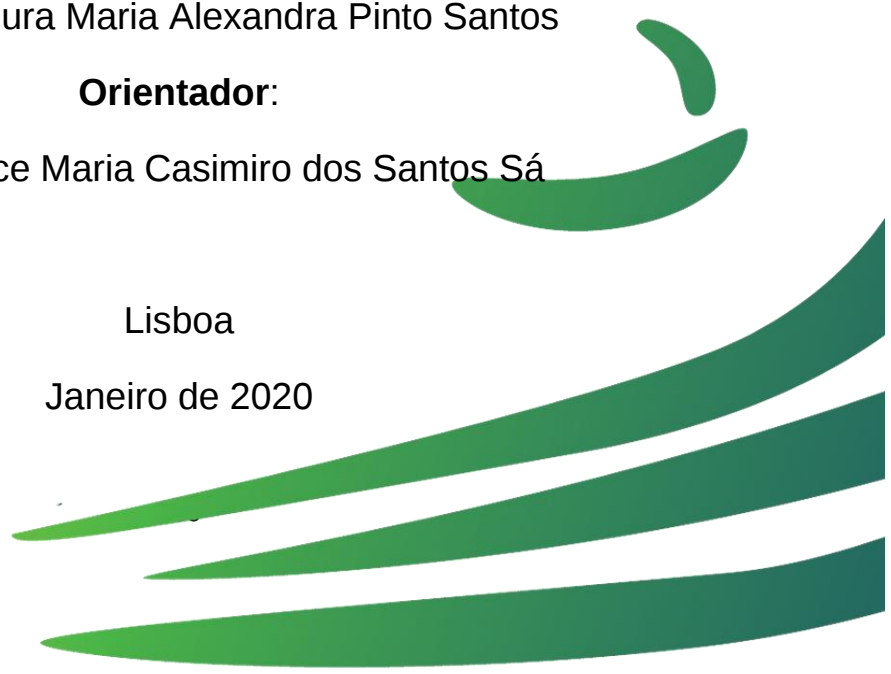
Prof.^a Doutora Maria Alexandra Pinto Santos

Orientador:

Prof.^a Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá

Lisboa

Janeiro de 2020



O enfermeiro na sua prática de cuidados diária, desenvolve competências profissionais que lhe permitem progredir desde o nível de iniciado, tal como descrito por Benner (2001), para um estágio superior de perito, através, não só da aplicação dos conhecimentos teóricos, mas do seu envolvimento total nos cuidados de enfermagem prestados, onde relaciona a teoria com a sua experiência de vida. Assim sendo, assume-se que o enfermeiro especialista, é capaz antecipadamente, de reconhecer quais os fatores promotores de desconforto para a pessoa com doença hemato-oncológica, regendo, desta forma a sua prestação de cuidados no sentido de os diminuir ou atenuar, sempre que possível, promovendo o conforto.

A seguinte *checklist*, foi elaborada com o objetivo de esquematizar as intervenções de enfermagem promotoras de conforto, que surgiram após consulta da evidência científica. Assim, pretendendo confrontar a prática de enfermagem dos locais de estágios, com a melhor evidência científica, compreendendo se existem ou não intervenções a acrescentar.

Nesta ordem de ideias, utilizei a Teoria do Conforto, de Kolcaba (2003), como referencial teórico e também um estudo desenvolvido por Machado (2018), onde emergem as características do cuidado confortador, definido como “*Comfort Care*” por Kolcaba (2003, p: 25) e que consiste “num processo quando o seu correspondente resultado, aumento do conforto, é alcançado ou mesmo quando as ações são dirigidas a confortar”.

Para esta autora o conforto corresponde ao estado onde estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência (tipos de conforto), sendo que o alívio corresponde ao funcionamento habitual; a tranquilidade à calma e satisfação, fundamental para o desempenho eficiente; por último, a transcendência, às competências para planear ou controlar o destino e resolver os problemas (Kolcaba, 2003).

Segundo Kolcaba (2003) os três estados de conforto desenvolvem-se em quatro contextos: o contexto físico diz respeito ao equilíbrio hemodinâmico e imunitário; o contexto psicoespiritual refere-se à consciência de si, incluindo a autoestima, autoconceito, a sexualidade e sentido de vida, podendo considerar-se uma relação com um ser superior; no contexto sociocultural, engloba-se as relações interpessoais, familiares e sociais; o contexto ambiental engloba aspetos como a luz, barulho, cor, temperatura e elementos naturais ou artificiais do meio (Kolcaba, 2003).

Para atingir o conforto holístico, a Teoria do Conforto de Kolcaba (2003) explica como as intervenções de conforto são importantes para a manutenção e promoção da saúde, valorizando as necessidades dos doentes, respeitando a sua autonomia e melhorando a qualidade de vida.

Para Kolcaba (2003, p:14) “comfort is the immediate experience of being strengthened by having needs for relief, ease and transcendence met in four contexts (physical, psychospiritual, social and environmental”. Tendo em consideração esta definição de conforto holístico surge a estrutura taxonómica do conforto (tabela n.º 1).

		Tipos de Conforto		
		<u>Alívio</u>	<u>Tranquilidade</u>	<u>Transcendência</u>
Contextos de Conforto	<u>Físico</u>			
	<u>Psicoespiritual</u>			
	<u>Social</u>			
	<u>Ambiental</u>			

Tabela nº 1 – Estrutura Taxonómica do Conforto (Kolcaba, 2003)

A *Checklist* do Conforto que construí é constituída pelas unidades de observação/registo que correspondem aos tipos e contextos de conforto, definidos por Kolcaba (2003) e integrantes da Taxonomia do Conforto e pelas intervenções de enfermagem encontradas na evidência científica, para promover o conforto.

Assim, esta irá ser a *checklist* que orienta a observação das intervenções promotoras de conforto desenvolvidos nos diversos locais de estágio, sendo uma grelha dinâmica, uma vez que poderão surgir novos dados da evidência científica e da prestação de cuidados diária.

Para o seu preenchimento, utilizei as iniciais S (sim); N (não) e NA (não aplicável), como figura na legenda, sendo facilitador para, desta forma, avaliar as intervenções promotoras de conforto, desenvolvidas em determinada situação de cuidar o outro. Será ainda oportuno retirar algumas observações que possam ajudar a compreender como foram colocadas em prática as intervenções promotoras de conforto e qual o seu

resultado, no sentido de completar e adequar o plano de cuidados à satisfação das necessidades da pessoa, tendo como objetivo central o seu conforto.

Intervenção de Enfermagem			Unidades de Observação/Registo	Tipos de Conforto			Observações
				<u>Alívio</u> Satisfação de uma necessidade específica	<u>Tranquilidade</u> Promoção da calma e paz	<u>Transcendência</u> Capacitação do doente para a resolução de problemas e escolhas que controlam o seu destino	
○ Avaliar e vigiar sinais vitais			Contextos do Conforto <u>Físico</u> Manutenção do equilíbrio hemodinâmico e imunitário e o bem-estar físico				
○ Controlar sintomatologia descontrolada	Dor						
	Náuseas e vômitos						
	Dispneia						
	Anorexia						
	Mucosite						
	Obstipação						
	Diarreia						
	Confusão						
	Insónias						
Outros							
○ Administrar terapêutica para controlo de sintomatologia							
○ Gerir analgesia prescrita de acordo com a realização de procedimentos invasivos							
○ Promover o toque							

◦ Ajudar nos posicionamentos		<u>Físico</u> Manutenção do equilíbrio hemodinâmico e imunitário e o bem-estar físico				
◦ Privilegiar os posicionamentos nos decúbitos de conforto						
◦ Realizar massagem						
◦ Aplicar creme hidratante nas zonas de pressão						
◦ Providenciar aplicação de calor ou frio, se indicado						
◦ Promover períodos de repouso						
◦ Utilizar terapias não farmacológicas (distração, musicoterapia, ...)						

Intervenção de Enfermagem			Unidades de Observação/ Registo	Tipos de Conforto			Observações
				<u>Alívio</u> Satisfação de uma necessidade específica	<u>Tranquilidade</u> Promoção da calma e paz	<u>Transcendência</u> Capacitação do doente para a resolução de problemas e escolhas que controlam o seu destino	
◦ Apresentar-se ao doente e família			Contextos do Conforto <u>Psicoespiritual</u> Ter consciência de si Promover a autoestima, o sentido de vida, sexualidade, relação com um ser superior				
◦ Utilizar formas de comunicação verbal adequadas:	Utilizar linguagem acessível						
	Esclarecer dúvidas e mitos						
	Validar informação transmitida						
◦ Utilizar formas de comunicação não-verbal adequadas:	Mostrar empatia						
	Mostrar disponibilidade para escutar						
	Mostrar postura de abertura						
◦ Estar atento aos sentimentos da pessoa em relação à doença, cirurgia e morte							
◦ Encorajar atividades espirituais							
◦ Ajudar a encontrar um sentido para a vida							
◦ Mostrar compaixão							

Promover a autonomia do doente	Responsabilizar o doente no processo de tomada de decisão		<u>Psicoespiritual</u> Ter consciência de si Promover a autoestima, o sentido de vida, sexualidade, relação com um ser superior				
	Compreender o significado atribuído às alterações da autoimagem (alopécia, perda de peso, suturas, drenos, ...)						
	Ensinar acerca de alterações provenientes da cirurgia, doença ou tratamentos (disfunção sexual)						
	Ensinar estratégias para lidar com limitações físicas						

Intervenção de Enfermagem	Unidades de Observação/Registo		Tipos de Conforto			Observações
			<u>Alívio</u> Satisfação de uma necessidade de específica	<u>Tranquilidade</u> Promoção da calma e paz	<u>Transcendência</u> Capacitação do doente para a resolução de problemas e escolhas que controlam o seu destino	
◦ Promover as visitas e a permanência de familiares, respeitando a vontade do doente e as regras institucionais	Contextos do Conforto	<u>Sócio cultural</u> Manutenção das relações interpessoais (familiares e sociais)				
◦ Compreender os processos familiares disfuncionais						
◦ Garantir acesso à informação						
◦ Possibilitar a comunicação com o exterior através de telefone, telemóvel, tablets, televisão, ...						
◦ Garantir o acesso aos recursos sociais existentes na comunidade						
◦ Respeitar as preferências, costumes e tradições do doente						

Intervenção de Enfermagem	Unidades de Observação/Registo		Tipos de Conforto			Observações
			<u>Alívio</u> Satisfação de uma necessidade específica	<u>Tranquilidade</u> Promoção da calma e paz	<u>Transcendência</u> Capacitação do doente para a resolução de problemas e escolhas que controlam o seu destino	
Realizar acolhimento no serviço	Contextos do Conforto	<u>Ambiental</u> Adequação da luz, barulho, cor, temperatura e elementos artificiais ou naturais do meio				
Promover e garantir condições de higiene						
Garantir a privacidade						
Promover o recurso aos objetos pessoais						
Promover as suas preferências alimentares						
Promover e garantir condições de segurança						
Proporcionar um ambiente calmo e tranquilo						
Proporcionar iluminação natural adequada						
Gerir estímulos externos de acordo com preferência do doente (por exemplo: barulho, temperatura)						

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- √ Apóstolo, J., Batista, A., Macedo, C. & Pereira, E. (2006). Sofrimento e conforto em doentes submetidas a quimioterapia. *Revista Referência*, nº3, pp. 55-64.
- √ Apóstolo, J., & Cardoso, D. (2013). The use of non-pharmacological nursing interventions on the comfort of cancer patients: developing a search strategy for this review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 11(3), 212. <https://doi.org/10.1111/1744-1609.12034>.
- √ Barbosa, A., & Neto, I. (2010) – *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- √ Benner, P. (2001). De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem. (Quarteto, Ed.). Coimbra.
- √ Bottorf, J., Gogag, G. & Lotzkar, M. (1995). Comforting: Exploring the work of cancer nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1077-84.
- √ Brant, J. M. (2010). Palliative Care for Adults Across the Cancer Trajectory: From Diagnosis to End of Life. *Seminars in Oncology Nursing*, 26(4), 222–230. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2010.08.002>.
- √ Bush, E. (2007). The Use of Human Touch to Improve the Well-Being of Older Adults. *Journal of Holistic Nursing*, 19(3), 256–270. <https://doi.org/10.1177/089801010101900306>.
- √ Capelas, M. (2014) – *Indicadores de Qualidade para os Serviços de Cuidados Paliativos*. Lisboa. Universidade Católica Portuguesa.
- √ Cardoso, R., Caldas, C. & Souza, P (2019). Uso da teoria de Kolcaba na implementação do processo de enfermagem: revisão integrativa. *Rev Enf Atenção Saúde* [online]. Jan/Jul, 8 (1). p: 118-128.
- √ Coelho, A., Parola, V., Cardoso, D., Bravo, M. & Apóstolo, J. (2017). Use of non-pharmacological interventions for comforting patients in palliative care: a soping review. *JB I Database of Systematic Reviews and Implementation a Reports*, 1867-1904. DOI: 10.11124/JBISRIR-2016-003204.-
- √ Cooke LD, Gemmill R, & Grant ML. (2011). Creating a palliative educational session for hematopoietic stem cell transplantation recipients at relapse. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(4), 411–417.

- √ Faria, J. (2017). *O conforto da pessoa em situação crítica*. Dissertação não publicada para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem médico-cirúrgica, apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde, Escola de Enfermagem, Lisboa.
- √ Friese, C. (2005). Nurse Practice Environments and outcomes: Implications for oncology nursing. *Oncology Nursing Forum*. 32 (4), 765-772.
- √ Henderson, V. (2007) – *Princípios básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE* – Loures: Lusociência. ISBN: 978-989-8075-00-0.
- √ Kao, C. Y., Hu, W. Y., Chiu, T. Y., & Chen, C. Y. (2014). Effects of the hospital-based palliative care team on the care for cancer patients: An evaluation study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(2), 226–235. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.05.008>
- √ Kelly, A. E., Sullivan, P., Fawcett, J., & Samarel, N. (2004). Therapeutic Touch, Quiet Time, and Dialogue: Perceptions of Women With Breast Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 31(3), 625–631. <https://doi.org/10.1188/04.onf.625-631>
- √ Kleinman, S. (2004). What is the Nature of Nurse Practitioners' Lived Experiences Interacting with Patients? *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, June, Vol.16, 263- 269.
- √ Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice – A vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- √ Kolcaba, K. (2006). Comfort . In J. Fitzpatrick & M. Wallace (Eds.), *Encyclopedia of nursing research* (2nd ed., pp. 92-94). New York: Springer Pub. Comp.
- √ Machado, A. (2018). *As intervenções associadas ao cuidado confortador, implementadas pelos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação, em Unidades de Cuidados Paliativos e Unidades de Longa Duração e Manutenção*. Dissertação não publicada para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, apresentada à Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Minho, Minho.
- √ Magalhães, J.C. (2009). *Cuidar em fim de vida – Experiência durante a formação inicial de enfermeiros* . Lisboa: Coisas de Ler.
- √ Mårtensson, G., Carlsson, M., & Lampic, C. (2010). Do Oncology Nurses Provide More Care to Patients With High Levels of Emotional Distress? *Oncology Nursing Forum*, 37(1), E34–E42. <https://doi.org/10.1188/10.onf.e34-e42>.
- √ Moreira, C.; Castanheira, I. & Reis, T. (2003) – “Acolhimento do doente oncológico: o

- que valorizam os enfermeiros?” – In: *Revista de Investigação em Enfermagem*, 8. p: 27-36.
- √ Panno, J., Kolcaba, K., & Holder, C. (2000). Acute Care for Elders (ACE): a holistic model for geriatric orthopaedic nursing care. *Orthopaedic Nursing*, 19(6), 53-60. Retrieved from CINAHL Plus with Full Text database.
 - √ Parks, M. D., Morris, D. L., Kolcaba, K., & McDonald, P. E. (2017). An Evaluation of Patient Comfort During Acute Psychiatric Hospitalization. *Perspectives in Psychiatric Care*, 53(1), 29–37. <https://doi.org/10.1111/ppc.12134>
 - √ Oliveira, C. (2011). *O cuidado confortador da pessoa hospitalizada: individualizar a intervenção conciliando tensões*. Dissertação não publicada de Doutoramento em Enfermagem apresentada para obtenção do Grau de Doutor à Universidade de Lisboa, Lisboa.
 - √ Oliveira, C. S. (2006). O cuidado confortador à pessoa idosa hospitalizada: Contributos para uma revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*, 10 (1), 2-12.
 - √ Pimenta, C. (2010). Cuidados paliativos: uma nova especialidade do trabalho da enfermagem? *Acta Paul Enfermagem*. 23 (3) p.7-8.
 - √ Querido, A. (2005) - *A Esperança em Cuidados Paliativos* - Dissertação de Mestrado apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Cuidados Paliativos à Universidade de Lisboa, Lisboa.
 - √ Ramos, C. (2013) – *A esperança e o sofrimento no doente oncológico paliativo* - Dissertação de Mestrado apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Cuidados Paliativos. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
 - √ Ribeiro, A. L. & Cardoso, A. (2008). Olhar o sofrimento e luto sob o prisma da espiritualidade. *Enfermagem Oncológica*. 43,44, 8-18;
 - √ Ribeiro, J.; Cardoso, L.; Pereira, C.; Silva, B; Bubolz, B. & Castro, C. (2016). Assistência de enfermagem ao paciente oncológico hospitalizado: diagnóstico e intervenções relacionadas às necessidades psicossociais e psicoespirituais. *J. res. Fundam. Care Online*. Out/Dez 8(4). 5136-5142. Doi: 10.9789/2175 5361.2016v8i4.5136 5142.
 - √ Richards, D. A., Hilli, A., Pentecost, C., Goodwin, V. A., & Frost, J. (2018). Fundamental nursing care: A systematic review of the evidence on the effect of nursing care interventions for nutrition, elimination, mobility and hygiene. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11–12), 2179–2188. <https://doi.org/10.1111/jocn.14150>

- √ Slatyer, S., Williams, A. M., & Michael, R. (2015). International Journal of Nursing Studies Seeking empowerment to comfort patients in severe pain: A grounded theory study of the nurse ' s perspective. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 229–239. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.06.010>
- √ Verstegen, A., & Silverman, M. J. (2016). AMTA Graduate Student Research Award. *Music Therapy Perspectives*, (November), miw029. <https://doi.org/10.1093/mtp/miw029>
- √ Volker, D. L. (2003). Assisted dying and end-of-life symptom management. *Cancer Nursing*, 26(5), 392–399. <https://doi.org/10.1097/00002820-200310000-00008>

Apêndice XV – Estudo de Caso



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

Estágio com Relatório

Estudo de Caso

Mulher com BRCA 2 positivo:

a Herança Genética

Discente:

Ana Inês Martins Fernandes

Lisboa

2019



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

Estágio com Relatório

Estudo de Caso

Mulher com BRCA 2 positivo:

a Herança Genética

Discente:

Ana Inês Martins Fernandes (n.º 8823)

Regente:

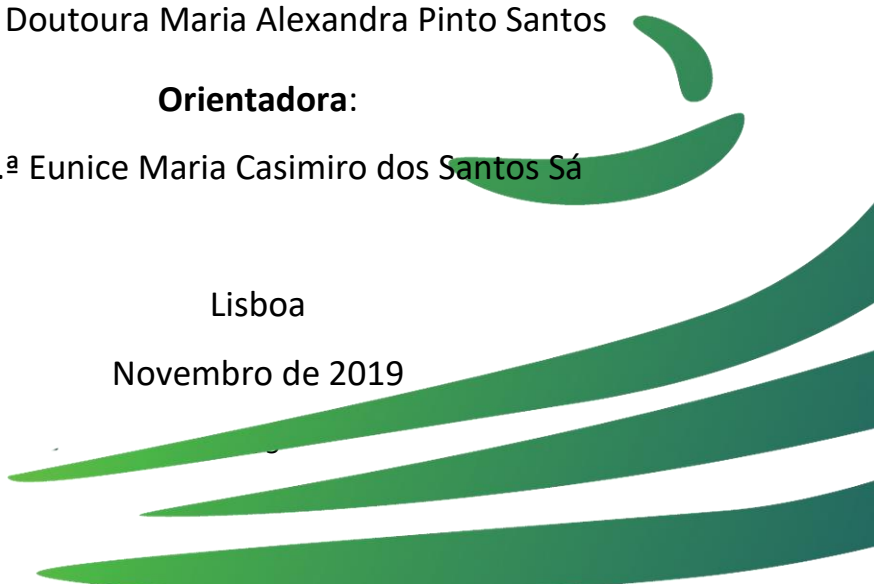
Prof.ª Doutora Maria Alexandra Pinto Santos

Orientadora:

Prof.ª Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá

Lisboa

Novembro de 2019





LISTA DE SIGLAS

- **EONS** - *European Oncology Nursing Society*
- **DIEP** – deep inferior epigastric perforator
- **BRCA** - hereditary breast and ovarian cancer syndrome
- **NHF** – Necessidades Humanas Fundamentais
- **WHO** – World Health Organization



ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	5
1. DESCRIÇÃO DO CONHECIMENTO DA PESSOA, FAMÍLIA E CONTEXTO DE VIDA	8
2. IMPACTO DA DOENÇA ONCOLÓGICA E CIRURGIA ONCOLÓGICA PROFILÁTICA NA PESSOA E FAMÍLIA	12
2.1. Avaliação das Necessidades Humanas Fundamentais	18
2.2. Teoria da Conforto.	20
2.3. Teoria do Transição	23
3. REFLEXÕES E APRENDIZAGENS NA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA E FAMÍLIA SUBMETIDA A CIRURGIA ONCOLÓGICA PROFILÁTICA	25
CONCLUSÃO	30
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	32
APÊNDICE	
Apêndice I – <i>Check-list</i> do conforto	



INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório do 10.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica.

, como resposta a um objetivo específico do projeto de intervenção – *O conforto da pessoa com doença hemato-oncológica* – que se descreve como prestar cuidados de enfermagem à pessoa com doença hemato-oncológica em internamento hospitalar e que apresenta como indicador de avaliação a realização de um estudo de caso.

O estudo de caso é um método de investigação que consiste na realização de um exame aprofundado das necessidades e problemas da pessoa e família. Inclui uma recolha exaustiva de informação, um processo de pensamento crítico, clínico e reflexivo na busca da compreensão da situação e de estratégias de atuação e um processo de julgamento ou avaliação o que possibilita retirar contributos para a prática de enfermagem, uma vez que leva à reflexão, produzindo assim conhecimento. (Galdeão, Rossi & Zago, 2003).

A finalidade deste estudo de caso é desenvolver competências que permitam cuidar da pessoa com doença oncológica e sua família em contexto hospitalar, promovendo o seu conforto, sendo o seu contexto, o local de estágio I. Este estágio desenvolveu-se entre setembro e outubro de 2019, durante 6 semanas, numa instituição hospitalar, num serviço de internamento de doentes oncológicos e hemato-oncológicos, na sua grande maioria submetidos a cirurgias oncológicas.

Durante este período de estágio prestei cuidados a diversos doentes, contudo a doente sobre a qual incidirá este estudo de caso, despertou a minha atenção como enfermeira, não só pelas necessidades de cuidados complexas, mas também por ser uma situação que exigiu pesquisa e aprofundamento de conhecimentos, para melhor conseguir responder às suas necessidades, demonstrando disponibilidade, escutando e desenvolvendo uma comunicação eficaz.

Apesar do meu projeto incidir sobre o conforto da pessoa com doença hemato-oncológica, senti um privilégio e ao mesmo tempo um desafio por ter acompanhado esta mulher com suscetibilidade genética a neoplasia maligna da mama e do ovário, que foi submetida a mastectomia e ooforectomia bilateral profilática com reconstrução mamária imediata. Só consegui acompanhar esta família durante dois turnos, mas a situação de cuidados transmite várias intervenções de enfermagem, como seja, a educação, com a realização de ensinamentos, o que contribui para a facilitação da adaptação às alterações de imagem corporal, tentando transmitir estratégias que promovam a adaptação.



A cirurgia oncológica é uma área pouco conhecida para mim, contudo neste local de estágio tenho tido a oportunidade de compreender as reais necessidades destes doentes e suas famílias, por existirem cirurgias tecnologicamente avançadas e pouco invasivas em grande número, na área da oncoplástica, no cancro da mama.

No sentido de manter a privacidade, o respeito e dignidade da pessoa alvo de cuidados, tal como sustenta o Código Deontológico do Enfermeiro (2015) (artigo 106.º), todos os dados que possam revelar a sua identidade foram omitidos ou alterados, assim usarei um nome fictício para a doente – **Sr.ª B.** Ao marido também se aplica o mesmo pressuposto e será identificado por **Sr.º R.** Antecipadamente, expliquei a este casal que era aluna de enfermagem da especialidade médico-cirúrgica e mestrado e que estava num processo formativo, em que iria realizar um trabalho acerca de si, do seu internamento e da sua situação de cuidados mantendo o anonimato dos dados colhidos. Este casal aceitou prontamente, agradecendo a ajuda que iria ser disponibilizada.

Nesta ordem de ideias, os objetivos deste estudo de caso são: identificar as necessidades da pessoa e sua família, submetida a mastectomia e ooforectomia bilateral profilática, de acordo com Virginia Henderson (2007); identificar as intervenções de enfermagem implementadas para a satisfação das necessidades da pessoa e família submetida a mastectomia e ooforectomia bilateral profilática; refletir acerca das intervenções de enfermagem implementadas, baseando-as na Teoria do Conforto de Kolcaba (2003) e na Teoria das Transições de Meleis (2010); compreender e refletir acerca das competências de Enfermeiro Especialista e Mestre desenvolvidas.

O presente trabalho encontra-se organizado da seguinte forma: inicialmente irei descrever os dados demográficos da pessoa, bem como os seus antecedentes pessoais e familiares, a sua história de saúde atual e a apreciação cognitiva e emocional. Abordarei posteriormente, o impacto da doença oncológica e da cirurgia profilática, considerando esta família, alvo dos cuidados de enfermagem. Seguidamente, farei a avaliação das necessidades humanas fundamentais de acordo com Virgínia Henderson (2007), recorrendo também à Teoria do Conforto de Kolcaba (2003) e à Teoria das transições de Meleis (2010), para justificar e enquadrar a prestação de cuidados. Por último, refletirei sobre as intervenções de enfermagem executadas e tecerei as considerações acerca das aprendizagens realizadas e competências desenvolvidas. Finalizando este trabalho apresento as referências bibliográficas utilizadas como fonte de evidência.



1. DESCRIÇÃO DO CONHECIMENTO DA PESSOA, FAMÍLIA E CONTEXTO DE VIDA

Os dados colhidos para a realização deste estudo de caso, foram obtidos a partir da consulta do processo clínico informatizado, em uso na instituição hospitalar, onde realizei o estágio, junto dos enfermeiros que prestam cuidados a esta doente, da observação, bem como de questões simples e abertas para completar a informação já adquirida, aquando da prestação de cuidados à doente e família, aproveitando os momentos de interação para conhecer melhor a pessoa e família, de forma a ir de encontro às suas reais necessidades, prestando cuidados de conforto e qualidade.

A colheita de dados em enfermagem é a primeira etapa do processo de enfermagem, para que se possa avaliar as necessidades do doente e família.

A informação colhida advém da observação e simultaneamente da utilização de entrevistas/questionários. Assim, posso afirmar, que optei por uma entrevista não estruturada, em que a conversa informal era guiada pelas questões que pretendia ver respondidas. Tal como afirma Fortin (2003, p.247) “são propostas questões pelo entrevistador, mas sem que este forneça uma estrutura para a resposta”.

Para além de ter recorrido ao guião de colheita de dados proposto na Unidade Curricular Cuidar do Doente e Família em contexto hospitalar ainda senti necessidade de colocar mais algumas questões à Sr.^a B., tais como: como se sentiu quando soube que tinha esta predisposição genética para cancro da mama e ovário? E quando soube que iria ser submetida a uma cirurgia para retirar os ovários e as mamas? É católica? Como reagiu o seu marido e filhas? O que mais a preocupa?

A Sr.^a B. tem 45 anos, é natural da Ilha da Madeira, onde reside atualmente é professora de 3.º ciclo. Está casada com o Sr.º R., há 15 anos. Ele é natural do Porto e engenheiro mecânico. Conheceram-se em Lisboa quando estavam ambos na faculdade. Têm duas filhas de 14 e 11 anos, que ficaram na Madeira com os tios da Sr.^a B.

A Sr.^a B. refere ser católica praticante, todas as semanas vai à Igreja e as suas filhas frequentam a catequese.

Apresenta uma aparência cuidada, com bom estado geral, sendo autónoma em todas as atividades de vida. Encontra-se orientada no tempo, espaço e pessoa, com um mini mental state examination de 30 (Santana et al., 2016). Um pouco pálida, mas hidratada.



A Sr.^a B. e o Sr.^o R. têm um apartamento próprio, com quatro assoalhadas, num condomínio fechado, com uma área de jardim em redor.

Ambos os elementos deste casal trabalham e não referem ter dificuldades financeiras. Vieram para Lisboa para que a Sr.^a B. “pudesse realizar a cirurgia com o melhor conforto possível” (palavras do Sr.^o R.).

As suas filhas, A e M nasceram ambas de cesariana e estudam numa escola próxima àquela onde a Sr.^a B., é professora. Futuramente, irão frequentar a escola onde a mãe leciona.

Atualmente, o marido da Sr.^a B. encontra-se de atestado de apoio à família para a poder acompanhar nesta fase. Após a alta planeiam ficar num hotel, porque sabem que terão de vir fazer os pensos ao hospital e só mais tarde poderão regressar a casa.

A 30/09 a Sr.^a B. realizou uma ooforectomia bilateral e mastectomia bilateral profilática, com reconstrução mamária imediata com colocação de próteses bilaterais. Foi menarca aos 12 anos, teve 2 gestações e 2 cesarianas e encontrava-se a realizar anticonceção oral.

A sua mãe teve menopausa aos 50 anos e teve cancro da mama e do ovário aos 55 anos. Após a descoberta do cancro ainda foi submetida a cirurgia e tratamentos de quimioterapia. Faleceu após cinco anos do diagnóstico.

Foi a partir deste acontecimento de vida que a Sr.^a B. refere como um “tormento, um período muito difícil, na minha vida”, que soube que tinha uma alteração genética. “As minhas filhas assistiram à degradação da avó a cada dia. Elas aperceberam-se de tudo. Foi a minha mãe que criou as minhas filhas e elas sofreram muito com a doença da avó, ainda tentei esconder no início, mas elas tinham uma ligação muito forte com a avó e não foi possível. O meu pai ainda não superou esta perda. Parece tudo muito recente e agora lá vim eu, para que não seja a próxima a passar por tudo o que a minha mãe passou. Ainda tenho medo do futuro das minhas filhas, por mim, mas também por elas”.

A Sr.^a B., não tem antecedentes pessoais relevantes e desconhece alergias. Frequenta o ginásio, uma vez por semana e ao fim de semana costuma fazer caminhadas com o marido e as filhas. Sem hábitos etanólicos, nem tabágicos. A sua vigilância de saúde é regular e apresenta hábitos de vida saudáveis. Tem predisposição genética para neoplasia da mama e ovário, com mutação BRCA 2 positiva e desde do diagnóstico da mãe que é seguida em consulta de risco familiar. Posteriormente, veio a Lisboa, “ouvir uma segunda opinião” (sic), e escolheu o hospital onde foi internada e submetida à cirurgia já referida, seguindo o programa de avaliação do risco, na consulta de prevenção.



Não tem irmãos, mas segundo ela tem uma relação forte com os tios maternos que ficaram a cuidar das suas filhas e com as primas. Tem uma amiga muito próxima, ainda do tempo da faculdade, que vive em Lisboa e que também a vem visitar agora e até lhe ofereceu a casa para ficar.

A Sr.^a B. afirma que foi para a cirurgia muito ansiosa, “tinha medo que alguma coisa corresse mal e que não volta-se a ver as minhas filhas. Também tinha receio pela dor e pela alteração do meu corpo, mas só conseguia pensar nas minha filhas. Agora claro que tenho dores, mas não esperava que fica-se tudo (apontando para as mamas) assim tão bem. Agora vem a recuperação, ainda tenho dores, mas fiquei aqui numa suite de hotel, com vista rio e na companhia do meu marido, embora ele ainda não tenha visto o resultado final, ele sai sempre quando estão a fazer os pensos, acho que tem mais medo do que eu. Já tenho saudades das minhas filhas, fazemos videochamadas, e sei que estão bem, mas temos um oceano e esta malvada doença a separar-nos. Já estou aqui há 3 dias, às vezes já me cansa o branco e bege (decoreção do quarto). Estou a precisar de as ver”. Este mamilo está um pouco mais claro mas isso são pormenores”.

Ao abordar o Sr.^o R. relativamente à cirurgia, revela-se muito receoso, porque acompanhou a sogra durante o seu percurso de doença e agora este internamento parece um reavivar de todas as memórias. Ele sabe que foi uma cirurgia preventiva e por isso, tem medo pelo futuro da esposa e das filhas e que elas possam vir a desenvolver uma doença oncológica tal como a avó. Afirma ainda que as suas filhas são muito novas e que não quer vivenciar mais um acontecimento de cancro na família, diz “não tenho forças, para tudo outra vez”.

A Sr.^a B. mantém algumas queixas álgicas, no local de inserção do dreno, a nível inguinal esquerdo, controladas com analgesia prescrita em horário fixo. Já tinham sido retirados os drenos inframamários esquerdo e direito no 2.^o dia pós-operatório. O dreno a nível da inguinal esquerda resultou de uma tentativa de colheita de um retalho livre abdominal para a reconstrução mamária, o que não foi possível por vascularização insuficiente, cirurgia denominada DIEP, assim sendo, foram logo colocadas as próteses mamárias.

A ooforectomia bilateral foi realizada via laparoscópica, deixando mais três pequenas suturas na região abdominal e usando a região umbilical como uma das portas de entrada. Estas suturas encontravam-se sem sinais inflamatórios, com agrafos e bordos unidos.

Ao terceiro dia pós-operatório, o dreno da região inguinal é retirado. Faz aplicação de gelo na região supramamárias onde apresenta alguns hematomas. Apresenta mamas moles, sem sinais de compromisso neurocirculatório. Mantém suturas em “T” invertido sem sinais inflamatórios e bordos unidos, à exceção do mamilo direito, onde na sutura em “T” apresenta sinais de



“sofrimento” do retalho mamilar com diminuição da sensibilidade e da temperatura. Foi observada pela equipa médica assistente, que deu indicação para continuar a aplicar betadine pomada e calor com manta polar. A mama esquerda apresenta boa evolução cicatricial. A sutura abdominal encontra-se sem sinais inflamatórios, bordos unidos exceto à esquerda, onde existe deiscência com cerca de 2cm, colocados steri-strips.

A Sr.^a B. teve alta após 5 dias da intervenção cirúrgica, tendo posteriormente sido encaminhada para a consulta de enfermagem da unidade da mama, onde virá realizar os pensos de 2 em 2 dias.

Nestas consultas, ao consultar os registos de enfermagem, efetuados pelos enfermeiros, uma semana após a cirurgia, pude constatar, que a sutura vertical do mamilo direito ainda apresenta alguns sinais de sofrimento, mas segundo os registos encontra-se melhorada. A mama esquerda apresenta boa evolução cicatricial com “crostas dispersas”. As suturas abdominais já se encontram com bordos unidos e sem sinais inflamatórios.



2. IMPACTO DA DOENÇA ONCOLÓGICA E CIRURGIA ONCOLÓGICA PROFILÁTICA NA PESSOA E FAMÍLIA

A doença oncológica ocupa o segundo lugar das doenças crónicas mais frequentes, sendo a mais temida pela carga emocional e sentimentos negativos que lhe estão inerentes. O significado do cancro para cada pessoa está relacionado com fatores como as experiências anteriores, a idade, os preconceitos culturais e até as informações transmitidas pelos meios de comunicação social (Patrão & Leal, 2004).

De acordo, com a WHO (2019) “cancer is the second leading cause of death globally and is estimated to account for 9.6 million death in 2018. Lung, prostate, colorectal, stomach and liver cancer are the most common types of cancer in men, while breast, colorectal, lung, cervix and thyroid cancer are the most common among women”.

A Liga Portuguesa contra o Cancro (2015) refere que “(...) em Portugal anualmente são detetados cerca de 6 000 novos casos de cancro da mama e 1500 mulheres morrem com esta doença”.

O maior fator de risco para cancro do ovário é a história familiar. Numa mulher de 35 anos, tendo havido história de cancro de ovário num familiar, aumenta a probabilidade de desenvolver esta patologia durante a vida de 1,6 para 5,0%. As mulheres com síndromes de cancro do ovário hereditário têm uma probabilidade de desenvolver a neoplasia ao longo da vida entre 25 a 50%. Estes síndromes são responsáveis por 5 a 10% dos cancros do ovário, sendo os mais frequentes o síndrome hereditário de cancro da mama/ovário (associado a mutações germinativas nos genes BRCA1 e BRCA2), como era o caso da Sr.^a B.

A neoplasia mamária é uma patologia definida como uma desordem celular, que origina um crescimento anormal das células que constituem os tecidos da mama sendo considerada uma “doença tenebrosa” pela maioria das mulheres, pela mutilação física e alterações do estilo de vida da mulher (Alves; Barbosa; Caetano & Fernandes, 2011).

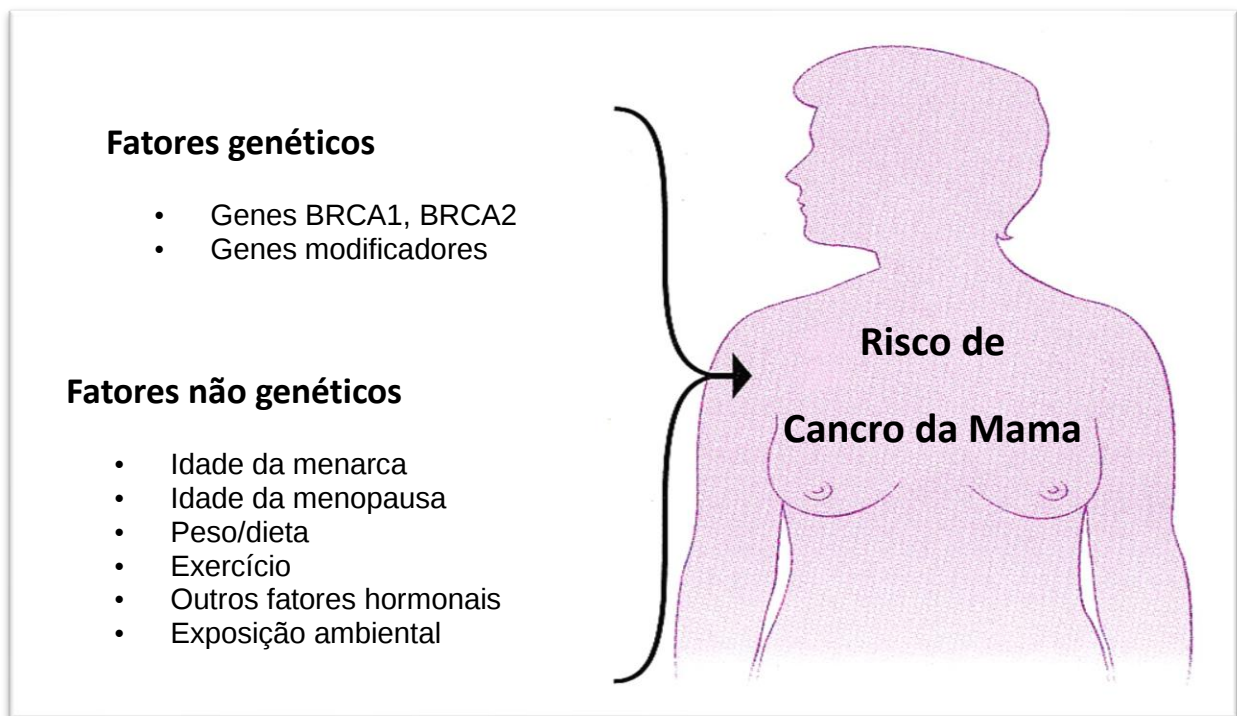
O cancro da mama é uma das maiores preocupações de saúde pública em todo o mundo e a sua incidência continua a aumentar, por razões ainda pouco conhecidas (Crane, 2000), contudo, atualmente é sabido que existem fatores genéticos e não genético que influenciam o risco de cancro da mama, tal como está explicitado na figura n.º 1.

A deteção precoce continua a ser a chave para o controlo do cancro da mama. O diagnóstico precoce está habitualmente associado a melhor prognóstico e a maior taxa de cura, qualquer que seja o tumor maligno (Coutinho, 2019).



O cancro da mama causa alterações na perceção da imagem pessoal, na sexualidade e na autoestima de um modo muito mais relevante que qualquer outro tipo de cancro, neste sentido, a prevenção é a melhor forma de combater a doença, pois só assim a mulher obtém maior probabilidade de cura (Alves; Barbosa; Caetano & Fernandes, 2011).

Fig. n.º 1 – Risco de Cancro da Mama – Fatores genéticos e não genéticos.



Fonte: UNIDADE CURRICULAR DE BIOLOGIA E TRATAMENTO DO CANCRO. Apontamentos aula 3. Cancro da Mama e Neoplasias Ginecológicas. Dr.ª Fátima Vaz, Clínica de Risco Familiar IPOFGLisboa ESEL, 2019.

O cancro da mama é a neoplasia mais frequente nas mulheres, e a principal causa de morte por cancro nas mulheres portuguesas. A sobrevivência tem melhorado progressivamente.

A probabilidade de desenvolver cancro da mama, numa mulher portadora de mutação no gene BRCA1 é de aproximadamente 72% e de 69% em mulheres portadoras de mutações no gene BRCA2, enquanto o risco na restante população ronda os 12%. (Coutinho, 2019).

Por sua vez, o cancro do ovário não é um tumor frequente, constituindo cerca de 2% de todos os cancros. Portugal apresenta uma das taxas de incidência mais baixa da Europa, sendo em 2010 de 8,8/100 000 habitantes registando-se nesse mesmo ano 489 novos casos, essencialmente na mulher pós-menopáusica na 5ª, 6ª e 7ª décadas de vida (Coutinho, 2019).

Os fatores de risco para o cancro do ovário englobam fatores não modificáveis sendo alguns específicos de determinados tipos de tumor. De uma forma geral, os mais importantes são:



Idade: a incidência aumenta com a idade sendo um tumor mais frequentemente diagnosticado na mulher pós-menopáusia;

História familiar: as mulheres com familiares em 1º grau com cancro do ovário têm um risco três vezes maior de desenvolver a doença, sendo este ainda superior se o familiar tiver o diagnóstico com menos de 50 anos;

Predisposição genética: as síndromes genéticas são responsáveis por 5-10% dos cancros do ovário, sendo os mais comuns, a síndrome hereditária do cancro da mama/ovário (associada a mutação dos genes BRCA1 ou 2) e a síndrome de Lynch. A mulher portadora de mutação BRCA1 apresenta um risco entre os 40-50% de ter cancro do ovário antes dos 70 anos ao passo que se for portadora de mutação BRCA2 apresenta um risco de 10-20% (Coutinho, 2019).

Como não está demonstrada a eficácia do rastreio do cancro do ovário, as recomendações que existem para a prevenção do cancro do ovário nas mulheres com risco genético são a salpingo-ooforectomia bilateral, depois de cumprida a maternidade desejada. Nas mulheres com mutação BRCA1 há aumento de risco depois dos 35 anos e estima-se que pelos 40 anos, 2 a 3% das mulheres já tenham desenvolvido cancro. Nas portadoras de mutação BRCA2, o aumento de risco aparece uma década depois. Assim, para a realização deste procedimento, é habitualmente referida a idade dos 35 anos, ou cinco anos antes da idade do parente mais jovem afetado (Miranda; Frutuoso & Couto, 2017), tal como aconteceu com a Sr.^a B, que tinha 45 anos quando foi submetida a cirurgia profilática e sua mãe tinha 50 anos, quando soube do diagnóstico de doença oncológica.

Esta herança genética pode afetar famílias inteiras, já que qualquer portador da mutação BRCA1/BRCA2, tem 50% de probabilidade de passar a mutação aos descendentes, o que aconteceu com a Sr.^a B, que herdou da sua mãe.

No cancro da mama/ovário hereditário associado aos genes BRCA1 e BRCA2, a pessoa herda uma alteração nestes genes, que está presente em todas as suas células, e que o torna mais suscetível, daí que se justifique a preocupação destes pais pelo futuro das suas filhas.

A predisposição para o desenvolvimento de cancros específicos nestas famílias, em particular cancro da mama, do ovário e da próstata, é transmissível de geração em geração na linha germinativa, de forma autossómica dominante.

Em mulheres saudáveis portadoras de mutações nos genes BRCA as medidas de vigilância são diferentes e iniciam-se em idade mais precoce do que na população em geral. Existem várias opções de vigilância/redução de risco disponíveis, que devem ser ponderadas individualmente e após esclarecimento adequado sobre as suas vantagens e riscos. Estas opções incluem: vigilância



clínica e imagiológica com mamografia e ressonância magnética mamária, cirurgias de redução de risco (mastectomia bilateral e/ou ooforossalpingectomia bilateral profiláticas).

A incerteza e dúvida quanto à possibilidade de ser portador de uma mutação no gene BRCA e/ou a ameaça de poder desenvolver cancro hereditário, conduzem, frequentemente, à vivência de sentimentos de vulnerabilidade, com um impacto emocional significativo tanto no indivíduo em risco genético como na sua família (Coutinho, 2019).

A Sr.^a B. começou a ser seguida na consulta de risco familiar pelo Síndrome Hereditário de Mama/Ovário (gene BRCA2 positivo), o que constitui um critério para a referenciação a este tipo de consulta ¹.

Tal como se sumariza numa das aulas lecionadas na Unidade Curricular de Biologia e Tratamento do Cancro a motivação para a realização das cirurgias profiláticas, decorre da preocupação com os filhos, mais se acrescenta que a qualidade de vida parece não ser afetada após as cirurgias profiláticas. Contudo, a esta decisão terá de ser ponderada em reunião de equipa multidisciplinar. Assim sendo, a cirurgia pélvica é a mais frequente, sendo percecionada como duplo benefício, tanto para a pessoa portadora da mutação genética como para os seus descendentes, o que conduz a portadoras saudáveis e sobreviventes de cancro ².

Em indivíduos saudáveis, com idades superiores a 18 anos e antecedentes familiares de cancro da mama/ovário hereditário associado a variante patogénica nos BRCA1 ou BRCA2, realiza-se um estudo genético com pesquisa da mutação familiar, de modo a investigar se herdaram ou não, a predisposição oncológica.

A realização deste estudo em indivíduos saudáveis encontra-se regulamentada pela Lei n.º 12/2005, de 26 de Janeiro, e Decreto-Lei n.º 131/2014, de 29 de agosto, no que se refere à proteção e confidencialidade da informação genética, às condições de oferta e realização de testes genéticos e aos termos em que é assegurada a consulta de genética médica (Coutinho, 2019).

Este estudo será posteriormente realizado pelas filhas A e M e os seus pais terão de aguardar até aos 18 anos para a sua realização, o será um período de grande angústia, tal como já foi manifestado pelo Sr.º R.

A realização de uma cirurgia profilática é acompanhada por diversos fatores de stress, gerando angústia e incerteza, face às incertezas e à alteração da imagem corporal, da sexualidade, da fertilidade e dos relacionamentos. No discurso da Sr.^a B é perceptível que até tinha ficado contente com os resultados estéticos da cirurgia, isto porque com os desenvolvimentos tecnológicos na área da oncoplástica e ao ser submetida a um DIEP (retalho da artéria perforante da artéria epigástrica inferior), os resultados são muito promissores, o que diminui os sentimentos

¹ UNIDADE CURRICULAR DE BIOLOGIA E TRATAMENTO DO CANCRO, apontamentos aula 2. Risco Familiar em Oncologia. Clínica de Risco Familiar. Papel do Enfermeiro Enf^a Paula Rodrigues, Clínica de Risco Familiar do IPOLFG. ESEL, 2019.

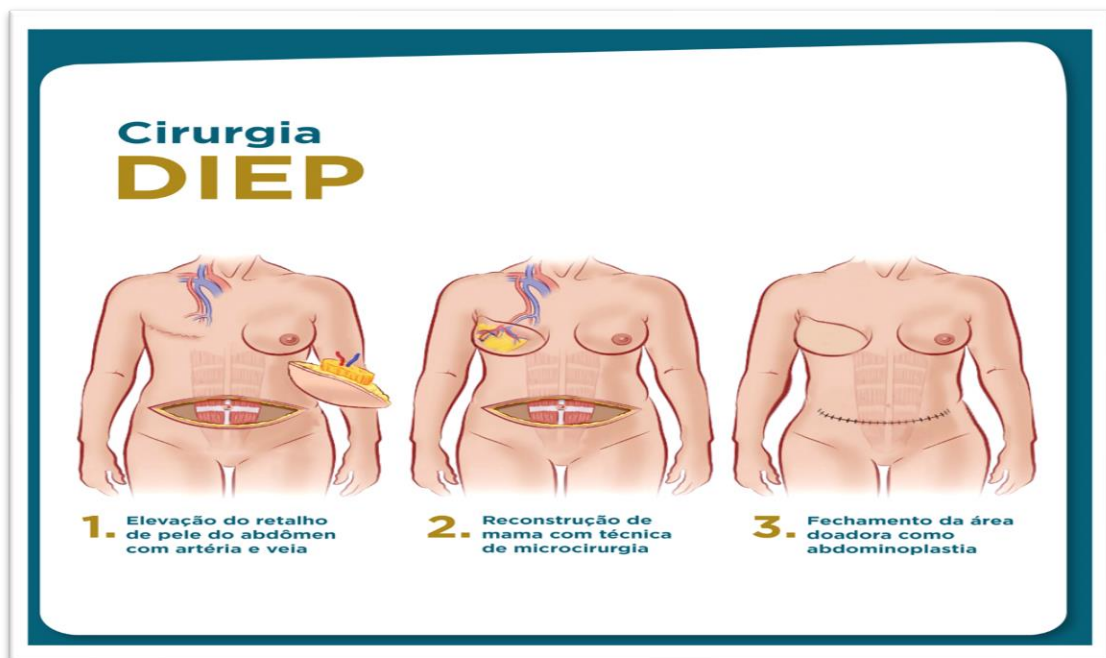
² UNIDADE CURRICULAR DE BIOLOGIA E TRATAMENTO DO CANCRO, apontamentos aula 3. Cancro da Mama e Neoplasias Ginecológicas Dr.^a Fátima Vaz, Clínica de Risco Familiar IPOFGLisboa. ESEL, 2019.



de alteração da imagem corporal, resultantes das alterações das mamas e também das suturas inerentes (Ogawa, 2019).

Na cirurgia DIEP, o objetivo principal é reconstruir a mama, usando para isso tecido dela mesma. O cirurgião tenta colher um retalho da região abdominal, que se assemelha a uma abdominoplastia, para a reconstrução da mama, onde foi removido tecido com células neoplásicas ou que se poderiam tornar, tudo isto é feito em sequência e no mesmo tempo operatório (ver figura n.º2), o que também constitui um posto bastante favorável. Por outro lado, o tecido transplantado é da própria pessoa, o que oferece uma melhor recuperação no pós-operatório e evita rejeições do enxerto (Ogawa, 2019).

Fig. n.º 2 – Cirurgia DIEAP



Fonte: Ogawa, 2019.

No caso da Sr.^a B., houve inviabilidade do tecido da região abdominal, porque este era pouco vascularizado, contudo, partiu-se para a segunda opção, que consiste na colocação de próteses mamárias. Por fim, o cirurgião plástico, molda a forma e tamanho, considerando a estrutura do paciente e o lado estético.

Outro dos aspetos positivos desta técnica é a redução da gordura a nível abdominal, o que também pode aumentar a autoestima da mulher.

A ooforectomia bilateral foi realizada por via laparoscópica.



Neste contexto, abordei com este casal algumas das vantagens desta cirurgia, o que foi importante para esclarecer algumas dúvidas que ainda permaneciam relativamente ao período intraoperatório.

Os aspetos positivos já aqui enumerados, contrariam a seguinte afirmação de Rodrigues (2017) ao referir que “a mastectomia sendo responsável por uma série de alterações na vida da mulher, revestiu-se como uma experiência emocionalmente agressiva e fisicamente traumática pela mutilação a que está sujeita e pelas sequelas físicas que perpetuam ao longo da vida da mulher” (p.33).

Foi também neste contexto que a Sr.^a B. lembrou que o mês de outubro era o mês rosa e que ela já tinha dado um grande passo para promover a prevenção precoce do cancro da mama, tal como é o objetivo principal desta campanha. Referiu também que recorreu ao site da Liga Portuguesa contra o Cancro para esclarecer dúvidas que iam surgindo.

Nesta ordem de ideias, o enfermeiro tem que implementar intervenções de enfermagem que promovam os processos necessários à adaptação desta família à cirurgia, ao novo corpo da Sr.^a B. e à vivência do “fantasma” da doença oncológica que ainda vai fazer parte desta família, pelas lembranças com a sua mãe, pela possibilidade das suas filhas serem portadoras desta alteração genética e pelo apoio que o seu pai ainda necessita para se adaptar à perda da esposa e à filha submetida a cirurgia profilática.

Cuidar da pessoa submetida a cirurgia profilática e sua família, implica identificar as suas necessidades usando o Modelo Conceptual de Virginia Henderson (2007), as intervenções promotoras de conforto de acordo com a Teoria do Conforto de Kolcaba (2003) e as estratégias facilitadoras do processo de transição, de acordo com Meleis (2010).

2.1. Avaliação das Necessidades Humanas Fundamentais

As necessidades humanas fundamentais (NHF) são necessidades vitais que tem de ser satisfeitas a fim de manter o equilíbrio físico, psicológico, social ou espiritual e de assegurar o seu desenvolvimento. Henderson (1955) enfatiza quatorze NHF, onde se baseiam os cuidados de enfermagem, agindo o enfermeiro em complementaridade com o doente e outros profissionais, contribuindo para o estado de saúde ou recuperação da pessoa e família (Alligood, 2014). Considero que as seguintes NHF se encontram satisfeitas:



Respirar; Comer e beber; Eliminar; Dormir e repousar; Vestir e Despir-se; Manter a temperatura corporal; Estar limpo e proteger os tegumentos; Aprender; Praticar a sua religião e agir segundo as suas crenças; Ocupar-se e recrear-se por forma a sentir-se útil

Por outro lado, as NHF que se seguem não estão satisfeitas, sendo uma prioridade para mim enquanto enfermeira.

NHF Mover-se e manter uma postura correta:

A Sr.^a B. adquiriu algumas posturas incorretas, de defesa à dor provocada pelos drenos inframamários e pela sutura abdominal, contudo, com a sua retirada e com os exercícios e massagens propostos pela fisioterapia, com analgesia e com a deambulação pelo corredor, incentivada pelos enfermeiros e fisioterapeutas, esta necessidade foi sendo satisfeita.

NHF Evitar Perigos:

Condicionada pela NHF anterior e tendo por base a dor sentida pela Sr.^a B. o evitar perigos encontra-se condicionada pela sua debilidade e alterações da postura corporal, sendo necessária atenção para tornar o ambiente seguro.

NHF Comunicar com os seus semelhantes:

Penso que em termos de casal seria necessário aqui algum apoio para esclarecer dúvidas e mitos, acerca da cirurgia, para que os dois conseguissem dialogar acerca do que aconteceu, desconstruindo o que aconteceu com a mãe da Sr.^a B. e este processo de cirurgia profilática a que ela foi submetida, privilegiando os sucessos da sua esposa, a importância da remoção das mamas e dos ovários perante a alteração genética e os antecedentes pessoais. E até como curiosidade e comparação ainda chegamos a abordar o caso mediático da atriz Angelina Jolie, que também se submeteu a uma cirurgia para realização de mastectomia profilática bilateral, exatamente pelos mesmos motivos.

Senti que o Sr.^o R. se encontra muito apreensivo, estabelecendo paralelismos com a situação de doença da sogra, ainda tentei explorar as suas dúvidas e medos, ressaltando que a cirurgia da sua esposa é profilática, aumentando a sua esperança e qualidade de vida. Contudo, ele ainda apresenta uma postura muito introspetiva e fechada, relativamente a esta situação. Penso que as indecisões relativamente às filhas também o fazem vivenciar sentimentos de medo, revolta e angústia perante o futuro.



Admito que não tive disponibilidade suficiente, considerando os dois turnos em que acompanhei esta díade, contudo, acho que teria sido bastante proveitoso para eles, enquanto casal explorar estes aspetos.

Como é esperado, alguns sentimentos irão manter-se, até porque as filhas só poderão realizar os testes genéticos a partir dos 18 anos, contudo, a exploração destas dúvidas e receios penso que seria proveitosa, para que ambos, se tornassem mais conscientes dos benefícios da cirurgia profilática e do seguimento em consulta de avaliação do risco e deteção precoce.

NHF Sexualidade:

Apesar deste ser um assunto muito pouco abordado ou não priorizado pelos enfermeiros, talvez por receio ou pouco à vontade neste tema, senti desde início que este casal precisava de o fazer. Assim, abordei este assunto ressaltando pontos principais como:

- será normal que sintam alterações no vosso relacionamento enquanto casal;
- é normal a ansiedade e o medo da dor pelo reinício da atividade sexual, mas é importante criarem momentos a dois;
- pode haver diminuição da libido e da lubrificação vaginal como consequência da cirurgia, mas podem pedir aconselhamento, aquando da consulta, que seria daí a dois dias;
- podem recorrer ao uso de lubrificantes ou aplicação de cremes tópicos que facilitem a penetração durante o ato sexual;

Para este casal seria benéfico o encaminhamento para a consulta de oncosexualidade, que penso não existir nesta instituição.

A maioria dos estudos refere que os casais mantêm a sua sexualidade, considerando a frequência anterior, apesar das alterações na imagem corporal e na libido por parte da mulher (Barbosa, 2008).

A abordagem desta temática foi benéfica, pois permitiu desmitificar alguns ideias tendo por base a relação terapêutica já estabelecido com este casal.

2.2. Teoria do Conforto

A Teoria do Conforto de Kolcaba (2003) define o conforto, como um estado subjetivo e complexo de satisfação das necessidades básicas do ser humano, sendo este o propósito final da Enfermagem.

Para esta teórica o conforto é um estado de satisfação das necessidades entre três tipos de conforto: alívio, tranquilidade e transcendência, que são influenciados por quatro contextos: físico,



psicoespiritual, sociocultural e ambiental, atingindo o que ela designa de conforto holístico (Kolcaba, 2003).

O alívio é o estado em que uma necessidade foi satisfeita, sendo necessário para que uma pessoa recupere o funcionamento habitual. A tranquilidade, corresponde à calma e satisfação, fundamental para o desempenho eficiente. Por último, a transcendência, às competências para planejar ou controlar o destino e resolver os problemas (Kolcaba, 2003).

Segundo Kolcaba (2003) os três estados de conforto desenvolvem-se em quatro contextos: o contexto físico diz respeito às sensações corporais, ao equilíbrio hemodinâmico e imunitário; o contexto psicoespiritual refere-se à consciência de si, incluindo a autoestima, autoconceito, a sexualidade e sentido de vida, podendo considerar-se uma relação com um ser superior; no contexto sociocultural, engloba-se as relações interpessoais, familiares e sociais; o contexto ambiental que envolve aspetos como a luz, barulho, equipamento, cor, temperatura e elementos naturais ou artificiais do meio (Kolcaba, 2003).

Os tipos de conforto e os contextos do conforto, relacionam-se para formar a “estrutura taxonómica do conforto” (Kolcaba, 2003, p.15), cujo desequilíbrio necessita de cuidados de conforto, cujo resultado serão o objetivo das intervenções de enfermagem. O enfermeiro necessita identificar as necessidades de conforto da pessoa e família submetida a cirurgia profilática, para planejar intervenções de enfermagem, que assentem na individualidade da pessoa e família, promovendo intervenções de conforto, para o aliviando o desconforto.

Neste sentido, tentei aplicar a esta díade a *check-list* construída durante o decurso deste estágio, em que utilizei os tipos e contextos de conforto, propostos por Kolcaba (2003) como unidades de observação/registo e as intervenções de enfermagem resultantes da evidência científica e da minha observação, para a promoção do conforto (Apêndice I).

Relativamente, ao **contexto físico** de conforto, os sinais vitais estão estáveis, à exceção da dor pouco controlada no pós-operatório imediato, o que afeta o estado de **alívio** e **tranquilidade**, e condiciona a mobilidade da Sr.^a B. por alterações da postura (NHF mover-se e manter uma postura correta), o que condicionar diretamente o evitar perigos, pela sua debilidade. Contudo, foi administrada medicação analgésica em esquema e sempre que necessário, ou aquando de procedimentos já esperados como dolorosos, como por exemplo, a remoção dos drenos e a realização de fisioterapia, para conseguir diminuir o desconforto.

Considerando, o **contexto psicoespiritual** ao demonstrar empatia e disponibilidade para escutar, consegui compreender as dúvidas e mitos deste casal. Foi notório que a Sr.^a B. até estava a lidar bem com as alterações de imagem, mantendo a sua autoestima, pois ela considera que houve



uma mudança para melhor do seu corpo, apesar do seu marido ainda não ter tomado essa consciência, talvez pelos drenos e suturas que ainda existem. Por outro lado, houve necessidade de abordar a questão da sexualidade, tal como já referido na NHF sexualidade, no sentido de esclarecer as alterações provenientes da cirurgia, capacitando assim este casal para uma nova etapa da sua vida enquanto casal. Tal como refere Rodrigues (2017, p.48) “os enfermeiros desempenham um papel preponderante na capacitação para a mudança, respondendo a necessidades específicas e surgindo como elo de ligação entre a vivência da mulher e o respetivo processo de adaptação”.

A Sr.^a B refere que “este mamilo está um pouco mais claro mas isso são pormenores”. Ainda seria muito cedo para avaliarmos esta situação pois o processo de cicatrização ainda estava numa fase inicial, contudo e considerando a importância da estética na autoestima da mulher, ainda falei com a Sr.^a B. na Phancy© (<http://phancy.pt/>) um grupo multidisciplinar que se dedica à reabilitação oncoestética e onde posteriormente, poderá realizar dermopigmentação areolo-mamilar, deverá haver outros centros espalhados pelo país, a que poderá recorrer numa fase posterior, se achar necessário.

Neste sentido, todos os tipos de conforto se encontravam afetados. Relativamente, ao **alívio**, quando é abordada a questão da sexualidade, como uma necessidade da díade e as dúvidas que foram esclarecidas, o que gera **tranquilidade** e aumenta a **transcendência**.

Analizando, o **contexto sociocultural**, considero que o facto deste casal, estar estabelecido na ilha da Madeira, pode ser negativo e conduzir a sentimentos de saudade, perda e isolamento, porque as suas filhas e familiares mais próximos estão longe, contudo tentavam colmatar estes sentimentos com videochamadas. Por outro lado, o acesso à informação acerca da cirurgia e esclarecimento de dúvidas ajuda na promoção da tranquilidade e transcendência para as escolhas no futuro, promovendo o alívio, relativamente à preocupação com as suas filhas.

Por último, no que se relaciona com o **contexto ambiental** e sendo a instituição hospitalar, privilegiada em termos físicos, com excelentes condições, um ótimo rácio enfermeiro-doente, comparando com outros internamentos hospitalares que conheço, o que é gerador de grande satisfação por parte da pessoa com doença oncológica, por transmitir confiança e disponibilidade, a Sr.^a B refere como fatores positivos, o quarto e a presença do marido - “numa suite de hotel, com vista rio e na companhia do meu marido”. Contudo, refere também que “já estou aqui há 3 dias, às vezes já me cansa o branco e bege” (decoração do quarto). A minha sugestão foi colocar uma foto das suas filhas, ou pedir ao marido para comprar uma almofada, ou manta de uma cor diferente, que lhe transmitisse sensação de bem-estar.



Por outro lado, os quartos desta instituição hospitalar são privilegiados, no que concerne à luz natural, garantindo condições de privacidade e higiene, num ambiente tranquilo, tal como é afirmado por diversos doentes que tenho prestado cuidados.

A equipa de enfermagem esforça-se por realizar um bom acolhimento, apresentando-se aos familiares, explicando procedimentos realizados, mostrando as instalações e as suas funcionalidades, planeando os cuidados com o doente, no que concerne, ao início do levante pós-cirurgia, gestão da analgesia, alimentação, Todos os doentes têm acesso aos seus objetos pessoais, o que também favorece a tranquilidade e o conforto.

Assim, se compreende como a *check-list*, do conforto construída foi fácil de aplicar e se torna operacionalizável, numa situação concreta da prática diária de enfermagem. Tal como refere, Salgado (2012, p.114) “a criação de listagens de intervenções surgem como uma mais valia para o aumento da qualidade do exercício profissional”.

Por outro lado, também foi facilitador aplicar a Teoria do Conforto de Kolcaba (2003).

2.3. Teoria da Transição

A doença oncológica, muitas vezes incurável, gera alterações no ciclo de vida pela instabilidade que provoca a nível familiar. Assim, esta família encontra-se num processo de transição, daí que também tenha escolhido a Teoria das Transições de Meleis (2010), para suportar este estudo de caso, ajudando a compreender o impacto da doença oncológica e da cirurgia profilática nesta família, de forma a facilitar a transição deste momento.

O confronto com o cancro desperta sentimentos de sofrimento, desesperança e por último de morte que aterroriza os doentes e famílias.

Em 1960 surge a Teoria das Transições proposta por Meleis “(...) a middle-range theory of transitions consists of types and patterns of transitions, properties of transition experiences, facilitating and inhibiting conditions, process indicators, outcome indicators and nursing therapeutics” (Meleis; Sawyer; Im; Messias & Schumacher, 2000, p.12).

A transição foi descrita por Meleis (2010, p.52;53) como “a passagem de uma fase da vida, condição ou *status* para outra”.

O processo de transição “caracteriza-se pela sua singularidade, diversidade, complexidade e múltiplas dimensões que geram significados variados, determinados pela perceção de cada indivíduo. As transições são os resultados de mudanças na vida, saúde, relacionamentos e ambientes” (Guimarães & Silva, 2016, p.2).



As transições podem ser de quatro tipos (Meleis; Sawyer; Im; Messias & Schumacher, 2000).

- Transição de desenvolvimento, associada às mudanças no ciclo vital;
- Transição situacional, implica alterações de papéis;
- Transição de saúde/doença, geram adaptação a um estado de saúde para viver com uma doença crónica;
- Transição organizacional, associadas a aspetos relacionados tanto com o ambiente social, político e económico como com as alterações na estrutura e dinâmica das organizações.

Analisando esta família, considero que estão a vivenciar uma **transição de saúde/doença**, considerando que ultrapassaram uma transição ao vivenciar o processo de doença da mãe da Sr.^a B. e atualmente, são confrontados com a cirurgia profilática, o que gera diversos sentimentos em todos os elementos da família. Por outro lado, deverá existir uma **transição de desenvolvimento**, uma vez que este tipo de cirurgia induz uma menopausa precoce, sendo importante alertar a Sr.^a B, para este facto e provavelmente para o início de terapêutica hormonal, para controlo de sintomas como distúrbios do humor, redução da libido e redução da energia (Aldrighi, Ribeiro & Aoki, 2008).

As transições possuem padrões de complexidade e de multiplicidade, pois cada pessoa pode estar vivendo mais de um tipo de transição simultaneamente. Apesar das transições serem complexas existem propriedades que as permitem classificar, são elas: a consciencialização, o envolvimento, a mudança e a diferença, o tempo, os momentos e os eventos críticos (Meleis, 2010).

Todas as transições desencadeiam mudanças que podem ser positivas e negativas, dependendo da forma e do momento em que são vividas.

Segundo, Ramos (2013, p.36) “as transições de saúde-doença têm sido muito estudadas, nomeadamente o seu impacto ao nível individual e familiar”, daí que se considere que as teorias específicas de situação, como a Teoria da Transição, sejam produtoras de conhecimento em enfermagem, onde o enfermeiro vai desenvolver competências que levam ao aumento da qualidade dos cuidados que presta.

O enfermeiro é o profissional de saúde que acompanha durante mais tempo e mais próximo as alterações geradas pelo binómio saúde/doença, que levam a transições para promover e restaurar o processo de saúde que foi quebrado.

Dando ênfase ao papel do enfermeiro na transição, Ramos (2013, p.37) afirma que “o enfermeiro fornece suporte à pessoa em transição, auxiliando-a e protegendo-a, para que mantenha



o seu equilíbrio e proteja a sua saúde no futuro, criando e favorecendo condições para uma transição saudável”. Nesta ordem de ideias, o enfermeiro deve desenvolver conhecimentos, através de pesquisas e trabalhos de investigação que permitam o aprofundamento de competências nesta área.



Como enfermeira, tentei oferecer a este casal, escuta ativa, suporte e disponibilidade, esclarecendo dúvidas e tentando auscultar os mitos, que poderiam advir desta intervenção cirúrgica, favorecendo uma transição saudável e promovendo a capacitação para a mudança, já que este casal sente a sua vida ameaçada pela doença oncológica, uma segunda vez, podendo ainda haver mais histórias a nível familiar com as suas filhas, o que ainda não permite a esta díade atingir a tranquilidade neste processo de adaptação a esta transição.

Tal como refere Rodrigues (2017, p.20), “nos processos de transição, os enfermeiros são elementos chave dentro da equipa de saúde, para isso, torna-se fundamental perceberem a necessidade de suporte psicossocial e de reabilitação física da mulher, oferecendo intervenções específicas e integrais nos cuidados prestados”.

A Teoria da Transições explica como cada um de nós “tem de aprender; tem de se adaptar e tem de conseguir, em suma, tem de SER CAPAZ”³.

3. REFLEXÕES E APRENDIZAGENS NA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PESSOA E FAMÍLIA SUBMETIDA A CIRURGIA ONCOLÓGICA PROFILÁTICA

A enfermagem é definida como a arte de cuidar. Esse cuidado tem em sua essência, assistir ao ser humano de forma integral e, deste modo, o cliente deve ser assistido como um todo, observando a ligação mente e corpo. Assim, podemos observar que cada ser é particular e tem necessidades individuais e valores próprios. O apoio emocional às mulheres submetidas a cirurgia da mama é fundamental para a sua recuperação, analisando as limitações de cada mulher e esclarecendo o motivo desses cuidados (Silva et al., 2010). Sendo o cancro hereditário o que tem maior potencial preventivo, é, pois, preciso alertar, esclarecer e informar (Coutinho, 2019).

O enfermeiro é um elemento indispensável da equipa multidisciplinar, para desenvolver a comunicação terapêutica, com a mulher e família submetida a cirurgia, uma vez favorece o cuidado de enfermagem atendendo às expectativas e necessidades da mulher, proporcionando conforto físico, emocional e espiritual (Santos; Sousa; Alves; Bonfim & Fernandes, 2010).

Ao desenvolver um relacionamento próximo, os enfermeiros são os que têm maior oportunidade para desenvolver cuidados individualizados, como sejam, o controlo da dor, o esclarecimento de dúvidas e a expressão de sentimentos, que interferem na qualidade de vida. Assim, para Sousa, Ana & Costa (2014), uma das competências do enfermeiro é atuar tanto no aspeto psicossocial como na readaptação do estilo de vida.



O enfermeiro deve ter habilidades comunicativas para oferecer uma melhor adaptação à doença e ao tratamento (Pereira, Pinto, Muniz, Cardoso & Wezel, 2013).

Como sabemos o impacto da doença oncológica e de uma cirurgia é acompanhado por diversos sentimentos negativos gerando angústia, preocupação, ansiedade e depressão face à ameaça de morte, às incertezas do futuro, aos efeitos colaterais do tratamento e às alterações na sexualidade, fertilidade, imagem corporal e relacionamentos (Salgado, 2012).

Nesta ordem de ideias, as principais intervenções de enfermagem que desenvolvi com esta díade foram:

- ✦ Proporcionar à Sr.^a B e Sr.^o R, a expressão de sentimentos e emoções, relativamente ao episódio de doença que estavam a vivenciar;
- ✦ Identificar estratégias de coping que usaram para lidar com a situação de doença oncológica já vivenciada na família e que possam utilizar agora;
- ✦ Apoiar o casal na gestão de emoções e mudanças;
- ✦ Ensinar sobre o controlo da dor e estratégias para gerir a dor (avaliação da dor, administração de analgesia antes de procedimentos mais invasivos, ...);
- ✦ Envolver o Sr.^o R., na realização dos pensos, para que conseguisse perceber as alterações na imagem corporal e ajudar a Sr.^a B., quando fosse necessário, promovendo a consciencialização das alterações corporais.
- ✦ Fornecer acesso à informação acerca da cirurgia profilática, dos pontos positivos da cirurgia DIEP e dos exames genéticos para as suas filhas;
- ✦ Incentivar a manutenção da sexualidade do casal, esclarecendo dúvidas;
- ✦ Incentivar a procura de um sentido de vida, que neste casal, são claramente, as suas filhas, embora vivam um misto de emoções entre a preocupação pelo seu futuro e a esperança que depositam nelas;
- ✦ Dar a conhecer possibilidades na área da oncoestética, para poder realizar a dermopigmentação aero-mamilar, caso fosse a vontade da Sr.^a B., mais tarde.

Posteriormente, ao refletir sobre esta situação de cuidados considero que poderia ter dado a conhecer, a este casal, grupos de apoio, para que a troca de experiências fosse indicativa de estratégias eficazes para lidar com as mudanças e poderia também ter sugerido apoio psicológico ou de psiquiatria se achassem necessário. Como forma de corroborar esta importância, Pereira et al. (2013) referem que a presença nos grupos de ajuda, oferece às mulheres suporte emocional, desenvolvimento e troca de experiências. Desse modo, consegue-se trazer essenciais contribuições



na reabilitação e promoção da saúde, oferecendo um cuidado integral e humanizado (Pereira et al., 2013).

Ao acompanhar este casal, durante o pós-operatório da cirurgia profilática em que a Sr.^a B. realizou mastectomia bilateral com colocação de próteses e ooforectomia bilateral, considero que desenvolvi conhecimentos na área do cancro da mama, conseguindo mobilizar novos conhecimentos que resultam das pesquisas efetuadas, mas também mobilizar conhecimentos de outras unidades curriculares já lecionadas durante o presente curso frequentado.

Relativamente, à relação terapêutica que estabeleci com este casal, e apesar do curto tempo de prestação de cuidados (dois turnos), considero que esta foi muito proveitosa, na medida, em que esta díade confiou em mim e partilhou os seus sentimentos e dúvidas comigo, o que revela que a disponibilidade e escuta ativa foi eficaz, promovendo a qualidade dos cuidados. Tal como é referido por Alves, Barbosa, Caetano & Fernandes (2011, p.48)

Também a relação terapêutica deve ser estimulada, no sentido de se estabelecer uma relação de confiança e segurança por parte da mulher e família. Nesta fase, o enfermeiro especialista deve adotar estratégias de cuidado baseadas não somente no conhecimento técnico-científico, mas também no conhecimento das expectativas e perceções da doente em relação à cirurgia, de forma a contemplar a mulher nos aspetos físicos, emocionais e sociais e com isto sistematizar a assistência a ser realizada neste período.

Por outro lado, esta situação de cuidados permitiu-me abordar temáticas, como a genética, a sexualidade e a oncoestética, áreas em que possuía poucos conhecimentos.

A prestação de cuidados a esta díade permitiu recolher algumas intervenções promotoras de conforto que poderiam ser mobilizadas pela díade, facilitando a sua adaptação a este momento, o que me permitiu aplicar a *check-list* do conforto (Apêndice I) que construí, de acordo com a evidência científica e com a observação durante este período de estágio.

Considerando, o contexto físico do conforto (apêndice I), a dor descontrolada no pós operatório imediato e as contraturas que foram motivadas por posturas incorretas e ainda a ansiedade pelo futuro das suas filhas e pelo passado de doença oncológica vivenciado com a sua mãe, geram alterações em todos os tipos de conforto, tendo sido administrada medicação prescrita em SOS para controlo da dor, realizadas massagens, com aplicação de creme hidratante e ensino acerca dos posicionamentos corretos para melhorar a dor, foi incentivada a deambulação no corredor e oferecido espaço para colocação de dúvidas com disponibilidade. Feitas tentativas de distração com incentivo de ver TV, de realizar videochamadas para as filhas e outros familiares.



No contexto psicoespiritual, há alteração da tranquilidade ao ser submetida a uma cirurgia e integrada num ambiente hospitalar completamente desconhecido, o que foi amenizado, pelo acolhimento e pela disponibilidade para escutar. Por outro lado, o sentido de vida, que eram as suas duas filhas, que poderiam ter a mesma mutação que a Sr.^a B., mas que só poderiam realizar os testes genéticos daqui a alguns anos, condicionam a tranquilidade, contudo, a compaixão e o esclarecimento de dúvidas contribuiu para promover a calma e paz. A Sr.^a B. compreende perfeitamente a decisão que tomou de se submeter a esta cirurgia, aspeto que foi referido por ela. Neste contexto, as alterações da autoimagem e da sexualidade também alteram todos os tipos de conforto, que foram restabelecidos pela escuta ativa, fornecimento de informação acerca das alterações da sexualidade e formas de as combater.

A nível sociocultural, a presença do marido era uma constante (24h) e a amiga também a visitou, o que contribuiu para o conforto da Sr.^a B. A informação transmitida contribuiu também para a tranquilidade. E como recursos existentes na comunidade, foi dado a conhecer a esta díade a Liga Portuguesa contra o Cancro, onde poderiam frequentar consultas de oncosexualidade e também a Clínica de Risco Familiar, para o seguimento das suas filhas, bem como a Clínica de Oncoestética onde poderia corrigir os mamilos se assim o desejasse.

Por último, no contexto ambiental, todos os tipos de contexto estavam afetados, contudo e como já referi a instituição apresenta condições físicas que são enumeradas pelos doentes como promotoras de conforto e da recuperação (algo que ouvi dizer diversas vezes, durante este período de estágio). As cores dos quartos são claras o que foi elogiado pela Sr.^a B. e o seu marido também possui boas condições para a acompanhar durante esta fase, o que para ela também foi apontado como fator positivo. A Sr.^a B. trouxe com ela uma fotografia das suas filhas, numa moldura, que pediu para colocar na mesa de cabeceira, assim que os seus objetos pessoais chegaram ao quarto. A alimentação era escolhida diariamente, de uma ementa com cerca de três sopas, quatro pratos e diversas sobremesas, contudo a Sr.^a B. não gostava muito de doces, preferindo os salgados e o café, que era a sua bebida de eleição, estas preferências eram tidas em conta, o que também contribuía para o alívio e tranquilidade. A iluminação do quarto era controlada pelo doente com uma cortina translúcida e uma opaca, mas o que a Sr.^a B. gostava era de ver o pôr do sol, esperando pela hora deste acontecimento todos os dias em que permaneceu internada.

A National Breast Cancer Centre Advanced Breast Cancer Working Group (2001) realça as competências dos enfermeiros dando especial destaque à atenção que deve ser disponibilizada para as emoções da pessoa, os fatores psicossociais e o bem-estar geral. Assim, nesta díade eu consegui compreender a ansiedade perante a cirurgia e o que foi realizado, a dor, o confronto com



a morte, por já ter existido uma situação de cancro da mama e do ovário que levou à morte da mãe da Sr.^a B., o medo pelo futuro das filhas, que podem ter a mesma alteração genética, ... Enquanto casal e o facto de estarem só os dois em Lisboa a vivenciar todos estes sentimentos também pode ser fortalecedor do relacionamento, contudo, os sentimentos e emoções negativos podem desencadear instabilidade na relação. E se aliado a todas estas vivências não existir um enfermeiro que sirva de suporte, para esclarecer dúvidas e auscultar o que cada membro do casal sente, haverá uma maior dificuldade em ultrapassar esta transição e os episódios de desconforto serão muito mais acentuados. Assim, refletindo sobre as competências preconizadas pela EONS (2018), considero que fui capaz de “identify the impact of cancer on the physical, psychological, emotional, social and spiritual wellbeing of people affected by cancer” (EONS, 2018, p.27), “providing evidence-based verbal and written information regarding genetic screening for cancer which is appropriate and individualised to people affected by cancer” (EONS, 2018, p.13).

Olhando agora para o Regulamento das Competências Específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica penso que consegui “estabelecer uma relação terapêutica eficaz/adequada com a pessoa e família alvo de cuidados e também desenvolvi “competências específicas em técnicas de comunicação que permitiram abordar a questão da sexualidade e esclarecer dúvidas deste casal, de forma a “conceber planos de intervenção tendo como objetivo a adaptação aos processos de transição saúde/doença aguda ou crónica, perante situações decorrentes de processos médicos e/ou cirúrgicos complexos” (Regulamento n.º 429/2018, p.19359). Neste sentido, ressalta a importância do acesso à informação antecipadamente, de forma a diminuir sentimentos de ansiedade e a facilitar a adaptação ao processo de doença. Como forma de ressaltar este aspeto, Bottorff, Gogag, Engelberg-Lotzkar (1995, p.1079) referem que “Nurses also provided anticipatory information regarding future plans or events”.

Também Nascimento et al. (2014), referem que a competência do enfermeiro no cuidado a cliente com câncer de mama é minimizar o *stress* que afeta diretamente a adaptação física, psicológica e social, ajudado assim, a prevenir e superar a depressão e ansiedade.



CONCLUSÃO

Segundo as palavras de Benner (2001, p.13,14) “a recolha das narrativas e a reflexão interpretativa sobre estas narrativas permite a descoberta de novas competências e novo conhecimento (...). Ensinar a reflexão permite aos enfermeiros clínicos que identifiquem as preocupações que organizam a história (...) que estabeleçam novas formas de desenvolvimento do conhecimento”.

Ao prestar cuidados de enfermagem a esta díade, que partilhou a sua narrativa comigo, enquanto aluna de especialidade e mestrado, consegui compreender o impacto da doença oncológica na família, o que neste caso ainda se exacerba mais, considerando os sentimentos e emoções negativas, uma vez que esta doença oncológica, poderá resultar de uma alteração genética que potencia o cancro da mama ou do ovário e considerando que já existiram, na família antecedentes de cancro do ovário, leva a que esta díade continue a estar rodeada de ansiedade e dúvidas pelo futuro das suas filhas, o que também é um fator para o acompanhamento desta família em consulta de risco e avaliação familiar, visto que como foi referido ao longo deste trabalho as pessoas portadoras destas mutações genéticas (BCRA 1 OU 2) apresentam um risco aumentado para desenvolver cancro da mama, do ovário, da próstata, ou vários cancros simultaneamente. Os testes genéticos apenas podem ser realizados na idade adulta o que também é gerador de stress para este casal.

Este casal vivenciou a cirurgia profilática (mastectomia bilateral e ooforectomia), com emoções e sentimentos muito próprios e agravados por terem ultrapassado uma situação anterior de doença oncológica que conduziu à morte. É esta unicidade que o enfermeiro tem de compreender, os significados que lhe estão inerentes, para que a partir daqui possa identificar as necessidades alteradas, recorrendo à evidência científica, baseando-se nas Teorias de Enfermagem para que desenvolva cuidados centrados na pessoa com qualidade e segurança.

Neste sentido, como enfermeira procurei ajudar este casal a conseguir desenvolver mecanismos de adaptação, que ajudassem a lidar com todas estas alterações que geram transições constantes (Meleis, 2010), cujo objetivo é promover o estado de conforto (Kolcaba, 2003) e a satisfação das necessidades (Handerson, 2007).

Foi importante ter vivido esta situação de cuidados, o que considero que me permitiu desenvolver a comunicação, estando atenta às necessidades deste casal. Ressalvo também como foi importante a instituição onde desenvolvi este estudo de caso, por possuir características de conforto que beneficiam muito a prestação de cuidados à pessoa submetida a cirurgia, quer em termos de condições físicas como promotoras da qualidade dos cuidados de enfermagem. Assim



sendo, “a qualidade e conforto do ambiente hospitalar reflete-se na produtividade, eficiência e rendimento dos profissionais e no bem-estar, tranquilidade e satisfação dos doentes, assim como, na eficácia dos tratamentos” (DGS, 2013, p.2).

Por outro lado, consegui enquadrar esta situação de cuidados em algumas teorias de enfermagem, o que demonstra, como as teóricas de enfermagem se debruçaram pela individualidade e complexidade do cuidar em enfermagem, para que este possa ser transversal a todas as pessoas e famílias e possamos planejar intervenções ajustadas à subjetividade de cada pessoa.

Nesta ordem de ideias, penso ter cumprido os objetivos propostos no início deste trabalho.

Concluindo, penso que este estudo de caso contribuiu para o meu crescimento enquanto enfermeira especialista, potenciando a comunicação e a identificação de necessidades, bem como a procura de resposta e satisfação destas na melhor evidência científica, como tradutora de conhecimento efetivo em enfermagem e visibilidade dos cuidados.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ▶ Aldrighi, J.; Ribeiro, A. & Aoki, T. (2008). Ooferectomia durante cirurgia pélvica para doenças benignas em mulheres na perimenopausa. *Revista Brasileira Ginecologia e Obstetrícia*, 30(2). Rio de Janeiro. ISSN: 1806-9339 p: 51-54. <http://dx.doi.org/10.1590/50100-72032008000200001>.
- ▶ Alligood, M. (2014). The Structure of Specialized Nursing Knowledge. Alligood, M. *Nursing theorists and their work*. 8.^a Edição. St. Louis: Elsevier Mosby. ISBN 978-0-323-09194-7.
- ▶ Alves, P.; Barbosa, I.; Caetano, J. & Fernandes, A. (2011). Cuidados de enfermagem no pré-operatório e reabilitação de mastectomia: revisão narrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 64, n. 4, p.732-737. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a16v64n4.pdf>. Acedido em 21/10/2019.
- ▶ Barbosa, J. (2008). A sexualidade nas mulheres mastectomizadas. Monografia, não publicada, apresenta para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem à Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde. Porto.
- ▶ Benner, P. (2001) – *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem* – Coimbra: Quarteto Ed.
- ▶ Bottorff, J.; Gogag, M. & Engelberg-Lotzkar (1995). Conforting: exploring the work of cancer nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 22. Blackwell Science Ltd. p: 1077-1064.
- ▶ Coutinho, S. (2019). Guia as mutações BRCA e o cancro. News Engage. Lisboa.
- ▶ Crane, R. (2000). Cancro da Mama. In: Otto, S. - *Enfermagem em Oncologia* - Loures: Lusociência. ISBN:972-8383-12-6.
- ▶ Direção Geral de Saúde (2003). *Conforto nas unidades hospitalares*. Orientação n.º 021/2013. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0212013-de-31122013.aspx> . Acedido em 29/09/2019.
- ▶ Galdeano, L., Rossi, L., & Zago, M. (Maio-Junho de 2003). Roteiro instrucional para a elaboração de um estudo de caso clínico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), pp. 371-5.
- ▶ Guimarães, M.; Silva, L. (2016). Conhecendo a Teoria das transições e sua aplicabilidade para a enfermagem. Rio de Janeiro. <https://journaldedados.files.wordpress.com> – acesso em 16/02/2019.
- ▶ European Oncology Nursing Society (EONS) (2018). The EONS Cancer Nursing Education Framework. Bruxelas: EONS.



- ▶ Henderson, V. (2007). *Princípios básicos dos Cuidados de Enfermagem do CIE*. Loures: Lusociência. ISBN: 978-989-8075-00-0.
- ▶ (<http://phancy.pt/>, acedido em 01/11/2019).
- ▶ Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice – A vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- ▶ Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle-range and Situation-specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- ▶ Meleis, A.I.; Sawyer, L.M.; Im, E-O; Messias, D.K.H. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advanced Nursing Science*, 23 (1), 12-28.
- ▶ Miranda, A.; Frutuoso, C. & Couto, M.R. (2017). Epidemiologia dos tumores dos ovários. *100 perguntas chave no cancro dos ovários*. Vaz, F. & Pereira, D. 2.^a Edição. Permanyer Portugal. Lisboa. Disponível em https://www.sponcologia.pt/fotos/editor2/publicacoes/ovario_2.pdf, acedido em 26/10/2019.
- ▶ Nascimento, K; Fonseca, L.; Andrade, S.; Leite, K.; Zaccara, A. & Costa, S. (2014) Cuidar integral da equipe multiprofissional: discurso de mulheres em pré-operatório de mastectomia. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, v. 18, n. 3, p.435-440. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/1414-8145-ean-18-030435.pdf>. Acedido em 22/10/2019.
- ▶ National Breast Cancer Center Advanced Breast Cancer Working (2001). Clinical practice guidelines for the management of advanced breast cancer. Australia: AusInfo. ISBN: 0642455465.
- ▶ Ogawa, G. (2019). Outubro Rosa: conheça a técnica DIEP para reconstrução de mama. Disponível em <https://guilhermeogawa.com.br/2019/10/09/diep-para-reconstrucao-de-mama/>, acedido a 29/10/2019.
- ▶ Ordem dos Enfermeiros (2015). Código Deontológico Do Enfermeiro. Lisboa: Diário da República. I Série (n.º 181 de 2009-09-16). 8059-8105.
- ▶ Patrão, I. & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer de cancro da mama. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Vol.5. p.53-73.
- ▶ Pereira, C.; Pinto, B.; Muniz, R.; Cardoso, D. & Wezel, W. (2013). O adoecer e sobreviver ao câncer de mama: a vivência da mulher mastectomizadas. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p.3837-3846. Disponível em



http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2003/pdf_790.

Acedido em: 22/10/2019.

- ▶ Regulamento n.º 429/2018 (2018). *Regulamento das 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*. Diário da República, 2.ª série (N.º 135 de 16 de Julho de 2018), 19359-19369 - Disponível em <https://dre.pt/application/conteudo/115698617> acedido em: 07/05/2019.
- ▶ Ramos, C. (2013). *A esperança e o sofrimento no doente oncológico paliativo*. Dissertação de Mestrado, não publicada, apresentada para obtenção do Grau de Mestre em Cuidados Paliativos. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- ▶ Rodrigues, C. (2017). *Qualidade de Vida em mulheres adultas mastectomizadas*. Dissertação, não publicada, apresentada para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Reabilitação submetida ao Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. Viseu.
- ▶ Santana, I., Duro, D., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M., & Simões, M. R. (2016) “Mini-Mental State Examination: Avaliação dos Novos Dados Normativos no Rastreio e Diagnóstico do Défice Cognitivo Mini-Mental State Examination: Screening and Diagnosis of Cognitive Decline, Using New Normative Data. *Acta Médica Portuguesa* 29(4). p:240–248. Disponível em <http://dx.doi.org/10.20344/amp.6889>. Acedido em 25/06/2019.
- ▶ Salgado, A. (2012). *Intervenções de enfermagem promotoras da adaptação à doença oncológica mamária*. Dissertação não publicada, de Candidatura ao grau de Mestre em Oncologia submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. Porto.
- ▶ Santos, M.; Sousa F.; Alves, P.; Bonfim, I. & Fernandes, A. (2010). Comunicação terapêutica no cuidado préoperatório de mastectomia. Relato de Experiência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 4, p.675-678, ago. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/27.pdf>. Acedido em 22/10/2015.
- ▶ Silva, S.; Vasconcelos, V.; Santana, M.; Rodrigues, I; Leite, T.; Santos, L.; Sousa, R.; Monteiro, V.; Oliveira, J. & Meireles, W.(2010). Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n.



- 5, p.727-734. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/06.pdf>. Acedido em 22/10/2019.
- ▶ Sousa, A.; Ana, G. & Costa, Z. (2014). Análise de qualidade de vida em mulheres mastectomizadas atendidas no ambulatório do HBDF. *Ciência Saúde*, Brasília, v. 25, n. 1, p.13-24, jul. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/analise_qualidade_qualidade_vida_mulheres.pdf. Acedido em 22/10/2019.
 - ▶ World Health Organization (2018). Cancer. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>. Acedido a 20/10/2019.



APÊNDICE



APÊNDICE I - *Checklist* do Conforto

Checklist do Conforto

Intervenção de Enfermagem			Unidades de Observação/Registo		Tipos de Conforto			Observações
					<u>Alívio</u> Satisfação de uma necessidade específica	<u>Tranquilidade</u> Promoção da calma e paz	<u>Transcendência</u> Capacitação do doente para a resolução de problemas e escolhas que controlam o seu destino	
◦ Avaliação e vigilância de sinais vitais			Contextos do Conforto	<u>Físico</u> Manutenção do equilíbrio hemodinâmico e imunitário e o bem-estar físico	S	S	S	Sinais vitais estáveis à exceção da dor
◦ Controlar sintomatologia descontrolada	Dor	X			S	S	S	Dor pouco controlado no pós-operatório imediato
	Náuseas e vômitos				NA	NA	NA	
	Dispneia				NA	NA	NA	
	Anorexia				NA	NA	NA	
	Mucosite				NA	NA	NA	
	Obstipação				NA	NA	NA	
	Diarreia				NA	NA	NA	
	Confusão				NA	NA	NA	
	Insónias				NA	NA	NA	
	Ansiedade	XX			S	S	S	Esclarecimento de dúvidas acerca dos exames genéticos das suas filhas e da cirurgia; procura de estratégias de coping;
◦ Administrar terapêutica					S	S	S	Analgesia prescrita em SOS
◦ Promover o toque					S	S	S	Massagem e ensinamentos acerca de posicionamentos adequados para alívio de contraturas; Estimular a deambulação no corredor
◦ Ajudar nos posicionamentos					S	S	S	
◦ Aplicar creme hidratante nas zonas de pressão					S	S	S	Visualização de TV; Videochamadas com as filhas e outros familiares e/ou amigos
◦ Utilizar técnicas de distração					S	S	S	

Checklist do Conforto

Intervenção de Enfermagem	Unidades de Observação/ Registo		Tipos de Conforto			Observações
			<u>Alívio</u> Satisfação de uma necessidade específica	<u>Tranquilidade</u> Promoção da calma e paz	<u>Transcendência</u> Capacitação do doente para a resolução de problemas e escolhas que controlam o seu destino	
◦ Apresentar-se ao doente e família	Contextos do Conforto	<u>Psicoespiritual</u> Ter consciência de si Promover a autoestima, o sentido de vida, sexualidade, relação com um ser superior	NA	S	NA	
◦ Mostrar empatia e disponibilidade para escutar			NA	S	NA	
◦ Utilizar formas de comunicação verbal adequadas			NA	S	NA	
◦ Utilizar formas de comunicação não-verbal adequadas			NA	S	NA	Sentar para mostrar disponibilidade
◦ Estar atento aos sentimentos da pessoa em relação à doença, cirurgia e morte			NA	S	NA	
◦ Encorajar atividades espirituais			NA	N	NA	
◦ Ajudar a encontrar um sentido para a vida			NA	S	S	Futuro das suas filhas
◦ Mostrar compaixão			NA	S	S	Escutar; Fornecer informação acerca das alterações da sexualidade e formas de melhorar; Alertar para a menopausa precoce
◦ Responsabilizar o doente no processo de tomada de decisão			NA	S	S	
◦ Avaliar significado atribuído às alterações da autoimagem (suturas, drenos, alterações das mamas)			S	S	S	
◦ Ensinar acerca de alterações provenientes da cirurgia ou doença (alterações da sexualidade e menopausa precoce)			S	S	S	
◦ Esclarecer dúvidas e mitos (sexualidade)			S	S	S	

Checklist do Conforto

Intervenção de Enfermagem	Unidades de Observação/Registo		Tipos de Conforto			Observações
			<u>Alívio</u> Satisfação de uma necessidade específica	<u>Tranquilidade</u> Promoção da calma e paz	<u>Transcendência</u> Capacitação do doente para a resolução de problemas e escolhas que controlam o seu destino	
◦ Promover as visitas e a permanência de familiares, respeitando a vontade do doente e as regras institucionais	Contextos do Conforto	<u>Sócio cultural</u> Manutenção das relações interpessoais (familiares e sociais)	NA	NA	NA	Presença do marido durante 24h e da amiga
◦ Avaliar processos familiares disfuncionais			NA	NA	NA	
◦ Garantir acesso à informação			S	S	S	Cirurgia, sexualidade, exames genéticos realizados às filhas
◦ Possibilitar a comunicação com o exterior através de telefone, telemóvel, tablets, televisão, ...			NA	S	NA	
◦ Garantir o acesso aos recursos sociais existentes na comunidade			NA	NA	S	Liga Portuguesa contra o Cancro – Consulta de Oncosexualidade e Clínica de Risco Familiar; Clínica de Oncoestética
◦ Respeitar as preferências, costumes e tradições do doente			NA	NA	NA	

Checklist do Conforto

Intervenção de Enfermagem	Unidades de Observação/Registro		Tipos de Conforto			Observações
			<u>Alívio</u> Satisfação de uma necessidade específica	<u>Tranquilidade</u> Promoção da calma e paz	<u>Transcendência</u> Capacitação do doente para a resolução de problemas e escolhas que controlam o seu destino	
◦ Realizar acolhimento no serviço	Contextos do Conforto	Ambiental Adequação da luz, barulho, cor, temperatura e elementos artificiais ou naturais do meio	S	S	S	
◦ Promover e garantir condições de higiene e segurança			S	S	S	
◦ Garantir a privacidade			S	S	S	
◦ Proporcionar um ambiente calmo e tranquilo			S	S	S	
◦ Promover o recurso aos objetos pessoais			S	S	S	Fotografia das filhas
◦ Promover as suas preferências alimentares			S	S	S	Não gostava de doces, preferia salgados
◦ Proporcionar iluminação natural adequada			S	S	S	

Legenda:

Sim	S
Não	N
Não Aplicável	NA

Apêndice XVI – Questionário de variáveis sociodemográficas dos Enfermeiros

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA

IDADE: ____ anos

GÉNERO:

M ☐

F ☐

TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL: DIAS/MESES/ANOS

(riscar o que não interessa)

Apêndice XVII – Questionário para os Enfermeiros

Questionário para os Enfermeiros

O conforto é um conceito multidimensional, subjetivo e individualizado.

Os cuidados de enfermagem baseiam-se na promoção do conforto, daí que se justifique a pertinência deste projeto de intervenção que pretende contribuir para a promoção do conforto da pessoa com doença hemato-oncológica, num serviço de internamento hospitalar.

Para dar continuidade a este projeto, gostaria que responde-se às seguintes questões.

A sua resposta é anónima.

Agradeço a colaboração e o tempo disponibilizado para este questionário.

1. O que é para si o conforto da pessoa com doença hemato-oncológica?

2. Que condições/recursos considera necessários para promover o conforto?

3. Quais as intervenções de enfermagem que considera promotoras de conforto no seu contexto. Dê exemplos.

4. Face ao internamento de pessoas com doença hemato-oncológica no serviço, que dificuldades identifica na promoção do conforto?

5. Como avalia que o conforto foi atingido?

6. O que considera necessário registar nos registos de enfermagem?

Apêndice XVIII – Sessão de divulgação do projeto de intervenção à equipa de enfermagem do local de estágio III

- Estágio com Relatório -

**O CONFORTO DA PESSOA COM DOENÇA
HEMATO-ONCOLÓGICA:
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM**

Regente:

Prof.ª Doutora Maria Alexandra Pinto Santos

Orientadora:

Prof.ª Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá

Discente:

Ana Inês Martins Fernandes

Dezembro de 2019

**1.
DIAGNÓSTICO
DA SITUAÇÃO**

**1.1.
QUESTÃO DE
INVESTIGAÇÃO**

**QUAIS AS INTERVENÇÕES DE
ENFERMAGEM, PROMOTORAS DE
CONFORTO, NA PESSOA COM DOENÇA
HEMATO-ONCOLÓGICA, NUM SERVIÇO
DE INTERNAMENTO?**

1. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

1.2. OBJETIVOS

Adquirir competências
para promover o
conforto da pessoa com
doença hemato-
oncológica, em
internamento hospitalar

Contribuir para a
promoção do conforto na
pessoa com doença
hemato-oncológica, num
serviço de internamento
hospitalar

2. METODOLOGIA

2.1. TEÓRICA

Teoria do
Conforto
de
Kolcaba
(2003)

“É a
experiência
imediate e
holística de ser
fortalecido
através da
satisfação das
necessidades
dos três tipos
de conforto ...
(p:254)

Alívio

Tranquilidade

Transcendência

2. METODOLOGIA

2.1. TEÓRICA

Teoria do Conforto de Kolcaba (2003)

... nos quatro contextos de experiência

Físico

Psico-espiritual

Social

Ambiental

O conforto da pessoa com doença hemato-oncológica: intervenções de enfermagem

5

2.2. COLHEITA DE DADOS

Caracterização Sócio-demográfica da Pessoa com doença hemato-oncológica

IDADE: ____ ANOS

GÉNERO:

M. ☐

F. ☐

ESTADO CIVIL:

SOLTEIRO ☐

CASADO/UNIÃO DE FACTO ☐

DIVORCIADO/SEPARADO ☐

VIÚVO ☐

RELIGIÃO:

CATÓLICA ☐

PROTESTANTE ☐

CRENÇA SEM RELIGIÃO ☐

ATEÍSTA ☐

PROFISSÃO:

CONTEXTO FAMILIAR:

VIVE SÓ ☐

VIVE COM FAMILIAR ☐

VIVE COM DOIS FAMILIARES ☐

VIVE COM TRÊS OU MAIS FAMILIARES ☐

VIVE EM LAR/RESIDÊNCIA ASSISTIDA

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

TEMPO DECORRIDO DESDE DO DIAGNÓSTICO: ____ DIAS/MESES/ANOS

(RISCAR O QUE NÃO INTERESSA)

NESTE MOMENTO, ENCONTRA-SE A FAZER ALGUM TRATAMENTO AGRESSIVO PARA A PATOLOGIA?

SIM ☐

QUAL? ____

NÃO ☐

O conforto da pessoa com doença hemato-oncológica: intervenções de enfermagem

6

2.2. COLHEITA DE DADOS

ESCALA DE CONFORTO HOLÍSTICO HCQ – PT-DC®

		Discordo Totalmente				Concordo Totalmente	
		1	2	3	4	5	6
1	Estou preocupado com a minha família						
2	A minha enfermeira (enf ^a) dá-me esperança						
3	Neste momento a minha vida tem mérito / vale a pena						
4	Ser 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 enviando cartões, mensagens ou telefonemas						
20	Sinto-me deslocado						
21	Preferia 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						

Querido (2012)

2.2. COLHEITA DE DADOS

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DOS ENFERMEIROS

IDADE: ____ ANOS

GÉNERO:

M ☐

F ☐

TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL: _____ MESES/ANOS

(RISCAR O QUE NÃO INTERESSA)

2.2. COLHEITA DE DADOS

QUESTIONÁRIO PARA OS ENFERMEIROS

1. O QUE É PARA SI O CONFORTO DA PESSOA COM DOENÇA HEMATO-ONCOLÓGICA?

2. QUE CONDIÇÕES/RECURSOS CONSIDERA NECESSÁRIOS PARA PROMOVER O CONFORTO?

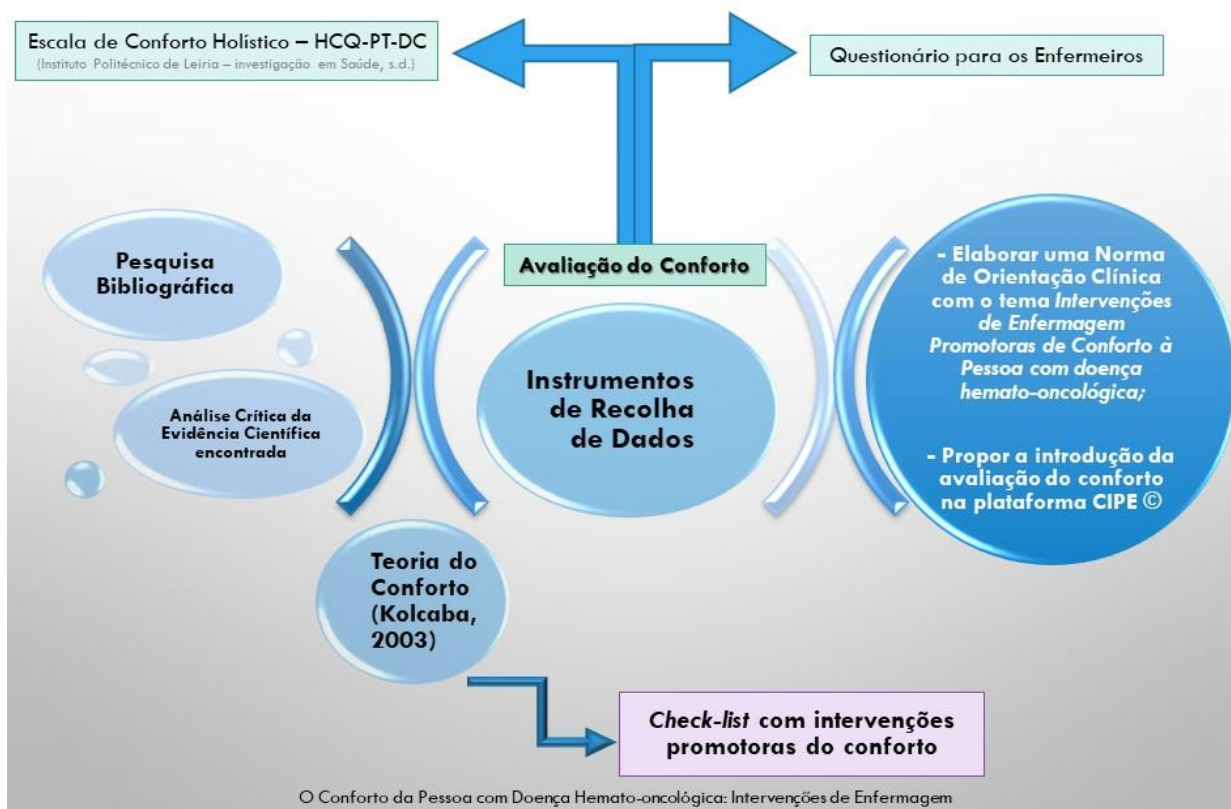
3. QUAIS AS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM QUE CONSIDERA PROMOTORAS DE CONFORTO NO SEU CONTEXTO. DÊ EXEMPLOS.

4. FACE AO INTERNAMENTO DE PESSOAS COM DOENÇA HEMATO-ONCOLÓGICA NO SERVIÇO, QUE DIFICULDADES IDENTIFICA NA PROMOÇÃO DO CONFORTO?

5. COMO AVALIA QUE O CONFORTO FOI ATINGIDO?

6. O QUE CONSIDERA NECESSÁRIO REGISTAR NOS REGISTOS DE ENFERMAGEM?

3. Execução



OBRIGADA
PELA
ATENÇÃO

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- QUERIDO, A. (2012). A PROMOÇÃO DA ESPERANÇA EM FIM DE VIDA. AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO EM PESSOAS COM DOENÇA CRÔNICA E AVANÇADA PROGRESSIVA. TESE APRESENTADA PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR EM ENFERMAGEM À UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA, INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE.
- KOLCABA, K. (2003). *COMFORT THEORY AND PRACTICE – A VISION FOR HOLISTIC HEALTH CARE AND RESEARCH*. NEW YORK: SPRINGER PUBLISHING COMPANY.

**Apêndice XIX – Questionário com variáveis sociodemográficas e clínicas da pessoa
com doença hemato-oncológica**

CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E CLÍNICA

IDADE: ____ anos

GÉNERO:

M ☐

F ☐

ESTADO CIVIL:

SOLTEIRO ☐

CASADO/UNIÃO DE FACTO ☐

DIVORCIADO/SEPARADO ☐

VIÚVO ☐

RELIGIÃO:

CATÓLICA ☐

PROTESTANTE ☐

CRENÇA SEM RELIGIÃO ☐

ATEÍSTA ☐

PROFISSÃO:

CONTEXTO FAMILIAR:

VIVE SÓ ☐

VIVE COM FAMILIAR ☐

VIVE COM DOIS FAMILIARES ☐

VIVE COM TRÊS OU MAIS FAMILIARES ☐

VIVE EM LAR/RESIDÊNCIA ASSISTIDA ☐

DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

TEMPO DECORRIDO DESDE DO DIAGNÓSTICO: **DIAS/MESES/ANOS**

(riscar o que não interessa)

**NESTE MOMENTO, ENCONTRA-SE A FAZER ALGUM TRATAMENTO AGRESSIVO PARA A
PATOLOGIA?**

SIM ☐ QUAL? _____

NÃO ☐

**Apêndice XX – Sessão de apresentação dos resultados do projeto de intervenção à
equipa de enfermagem do local de estágio III**

- Estágio com Relatório -

**O conforto da pessoa com
doença
hemato-oncológica:
Intervenções de enfermagem**

Discente:

Ana Inês Martins Fernandes

Regente:

Prof.ª Doutora Maria Alexandra Pinto Santos

Orientadora:

Prof.ª Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá

Janeiro de 2020

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Caracterização Sócio-demográfica da Pessoa com doença hemato-oncológica

IDADE: ____ anos

PROFISSÃO: _____

GÉNERO:

M ☐
F ☐

CONTEXTO FAMILIAR:

VIVE SÓ ☐
VIVE COM FAMILIAR ☐
VIVE COM DOIS FAMILIARES ☐
VIVE COM TRÊS OU MAIS FAMILIARES ☐
VIVE EM LAR/RESIDÊNCIA ASSISTIDA ☐

ESTADO CIVIL:

SOLTEIRO
CASADO/UNIÃO DE FACTO ☐
DIVORCIADO/SEPARADO ☐
VIÚVO ☐
☐

DIAGNÓSTICO CLÍNICO: _____

TEMPO DECORRIDO DESDE DO DIAGNÓSTICO: _____ DIAS/MESES/ANOS
(riscar o que não interessa)

RELIGIÃO:

CATÓLICA ☐
PROTESTANTE ☐
CRENÇA SEM RELIGIÃO ☐
ATEÍSTA ☐

NESTE MOMENTO, ENCONTRA-SE A FAZER ALGUM TRATAMENTO AGRESSIVO PARA A PATOLOGIA?

SIM ☐ QUAL? _____
NÃO ☐

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Escala de Conforto Holístico HCQ – PT-DC®

		Discordo Totalmente				Concordo Totalmente			
		1	2	3	4	5	6		
1	Estou preocupado com a minha família								
2	A minha enfermeira (enfª) 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 enviando cartões, mensagens ou telefonemas								
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								

Querido (2012)

O conforto da pessoa com doença hemato-oncológica: intervenções de enfermagem

3

ANÁLISE DE DADOS

Caracterização Sócio-demográfica da Pessoa com doença hemato-oncológica

Gráfico 1 – Idade das pessoas com doença hemato-oncológica

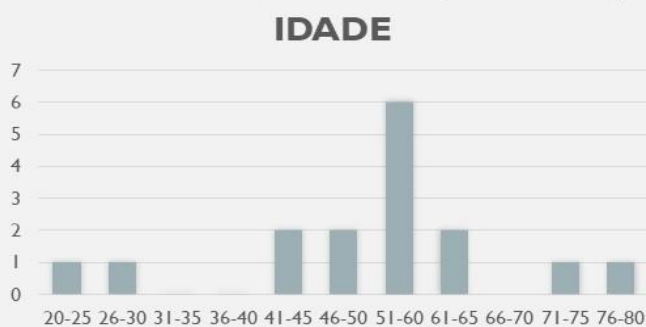


Gráfico 2 – Género das pessoas com doença hemato-oncológica



Gráfico 3 – Estado Civil das pessoas com doença hemato-oncológica

O Conforto da Pessoa com Doença Hemato-oncológica: Intervenções de Enfermagem

4

ANÁLISE DE DADOS

Caracterização Sócio-demográfica da Pessoa com doença hemato-oncológica

Gráfico 4 – Religião das pessoas com doença hemato-oncológica



Gráfico 5 – Profissão das pessoas com doença hemato-oncológica

Profissão	
Artesão	1
Assistente Técnico	1
Bancário	2
Distribuidor de mercadorias	2
Economista	1
Empregada Doméstica	1
Estudante	1
Motorista	1
Químico	1
Reformado	1
Secretário	1
Segurança	1
Técnico de Vendas	2

O Conforto da Pessoa com Doença Hemato-oncológica: Intervenções de Enfermagem

5

ANÁLISE DE DADOS

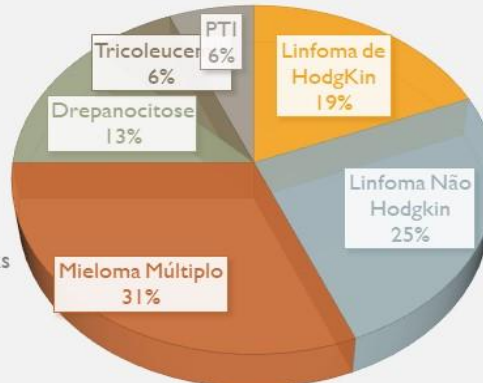
Caracterização Sócio-demográfica da Pessoa com doença hemato-oncológica

Gráfico 6 – Contexto Familiar das pessoas com doença hemato-oncológica



DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Gráfico 7 - Diagnóstico Clínico das pessoas com doença hemato-oncológica



O Conforto da Pessoa com Doença Hemato-oncológica: Intervenções de Enfermagem

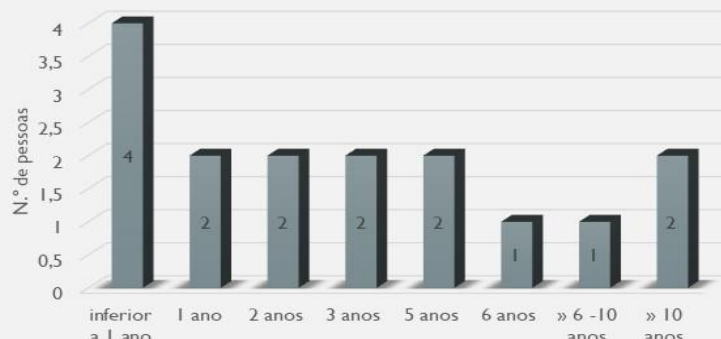
6

ANÁLISE DE DADOS

Caracterização Sócio-demográfica da Pessoa com doença hemato-oncológica

Tempo decorrido desde do diagnóstico

Gráfico 8 – Tempo decorrido desde do diagnóstico da pessoa com doença hemato-oncológica



TRATAMENTO AGRESSIVO



Gráfico 9 – Tratamento agressivo da pessoas com doença hemato-oncológica

O Conforto da Pessoa com Doença Hemato-oncológica: Intervenções de Enfermagem

7

ANÁLISE DE DADOS

Escala de Conforto Holístico HCQ – PT-DC® e Estados e Itens de Conforto

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

Dimensões do Conforto	Siglas
Alívio	AL
Tranquilidade	TQ
Transcendência	TR

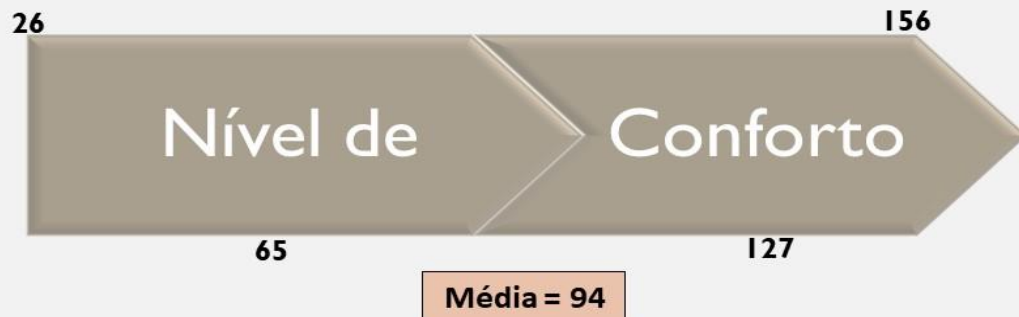
Contexto de Conforto	Siglas
Físico	FIS
Psicoespiritual	PSI
Sociocultural	SOC
Ambiental	AMB

O Conforto da Pessoa com Doença Hemato-oncológica: Intervenções de Enfermagem

Querido (2012)

8

ANÁLISE DE DADOS



INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Caracterização Sócio-demográfica dos Enfermeiros

IDADE: ____ anos

GÉNERO:

M ☐

F ☐

TEMPO DE EXERCÍCIO PROFISSIONAL: ____ MESES/ANOS

(riscar o que não interessa)

INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Questionário para os Enfermeiros

1. O que é para si o conforto da pessoa com doença hemato-oncológica?

2. Que condições/recursos considera necessários para promover o conforto?

3. Quais as intervenções de enfermagem que considera promotoras de conforto no seu contexto. Dê exemplos.

4. Face ao internamento de pessoas com doença hemato-oncológica no serviço, que dificuldades identifica na promoção do conforto?

5. Como avalia que o conforto foi atingido?

6. O que considera necessário registar nos registos de enfermagem?

O conforto da pessoa com doença hemato-oncológica: intervenções de enfermagem

11

ANÁLISE DE DADOS

Caracterização Sócio-demográfica dos Enfermeiros

Gráfico 10 – Idade dos Enfermeiros

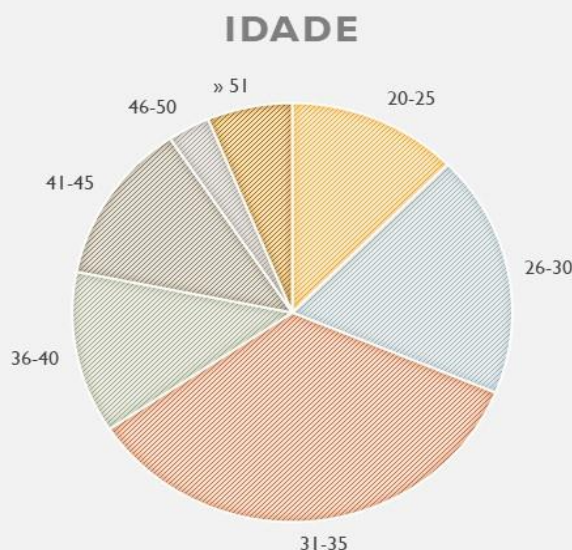
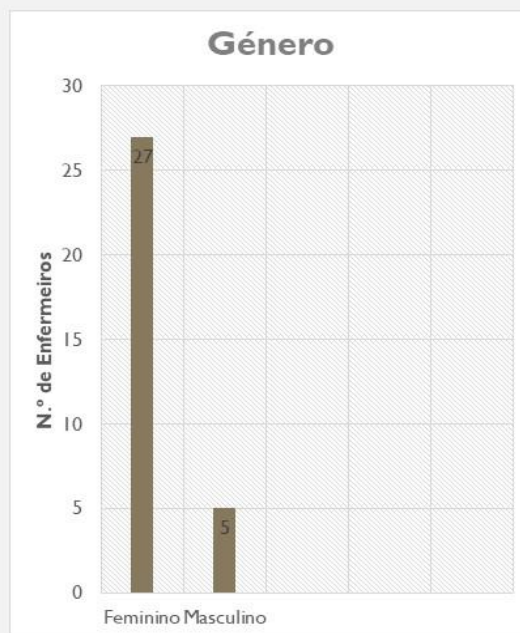


Gráfico 11 – Género dos Enfermeiros



O Conforto da Pessoa com Doença Hemato-oncológica: Intervenções de Enfermagem

12

ANÁLISE DE DADOS

Caracterização Sócio-demográfica dos Enfermeiros

Gráfico 12 – Tempo de Exercício Profissional dos Enfermeiros



O Conforto da Pessoa com Doença Hemato-oncológica: Intervenções de Enfermagem

13

ANÁLISE DE DADOS

Questionário para os Enfermeiros

O que é para si o conforto da pessoa com doença hemato-oncológica?



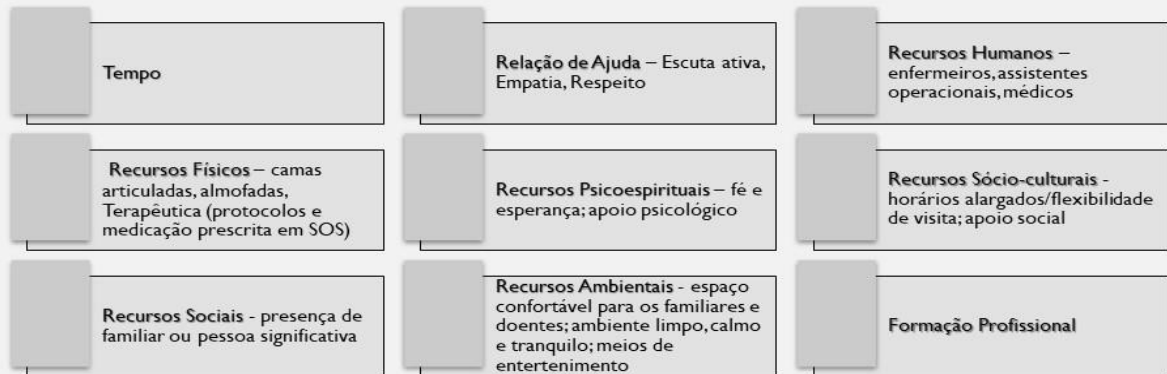
O Conforto da Pessoa com Doença Hemato-oncológica: Intervenções de Enfermagem

14

ANÁLISE DE DADOS

Questionário para os Enfermeiros

Que condições/recursos considera necessários para promover o conforto?



ANÁLISE DE DADOS

Questionário para os Enfermeiros

Quais as intervenções de enfermagem que considera promotoras de conforto no seu contexto. Dê exemplos.

Relação de Ajuda - estar presente, apoio emocional, confiança e empatia

Satisfação/Antecipação de necessidades

Comunicação Terapêutica – escuta ativa, disponibilidade, toque, atenção

Gestão do silêncio

Promoção da autonomia/capacitação para o autocuidado

Gestão de expectativas

Providenciar apoio espiritual

ANÁLISE DE DADOS

Questionário para os Enfermeiros

Quais as intervenções de enfermagem que considera promotoras de conforto no seu contexto. Dê exemplos.

Controlo sintomatológico com medidas farmacológicas e não farmacológicas

Avaliação da dor

Posicionamentos e massagem

Cuidados de higiene

Controlo do barulho e luz

Estratégias de distração (ler ou ver TV)

Possibilitar presença de familiar ou pessoa significativa

O Conforto da Pessoa com Doença Hemato-oncológica: Intervenções de Enfermagem

17

ANÁLISE DE DADOS

Questionário para os Enfermeiros

Face ao internamento de pessoas com doença hemato-oncológica no serviço, que dificuldades identifica na promoção do conforto?

Falta de tempo

Falta de recursos humanos
(assistentes operacionais)

Fraca rede de apoio
psicológico/ausência de psicólogo
no hospital

Falta de formação adequada
Burnout dos profissionais

Complexidade dos doentes
Falta de informação acerca da
evolução da doença
Ausência de medicação prescrita

Falta de recursos físicos - espaço
físico para a presença da
família/desenvolvimento de
atividades lúdicas; quartos não
individuais Pouca Privacidade
Falta de ambiente tranquilo

O Conforto da Pessoa com Doença Hemato-oncológica: Intervenções de Enfermagem

18

ANÁLISE DE DADOS

Questionário para os Enfermeiros

Como avalia que o conforto foi atingido?

Comunicação verbal e não verbal do doente
(fácies tranquila e serena, postura corporal)

Sinais vitais

Escalas de dor

Sensação de bem-estar demonstrado;
tranquilidade; sorriso

ANÁLISE DE DADOS

Questionário para os Enfermeiros

O que considera necessário registar nos registos de enfermagem?

Escalas de avaliação de sintomas (dor, agitação)

Intervenções eficazes e resultados obtidos

Medidas de conforto adotadas

Sinais Vitais, incluindo dor

Estado emocional do doente

Posição de conforto

OBRIGADA
PELA
ATENÇÃO

O conforto da pessoa com doença hemato-oncológica: intervenções de enfermagem

21

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Querido, A. (2012). A promoção da esperança em fim de vida. Avaliação da efetividade de um programa de intervenção em pessoas com doença crónica e avançada progressiva. Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em Enfermagem à Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.

O conforto da pessoa com doença hemato-oncológica: intervenções de enfermagem

22

Apêndice XXI – Consentimento Informado para a pessoa com doença hemato-oncológica

CONSENTIMENTO INFORMADO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se considerar que algum dado está incorreto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações até ver todas as suas dúvidas esclarecidas. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, assine este documento no espaço dedicado para o efeito.

Caro Participante,

Eu, Ana Inês Martins Fernandes, aluna do 10.º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, estou a desenvolver um projeto de intervenção intitulado:

O conforto da pessoa com doença hemato-oncológica: intervenções de enfermagem

O estudo para o qual solicito a sua colaboração tem como objetivos gerais, desenvolver conhecimentos na área do conforto, em parceria com a pessoa com doença hemato-oncológica, em internamento hospitalar e contribuir para a promoção do conforto na pessoa com doença hemato-oncológica, num serviço de internamento hospitalar.

O presente estudo, realizar-se-á no Serviço entre 16 de dezembro de 2019 e 7 de fevereiro de 2020.

Neste sentido, solicito a sua colaboração no presente estudo, através do preenchimento da escala de avaliação do conforto – HCQ-PT-DC®.

A sua participação neste estudo é voluntária, não existindo qualquer prejuízo caso decida não aceitar.

As suas respostas serão tratadas com confidencialidade. Tal como é preconizado pelo Encarregado de Proteção de Dados desta instituição.

Este projeto obteve a aprovação ética da Comissão de Ética para a Saúde

Os resultados deste estudo serão divulgados a nível académico, no hospital e por publicação em revistas ou eventos científicos, garantido o anonimato.

Estarei disponível para qualquer esclarecimento e/ou informação adicional que entenda ser necessário.

Muito Obrigada pela sua participação e colaboração.

A aluna

O orientador

Ana Inês Martins Fernandes

Prof.ª Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá

anainesfernandes@hotmail.com

esa@esel.pt

966 276 591

218 912 200

_____ (local) ____/ ____/ _____ (data)

(Ana Inês Martins Fernandes)
(n.º Ordem Profissional - 48162)

DECLARO ter lido e compreendido este documento bem como as informações que me foram prestadas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem quaisquer prejuízos. Desta forma, aceito participar de forma voluntária e permito a utilização dos dados colhidos confiando que apenas serão utilizados para esta investigação garantindo a confidencialidade e o anonimato que me são dadas pelo investigador.

_____ (local) ____/____/____ (data)

Nome: _____

Assinatura: _____

Nota: Este documento é feito em duas vias – uma para o processo e outra para ficar na posse de quem consente.

~

Apêndice XXII – Consentimento Informado para os Enfermeiros

CONSENTIMENTO INFORMADO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se considerar que algum dado está incorreto ou não está claro, não hesite em solicitar mais informações até ver todas as suas dúvidas esclarecidas. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, assine este documento no espaço dedicado para o efeito.

Caro Participante,

Eu, Ana Inês Martins Fernandes, aluna do 10.º Curso de 10.º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, estou a desenvolver um projeto de intervenção intitulado:

O conforto da pessoa com doença hemato-oncológica: intervenções de enfermagem

O estudo para o qual solicito a sua colaboração tem como objetivos desenvolver conhecimentos na área do conforto, em parceria com a pessoa com doença hemato-oncológica, em internamento hospitalar e contribuir para a promoção do conforto na pessoa com doença hemato-oncológica, num serviço de internamento hospitalar.

O presente estudo, de natureza qualitativa, realizar-se-á entre 16 de dezembro de 2019 e 7 de fevereiro de 2020.

Neste sentido, solicito a sua colaboração no presente estudo, através do preenchimento do questionário, para conhecer os cuidados efetuados pelos enfermeiros, como promotores de conforto.

A sua participação neste estudo é voluntária, não existindo qualquer prejuízo caso decida não aceitar.

As suas respostas serão codificadas e tratadas com confidencialidade. Tal como é preconizado pelo Encarregado de Proteção de Dados desta instituição

Somente os investigadores deste estudo terão acesso às suas respostas.

Este projeto obteve a aprovação ética da Comissão de Ética para a Saúde.

Os resultados deste estudo serão divulgados a nível académico, no hospital e em publicação em revistas ou eventos científicos, mantendo o anonimato.

Estarei disponível para qualquer esclarecimento e/ou informação adicional que entenda ser necessário.

Muito Obrigada pela sua participação e colaboração.

A aluna

Ana Inês Martins Fernandes

anainesfernandes@hotmail.com

966 276 591

O orientador

Prof.ª Eunice Maria Casimiro dos Santos Sá

esa@esel.pt

218 912 200

_____ (local) ____/ ____/ _____ (data)

(Ana Inês Martins Fernandes)
(n.º Ordem Profissional - 48162)

DECLARO ter lido e compreendido este documento bem como as informações que me foram prestadas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem quaisquer prejuízos. Desta forma, aceito participar de forma voluntária e permito a utilização dos dados colhidos confiando que apenas serão utilizados para esta investigação garantindo a confidencialidade e o anonimato que me são dadas pelo investigador.

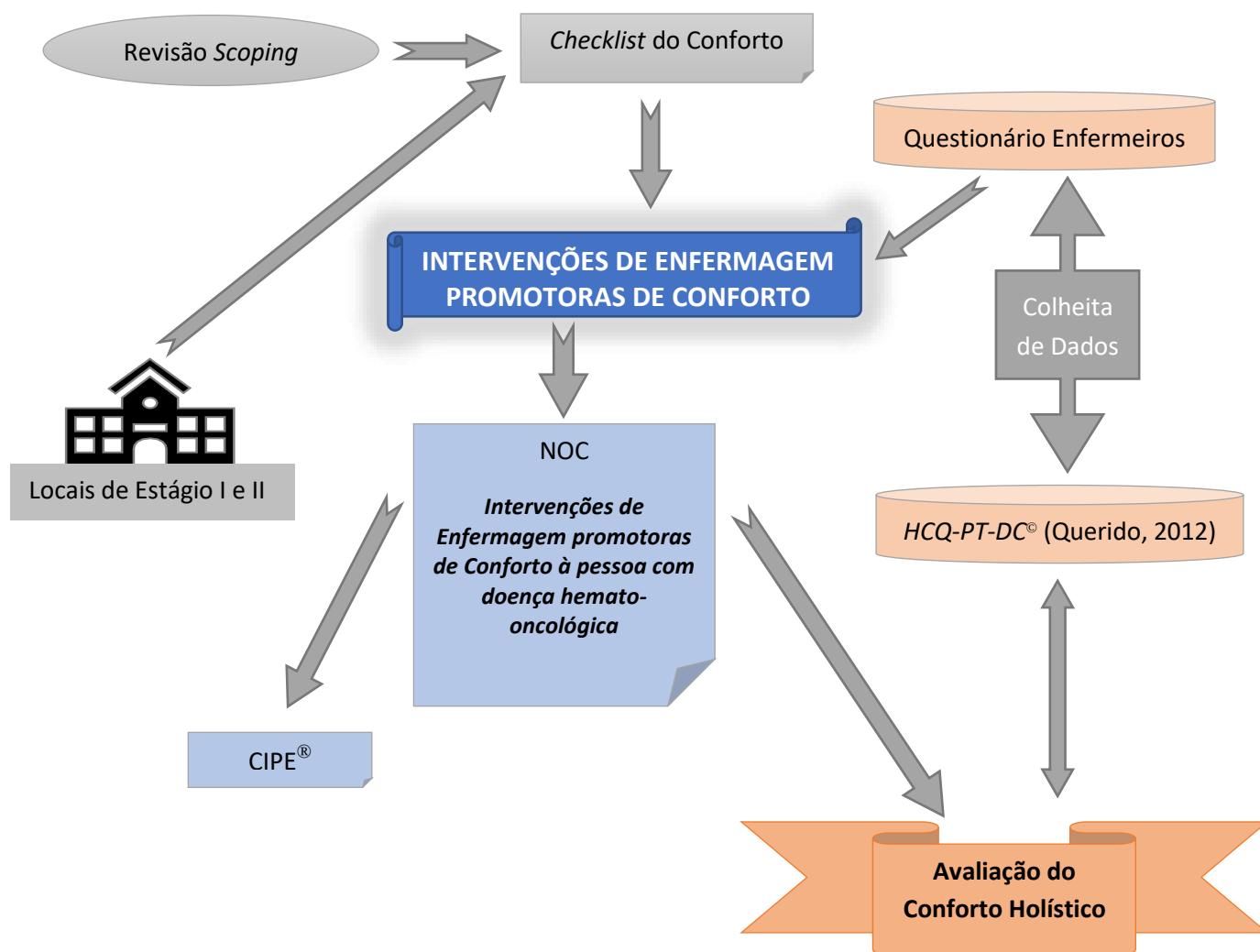
_____ (local) ____/ ____/ _____ (data)

Nome: _____

Assinatura: _____

Apêndice XXIII – Figura n.º 1 – Desenho da Investigação

Figura n.º 1 – Desenho de Investigação



**Apêndice XXIV – Tabela n.º 1 – Variáveis sociodemográficas da pessoa com doença
hemato-oncológica**

Tabela n.º 1 – Variáveis sociodemográficas da pessoa com doença hemato-oncológica

Variáveis Ordinais	Mínimo	Máximo	$\bar{X}$	Desvio Padrão
Idade (anos)	21	77	53,44	14,998
Tempo decorrido desde diagnóstico (dias)	4	16790	2495,87	4378,692

Apêndice XXV– Tabela n.º 2 – Variáveis sociodemográficas e familiares da pessoa
com doença hemato-oncológica

Tabela n.º 2 – Variáveis sociodemográficas e familiares da pessoa com doença hemato-oncológica

Variáveis Nominais		N.º	%
Género	Feminino	4	25,0
	Masculino	12	75,0
Estado Civil	Solteiro	3	18,8
	Casado/União de Facto	10	62,5
	Divorciado/Separado	1	6,3
	Viúvo	2	12,5
Religião	Católica	11	68,8
	Ateísta	1	6,3
	Outra	4	25,0
Contexto Familiar	Vive sozinho	4	25,0
	Vive com um familiar	7	43,8
	Vive com dois familiares	2	12,5
	Vive com três ou mais familiares	3	18,8
Diagnóstico Clínico	Mieloma Múltiplo	5	31,3
	Linfoma não Hodgkin	4	25,0
	Linfoma Hodgkin	3	18,8
	Drepanocitose	2	12,5
	Tricoleucemia	1	6,3
	Púrpura Trombocitopénica Trombótica	1	6,3
Tratamento Agressivo	Sim	13	81,2
	Não	3	18,8

**Apêndice XXVI – Tabela n.º 3 – Medidas de tendência central e de dispersão
resultantes da aplicação da *HCQ-PT-DC*® (Querido, 2012)**

Tabela n.º 3 – Medidas de tendência central e de dispersão resultantes da aplicação da HCQ-PT-DC® (Querido, 2012)

Item	N	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio
1. Estou preocupado com a minha família *	16	1	3	1,13	,500
2. A minha Enfermeira (Enf.º) dá-me esperança	16	1	6	5,19	1,471
3. Neste momento a minha vida tem mérito/vale a pena	16	1	6	3,94	1,948
4. Sei que sou amado	16	1	6	5,19	1,471
5. Este lugar é agradável	16	1	6	3,44	1,825
6. Tenho dificuldade em descansar *	16	1	6	3,44	2,065
7. Ninguém me compreende *	16	1	6	4,50	1,789
8. É difícil aguentar a minha dor *	16	1	6	2,56	1,711
9. Sinto-me em paz	16	1	6	4,06	1,769
10. Durmo bem	16	1	6	3,25	1,732
11. Sinto-me culpado *	16	1	6	4,94	1,611
12. Gosto de aqui estar	16	1	6	3,00	2,033
13. Fiz a escolha certa ao escolher este local	16	1	6	4,50	1,713
14. Tenho medo do que está para vir *	16	1	4	1,38	1,025
15. Tenho pessoas especiais que me fazem sentir estimado/querido	16	3	6	5,50	,966
16. Tenho sentido mudanças que me fazem sentir apreensivo/preocupado *	16	1	5	1,44	1,209
17. Sinto-me bem com as minhas relações pessoais	16	1	6	4,87	1,857
18. Estou constantemente a pensar no meu mal-estar *	16	1	6	3,38	1,544
19. Os meus amigos recordam-se de mim enviando cartões, mensagens ou telefonemas	16	2	6	4,38	1,408
20. Sinto-me deslocado *	16	1	6	3,44	1,672
21. Preciso de estar melhor informado sobre o meu estado *	16	1	6	4,25	1,770
22. Sinto-me só *	16	1	6	3,75	2,017
23. Estou deprimido *	16	1	6	3,69	2,089
24. Encontrei o sentido da minha vida	16	1	6	2,75	1,949
25. Olhando para trás tenho tido uma vida boa	16	1	6	3,44	1,931
26. O estado de espírito dos meus entes queridos faz-me sentir triste *	16	1	6	2,75	1,528

*Itens invertidos

Apêndice XXVII – Tabela n.º 4 – Medidas de tendência central e de dispersão resultantes da aplicação da *HCQ-PT-DC*® (Querido, 2012) relativas ao conforto total

Tabela n.º 4 – Medidas de tendência central e de dispersão resultantes da aplicação da *HCQ-PT-DC*® (Querido, 2012) relativas ao conforto total

	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio
Conforto (score)	1,115	5,769	3,621	1,638
Conforto	65,00	127,00	94,16	15,658

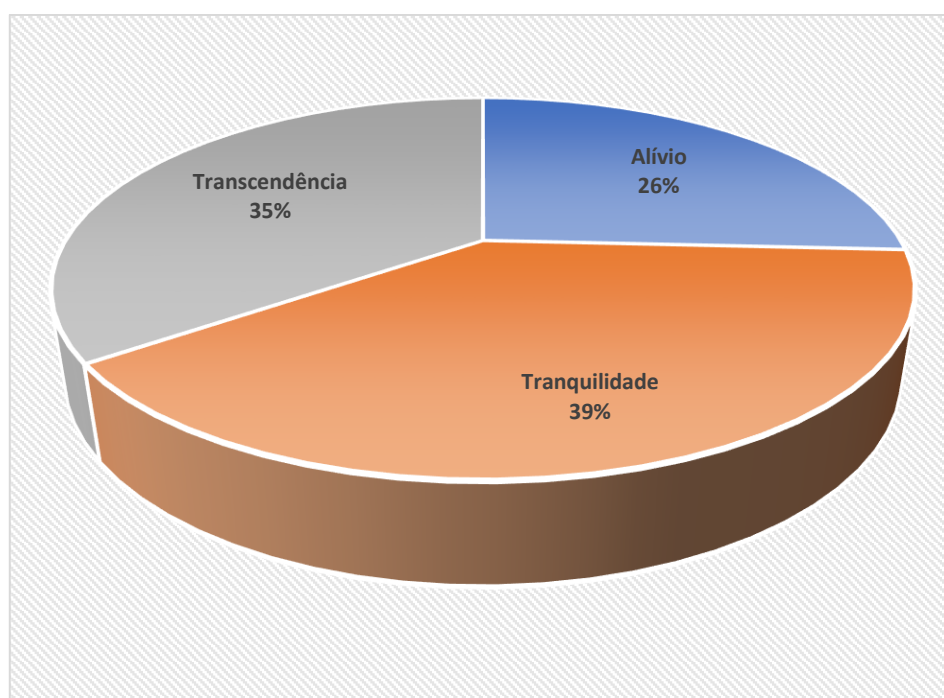
Apêndice XXVIII - Tabela n.º 5 – Medidas de tendência central e de dispersão resultantes da aplicação da *HCQ-PT-DC*® (Querido, 2012), relativamente aos tipos de conforto

Tabela n.º 5 – Medidas de tendência central e de dispersão resultantes da aplicação da *HCQ-PT-DC*® (Querido, 2012), relativamente aos tipos de conforto

Tipos de Conforto	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio
Alívio	1,13	4,50	2,839	1,542
Tranquilidade	2,75	5,50	4,313	1,621
Transcendência	3,00	5,19	3,850	1,799

Apêndice XXIX - Gráfico n.º 1 – Valores médios relativos aos tipos de conforto

Gráfico n.º 1 – Valores médios relativos aos tipos de conforto



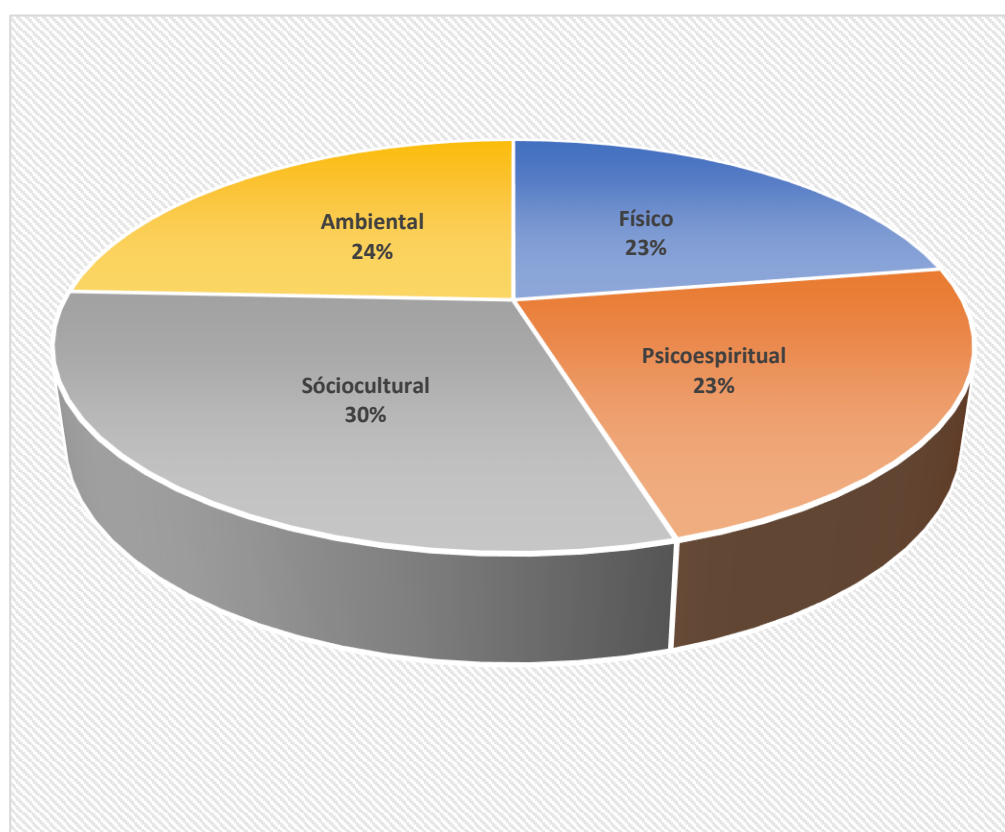
Apêndice XXX - Tabela n.º 6 – Medidas de tendência central e de dispersão resultantes da aplicação da *HCQ-PT-DC*® (Querido, 2012), relativamente aos contextos de conforto

Tabela n.º 6 – Medidas de tendência central e de dispersão resultantes da aplicação da *HCQ-PT-DC*® (Querido, 2012), relativamente aos contextos de conforto

Contexto de Conforto	Mínimo	Máximo	Média	Erro Desvio
Físico	1,00	6,00	3,157	1,763
Psicoespiritual	1,00	5,62	3,243	1,702
Sociocultural	1,33	5,67	4,272	1,463
Ambiental	1,00	6,00	3,426	1,754

Apêndice XXXI - Gráfico n.º 2 – Valores médios relativos aos contextos de conforto

Gráfico n.º 2 – Valores médios relativos aos contextos de conforto



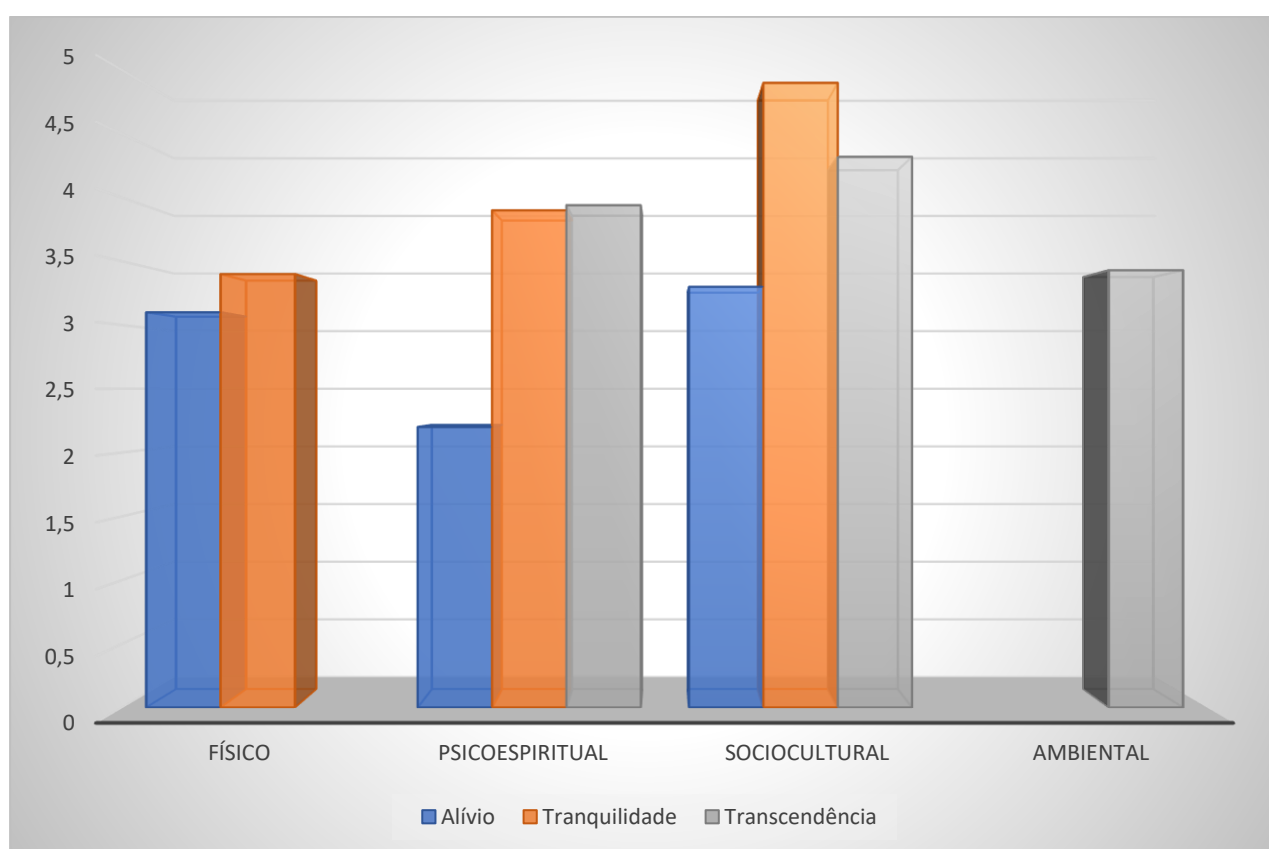
Apêndice XXXII - Tabela n.º 7 – Representação Taxonómica da distribuição da amostra pelos itens do *HCQ-PT-DC*® (Querido, 2012), consoante as médias obtidas nos tipos e contextos de conforto

Tabela n.º 7 – Representação Taxonómica da distribuição da amostra pelos itens do *HCQ-PT-DC*® (Querido, 2012), consoante as médias obtidas nos tipos e contextos de conforto

Tipos de Conforto				
		Alívio	Tranquilidade	Transcendência
Contexto de Conforto	Físico	3,44		
		2,56	3,38	
		3,25		
	Psicoespiritual	3,69	4,06	
		1,44	4,94	3,94
		1,38	3,75	
			2,75	
	Sociocultural	1,13	5,19	
		4,50	5,50	5,19
		4,25	4,87	3,44
			4,38	
	Ambiental			3,44
				3,00
				4,50
				3,44
				2,75

**Apêndice XXXIII - Gráfico n.º 3 – Valores médios relativos aos tipos de conforto em
cada contexto**

Gráfico n.º 3 – Valores médios relativos aos tipos de conforto em cada contexto



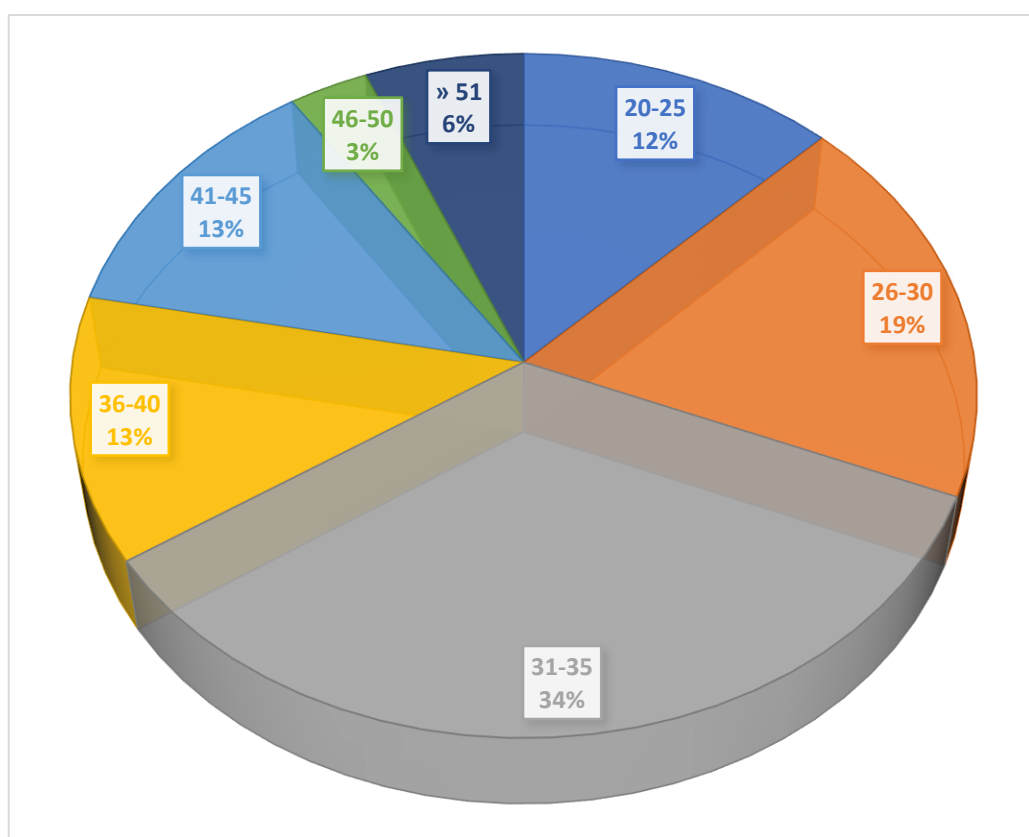
Apêndice XXXIV – Tabela n.º 8 – Fidelidade da *HCQ-PT-DC*® (Querido, 2012),
consoante o cálculo do *Alfa de Cronbach*

Tabela n.º 8 – Fidelidade da *HCQ-PT-DC*® (Querido, 2012), consoante o cálculo do *Alfa de Cronbach*

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach com base em itens padronizados	N.º de itens
0,838	0,832	26

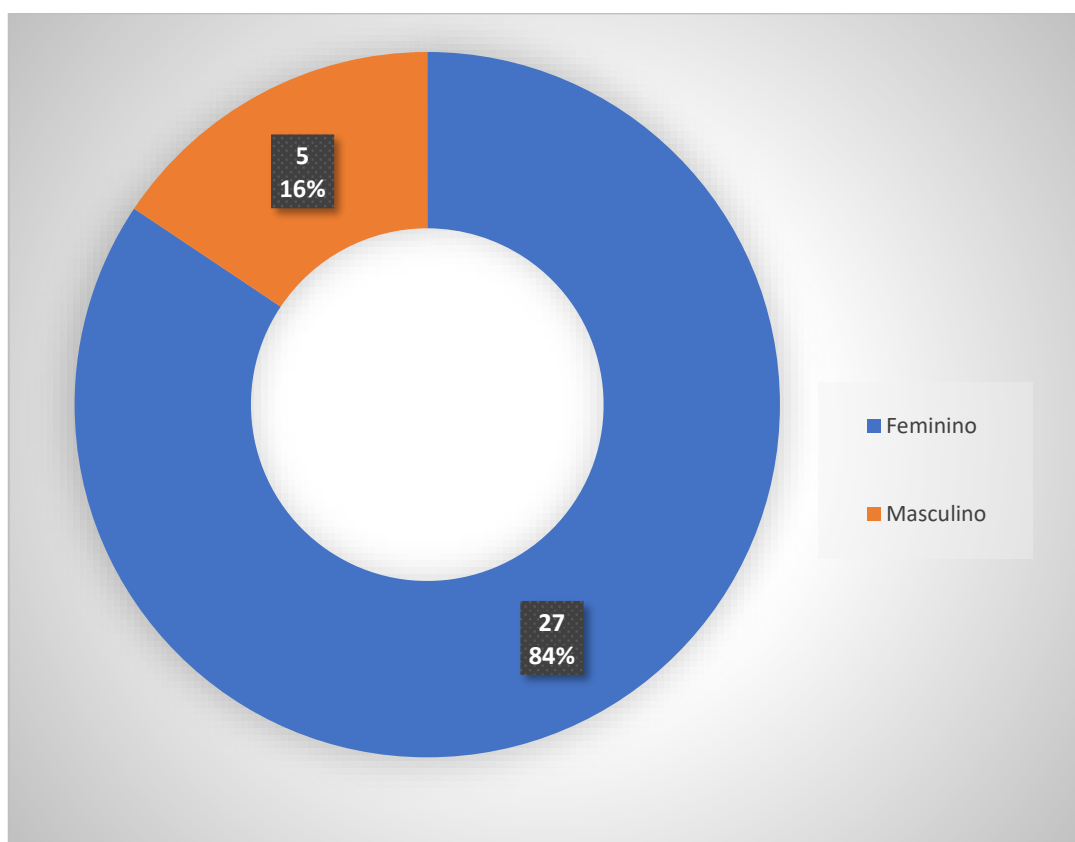
Apêndice XXXV - Gráfico n.º 4 – Distribuição dos Enfermeiros por intervalos de idade
(anos)

Gráfico n.º 4 – Distribuição dos Enfermeiros por intervalos de idade (anos)



Apêndice XXXVI - Gráfico n.º 5 – Distribuição dos Enfermeiros por género

Gráfico n.º 5 – Distribuição dos Enfermeiros por género



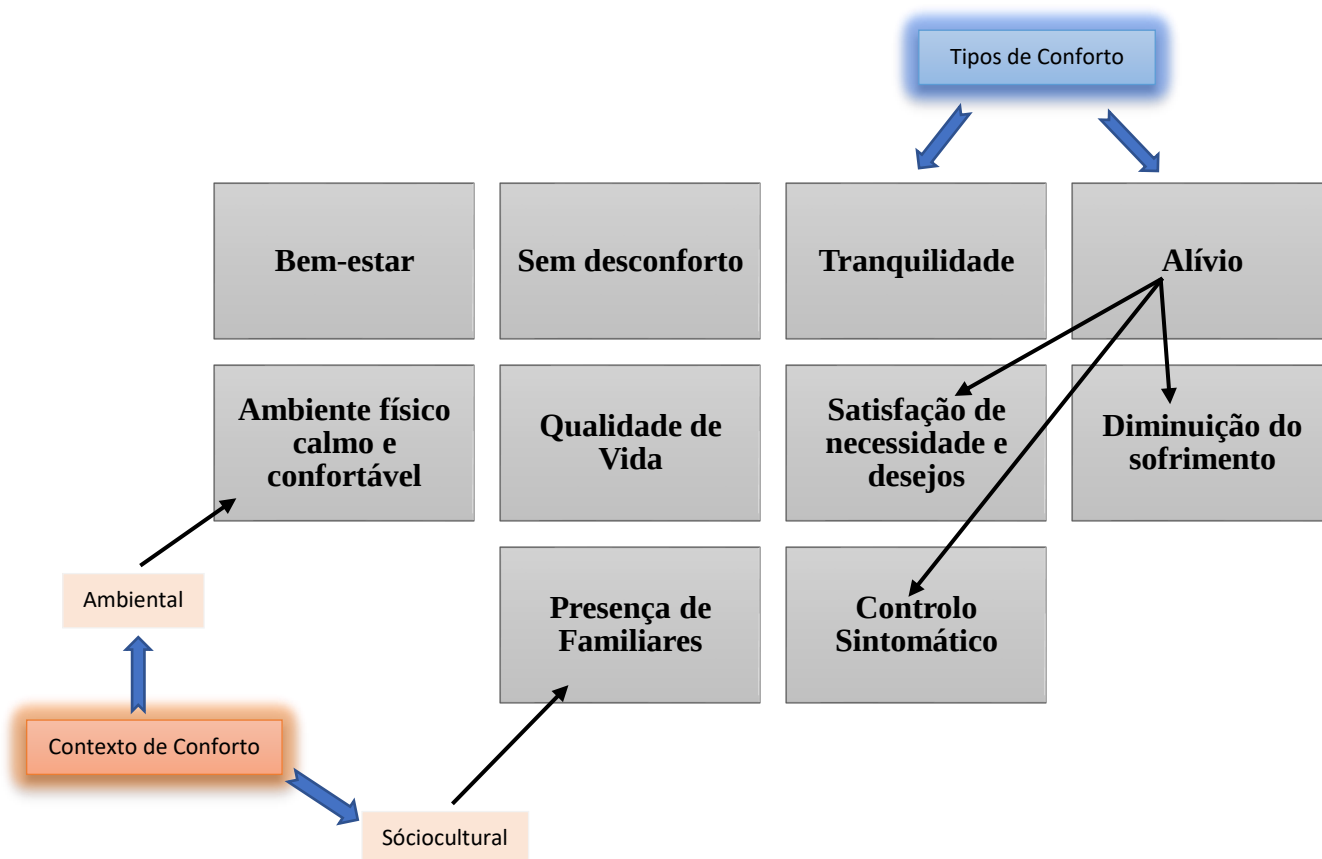
Apêndice XXXVII - Gráfico n.º 6 – Distribuição dos Enfermeiros por intervalos de tempo de exercício profissional no serviço (anos)

Gráfico n.º 6 – Distribuição dos Enfermeiros por intervalos de tempo de exercício profissional no serviço (anos)



Apêndice XXXVIII - Figura n.º 2 – O conforto da pessoa com doença hemato-oncológica, na visão dos enfermeiros

Figura n.º 2 – O conforto da pessoa com doença hemato-oncológica, na visão dos enfermeiros



Apêndice XXXIX - Quadro n.º 1 – Opinião dos enfermeiros acerca das condições/recursos para a promoção do conforto

Quadro n.º 1 – Opinião dos enfermeiros acerca das condições/recursos para a promoção do conforto

	• Tempo
Humanos	• Comunicação eficaz • Escuta ativa • Empatia • Respeito • Profissionais de Saúde (enfermeiros, assistentes operacionais, médicos) • Formação Profissional • Protocolos de atuação • Medicação prescrita, quando necessário
Físicos	• Camas articuladas • Almofadas
Psicoespirituais	• Fé • Esperança • Apoio Psicológico
Socioculturais	• Presença de familiar ou pessoas significativas • Horários alargados • Flexibilidade no horário de visitas • Apoio social
Ambientais	• Espaço confortável para familiares e doentes • Ambiente calmo e tranquilo • Espaços limpos • Meios de entretenimento

Apêndice XL – Quadro n.º 2 - Opinião dos enfermeiros sobre as intervenções de enfermagem promotoras de conforto à pessoa com doença hemato-oncológica, organizadas por contextos de conforto (Kolcaba, 2003)

Quadro n.º 2 – Opinião dos enfermeiros sobre as intervenções de enfermagem promotoras de conforto à pessoa com doença hemato-oncológica, organizadas por contextos de conforto (Kolcaba, 2003)

Contexto de Conforto	Intervenções de Enfermagem promotoras de conforto à pessoa com doença hemato-oncológica
<i>Físico</i>	• Controlar sintomatologia • Avaliação da dor • Utilizar medidas farmacológicas • Utilizar medidas não farmacológicas (estratégias de distração, como ler ou ver TV) • Executar posicionamentos • Realizar cuidados de higiene • Recorrer ao uso da massagem e toque • Promover o toque
<i>Psicoespiritual</i>	• Mostrar disponibilidade para escutar • Mostrar postura de abertura • Gestão do silêncio • Gestão de expectativas • Providenciar apoio emocional/espiritual • Promover a autonomia/capacitação para o autocuidado
<i>Sócio cultural</i>	• Possibilitar a presença de familiar ou pessoa significativa
<i>Ambiental</i>	• Controlar ruído • Adequar iluminação

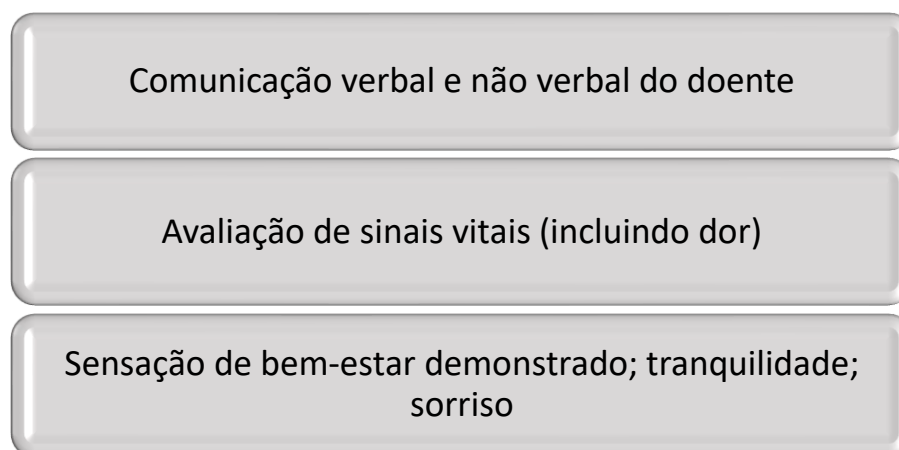
Apêndice XLI – Quadro n.º 3 – Opinião dos enfermeiros acerca das dificuldades na promoção do conforto à pessoa com doença hemato-oncológica

Quadro n.º 3 – Opinião dos enfermeiros acerca das dificuldades na promoção do conforto à pessoa com doença hemato-oncológica

	• Falta de Tempo
Humanos	• Falta de recursos humanos (assistentes operacionais) • Fraca rede de apoio psicológico/ausência de psicólogo no hospital • Falta de formação adequada • Complexidade do doente hemato-oncológico • Ausência de medicação prescrita para controlo sintomatológico • <i>Burnout</i> dos profissionais
Físicos	• Ausência de espaço físico para a presença de familiares • Ausência de espaço físico para a realização de refeições fora do quarto ou desenvolvimento de atividades lúdicas • Quartos mistos e não individuais
Psicoespirituais	• Pouca informação acerca da evolução da doença
Ambientais	• Falta de ambiente tranquilo

Apêndice XLII – Figura n.º 3 - Avaliação do conforto da pessoa com doença hemato-oncológica, segundo os enfermeiros

Figura n.º 3 - Avaliação do conforto da pessoa com doença hemato-oncológica, segundo os enfermeiros



Apêndice XLIII – Figura n.º 4 - Registos de enfermagem e o conforto

Figura n.º 4 - Registos de enfermagem e o conforto

