



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à
Pessoa Idosa
Relatório de Estágio**

**CUIDAR DA PESSOA IDOSA EM FIM DE VIDA E FAMÍLIA
EM CASA: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA**

Anabela Valentim Gonçalves

**Lisboa
2021**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à
Pessoa Idosa
Relatório de Estágio**

**CUIDAR DA PESSOA IDOSA EM FIM DE VIDA E FAMÍLIA
EM CASA: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO
ESPECIALISTA**

Anabela Valentim Gonçalves

Orientador: Maria Emília Campos de Brito

**Lisboa
2021**

*“O amor e a verdade são bases fundamentais no percurso de vida do ser humano. Somente com estes, a vida resultará, a sensação de **missão cumprida** se sentirá e uma boa morte se terá”.*

Duarte et al., 2021

Agradecimentos

À minha família, em especial aos meus filhos Margarida e Rodrigo, os meus grandes amores pela sua inocência, leveza, amor e carinho, ao meu marido pelo amor, cumplicidade, companheirismo e compreensão às minhas irmãs pelos mimos, aos meus pais e sogros pela ajuda e conforto, à Professora Emília Brito pela presença sempre firme e constante, partilha de conhecimento, disponibilidade e orientação, aos meus orientadores clínicos António e Filipa, pelo apoio e partilha de experiências, às minhas colegas de curso Alexandra, Ana Luz, Ana Vences, Carla e Joana pelas gargalhadas, abraços e “empurrões” preciosos nos momentos tensos, à Enfermeira Dina pelo incentivo e disponibilidade em todos os momentos, aos meus colegas do serviço por terem lá estado quando eu não pude, aos meus amigos do coração pela força e incentivo e a todas as pessoas idosas por quem sempre tive um carinho especial. Do fundo do meu coração, desejo que sejam muito felizes, nesta caminhada pela vida.

RESUMO

Devido ao envelhecimento, a pessoa idosa depara-se com um aumento das doenças crônicas e comorbilidades associadas, algumas sem tratamento ou cura, o que aumenta a vulnerabilidade da mesma. Ao tornar-se vulnerável, fica frágil e em risco de perder a sua autonomia, sofrer complicações e ficar hospitalizada ou institucionalizada, ou mesmo morrer, na maioria das vezes longe da sua casa e da sua família.

Quando se encontra em fim de vida, a pessoa idosa carece de ações e/ou cuidados paliativos de enfermagem, que deem resposta às suas necessidades durante a hospitalização para controlar a fase aguda, e depois de controlada esta fase, os cuidados têm de ser continuados numa instituição ou em casa. De acordo com a mais recente evidência científica e durante o meu percurso de estágio clínico em contexto hospitalar e comunitário, percebi que algumas pessoas idosas preferem morrer na sua casa.

A realização deste trabalho seguiu a metodologia de projeto, tendo como objetivo desenvolver competências de mestre e enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica para cuidar da pessoa idosa em fim de vida e família em casa.

Qualquer que seja o contexto de intervenção do enfermeiro especialista, as intervenções devem ser humanizadas e ir ao encontro das necessidades da pessoa idosa em fim de vida, assim como da sua família, ao proporcionar conforto, diminuir, aliviar, ou eliminar a dor. Os cuidados prestados foram norteados com base no referencial teórico do cuidado centrado na pessoa (McCormack & McCance, 2006).

Dos resultados da implementação do projeto, verifica-se que em casa, a pessoa idosa em fim de vida tem acesso a cuidados prestados por Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) que se articulam com outras unidades, consoante as necessidades das pessoas e sempre em parceria com a família. No entanto, o sistema de saúde ainda tem um longo caminho pela frente, quer a nível do desenvolvimento das redes completas de cuidados na comunidade, quer pelo desenvolvimento dos serviços e formação dos profissionais para a prestação de cuidados paliativos.

Palavras-Chave: Pessoa idosa; fim de vida; família, casa; intervenções de enfermagem.

ABSTRACT

Duo to ageing, the elderly person is faced with the increase of chronic diseases and associated comorbidities, some of them without treatment or cure, which increases her vulnerability. By becoming vulnerable, she gets fragile and at risk of losing her own autonomy, suffering complications, and staying hospitalized or institutionalized, or even dying, most of the time far from her house and her family.

When the elderly person is at the end of her life, she lacks actions and/or nursing palliative cares, which responds to her needs during the hospitalization to control the acute phase, and after this phase is controlled, the cares must be continued in an institution or at home. According to the most recent scientific evidence and during my clinical traineeship in hospital and communal context, I understood that some elderly people prefer to go home to die.

This work's execution followed the project methodology, by having the goal of developing personal master and nurse specialist in medical-surgical skills to take care of the elderly person at the end-of-life and family at home.

Whatever the nursing specialist context of intervention is, the interventions must be humanized and must meet the elderly person at the end-of-life needs, as well as her family needs, by providing comfort, decreasing, relieving, or removing the pain. The provided cares were guided based on the person-centered care theoretical reference (McCormack & McCance, 2006).

From the results of the project implementation, it turns out that at home, the elderly person at the end-of-life has access to cares provided by Integrated Continuing Care Teams (ICCT) that link itself with other unities, depending on the people needs and always in family partnership. However, the health system still has a long path away, whether in terms of the complete networks of community cares development, or for the services development and professional training to provide palliative cares.

Keywords: Elderly person; end of life; family; home; nursing interventions.

Lista de Siglas

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

CCP – Cuidado Centrado na Pessoa

CCI – Cuidados Continuados Integrados

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CH – Centro Hospitalar

CESARSLVT – Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

CNCP – Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CP – Cuidados Paliativos

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGES – Direção Geral do Ensino Superior

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EPVA – Equipa de Prevenção de Violência em Adultos

INE – Instituto Nacional de Estatística

NCCDPHP - *National Centers for Chronic Disease Prevention and Health Promotion*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PEDCP – Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos

PNSPI – Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SMI – Serviço de Medicina Interna

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

Índice

INTRODUÇÃO.....	9
1.IDENTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA.....	13
1.1. Diagnóstico da Situação.....	13
1.2. Pertinência do Tema/Justificação do Projeto.....	14
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	16
2.1. Processo de Envelhecimento.....	16
2.2. Pessoa Idosa em Fim de Vida.....	18
2.3. Pessoa Idosa em Fim de Vida e Família em Casa.....	20
2.4. Intervenção do Enfermeiro Centrada na Pessoa Idosa em Fim de Vida e Família em Casa.....	22
3. METODOLOGIA.....	29
4. IMPLEMENTAÇÃO DAS ATIVIDADES E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	32
4.1. Desenvolvimento de Competências de Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica para Cuidar da Pessoa Idosa em Fim de Vida e Família em Casa.....	33
4.2. Conhecer a Opinião dos Cuidadores Familiares sobre os Cuidados à Pessoa Idosa em Fim de Vida pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados.....	49
5. REFLEXÃO CRÍTICA DO PERCURSO.....	51
5.1. Competências de Enfermeiro Especialista.....	51
5.2. Competências de Mestre em Enfermagem.....	54
6. LIMITAÇÕES AO TRABALHO.....	56
7. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM.....	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	62

ANEXOS

Anexo I – Diploma da frequência no Curso On-Line “Agentes de Fim de Vida”

Anexo II – Entrevista de Admissão do Utente na ECCI

Anexo III – Guia de Acolhimento ao Utente da ECCI

Anexo IV – Plano de Cuidados da ECCI

Anexo V – Escalas de Avaliação da Dor

Anexo VI – Escala de Avaliação do Risco para a Úlcera por Pressão

Anexo VII – Autorização do Projeto pelo Sr. Diretor do Aces

Anexo VIII – Autorização do Projeto pela Sra. Coordenadora da UCC

Anexo IX – 1º Parecer da CESARLVT

Anexo X – 2º Parecer da CESARLVT

APÊNDICES

Apêndice I – Plano de Atividades do Projeto

Apêndice II – Cronograma do Projeto

Apêndice III – Revisão *Scoping*

Apêndice IV – Reflexão sobre a frequência no Curso *On-Line* “Agentes de Fim de Vida”

Apêndice V – Grelha de Observação de Prestação de Cuidados

Apêndice VI – Pedido de Autorização da Aplicação da Grelha

Apêndice VII – Reflexão sobre a aplicação da grelha de observação dos cuidados e estágio efetuado no SMI

Apêndice VIII – *PowerPoint* sobre “Cuidar da Pessoa Idosa em Fim de Vida”

Apêndice IX – Póster “Cuidar da Pessoa Idosa em Fim de Vida em Contexto Domiciliário: intervenção do enfermeiro especialista como Gestor de Caso”

Apêndice X – Pedido de Autorização ao Sr. Diretor do ACES

Apêndice XI – Pedido de Autorização à Sra. Coordenadora da UCC

Apêndice XII – Protocolo de Investigação

Apêndice XIII – Instrumento de Colheita de Dados

Apêndice XIV – Consentimento Informado

Apêndice XV – 1º Pedido de Autorização à CESARSLVT

Apêndice XVI – 2º Pedido de Autorização à CESARSLVT

INTRODUÇÃO

A enfermagem enquanto “arte”, “ciência” e “corpo de conhecimento”, utiliza também conhecimentos de outras ciências para orientar as suas intervenções, com o objetivo de proporcionar cuidados diferenciados, baseados em fundamentações científicas, espelhando os princípios científicos que assistem os cuidados de enfermagem (Lindolpho, Caldas, Sá & Santos, 2016).

O enfermeiro cuida da vida das pessoas, desde que nascem até que morrem e até depois da morte. Cuida a pessoa como um todo, em que o processo de cuidar é expandido, alinhado com intervenções, atitudes e condutas com foco na pessoa e baseado na evidência científica, com o objetivo de prover e favorecer a plenitude e a dignidade humana (Lindolpho et al., 2016). Os cuidados devem ser centrados na pessoa, e de acordo com McCormack, Borg, Cardiff, Dewing, Jacobs, Janes, Karlsson, McCance, Mekki, Porock, Lieshout & Wilson (2015), os cuidados centrados na pessoa (CCP) têm como objetivo humanizar os cuidados de saúde e garantir que a pessoa esteja no centro da prestação desses mesmos cuidados.

A escolha da temática do projeto, é fundamentada pelo artigo 87º da Ordem dos Enfermeiros (Lei nº 111/2009), que nos alude que, enquanto enfermeiros

devemos defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida, respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas e respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte. (p. 6548).

O fim de vida pode suceder em qualquer etapa do ciclo de vida, e tendo em conta o envelhecimento da população mundial, as pessoas idosas são o grupo-alvo privilegiado (ONU, 2020). Ao envelhecer, a pessoa idosa pode apresentar várias doenças crónicas e comorbilidades associadas, responsáveis anualmente por sensivelmente 70% de mortes em todo o mundo (Gaspar, Silva, Zepeda & Silva, 2019).

Especificamente em Portugal, o índice de envelhecimento aumentou exponencialmente, sendo que em 1961 era cerca de 27,5% e em 2018 157,4%, (INE, 2019). Com o envelhecimento, as comorbilidades associadas provocam alterações fisiológicas, o que aumenta o número de pessoas idosas hospitalizadas e o seu internamento prolongamento em instituições (Gaspar, Silva, Zepeda & Silva, 2019).

Desta forma a intervenção do enfermeiro deve ser norteadada para garantir a promoção da qualidade de vida máxima no tempo de vida que resta à pessoa idosa, assegurando ações e cuidados paliativos, respeitando a dignidade e a singularidade da pessoa e da sua situação de vida.

Quando alguns autores se referem ao fim de vida da pessoa, termo cujo conceito não reúne consenso, significa que é alguém que tem uma doença sem hipóteses de cura e apresenta um agravamento do seu estado geral, a morte é esperada para breve e que até lá a pessoa recebe um tratamento baseado em ações ou cuidados paliativos (Alves, 2013).

De acordo com Gomes, Sarmiento, Ferreira & Higginson (2013), para uma maior humanização na forma como se prestam cuidados às pessoas em fim de vida, é muito importante dar resposta às necessidades da população em relação ao local onde pretendem passar o último período da sua vida. Tendo em conta estes cuidados, Nagaviroj & Anothaisintawee (2017) mencionam que alguns cuidados, nomeadamente os cuidados paliativos em casa são considerados significativos para permitir que as pessoas idosas que decidam morrer em casa, tenham o acompanhamento e os cuidados necessários nesta fase da vida.

A pessoa idosa em fim de vida em casa tem direito a cuidados adaptados à sua condição paliativa, que de acordo com Markus, Betioli, Souza, Marques & Migoto (2017), devem ser intervenções da responsabilidade de uma equipa multidisciplinar com o objetivo não de curar, mas sim de a ajudar a adaptar-se às alterações na sua vida que surgiram com a doença e com o sofrimento. Estes cuidados têm como princípios elevar o valor da vida, ao considerar a morte como um processo natural, proporcionar o alívio da dor e de outros sintomas, incluir aspetos psicológicos e espirituais e proporcionar também apoio e conforto à família para que esta possa compreender a doença e aceitar a morte do seu familiar.

Assim, é nesta fase que a família espera respostas da comunidade onde está integrada, em relação ao que fazer para atender as necessidades da pessoa idosa, que não seja o recurso à hospitalização ou institucionalização. Sendo essencial prover uma resposta adaptada às necessidades de cuidados das pessoas idosas e da sua família (Sequeira, 2018).

Os cuidados prestados pela equipa de saúde à pessoa idosa em fim de vida e família em casa, pretendem-se de qualidade, para tal, é necessário uma avaliação sistemática, envolvendo os diversos intervenientes, como é o caso da pessoa idosa e da própria família. Esta avaliação deve conduzir à organização e reestruturação dos

serviços para surgirem respostas adaptadas ao aumento destes cuidados de saúde, que são continuados, de forma individualizada e próxima, uma vez que as ações e os cuidados paliativos são considerados cada vez mais um direito humano.

Sendo assim, o presente relatório tem como objetivo, descrever o percurso do projeto que desenvolvi e que se encontra inserido no Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e no âmbito do Estágio, que decorreu no período de 24 de novembro de 2020 a 27 de abril de 2021, respetivamente num serviço de internamento hospitalar e numa ECCL.

Para o desenvolvimento deste projeto foi essencial a reflexão e a pesquisa acerca da temática, tendo surgido a questão de partida: Quais as Intervenções de Enfermagem à Pessoa Idosa em Fim de Vida e Família em Casa? Ao invés de domicílio, palavra mais usual e formal, escolhi a palavra casa para dar uma conotação mais pessoal e acolhedora, uma vez que é o local onde a pessoa idosa tem os “seus” familiares e as “suas” coisas. Como refere Silva (2006), quando a pessoa está em casa a morrer, está a retornar às suas origens, como se procurasse repor os vínculos entre o passado e o futuro, aceitando desta forma que a morte faz parte da vida.

Por sua vez, este percurso tem como objetivo, desenvolver competências de mestre e enfermeira especialista em médico-cirúrgica para cuidar da pessoa idosa em fim de vida e família em casa.

A metodologia utilizada é a metodologia de projeto, que é caracterizada por se encontrar unida à investigação e centralizada na resolução de problemas, com uma finalidade que possibilite conjecturar uma mudança (Ruivo, Ferrito & Ruivo, 2010).

O modelo de cuidados utilizado, enquadra-se no modelo de cuidados de enfermagem centrados na pessoa (McCormack & McCance, 2006). Os autores Sanerma, Miettinen, Paavilainen & Åstedt-Kurki (2020) referem que os cuidados centrados na pessoa idosa requerem atenção em relação ao cumprimento dos seguintes itens: envolvimento da pessoa idosa nos seus próprios cuidados, participação e envolvimento dos membros da família e equipa de saúde nos cuidados, comunicação, capacitação da pessoa idosa e da sua família e parceria nos cuidados e prática de cuidados baseada na evidência científica. A prática de enfermagem deve incidir em todas as dimensões do cuidado centrado na pessoa, considerando os cuidados prestados em casa.

Em relação à prática de enfermagem e segundo os descritores da qualificação, inserido na Direção Geral do Ensino Superior (DGES, 2011), o grau de mestre é

atribuído ao enfermeiro quando este detém saberes e aptidões de compreensão a um nível elevado, em que tenha de aplicar todos os conhecimentos, bem como a capacidade de os compreender e resolver em qualquer contexto, seja ele conhecido ou não, trabalhar com temas complexos e desenvolver soluções e refletir sobre essas mesmas soluções. O mestre desenvolve continuamente competências de aprendizagem que lhe permitem aprender ao longo da sua vida com distinta sublimidade.

O regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, relativo às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, esclarece que as competências do enfermeiro especialista compreendem “(...) dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.” (p. 4744).

No decorrer da realização deste percurso, o projeto foi continuamente adaptado na sequência do contexto de pandemia por Covid-19 e que levou a constantes reorganizações do mesmo.

Este relatório encontra-se dividido em capítulos onde será exposto inicialmente a identificação da temática, que inclui o diagnóstico da situação, a pertinência do tema e justificação do projeto. Seguidamente é apresentado o enquadramento teórico, que engloba o processo de envelhecimento, a pessoa idosa em fim de vida, a pessoa idosa em fim de vida e família em casa e a intervenção do enfermeiro centrada na pessoa idosa em fim de vida e família em casa. Prossegue a metodologia, a implementação das atividades e análise dos resultados, que incluem a descrição do desenvolvimento de competências de Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica para cuidar da pessoa idosa em fim de vida e família em casa e conhecer a opinião dos cuidadores familiares sobre os cuidados à pessoa idosa em fim de vida pela ECCI. Segue-se a reflexão crítica do percurso, com a exposição das competências adquiridas de enfermeiro especialista e mestre em enfermagem, as limitações ao trabalho e as implicações para a prática de enfermagem. Finalizo com as considerações finais, onde apresento em síntese, os resultados encontrados que sejam relevantes para a prática, assim como as perspetivas futuras.

As referências bibliográficas e a realização deste projeto seguiram as orientações da *American Psychological Association* (6.ª edição).

IDENTIFICAÇÃO DA TEMÁTICA

1.1. Diagnóstico da Situação

Inicialmente estava previsto realizar um projeto com uma temática diferente, mas devido à pandemia por Covid-19, foi substituído pelo atual, a convite da coordenadora da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e que levemente aceitei, uma vez que a temática mudava, mas o foco pessoa idosa mantinha-se. E principalmente pelo facto de algumas pessoas idosas em fim de vida se encontrarem internadas, sem visitas dos seus familiares devido à pandemia, e que pretendiam, passar os últimos dias da sua vida em casa e não num serviço hospitalar. Assim, a realização deste projeto, que era também uma necessidade da UCC, e especificamente da ECCI passou a partir do momento e após ter realizado uma reflexão pessoal, a ser uma necessidade pessoal.

Segundo Ruivo et al., (2010), o diagnóstico da situação é dinâmico e contínuo, logo implica ser célere de forma a facilitar também uma ação de resposta em tempo vantajoso, com o objetivo de serem implementadas medidas relevantes e determinantes. O diagnóstico da situação foi feito a vários níveis: inicialmente nos campos de estágio, com uma análise do contextos, em simultâneo para delimitar o problema, fui realizando uma revisão da literatura existente sobre a temática, para justificar a pertinência do projeto e também numa análise e reflexão das minhas competências em relação à temática.

O Serviço de Medicina Interna (SMI) pertence a um Centro Hospitalar da região de Lisboa e Vale do Tejo, e tem como objetivo melhorar as condições de conforto e segurança dos doentes internados, entre eles algumas pessoas idosas em fim de vida, que são admitidas neste serviço para serem alvo de ações paliativas. Após o diagnóstico, surgiu a necessidade de identificar quais as intervenções de enfermagem realizadas especificamente à pessoa idosa em fim de vida, no sentido de as descrever e analisar com o objetivo de sistematizar e melhorar a qualidade dos cuidados prestados a este grupo específico de pessoas.

A ECCI, inserida numa UCC, unidade funcional que pertence a um Agrupamento de Centros de Saúde (ACES), encontra-se integrada na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), sendo reconhecida como unidade de referência. É uma unidade elementar de prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, direcionando a sua

ação para pessoas e grupos mais vulneráveis em situação de maior risco ou dependência física funcional ou de doença, que requeiram acompanhamento próximo. Promove também a educação para a saúde e a integração em redes de apoio à família. A UCC é assim a unidade que assegura respostas integradas, articuladas, diferenciadas e de grande proximidade às necessidades em cuidados de saúde da população onde está inserida (Ministério da Saúde, 2009).

Com o diagnóstico efetuado, alicerçado na evidência científica e articulado com a necessidade pessoal, e da UCC de identificar as intervenções de enfermagem à pessoa idosa em fim de vida neste contexto e contínuas reflexões críticas, surgiu a necessidade de após a identificação, poder melhorar a qualidade dos cuidados prestados pela ECCI.

1.2. Pertinência do tema/Justificação do projeto

Os sistemas de saúde de todo o mundo, são confrontados com o aumento da população idosa, que vive com doenças crônicas e comorbilidades associadas que são limitantes e as aproximam da fase final da vida e são frequentemente confrontados perante a decisão das pessoas idosas onde, como e com quem querem passar os últimos dias da sua vida. Somente quando conseguirmos responder a estas questões, podemos começar a dar resposta às necessidades destas pessoas com intervenções direcionadas para melhorar a qualidade dos cuidados e consequentemente, a qualidade de vida destas pessoas (Gerber, Hayes & Bryant, 2019).

Para delinear o projeto foi fundamental integrar as equipas de enfermagem. Na equipa do SMI, para compreender o porquê de algumas pessoas idosas em fim de vida preferirem ir morrer a casa, quais os cuidados prestados que se iniciam no internamento e precisam de continuidade, nomeadamente em casa, e qual o envolvimento da família, em todo o processo. E na ECCI, uma vez que são as equipas que existem na maioria das UCC e dos ACES, e que cuidam de pessoas idosas em fim de vida, bem como dos seus familiares.

Torna-se pertinente para a concretização do projeto, saber quais são as intervenções de enfermagem à pessoa idosa em fim de vida e família, no sentido de adequar as intervenções às necessidades de cada pessoa idosa e família, contribuindo assim, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

No serviço de internamento, um elevado número de pessoas idosas, muitas delas em situação de fim de vida, mantinham-se a aguardar vaga para dar entrada na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), ou mesmo à espera de que a família preparasse a casa para receber o seu familiar idoso. Apercebi-me que algumas pessoas idosas referiam a vontade de ir passar os últimos momentos junto dos seus, em casa. Houve algumas pessoas idosas que acabaram mesmo por falecer no serviço, sem verem a sua necessidade satisfeita, porque alguns familiares se recusaram a levar o seu familiar idoso, por referirem não estar preparados para lidar com a situação de finitude.

Uma situação que me provocava algum desconforto e conflito interior, porque por um lado, desejava que a pessoa idosa não falecesse comigo no serviço do hospital, mas sim em sua casa, conforme a sua vontade, e junto dos seus familiares, assim estava a evitar situações de sofrimento com as quais eu tinha dificuldades em lidar, por outro lado e por desconhecer a situação da pessoa após a sua alta, preferia que a mesma passasse os últimos dias no serviço, onde tinha acesso a todos os cuidados que necessitava. Lindolpho et al., (2016), referem que os enfermeiros experienciam situações que originam diversas manifestações de sentimentos, quando a morte das pessoas que cuidam está para breve. A contínua reflexão sobre esta temática exige sensibilidade porque esta é uma circunstância de confrontação com o fim de vida. Os sentimentos experienciados são de angústia, ansiedade, insegurança e por vezes medo, de não conseguir lidar com a dor da pessoa e da própria morte. A morte é um assunto que origina rejeição, pois é mais agradável falar sobre como prevenir a doença e tratamentos que potenciam a cura, do que sobre a morte e o morrer.

Em Portugal o foco das intervenções dos serviços de saúde são essencialmente para prevenir e tratar a doença, o fim de vida é uma temática que requer pouca atenção do sistema de saúde, por outro lado existe uma desarticulação entre vários setores, as quais não conseguem dar resposta a todas as situações de vida das pessoas que se apresentam nesta fase da vida e que diariamente beneficiariam de cuidados paliativos (Simões, 2013).

Nas unidades de saúde, os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros possuem características que lhe conferem “privilégios” para implementar ações e estratégias na equipa de saúde, ao interagir com a equipa/pessoa idosa/família para poder prestar cuidados de enfermagem individualizados, baseados nos princípios bioéticos e humanísticos (Gaspar et al., 2019).

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo inicia-se com o processo de envelhecimento, onde é abordando o envelhecimento demográfico e a doença crónica ou de evolução prolongada. Seguidamente explana-se o fim de vida (morte) e luto, terminando com o sistema de prestação de cuidados atual e as respostas exequíveis em casa. Também será explicitada a importância das intervenções de enfermagem à pessoa idosa em fim de vida, com o objetivo de a manter em casa com a sua família, melhorando a sua qualidade de vida, de acordo com o referencial teórico do cuidado centrado na pessoa (McCormack & McCance, 2006). A prática de enfermagem deve incidir em todas as dimensões do cuidado centrado na pessoa, considerando os cuidados prestados em casa (Sanerma et al., 2020).

2.1. Processo de Envelhecimento

A população mundial encontra-se cada vez mais envelhecida, com a faixa etária dos 65 ou mais anos a aumentar muito rapidamente. No ano de 2018, pela primeira vez, ao longo de toda a humanidade, a faixa etária desta população ultrapassou em número a faixa etária das crianças com idade inferior a 5 anos (Organização das Nações Unidas [ONU], 2019).

O **envelhecimento** da população é um acontecimento mundial e transversal a todos, em que se verifica uma alteração em termos **demográficos** sem antecedentes, implicando também um aumento das necessidades de cuidados de longa duração. Considerado um fenómeno bio-psico-social, afeta as pessoas num determinado período da sua vida e altera a conexão destas com o tempo, com o mundo e consigo mesmas (Simões, 2019). Portugal não é exceção, uma vez que se apresenta em quarto lugar na União Europeia, com maior percentagem de pessoas idosas (Costa, Ribeiro, Varela, Alves, Regateiro, Elias & Ferreira, 2017).

Atualmente, o ritmo de envelhecimento da população é muito mais rápido que no passado o que exige uma resposta mais inclusiva da saúde. Às mudanças biológicas, associam-se as mudanças nos papéis e posições sociais, e a capacidade de enfrentar as perdas próximas, como a morte (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2015).

Com o envelhecimento da população, as necessidades de assistência social e de cuidados de saúde aumentam. Estas necessidades entre as pessoas idosas são muito complexas e diversas, e estão relacionadas principalmente com fatores individuais, de saúde e ambientais (Evans, Ison, Ellis-Smith, Nicholson, Costa, Oluyase & Maddocks, 2019)

De acordo com os mesmos autores, o envelhecimento saudável significa apoiar a dualidade de viver o melhor possível, maximizando as funções vitais e prevenindo ou minimizando complicações, enquanto se adaptam com sucesso à deterioração e à finitude humana. Considera-se imprescindível uma integração e coordenação dos cuidados entre os vários serviços de saúde de forma que se permita viver com qualidade de vida o melhor possível no período da velhice.

Sendo o aumento da longevidade uma temática cada vez mais debatida, os serviços de saúde devem concentrar-se em aumentar a assistência em cuidados de saúde, nomeadamente, incidir na prevenção das doenças e diminuição da mortalidade e numa abordagem mais abrangente, que inclui aumentar a capacidade funcional, qualidade de vida e um fim de vida digno. Os valores que sustentam a abordagem centrada na pessoa para os sistemas de saúde, servem para maximizar a qualidade do atendimento (Evans et al., 2019).

Com o envelhecimento da população, aumentam inevitavelmente o número de pessoas idosas com doenças crónicas e comorbilidades associadas que põem em causa a autossuficiência e a independência das mesmas, o que dificulta muito a permanência das pessoas idosas em casa, sem o apoio de outros.

Em Portugal, o XXI Governo Constitucional, nas suas orientações para a saúde pública, instituiu como precedência a criação de um Programa de Prevenção e Gestão da Doença Crónica e melhoria da saúde como um novo requisito de saúde pública. O referido programa reconhece que as doenças crónicas ou de evolução prolongada significam um desafio para os sistemas de saúde, porque são associadas ao envelhecimento e às suas implicações e obrigam a uma organização adequada das intervenções preventivas e de cuidados continuados, o que significa investir na literacia em saúde eficiente para se alcançarem resultados diferenciados na avaliação dos cuidados e por fim informações com foco no cidadão, baseados no seu trajeto de vida, em todos os cuidados de saúde a que foi e se encontra submetido e na autogestão do seu bem-estar (Despacho nº 4027-A/2016 do Ministério da Saúde de 18 de Março de 2016).

De acordo com Eliopoulos (2019), a **doença crónica** não tem um tratamento curativo, por isso não faz sentido existirem cuidados com um objetivo de erradicar a doença, mas sim direcionar esses cuidados com o objetivo de promover sentimentos de aceitação e harmonia para proporcionar sensações de bem-estar e melhorar a qualidade de vida da pessoa. Evidencia-se deste modo a importância de capacitar a pessoa idosa e a família para viverem em equilíbrio com a doença e tudo o que ela implica, sendo mais importante do que procurar insistentemente um tratamento curativo, que não faz sentido e só vai aumentar a vulnerabilidade.

Sequeira (2018), refere a necessidade de refletir sobre outras abordagens que permitam manter a pessoa idosa com acesso a cuidados de qualidade em casa, de forma a facilitar a vida familiar com o objetivo de reduzir a vulnerabilidade física e psicológica da mesma.

Os enfermeiros devem ir ao encontro de um conjunto de metas de cuidados preconizados de acordo com a condição da pessoa que possui uma doença crónica, que se resumem a: preservar ou melhorar a capacidade do autocuidado, manter a doença crónica controlada, bem como os problemas a ela associados ao considerar a pessoa como um todo e não só a sua doença, no sentido de prevenir e evitar complicações, prevenir o declínio progressivo e a deterioração cognitiva, promover a melhor qualidade de vida possível e proporcionar conforto e dignidade no **fim de vida** (Eliopoulos, 2019).

Segundo os autores Duarte, Navalho & Pinto (2021), a dignidade e a autonomia de todo o ser humano, centralizada na aptidão pessoal de autodeterminação e nas circunstâncias inerentes. Todo o ser humano, cada um de nós, e nesta temática, o enfermeiro tem o dever moral de atender as necessidades da pessoa idosa em fim de vida, nomeadamente em relação à dor e ao sofrimento (condições que tornam a pessoa vulnerável), que são uma incursão à dignidade humana.

2.2. Pessoa Idosa em Fim de Vida

O fim de vida é um conceito considerado sinónimo de muitos outros conceitos e não reúne acordo e consenso entre alguns autores. Quando se referem ao fim de vida da pessoa, como “pessoa em fim de vida”, alguns autores assumem que significa que é alguém que tem uma doença sem hipóteses de cura e apresenta um agravamento do seu estado geral, a morte é esperada para breve e que até lá a pessoa recebe cuidados baseados em ações ou cuidados paliativos (Alves, 2013).

A morte é uma vivência pela qual se tem obrigatoriamente de passar, é visível e comum a todas as pessoas. Tema de difícil abordagem, resume-se ao fim da vida e com ela a supressão de todas as funções vitais. A grande maioria das mortes, cerca de 80%, ocorre no período da velhice (Eliopoulos, 2019).

A pessoa idosa em fim de vida apresenta, na maioria das vezes, sensações de dor, perda, fragilidade causada pela sua condição de saúde, pela qual se encontra vulnerável. Pode também referir medo do sofrimento e do desconhecido, do futuro, da própria morte e tem por vezes dúvidas com a sua situação social e familiar. De acordo com Lindolpho et al., (2019), cada pessoa idosa experiencia a fase final da vida de forma singular e particular.

A pessoa idosa em fim de vida, por se encontrar alterada em relação à sua capacidade física e/ ou psicológica, apresenta-se fragilizada e dependente de outras pessoas. Llano & Sequeira (2018), referem que a fragilidade é uma condição de vulnerabilidade motivada por variadas causas que se encontram associadas ao envelhecimento. De acordo com Paranhos, Albuquerque & Garrafa (2017), a vulnerabilidade é uma fragilidade interna do homem e que implica uma situação de risco devido a determinados fatores e condições. Vulnerabilidade e fragilidade são conceitos que estão muitas vezes associados à pessoa idosa em fim de vida.

A pessoa idosa em fim de vida apresenta-se vulnerável devido à sua condição de saúde, uma vez que a vulnerabilidade é globalizada e intrínseca à condição humana, esta pessoa deve ser protegida pela sua condição de vida (Paranhos et al., 2017). Ao estarem mais vulneráveis, as pessoas idosas podem ficar mais frágeis. Segundo Llano & Sequeira (2018), a fragilidade é uma condição de vulnerabilidade motivada por variadas causas que se encontram associadas ao envelhecimento. A identificação deste grupo de risco, permite fazer uma avaliação para que se possa intervir o mais rapidamente possível e centrar as intervenções neste grupo de pessoas e prepará-las para as vivências da ultima fase da sua vida.

A morte faz parte da vida, e é ela que dá sentido à vida. Não se morre se não se viveu uma vida, e a forma como se morre é determinada pela forma como se viveu a vida. De acordo com Kubler-Ross (1996), é difícil aceitar algo que não se conhece, como a morte. Esta autora refere, fundamentado pela sua prática clínica, um modelo de atitudes e sentimentos que descrevem os mecanismos de encarar uma doença sem tratamento ou a morte próxima, pela pessoa idosa em fim de vida e pelos seus familiares. O modelo referenciado é constituído por cinco fases:

Fase da negação – a pessoa tende a ficar chocada com a informação de que o fim da vida se aproxima, nega-a e procura outras respostas;

Fase da angústia – a pessoa desenvolve apreciações críticas com tudo e com todos à sua volta, revolta-se frequentemente;

Fase da negociação – a pessoa após reconhecer que a angústia, revolta e raiva não vão alterar a aproximação do fim da vida, vai negociar com os que estão à sua volta, como os familiares, profissionais de saúde e outros, mais tempo e tratamentos para tentar manter-se bem durante o tempo que lhe resta;

Fase da depressão – à medida que a doença vai evoluindo, a pessoa vai vivenciado o fim que se aproxima e entrando em depressão e recusa muitas vezes o contacto com os que lhe são próximos;

Fase da aceitação – a pessoa prepara-se para o fim, cessando a sua luta, uma vez que surge o alívio, fica serena num contexto que possa ter escolhido e com as pessoas que quer por perto. Aceita a morte e vai ao encontro de um estado de paz.

Salienta-se que nem todas as pessoas que se encontrem em fim de vida, experienciaram estas fases ou a sequência das mesmas.

2.3. Pessoa Idosa em Fim de Vida e Família em Casa

Fim de vida, finitude, morte, morrer, são conceitos que descrevem acontecimentos naturais que fazem parte do ciclo da vida humana. Durante séculos sucederam e faziam parte do seio familiar, mas desde os finais do século XX que foram também fazendo parte das rotinas hospitalares com todas as suas tecnologias e terapêuticas distintas e profissionais de saúde muito diferenciados (Silva, 2006). De acordo com o autor, na nossa sociedade a família desempenha uma função privilegiada nos cuidados à pessoa idosa, uma vez que são as pessoas que passam mais tempo com ela, assim como o enfermeiro com a sua intervenção dirigida à pessoa idosa em fim de vida. O fato da família ter de cuidar do seu familiar, pode ter um impacto arrasador e provocar sofrimento na mesma, não somente pela existência de alterações de ordem física, quer também pelas alterações emocionais, sociais e espirituais do seu familiar (Cortês, Coelho & Afonso, 2021).

É através da família, geração após geração, que cada membro vai assumindo a responsabilidade para com os seus. É em casa com a família que se encontram as condições propícias para proporcionar vivências, incluindo uma morte digna (Silva, 2006). Manter a dignidade da pessoa idosa em fim de vida, acontece quando a pessoa

já não consegue tomar conta de si e a família está lá para lhe proporcionar alguns cuidados e atenções como ajudá-la a manter-se limpa e fresca, vesti-la confortavelmente assim como manter a casa limpa e adequada às condições da pessoa idosa que nesta fase da vida se encontra particularmente vulnerável (Silva, 2006). A dignidade é um valor que atribui à pessoa idosa um conjunto de direitos resultantes de particularidades específicas e muito pertinentes, e que pelo facto de se encontrar em fim de vida, precisa de ser preservada e resguardada, contra a ação de alguém ou dele próprio (Simões, 2019).

A maioria das pessoas que está perto do fim da vida, deseja poder experienciá-lo com a dignidade mantida e rodeada daqueles que ama, no conforto da sua própria casa. Deve ser no ambiente familiar, junto dos seus, dos “cheiros” e “calor” familiares que o fim de vida deve ser vivido, e não num ambiente impessoal, sem “as suas coisas” e as “suas pessoas”, como no ambiente hospitalar ou institucional (Spelten, Timmis, Heald & Duijts, 2019). De acordo com estes autores, os familiares de pessoas idosas em fim de vida referiram que o fato de o seu familiar idoso permanecer em casa durante esta fase da vida, teve um impacto positivo e facilitou a sua familiaridade com a morte e o morrer e durante a fase do luto.

Com a proximidade da perda do seu ente querido, a família vivencia e experiencia um processo de luto. Esta é acometida de preocupações, inseguranças e inquietações em relação ao futuro, muitas vezes de forma “mascarada” e inibida, uma vez que não querem preocupar ou sobrecarregar o ente querido e outros familiares. É muitas vezes uma família que apresenta também uma grande fragilidade física e psicológica (Cortês et al., 2021).

Para algumas famílias, estar presente no momento da morte é muito importante, uma vez que assim que a pessoa inicia o processo de transição para morrer, é iniciado o processo de luto antecipatório, no qual por um lado a família deseja ficar mais tempo com o seu familiar idoso, este também se “despede” da família que o tem acompanhado neste processo. Desta forma os familiares sentem-se responsáveis por garantir que a morte do seu familiar idoso decorra como esperado, respeitando os interesses e necessidades da pessoa e deles mesmos e garantindo principalmente que ninguém fica sozinho (Leguía, Juárez, García, Morales & Prieto, 2019).

2.4. Intervenção do Enfermeiro Centrada na Pessoa Idosa em Fim de Vida e Família em Casa

A pessoa idosa em fim de vida em casa requer um tipo de cuidados específicos, os cuidados paliativos. Este tipo de cuidados melhoram a qualidade de vida das pessoas idosas e das suas famílias que enfrentam desafios associados a doenças potencialmente fatais, sejam elas físicas, psicológicas, sociais ou espirituais.

Tendo em conta estes cuidados, os autores Nagaviroj & Anothaisintawee (2017) mencionam que os cuidados paliativos, nomeadamente os praticados em casa são significativos para permitir que as pessoas idosas que decidam morrer em casa, tenham o acompanhamento e os cuidados necessários nesta fase da vida.

O termo “Cuidados Paliativos”, encontra-se relacionado com os primeiros *hospices*, que surgiram na idade média, influído pelas peregrinações dos cristãos a locais santos. Os peregrinos tinham de andar longos percursos durante meses e/ou anos e durante estas caminhadas, muitos adoeciam e eram levados para os *hospices*, que eram refúgios fundados e orientados por religiosos. Nestes *hospices*, os peregrinos eram aliviados do seu sofrimento e não curados, no entanto a pessoa não era cuidada como um todo (Markus et al., 2017).

O primeiro *hospice* que apresentou uma conspeção holística da pessoa, o “*Christopher’s Hospice*” surgiu em Londres e foi fundado durante o século XX, por uma enfermeira, que era também médica e assistente social, *Cicely Sanders*. Ela preocupava-se principalmente com a abordagem humanizada, através do alívio da dor e controlo de outros sintomas. Este tipo de abordagem com as pessoas em situação terminal, influenciou muito os cuidados de saúde daquela época, assim como a maneira de se abordar a morte e vivenciar o luto (Markus et al., 2017).

Um estudo realizado por Ferreira, Antunes, Pinto, & Gomes (2012), que menciona Portugal como um dos países pertencentes ao Projeto Europeu Prisma, referiu que também em Inglaterra, na década de 60, a noção de uma morte mais nobre, com menos sofrimento, na presença dos familiares mais próximos, originou a conceção de uma mudança para a criação de cuidados mais complacentes, completos e direcionados para pessoas com doenças crónicas, graduais e sem hipóteses de cura. Foi através desta mudança de pensamentos e ações, que os debates sobre os cuidados de saúde a pessoas em fim de vida, originaram uma área específica nos serviços de saúde de alguns países da Europa, Estados Unidos, Canadá e Austrália.

A OMS, abordou a morte e o processo de morrer e definiu que os cuidados paliativos têm como objetivo: atenuar a dor e outros sintomas aflitivos, entender a morte como um processo natural e integrante da vida, não acelerar nem deter a morte, incluir os aspetos psicológicos e espirituais do suporte à pessoa, melhorar a qualidade de vida da pessoa e da sua família e dar resposta às necessidades da família da pessoa durante a fase final da vida, na morte e no luto (OMS, 2020).

Por cada ano que passa, cerca de 40 milhões de pessoas precisam de cuidados paliativos. Em todo o mundo, apenas cerca de 14% das pessoas têm acesso a cuidados paliativos. É de extrema importância, que cada país implemente políticas e ofereça programas adequados, com recursos humanos com formação específica em cuidados paliativos, entre profissionais de saúde, que são urgentemente necessários para melhorar o acesso aos cuidados, bem como na redução dos internamentos hospitalares desnecessários e o uso abusivo dos serviços de saúde. A necessidade global de cuidados paliativos continuará a crescer como resultado do envelhecimento das populações e do aumento da incidência de doenças crónicas sem tratamento (OMS, 2020).

De acordo com o Relatório de Implementação do Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) (Biénio 2019 – 2020), em Portugal, existem 106 valências com cuidados paliativos e 85 equipas locais de cuidados paliativos, um número muito reduzido para a existência e tendência crescente dos doentes que necessitam de cuidados paliativos.

Em Portugal, a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), refere que os cuidados paliativos são cuidados que dão resposta aos problemas resultantes de uma doença prolongada, gradual e sem tratamento ou cura, com o objetivo de minimizar o sofrimento que ela provoca e de oferecer a máxima qualidade de vida possível a estas pessoas, bem como à sua família (APCP, 2006).

As instituições de saúde ainda não estão organizadas de forma a responder às necessidades reais desta população, uma vez que continuam a aumentar o número de pessoas idosas em fim de vida internadas, o que por sua vez aumenta a dependência das mesmas, gastam-se desnecessariamente recursos e as famílias sofrem alterações na sua dinâmica organizacional, em termos de formação dos profissionais, aumento dos recursos e disponibilidade para encontrarem uma solução nos serviços próximos e de apoio domiciliário (Plano Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas [PNSPI], 2004), em que poderiam ser ajudadas, como por exemplo através da RNCCI que foi criada a 8 de novembro, pelo Decreto de Lei Nº 281/2003.

A falta de respostas e de apoio à população idosa que necessita de cuidados paliativos e de longa duração, com base na patologia ou nos problemas inerentes à sua condição de saúde, provocada pela patologia, originou a criação da Rede Nacional De Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), elaborada a 6 de junho, pelo Decreto de Lei nº 101/2006. De acordo com o mesmo, esta rede é constituída por:

unidades e equipas de cuidados continuados de saúde, e ou apoio social, e de cuidados e ações paliativas, com origem nos serviços comunitários de proximidade, abrangendo os hospitais, os centros de saúde, os serviços distritais e locais da segurança social, a Rede Solidária e as autarquias locais. (p. 3857).

A RNCCI entre as várias tipologias, tem a nível da comunidade as ECCI. A ECCI é uma equipa multidisciplinar que se encontra à responsabilidade dos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e das entidades de apoio social para a prestação de serviços domiciliários. Põem em prática um conjunto de ações, que resultam de uma avaliação de cuidados médicos e de enfermagem, de reabilitação e de apoio social, a pessoas com dependência funcional e/ou doença terminal, cuja situação não requer internamento, mas que estão limitados na sua deslocação (Decreto-Lei Nº 101/2006 - *Diário da República, I Série* - Nº 109 de 6-06-2006). As respostas desta rede vão ao encontro das necessidades de diversos grupos de pessoas dependentes, e aos períodos e contextos de evolução da sua situação social e de saúde, promovem a autonomia e o envolvimento dos mesmos e incrementam as aptidões e habilidades das famílias para encarar as situações.

Os cuidados paliativos são uma pilar elementar dos serviços de saúde, adaptados e centrados nas pessoas, de forma a aliviar o seu sofrimento, seja ele físico, psicológico, social ou espiritual. Se a sua necessidade for procedente de doenças crónicas em estágio terminal, doenças agudas até à fragilidade extrema da velhice, podem ser indispensáveis e assim adaptados a todos os níveis de atuação, com o objetivo de promover o conforto e a qualidade de vida (OMS, 2020). Estes cuidados são prestados por profissionais com formação específica em cuidados paliativos.

As ações paliativas, segundo a APCP (2006), são cuidados de saúde que integram os princípios e filosofia dos cuidados paliativos em qualquer serviço não especializado nestes cuidados, no sentido do alívio do sofrimento devido à sua situação clínica. Incorpora ações não-farmacológicas e farmacológicas para o controlo sintomático e assegura uma comunicação com a pessoa e a sua família, assim como com os outros elementos da equipa multidisciplinar em relação à tomada de decisão e respeito pelos objetivos e preferências do doente. Devem ser implementados por

todo e qualquer profissional de saúde, devendo para tal possuir formação básica em cuidados paliativos.

Atualmente, e com novas necessidades em saúde da pessoa idosa em fim de vida e família, os serviços têm de se organizar e reestruturar para dar respostas adaptadas à necessidade de cuidados de saúde continuados, de forma individualizada e próxima. Os ACES, através das UCC participam na RNCCI e em cada ACES deverá funcionar pelo menos uma UCC, é da responsabilidade desta unidade constituir as ECCI, as quais prestam cuidados à população em geral, incluindo a pessoa idosa em fim de vida, sendo estas equipas as que existem em maior quantidade, uma vez que as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos (ECSCP) são em número insuficiente e não conseguem dar resposta às pessoas que precisam deste tipo de cuidados (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos [CNCP], 2019).

A prestação de cuidados paliativos requer a intervenção de uma equipa multidisciplinar junto da pessoa com doença avançada e sem prognóstico de tratamento ou cura, com o objetivo de a auxiliar com as alterações que a doença impõe à sua vida e à dos seus familiares. O cuidado paliativo é direcionado para o controlo de toda a sintomatologia que provoca dor, desconforto e mal-estar geral, e que é oferecido a pessoas que apresentam doenças graves, progressivas, degenerativas e crónicas (Markus et al., 2017).

De acordo com estes autores, para se entender a situação que estas pessoas estão a vivenciar, é necessário observá-las de forma holística. Desde o momento da vida que estão a passar, às perspetivas futuras em relação à evolução da doença, de maneira que a pessoa e a sua família compreendam a doença e as suas implicações. Estes cuidados têm início quando o diagnóstico é feito e são na realidade um conjunto de intervenções qualificadas, uma vez que a pessoa doente não apresenta somente alterações físicas, mas também psicológicas, sociais e espirituais (Markus et al., 2017).

Em qualquer contexto de prestação de cuidados, o enfermeiro enquanto profissional de saúde, tem competências para cuidar da pessoa desde o nascimento até ao fim do seu ciclo de vida. Prestar cuidados a pessoas idosas em fim de vida, requer da parte do enfermeiro um conjunto de requisitos como: sensibilidade, consciência, empatia, reflexão e ser detentor de conhecimentos sobre a temática da morte para que o mesmo possa fazer corretos diagnósticos com o objetivo de fazer intervenções pertinentes (Eliopoulos, 2019). Cada vez mais os serviços de saúde garantem cuidados centrados na pessoa, de forma que a mesma seja alvo de

intervenções humanizadas por parte dos profissionais de saúde. A estrutura da disciplina de enfermagem, representada na pessoa do enfermeiro, e centrada no modelo do CCP, influenciou a prática, educação, avaliação e desenvolvimento de políticas centradas na pessoa cuidada (McCormack e McCance, 2006).

O enfermeiro responsável pela pessoa idosa em fim de vida deve compreender que a pessoa idosa por todos os problemas que apresenta associados a doenças ou simplesmente porque se apresenta fragilizada pela percepção do fim de vida que se aproxima, tem direito a cuidados de enfermagem de qualidade e humanizados, não só para prevenir a doença, mas para melhorar os restantes dias de vida, auxiliando-a a viver bem, para facilitar também uma boa morte (Simões, 2019).

Cada pessoa é única e vivencia a realidade da última etapa da vida de forma diferente, porque a etapa não muda, cada pessoa é que a vivencia de forma singular. O processo de morrer é um momento único de cada pessoa, logo as intervenções de enfermagem têm de ser individualizadas e personalizadas (Eliopoulos, 2019), considerando as mesmas intervenções centradas nas pessoas, numa perspetiva do CCP (McCormack et al., 2015).

Quando a pessoa idosa morre, existe continuidade das intervenções de enfermagem respeitando sempre a dignidade e a humanidade, para com os seus familiares e o luto que vivenciam. Para além de apoiar e orientar a família com todos os procedimentos legais inerentes ao óbito, o enfermeiro tem a percepção que eles estão a experienciar vivências de dor e de sofrimento, durante a fase do luto, e proporciona momentos de consolo e conforto (Lindolpho et al., 2019).

De acordo com os autores Sanerma et al., (2020), deve existir um envolvimento da pessoa idosa nos seus próprios cuidados, participação e envolvimento dos membros da família e equipa de saúde nos cuidados, comunicação, capacitação da pessoa idosa e da sua família e parceria nos cuidados e prática de cuidados baseada na evidência científica. A prática de enfermagem deve incidir em todas as dimensões da pessoa e o modelo do CCP enfatiza essa multidimensionalidade, considerando os cuidados prestados em casa, sustentados por valores de respeito pela autonomia da pessoa e salvaguarda da sua vulnerabilidade. A pessoa/família é colocada no foco dos cuidados de enfermagem e participa com uma tomada de decisão acerca dos cuidados de saúde que lhes são dirigidos, conforme o modelo do CCP, a tomada de decisão é compartilhada.

De acordo com o mesmo modelo, o enfermeiro tem atributos que lhe permitem compreender-se para conseguir compreender o outro, o que implica exercer a sua

prática baseada na mais recente evidência científica possível, alicerçada aos conhecimentos práticos derivados da experiência clínica que possui e realizar um processo de tomada de decisão baseada nestes conhecimentos.

Recordando o modelo conceptual do CCP de McCormack & McCance (2006), os cuidados de enfermagem centrados na pessoa compreendem 4 conceitos, que são: os **pré-requisitos**, que são as qualidades do enfermeiro, o **ambiente de cuidados**, que revela o contexto em que são praticados os cuidados, os **processos centrados** na pessoa, que consiste na prestação de cuidados através de uma série de atividades e os **resultados esperados**, que são os resultados finais resultantes da prestação de cuidados. A inter-relação entre estes conceitos sugere que para se obterem resultados da abordagem dos cuidados centrados nas pessoas, deve-se ter em conta a utilização dos quatro numa relação de cuidados.

Com base nas fundamentações dos cuidados centrados na pessoa idosa em fim de vida e família em casa, o enfermeiro deve dispor de todos os conhecimentos (com base na evidência científica e experiência clínica de cuidados) e refletir sobre os mesmos, com o objetivo de os adequar à situação de saúde da pessoa e dos problemas inerentes à situação. Ter a perceção dos seus sentimentos para conseguir entender as perceções da pessoa e da família e integrá-los no contexto da prática dos cuidados, prestar cuidados baseados num plano previamente elaborado com a colaboração da restante equipa de cuidados/família/pessoa idosa e como resultado desta relação de prestação de cuidados, contribuir para melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa e da sua família (McCormack & McCance, 2006).

A pessoa idosa em fim de vida é única na sua condição e como tal os cuidados prestados têm de ser centrados nesta particularidade e individualidade, e não em ações focadas somente na sua doença. De acordo com McCormack et al., (2015), os cuidados centrados na pessoa têm como propósito humanizar os cuidados de saúde e garantir que a pessoa esteja no centro da prestação desses mesmos cuidados. O enfermeiro tem um papel fundamental ao orientar as suas intervenções, capacitando a pessoa idosa em fim de vida para fazer as suas escolhas com base nos seus valores, crenças e atitudes, uma vez que o plano de cuidados adaptado a cada uma deve ser orientado com base nestas premissas.

Os cuidados centrados na pessoa idosa exigem atenção em relação ao construto das seguintes ações: envolvimento da pessoa nos seus próprios cuidados, colaboração da família e equipa de saúde nos cuidados, comunicação entre todos os intervenientes, capacitação da pessoa e da família numa parceria de cuidados e uma

prática de cuidados baseada na evidência científica. A prática de enfermagem deve incidir em todas as dimensões do cuidado centrado na pessoa, considerando os cuidados prestados em contexto domiciliário (Sanerma et al., 2020).

3. METODOLOGIA

Com o propósito de conhecer e melhorar as intervenções de enfermagem à pessoa idosa em fim de vida, desenvolveu-se um trabalho baseado na metodologia de projeto efetuado durante o estágio da unidade curricular Opção II, iniciado no 2º semestre do 1º ano. As atividades desenvolvidas de acordo com os objetivos estabelecidos, assim como a metodologia escolhida, facilitaram de forma organizada e estruturada, a sua implementação assim como as reflexões a ela inerentes.

De acordo com Ruivo et al., (2010), a metodologia de projeto firma-se numa pesquisa focada num problema real que tenha sido identificado, bem como na execução de estratégias e ações eficientes para a sua solução. Esta metodologia compreende 5 etapas: o diagnóstico da situação, a definição dos objetivos, o planeamento, a execução e a avaliação e culmina na divulgação dos resultados, com a realização do relatório. E promove a prática alicerçada e baseada na evidência científica.

A seleção dos locais de estágio e as atividades desenvolvidas, estão diretamente relacionadas com a temática e com o fenómeno em estudo, uma vez que os locais têm o perfil formativo e as características adequadas para a implementação das atividades. Depois de ter efetuado uma primeira observação nos locais de estágio e com base no diagnóstico da situação descrito no capítulo 1, e para compreender melhor a temática, elaborei a questão de partida: “Quais as intervenções de enfermagem à pessoa idosa em fim de vida e família em casa?”, para orientar a pesquisa de literatura.

Realizei uma revisão *Scoping*, a fim de mapear a literatura disponível sobre as intervenções de enfermagem à pessoa idosa em fim de vida em casa, nos motores de busca eletrónicos via EBSCOhost e B-on, para aceder às bases de dados CINALH *Plus with full Text* e MEDLINE *with full Text*, com limite temporal de 2016-2021 e nos idiomas Inglês e Português, com as palavras-chave: *aged, aged, 80 and over; nursing care, nursing care plans, gerontologic nursing, nursing interventions, terminal care, patient centered care, treatment termination, quality of nursing care, palliative care; place of death, attitude to death; home health care, home nursing, home health nursing, housing*, combinadas de formas diferentes com a utilização dos operadores booleanos *AND* e *OR*. Os resultados encontrados na revisão *scoping* encontram-se referenciados no enquadramento teórico (capítulo 2) e implementação das atividades e análise dos resultados (capítulo 4).

A definição de objetivos indica-nos os resultados que se pretendem obter, e que vão do geral ao mais específico (Ruivo et al., 2010).

O trabalho de projeto tem como objetivo fundamental, a investigação e a intenção de solucionar problemas que inquietam os participantes que o irão efetuar (Ruivo et al., 2010).

Como objetivos gerais, foram definidos:

- Desenvolver Competências de Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica para cuidar da pessoa idosa em fim de vida e família em casa;
- Conhecer a opinião dos cuidadores familiares sobre os cuidados prestados pela ECCI à pessoa idosa em fim de vida.

Para cada objetivo geral, foram definidos objetivos específicos e respetivas atividades, recursos e indicadores de avaliação, que podem ser consultados numa tabela, considerado o plano de atividades do projeto (Apêndice I).

O planeamento surge com a preparação de um plano aprofundado do projeto, em que são definidas as atividades para cada objetivo específico, os métodos, as técnicas de pesquisa e o respetivo cronograma (Apêndice II) (Ruivo et al., 2010). Nesta etapa, adequiei as atividades a desenvolver nos dois campos de estágio.

Com a etapa da execução vem a concretização do anteriormente planeado, ou seja, coloca-se em prática tudo o que foi delineado. Esta fase é muito importante para os participantes, uma vez que permite que os seus desejos e necessidades sejam executados, através do anteriormente planeado (Ruivo et al., 2010). Tal como referem os autores, corroboro que a existência de algumas alterações entre o inicialmente idealizado e o verdadeiramente construído, colocou-me alguns entraves e dilemas, que se resolveram e na realidade potencializaram algumas competências existentes e proporcionaram a aquisição de outras. Esta etapa encontra-se descrita na implementação das atividades e análise dos resultados (capítulo 4).

Passando à etapa seguinte, a da avaliação, considera-se pertinente o uso de instrumentos de avaliação e que esta seja permanente, para o modo de avaliação ser rigoroso (Ruivo et al., 2010).

Ao longo de todo este processo, existiram muitos momentos de reflexão individual e em equipa que me permitiram “crescer” pessoalmente e profissionalmente. Reflexões estas que derivaram de um conjunto de pensamentos. De acordo com Bezerra & Brisola (2017), o pensamento simples é distinto do

pensamento reflexivo, uma vez que este último é despoletado por uma condição de hesitação que leva a uma pesquisa desencadeada por falta de informação e conhecimento acerca de um determinado assunto. A dúvida e a incerteza originam o questionamento e desafiam a reflexão para a obtenção de soluções para resolver quesitos, sendo este um exercício do pensamento reflexivo.

A existência de frequentes orientações tutoriais com a orientadora pedagógica ao longo do estágio, as reuniões semanais com a orientadora clínica e os momentos de aprendizagem informal e formal com a restante equipa foram preponderantes para a consolidação das aprendizagens adquiridas e permitiram uma vez mais a reflexão sobre os conhecimentos obtidos e atividades desenvolvidas. Como referem Ruivo et al., (2010), a metodologia do projeto é recíproca, pois supõe um entendimento entre os orientadores e o formando como participantes proativos. Todos apresentam ideias e desenvolvem ações, nem sempre concordantes, mas no seu conjunto todas importantes, uma vez que é através do debate de ideias que assomam as vantagens na particularidade das ações expandidas.

A divulgação dos resultados obtidos, de acordo com Ruivo et al., (2010), é uma fase essencial, uma vez que revela aos outros o projeto e a sua importância, assim como as etapas percorridas com o objetivo de solucionar um problema. A elaboração deste relatório dá resposta a esta fase, e contribui por isso, para o meu desenvolvimento enquanto profissional e melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa em fim de vida em casa e seus familiares.

4. IMPLEMENTAÇÃO DAS ATIVIDADES E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Durante esta fase, surgiram alterações ao idealizado inicialmente, que serão descritas ao longo do capítulo.

De forma sucinta, mas ao mesmo tempo relevante, este capítulo pretende apresentar as atividades decorrentes de cada um dos objetivos previamente delineados e as reflexões contínuas sempre pertinentes para as aprendizagens com os resultados obtidos verificados. O processo de reflexão realizado, pela observação da prática, numa primeira fase e execução da prática, numa segunda fase, demonstra a técnica da reflexão ação da futura Mestre e Enfermeira Especialista.

Todas as aprendizagens refletidas, quer sejam observadas ou praticadas são consideradas pertinentes, uma vez que como refere Benner (2001), refletir sobre a prática ajuda a articular o conhecimento clínico.

Ressalva-se e salienta-se que em qualquer tipo de observação e prestação de cuidados, desenvolvidos em parceria com a pessoa idosa em fim de vida e respetiva família, foram sempre respeitados os direitos humanos, como princípio orientador para a adoção dos deveres no âmbito dos valores humanos e princípios éticos. Pilar essencial para a prática dos cuidados, os princípios éticos em cuidados de saúde, como a prática da beneficência, não-maleficência, respeito pela autonomia, justiça, vulnerabilidade, asseguram o cumprimento do Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), (Nunes, Amaral & Gonçalves, 2005).

Durante a implementação do projeto foram tidos em conta os princípios do Código Deontológico do Enfermeiro, nomeadamente os princípios do artigo nº 101, relacionado com o processo interventivo para com a população da comunidade, onde desenvolvi estágio clínico durante cerca de 5 meses. Assumi desta forma o dever de:

conhecer as necessidades da população e da comunidade em que estive profissionalmente inserida, participar na orientação da comunidade na busca de soluções para os problemas de saúde detetados e colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade. (OE, 2015, p. 6).

De forma a preservar e aprimorar as competências que detém, mas também com o objetivo de adquirir novas, o enfermeiro tem de seguir e produzir novas pesquisas com acesso a novos recursos e práticas aperfeiçoadas. É com certeza, uma grande responsabilidade de cada um de nós, para cada vez mais produzirmos cuidados com qualidade (Eliopoulos, 2019).

4.1. Desenvolvimento de Competências de Mestre e Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica para Cuidar da Pessoa Idosa em Fim de Vida e Família em Casa

Para dar resposta a este objetivo geral, foram delineados objetivos específicos, e as respetivas atividades que foram realizadas para dar resposta aos mesmos. Seguidamente irei descrever as atividades desenvolvidas para cada um dos objetivos, algumas previstas outras não, no entanto algumas atividades foram substituídas por outras ou acrescentadas, situação imprevista, mas devidamente justificada.

- Aprofundar conhecimentos sobre as intervenções de enfermagem à pessoa idosa em fim de vida e família em casa

A evidência científica é relevante para a evolução da prática, fundamental para existirem ganhos em saúde, que se traduzem em cuidados humanizados, desenvolvimento da formação e consequentemente promoção do enfermeiro como elemento fundamental na prática dos cuidados e na adequação dos mesmos às necessidades dos doentes e da família (Afonso, Ramos & Charepe, 2019).

Para dar resposta a este objetivo, realizei uma revisão narrativa e uma revisão *Scoping* (Apêndice III), baseadas na mais recente evidência científica possível, frequentei um curso *On-Line* sobre a temática em análise (Anexo I) e realizei uma reflexão sobre o curso e a temática debatida no mesmo (Apêndice IV).

Ao realizar a revisão narrativa, a revisão *Scoping*, frequentar o curso on-line sobre a temática e redigir a reflexão sobre o mesmo, apreendi novos conhecimentos aplicáveis no contexto das prática de cuidados durante o estágio clínico, com o objetivo de melhorar a qualidade destes cuidados. Detetei lacunas a nível do conhecimento pessoal, uma vez que esta temática não está presente no meu dia a dia como enfermeira de bloco operatório, bem como as abordagens a ela inerentes, mas que se transformaram em oportunidades para consolidar os conhecimentos para posteriormente os pôr em prática na prestação de cuidados.

A revisão *Scoping* teve como o objetivo mapear a literatura disponível sobre as intervenções de enfermagem à pessoa idosa em fim de vida em casa. Esta revisão permitirá, futuramente, fornecer orientações para futuras revisões sistemáticas, bem como aumentar os conhecimentos dos investigadores ao fornecer uma base de

evidências científicas que vão aumentar a qualidade das intervenções na prática clínica (Peters, Godfrey, McInerney, Khalil & Parker, 2017).

- Analisar os cuidados prestados pelo enfermeiro especialista em médico-cirúrgica à pessoa idosa em fim de vida e família em casa

Contexto Hospitalar

O estágio no contexto hospitalar, permitiu-me compreender o tipo de intervenções à pessoa idosa em fim de vida, em situação aguda que necessita de internamento hospitalar para uma abordagem terapêutica e como se processa a articulação com a RNCCI.

Os serviços hospitalares têm como propósito fundamentado a prestação de cuidados de saúde e à semelhança este SMI, com todos os recursos humanos e materiais que apresenta, presta cuidados com o objetivo de que a pessoa idosa em fim de vida ainda consiga manter as suas funções ativas até ter alta para alguma unidade da RNCCI, em unidades de internamento ou no domicílio, com os cuidados das ECCI. Alves (2013), menciona que os hospitais dirigem os cuidados às pessoas, cuidados estes cada vez mais sustentados por tecnologias inovadoras, com equipamentos e tratamentos curativos, que incitam os enfermeiros a cuidar com o objetivo de curar, originando nestes profissionais sentimentos de insucesso, quando os objetivos não são atingidos.

No período decorrente de 25 de novembro a 16 de dezembro de 2020, decorreu o estágio, no SMI integrado num Centro Hospitalar, da região de Lisboa e Vale do Tejo, onde permaneci sob a orientação de um enfermeiro especialista em Médico-Cirúrgica.

Este é um serviço que pretende melhorar as condições de conforto e segurança dos doentes internados, entre eles as pessoas idosas em fim de vida, que são admitidas neste serviço para serem alvo de ações paliativas, onde a equipa de enfermagem possui formação Pós-graduada Nível B, ou formação intermédia (CNCP, 2017). A equipa, com cerca de 20 enfermeiros, é constituída somente por 4 enfermeiros especialistas.

As pessoas idosas em fim de vida internadas, têm um plano de cuidados, que foi elaborado no primeiro dia de internamento. Este plano de cuidados é adaptado de acordo com as necessidades da pessoa e em cooperação com a família, sempre que

possível. O tempo de permanência das pessoas neste serviço é em média de cerca de 30 dias, e logo após a admissão no serviço, são referenciadas pela equipa multidisciplinar e ficam a aguardar vaga para a RNCCI. Após se encontrarem estabilizadas em relação à sua situação clínica, mas continuando a precisar de cuidados continuados, têm alta para casa, com acesso a cuidados prestados por uma ECCI de uma UCC ou são institucionalizados numa das unidades da rede. A referenciação para a RNCCI só é feita a pedido da equipa de saúde, da família ou da própria pessoa, caso manifeste desejo.

Os desejos das pessoas idosas variam muito, desde o preferir ir para uma instituição onde desejam falecer, ou ir morrer na sua casa, junto dos seus familiares. Acontecia também algumas vezes que por falta de vagas nas instituições, as pessoas idosas ficavam a aguardar vaga em casa, com referenciação para a RNCCI e se necessitassem de cuidados de enfermagem, são referenciados para o Centro de Saúde da sua área de residência em articulação com a RNCCI, em que a ECCI garante a continuidade dos cuidados. Outra realidade existente era que algumas vezes as pessoas idosas manifestavam vontade de ir passar a última fase da vida em casa e os familiares discordavam desta decisão, por acharem que o seu familiar idoso estava mais bem vigiado e controlado em situação de agravamento da sua situação clínica e por também terem dificuldade em lidar e aceitar a situação de fim de vida (Nagaviroj & Anathaisintawee, 2017).

Estes últimos autores, mencionam que o fato de existir uma continuidade dos cuidados prestados por equipas específicas em casa, permite que muitas pessoas desejem ir morrer em casa. Já Gerber et al., 2019, referem que se o meio ambiente influencia a qualidade de vida, também vai influenciar a manutenção da dignidade no fim da vida da pessoa idosa.

Durante o internamento, a equipa de enfermagem tem um papel fundamental ao fazer a articulação com os restantes elementos da equipa multidisciplinar, com o objetivo de reformular ou implementar novas intervenções. Estas avaliações são fundamentais de forma a dar continuidade e qualidade às intervenções realizadas durante o período de internamento, incluindo sempre ou quase sempre (se esse for o seu desejo), a envolvência da família, de forma a estarem informados quanto ao estado de saúde do seu familiar, em relação à sua evolução, independentemente de qual for o desfecho. Terra, Pereira, Andrade, Goyatá, Dázio & Resck (2020), referem que é fundamental que a equipa de saúde esteja preparada para acompanhar a pessoa na procura do sentido para a sua vida, como também na compreensão da

evolução da sua doença. Torna-se assim fundamental a implementação da comunicação efetiva entre equipa, pessoa e família para a existência do diálogo.

Para dar resposta ao 2º objetivo específico, com o propósito de analisar os cuidados prestados, desenvolvi uma grelha de observação de cuidados (Apêndice V). A grelha é composta por intervenções de enfermagem direcionadas para focos de enfermagem, baseadas no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem, utilizado no serviço. Este aplicativo tem como base fundamental a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Para proceder à aplicação da grelha efetuei um pedido de autorização à enfermeira chefe (Apêndice VI) e enfermeiros do serviço, que acederam e deram o seu consentimento para poder ser dada continuação ao trabalho (o parecer favorável foi dado pela chefe do serviço por mensagem telefónica).

De acordo com Nascimento, Frade, Miguel, Presado & Cardoso (2019), para se avaliar a qualidade dos cuidados, é preciso mensurar essa mesma qualidade dos cuidados prestados.

Perante os resultados da aplicação da grelha, constatei que de um modo geral os enfermeiros prestam cuidados globalizados, atendendo às necessidades das pessoas internadas. As intervenções de enfermagem são direcionadas às pessoas com foco: no autocuidado, alimentação, sinais vitais, mobilização e posicionamento, limpeza das vias aéreas, integridade cutânea, comunicação e relacionamento interpessoal. Mais do que ações para manter a pessoa cuidada, como higienizá-la e hidratá-la, alimentá-la, posicioná-la, administrar terapêutica, prepará-la para ser submetida a exames auxiliares de diagnóstico, entre outras, e além destas, os enfermeiros do SMI tinham sempre como princípio, a satisfação de todas as necessidades apresentadas, proporcionar conforto à pessoa idosa em fim de vida e mantê-la sem dor, uma das preocupações mais evidenciadas nesta equipa.

Observei e constatei que durante a prestação de cuidados, a comunicação e o relacionamento interpessoal encontra-se pouco desenvolvido ou não tem o destaque merecido. De acordo com Lindolpho et al. (2016), os cuidados praticados pelo enfermeiro não pressupõem somente tarefas técnicas fundamentadas cientificamente para satisfazer as necessidades da pessoa em sofrimento, mas também cuidados para perceber as emoções da pessoa em sofrimento. Alguns elementos da equipa apresentavam até algum distanciamento em situações de fim de vida, não conseguindo lidar com a situação, nomeadamente elementos mais novos. Não querendo ser crítica em relação ao comportamento dos colegas, porque também no passado já assumi este comportamento, quando não possuía os conhecimentos nem

a experiência necessários, mas a formação específica nos cuidados em fim de vida facilitam a tomada de decisão na prestação deste tipo de cuidados. Tal como abordam os autores Markus et al., (2017), é essencial que os enfermeiros possuam conhecimentos sobre cuidados paliativos, para desenvolverem uma abordagem competente e importante para as pessoas que se encontram nestas circunstâncias, sendo assim, é indispensável a formação do enfermeiro neste contexto.

Os enfermeiros têm a percepção que o fim da vida se aproxima e tentam adiá-lo das pessoas de quem cuidam porque despertam nelas sentimentos distintos. Refletir sobre esta temática exige sensibilidade, uma vez que é uma circunstância de confronto com a finitude. Os sentimentos vividos vão desde a aflição, insegurança e receio, não conseguir observar o sofrimento do outro e a morte que se aproxima.

O trabalho no serviço é desenvolvido em equipa, embora alguns membros não estejam presentes fisicamente, nomeadamente o médico, o psicólogo, a assistente social e o padre. Segundo um estudo efetuado por Gaspar et al., (2019), cada membro da equipa contribui com os seus conhecimentos e contributos, existindo uma troca de saberes que favorecem o cuidado adequado àquele doente. O enfermeiro especialista tem neste serviço um papel fundamental ao servir, como refere o autor acima supracitado, de “elo” de ligação entre os elementos da equipa, até porque é o elemento que tem maior proximidade com o doente e com os familiares, logo participa no processo de tomada de decisão centrada na pessoa. De acordo com Johansen & O’ Brien (2016), a tomada de decisão no contexto da prática de enfermagem é um procedimento ativo, em constante atualização que pode eventualmente alterar os resultados esperados inicialmente, em relação aos cuidados previamente planeados e efetivamente prestados.

Refletindo para compreender, a pessoa idosa em fim de vida neste serviço, recebe fundamentalmente cuidados baseados em ações paliativas com o objetivo de aliviar a dor e proporcionar conforto. Os enfermeiros centram os cuidados nas necessidades da pessoa idosa em fim de vida, até que esta chegue à última fase da vida.

Ao longo do período de internamento, o enfermeiro envolve a família no processo de cuidados, o que durante esta fase de pandemia efetuou-se telefonicamente e a pedido do familiar ou da pessoa idosa, e pôde autorizar-se uma visita do familiar à unidade de saúde. O familiar é acompanhado, orientado, confortado, ouvido e compreendido pelo enfermeiro, nomeadamente em relação ao

estado de saúde do seu familiar, alta para o domicílio ou sobre a fase final da vida que está prestes a acontecer.

Apercebi-me durante o tempo que passei com a equipa, que o enfermeiro despende tanto tempo a cuidar das pessoas, como a efetuar registos, uma imposição dos tempos atuais, uma vez que o rácio doente/enfermeiro é contabilizado pelo tempo gasto em ambas as situações. Refletindo sobre esta situação, parece-me que cada vez mais os enfermeiros têm menos tempo para prestar cuidados diretos às pessoas, inclusive, o ter tempo para permanecer ao lado destas em tempo integral, uma vez que necessitam desse tempo para efetuar registos e pelas penalizações que os serviços podem sofrer, uma vez que são continuamente avaliados por auditorias internas.

Contexto Comunitário

O estágio no contexto comunitário, o de maior duração e também o escolhido para implementar o projeto, permitiu-me compreender também as intervenções junto da pessoa idosa em fim de vida e família em casa, após ter estado ou não institucionalizada, assim como a articulação da unidade de saúde com outras instituições e a própria dinâmica da equipa.

Os cuidados de saúde primários, nomeadamente em contexto domiciliário, são cuidados que asseguram que as pessoas recebam cuidados integrais, desde a promoção da saúde e prevenção da doença ao tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, tão perto quanto possível do seu ambiente natural (OMS, 2021).

Este estágio decorreu de 11 de janeiro a 27 de abril de 2021, numa ECCL, integrada numa UCC de um dos ACES da área de Lisboa e Vale do Tejo, sob a orientação de uma enfermeira especialista em Médico-Cirúrgica

Esta UCC presta cuidados de saúde, apoio psicológico e social no sector domiciliário e comunitário e é responsável por vários programas e projetos, entre eles o projeto “Apoiar o Luto”. A ECCL, iniciou as suas atividades a 01/05/2016 e faz parte da RNCCI, serve uma população maioritariamente idosa, na faixa etária dos 65 ou mais anos, em que algumas pessoas idosas se encontram em fim de vida. Tem contratualizado 20 camas de internamento e atua na área da prestação de cuidados no domicílio, entre os quais ações paliativas em fim de vida, com o objetivo de garantir a qualidade e a continuidade dos cuidados, sem recurso à institucionalização, sempre que esse seja o desejo da pessoa e família.

A ECCI é constituída por 10 enfermeiros, 1 médico, 1 psicólogo, 1 assistente social, 1 assistente técnica e 1 motorista. Todos os enfermeiros são especialistas em diversas áreas. A equipa articula-se com todas as unidades do ACES e com a equipa coordenadora local, no âmbito da RNCCI. Na prestação de cuidados faz uma avaliação integral da pessoa e da sua família, em situação de dependência funcional, doença terminal ou em processo de convalescença, cuja situação não requer internamento, mas que não podem deslocar-se à unidade de saúde.

Da totalidade dos enfermeiros, que possuem formação Pós-graduada – Nível B, ou formação intermédia, só 1 é que possui formação Pós-graduada – Nível C, ou formação avançada em cuidados paliativos (CNCP, 2017). Estas equipas são as que existem em maior quantidade na comunidade e articulam-se com as Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), em situações que requerem abordagens mais complexas e em situações de crise.

Considerando a minha parca experiência em relação à temática e ao contexto em que ela se desenvolve, considerei pertinente iniciar o meu estágio com uma observação direta da intervenção da ECCI no ambiente natural das pessoas idosas em fim de vida, a sua casa.

As intervenções prestadas pela ECCI ao grupo das 20 pessoas em cuidados domiciliários, são orientadas de acordo com as necessidades das mesmas. E como se faz a articulação entre as necessidades das pessoas e o tipo de intervenções da ECCI? Tornou-se pertinente para mim, nesta abordagem saber que tipo de cuidados são prestados pela equipa, no sentido de adequar a intervenção às necessidades detetadas. Como se desenvolve todo o processo? Através de reflexões constantes, procurei relacionar as intervenções de enfermagem, com a revisão da literatura e numa primeira fase com as observações diretas.

Como já tinha referido anteriormente, este processo pode ter início em contexto hospitalar, numa unidade de internamento da RNCCI ou ser referenciado por um elemento da equipa de saúde das unidades funcionais do ACES. Assim, a pessoa idosa em fim de vida é integrada numa ECCI, sempre com referênciação. Inicialmente é realizado um contato telefónico para se proceder à marcação da primeira visita da ECCI à casa da pessoa idosa em fim de vida. A primeira visita é realizada pelo enfermeiro especialista, que é o elo de ligação com a restante equipa. É na primeira visita que é feita a avaliação das necessidades da pessoa idosa e família. Observei durante estas visitas domiciliarias com os enfermeiros, que a abordagem utilizada com a pessoa idosa e a família é holística. De acordo com Duarte et al., (2021), quando

nos dedicamos ao cuidado da pessoa, esse cuidado passa por todas as suas dimensões, desde o cuidado ao corpo, ao cuidado da mente, incluindo a alma/espírito.

Observei que o enfermeiro na primeira visita, através da entrevista à pessoa idosa e/ou o familiar que se encontra responsável pela pessoa, avalia as condições de saúde da pessoa idosa, a relação familiar, as condições habitacionais e socioeconómicas (Anexo II). Nesta visita o enfermeiro complementa a informação verbal com a entrega de um Guia de Acolhimento (Anexo III), com todas as informações necessárias à pessoa idosa e família, em relação ao funcionamento da ECCI. Detetei que existem famílias mais recetivas e disponíveis e outras nem tanto, mas todas recebem bem o enfermeiro e até anseiam a sua chegada. Com as informações que precisa o enfermeiro regressa à unidade e faz o plano de cuidados (Anexo IV) adaptado às necessidades daquela pessoa idosa e família, com a colaboração da restante equipa. A validação do plano com a pessoa idosa e/ou família é realizada na visita seguinte, que fica previamente agendada.

Os agendamentos das visitas são realizados pelos enfermeiros que se deslocam com o motorista ou na ausência do mesmo, eles próprios conduzem a carrinha da UCC.

Sempre que é detetada alguma necessidade que requeira a presença de outro elemento da equipa, é agendada uma visita à casa da pessoa idosa e o perito da especialidade em questão dirige-se à casa da mesma, acompanhado sempre do enfermeiro, que é na maioria dos processos, o “Gestor de Caso”. De acordo com Martins & Fernandes (2010), a gestão de caso é um processo de cooperação entre os diversos intervenientes, decorrentes de várias etapas, tais como a apreciação diagnóstica, o planeamento, a implementação, a coordenação, a monitorização e a avaliação das soluções e serviços, com o objetivo de providenciar uma resposta de excelência em tempo útil, às necessidades da pessoa, de forma a proporcionar uma prestação de cuidados de qualidade.

A ECCI tem uma organização que oferece e garante à pessoa, uma individualização dos cuidados prestados por meio de um profissional, geralmente o enfermeiro, indicado como “Gestor de Caso”, o qual é o responsável direto pelo seguimento do processo terapêutico da pessoa/família, e é também ele o elo de ligação com a restante equipa (Diário da República Nº 24 /2017).

O enfermeiro gestor de caso, nesta ECCI, é o elemento que tem como função principal a tomada de decisão, que tem sempre em conta as decisões da pessoa e da sua família, no tempo em que decorre o processo terapêutico. Em momentos de

reflexão, durante as visitas à casa da pessoa idosa, percebi que o enfermeiro especialista, como gestor de caso, tem um papel fundamental, sendo o elemento de referência para a pessoa idosa e família, monitorizando a situação da pessoa/família com a regularidade necessária. Esta monitorização tem na maioria das vezes o objetivo de reduzir as deslocações da pessoa idosa aos serviços de urgência, com situações que a própria ECCI consegue resolver e dar resposta. Compreendi que muitas vezes, através de manifestações da família da pessoa idosa, que estavam muito satisfeitos com a vigilância realizada pela equipa e principalmente pela informação fornecida pelo enfermeiro, uma vez que lhes diminuía a ansiedade e inquietação, perante determinadas situações que não teriam conseguido resolver sem a ajuda do gestor de caso. Entendi também que com todas estas funções, e com o êxito das intervenções, o enfermeiro exerce a sua função com bastante empenho e motivação, aumentando a sua satisfação profissional.

Sendo o modelo de cuidados utilizado nesta ECCI baseado numa visão holística, enquadra-se adequadamente no modelo de cuidados de enfermagem centrados na pessoa (McCormack & McCance2006).

As visitas da ECCI são programadas semanalmente e às vezes diariamente, uma vez que devido à situação pandémica, sofrem alterações constantes. Mas as intervenções mantêm-se, e baseiam-se especificamente em proporcionar conforto com a realização de pensos às soluções de continuidade e o ajuste da terapêutica sob a orientação clínica do médico da equipa com o objetivo de diminuir ou eliminar a dor, à semelhança das intervenções dos enfermeiros do contexto hospitalar.

Analisando as intervenções do enfermeiro especialista à pessoa idosa em fim de vida e família em casa e refletindo sobre o assunto, estas inserem-se especificamente em abordagens comunicacionais onde os enfermeiros desta ECCI estão muito à vontade, ao contrário dos enfermeiros do contexto hospitalar, uma vez que a fase do fim de vida faz parte das experiências diárias destes enfermeiros, inerentes às competências que foram desenvolvendo ao longo da sua experiência profissional e formação na área. Ao compreenderem esta fase da vida, os enfermeiros desta equipa estão mais preparados para ajudar as pessoas idosas durante o processo do final da vida (Eliopoulos, 2019).

- Prestar cuidados à pessoa idosa em fim de vida e família em casa

As intervenções de enfermagem nesta fase da vida da pessoa idosa, compreendem ajudar a pessoa a viver em harmonia com a sua doença e não a que a pessoa viva controlada pelas exigências da doença.

O apoio da equipa de saúde tem um papel preponderante não só em relação aos cuidados prestados, mas também pelo respeito das crenças culturais, religiosas e espirituais da família e da pessoa idosa. A capacitação da família, da pessoa idosa em fim de vida e uma organização dos cuidados de enfermagem, incluindo uma comunicação eficaz e eficiente, viabilizam a ocorrência de um processo de fim de vida e luto de forma mais esclarecido. Salienta-se assim a importância da relação estabelecida, com foco na escuta, na informação e no compromisso da equipa de saúde com a pessoa idosa e com a sua família (Terra et al., 2020).

A forma como os profissionais de saúde cuidam da pessoa e da sua família até à morte, é fundamental para o processo de luto da família.

Todas as pessoas são diferentes, por isso experienciam a realidade de forma diferente, ainda que passem por etapas com características semelhantes. A família de cada pessoa idosa em fim de vida também é diferente. Depois de a pessoa idosa morrer, algumas famílias sentem necessidade de ficar uns instantes com ela, para olhá-la atentamente e calmamente em silêncio, tocá-la, outras escolhem que o enfermeiro esteja também presente, porque não conseguem estar sozinhas com o seu ente querido, e ainda outras que não conseguem estar ao pé do seu familiar falecido. Seja qual for a escolha da família, o enfermeiro deve respeitar as escolhas feitas e não fazer juízos de valor, de acordo com as suas próprias atitudes e crenças e apoiar a família na vivência do luto e a exprimir os sentimentos a ele inerentes (Eliopoulos, 2019).

Contexto Hospitalar

Apesar de a temática do meu projeto ser referente ao contexto domiciliário, ou seja, a casa da pessoa idosa, reforço a importância do estágio efetuado em contexto hospitalar, uma vez que as atividades desenvolvidas se centraram especificamente em ações que permitiram desenvolver competências baseadas na pesquisa da mais recente evidência científica, para primeiro observar e depois prestar cuidados, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa em fim de vida e família em

casa. Ou seja, o estágio hospitalar serviu de “ponte” de conhecimentos para desenvolvimento de competências no contexto comunitário, nomeadamente em relação ao percurso efetuado pela pessoa idosa.

Integrada numa equipa, prestei cuidados e dirigi as minhas intervenções à pessoa idosa em fim de vida, sempre com base no modelo do CCP.

Durante este curto período em que prestei cuidados à pessoa idosa em fim de vida, nomeadamente os cuidados com a higiene e a observação da integridade cutânea, a alimentação, a administração de fármacos, nomeadamente para controlar o nível de dor, avaliada através do recurso ao uso de várias escalas (Escala Qualitativa, Escala *Doloplus* e Escala Numérica) (Anexo V), a avaliação dos sinais vitais, a ajuda na mobilização e posicionamentos, a observação da integridade cutânea com recurso à utilização de uma escala (Escala de *Braden*) (Anexo VI), para avaliar o risco de desenvolver úlceras por pressão, realização de pensos, entre outros procedimentos, fui criando simultaneamente uma relação terapêutica ao nível da diminuição do sofrimento da pessoa idosa em fim de vida, não só a nível do controle sintomático, mas também no desenvolvimento de uma relação empática e apoio emocional, que nem sempre foi fácil, dado a minha falta de formação em cuidados paliativos. De acordo com Neto (2021), as intervenções relacionadas com o sofrimento prendem-se com alterações ao nível de várias dimensões, como por exemplo a psicológica, logo as estratégias têm de valorizar e tratar os aspetos psicológicos. Uma comunicação apropriada é uma estratégia fulcral para diminuir o sofrimento, e como competência técnica deve ser estudada, exercida e aprimorada.

Por vezes foi complicado o confronto com o processo da finitude vivenciado pela pessoa idosa devido à fragilidade que provoca na própria pessoa e em mim. Como enfermeira e ser humano, senti-me insegura e indecisa nas minhas ações e decisões, porque a morte é um assunto que provoca rejeição, e que vamos querendo adiar, talvez porque não queremos que aquela pessoa morra no nosso turno. Alves (2013), afirma que os cuidados à pessoa em fim de vida são centrados na própria com o objetivo de diminuir a dor e proporcionar conforto, para se poder melhorar a qualidade de vida e de morte também. Os enfermeiros encontram-se mais preparados para prestar cuidados para melhorar a qualidade de vida para a pessoa viver e não para melhorar a qualidade de vida nos últimos momentos de vida da pessoa. Apresentando muitas vezes posturas de distanciamento os enfermeiros, evitam abordagens centradas na pessoa e na família sobre esta fase da vida, o que poderá

indicar necessidades de formação na área e que leva muitas vezes à insatisfação profissional e sentimentos de frustração (Alves, 2013).

Refleti bastante nestas reações pessoais de insegurança e compreendi que cada pessoa é única e tem a sua autonomia para ser ela própria durante este processo, e que eu sou sim uma “privilegiada” por poder acompanhar esta pessoa na última fase da sua vida, ao providenciar todo o tipo de cuidados em conjunto com a equipa, considerados de conforto, tal como, oferecer a mão, compor a almofada, humedecer os lábios, telefonar a um familiar ou mesmo pedir-lhe que venha ver o seu familiar idoso, se assim for a escolha e decisão da pessoa idosa. Esta é única na sua singularidade e como tal os cuidados prestados à mesma têm de ser centrados nesta particularidade e individualidade, e não só em tarefas para satisfazer as necessidades da mesma. De acordo com modelo de cuidados de enfermagem centrados na pessoa, McCormack et al., (2015), referem que os cuidados centrados na pessoa têm como objetivo humanizar os cuidados de saúde e garantir que a pessoa esteja no centro da prestação desses mesmos cuidados.

Ao dirigir a minha intervenção com base no modelo do CCP, algumas vezes os resultados não eram os esperados, nomeadamente em relação à pessoa idosa não colaborar nos cuidados, devido à ausência dos familiares, imposta pelas restrições causadas pela pandemia.

Em relação aos meus pré-requisitos, e com base no modelo do CCP, que por um lado detinha o conhecimento para intervir baseado na evidência científica, mas depois faltava-me a experiência clínica, essencial para a reflexão e adequação da intervenção às necessidades das pessoas idosas em fim de vida, ainda mais pela pandemia que se instalou e veio dificultar mais esta situação. Por muito que apresente clara perceção dos meus sentimentos, tinha falta de sentir a perceção da família no dia a dia para adequar o plano de intervenção nos cuidados diários. Nagaviroj & Anothaisintawee (2017) mencionam a necessidade de uma introspeção por parte do enfermeiro, que tem de ter conhecimento prévio da situação, ou seja, conhecer-se a si mesmo para poder ter conhecimento dos outros.

A comunicação tornou-se neste estágio, uma vez mais, um irrefutável instrumento de trabalho, permitiu-me articular com a equipa, pessoa idosa e a família, nesta fase de pandemia mais ausente, mas ao mesmo tempo, com uma presença de qualidade. Mais uma vez, e de acordo com o modelo do CCP, defendi a autonomia e a vontade da pessoa idosa em fim de vida, ao comunicar eficazmente, norteei os cuidados à mesma, consoante a sua vontade. De acordo com Sanerma et al., (2020)

os cuidados centrados na pessoa idosa requerem atenção em relação ao cumprimento dos seguintes itens: envolvimento da pessoa idosa nos seus próprios cuidados, participação e envolvimento dos membros da família e equipa de saúde nos cuidados, comunicação, capacitação da pessoa idosa e da sua família e parceria nos cuidados e prática de cuidados baseada na evidência científica. Como referem Afonso et al., (2019), que basearam a sua análise na relevância da evolução do cuidar na fase final da vida, esta é uma das áreas específicas da intervenção do enfermeiro. Relevam a pertinência da evidência para o progresso da prática, fundamental para os ganhos em saúde que se concretizam com a humanização dos cuidados, a formação específica e o destaque do enfermeiro como elemento impulsionador dos cuidados, elemento da equipa interdisciplinar e elo de ligação da pessoa idosa e família.

Gaspar et al. (2019), referem que o vínculo entre o enfermeiro e os restantes membros da equipa responsáveis pela prestação de cuidados à pessoa idosa e família, é um dos passos mais importantes para o êxito das intervenções, para promover a autonomia da pessoa idosa na fase final da vida, particularmente, quando hospitalizada.

O foco na família tem um papel social fundamental, quando é participativo e interventivo o que permitiu sentimentos de harmonia, confiança e respeito. De forma que a família garanta estas funções no hospital, a equipa de saúde tem o cargo e a missão de a envolver no processo de cuidados do seu familiar idoso, constituindo-se assim como unidade de cuidados, uma vez que também a família tem necessidades. A comunicação é um importante instrumento de trabalho, que provida de sentimento e emoção, proporcionou a exposição de dúvidas acerca da situação clínica da pessoa idosa em fim de vida de forma clara, acessível, inteligível e determinada.

Em relação à família, as intervenções processaram-se à distância e telefonicamente, uma vez que em plena pandemia de Covi-19 e com as orientações da Direção Geral de Saúde em relação aos serviços de saúde, os familiares estavam interditos de visitar o seu familiar idoso internado. Esta situação originou momentos de tensão e dificuldades na gestão da relação pessoa idosa/família, uma vez que as pessoas estiveram afastadas, e por muito que eu os tentasse ajudar, através dos contatos telefónicos e a providencia prévia de uma curta visita, em que levava a cama à porta do serviço para pessoa idosa e família se olharem apenas, todas estas situações contribuía pouco, para melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa e da sua família e causaram-me momentos de frustração pessoais.

Para dar resposta ao objetivo, apresentei uma reflexão sobre o estágio com os resultados da apresentação da grelha incluídos (Apêndice VII). As reflexões sempre constantes ao longo do estágio, permitiram ter presente o pensamento crítico que não é senão um conjunto de competências que têm um papel fundamental na área da saúde e que permitem desenvolver o raciocínio crítico. “O pensamento crítico afigura-se como um domínio essencial em qualquer área de atuação do ser humano, constituindo um elemento fulcral nos processos de resolução de problemas e na tomada da decisão” (Amorim & Silva, 2014, p.121-136).

Em tempo de pandemia e por não existirem condições para realizar uma sessão de formação no serviço para apresentação e divulgação das reflexões redigidas, resultantes da frequência no curso *On-Line* e do estágio efetuado, incluindo os resultados da implementação da grelha de observação da prestação de cuidados pela equipa, estes documentos foram disponibilizados numa pasta partilhada nos computadores do serviço, para consulta de toda a equipa de enfermagem.

Contexto Comunitário

Como refere Nogueira (2005), o (s) responsável (eis) pelo projeto desempenha um papel ativo e participa no, e com o grupo, uma vez que o projeto não é só do responsável, mas de todos os que participam nele.

Para dar resposta a este objetivo específico, utilizei a metodologia científica de enfermagem, prestei cuidados, com base no referencial teórico do CCP (McCormack & McCance, 2006) e descrevi os resultados da evidência científica, obtidos com base na realização da revisão *Scoping*.

A prestação de cuidados na casa da pessoa idosa em fim de vida permitiram-me ter consciência do meu desempenho enquanto enfermeira, num contexto muito familiar. Apesar de ser um elemento externo à equipa, fui muito bem recebida pelas pessoas idosas e pelas suas famílias, sempre “sedentas” de conversar, quer para estabelecer relações terapêuticas e/ou realizar os procedimentos técnicos. Foi facilitador a aceitação inicial por parte da pessoa idosa/família, para o êxito da relação terapêutica. Mota & Beça (2021), referem que se o profissional de saúde apresentar disponibilidade para ouvir, facilita a transmissão de sentimentos da pessoa/família, o que por sua vez facilitou a intervenção desejada.

Algumas pessoas idosas em fim de vida e os seus familiares, sob os cuidados da ECCI, aguardavam a nossa chegada com alguma ansiedade, algumas para serem

submetidas a procedimentos técnicos, como a realização de algum penso, outras para colocarem dúvidas e conversarem um pouco. De acordo com Andrade et al., 2017, as intervenções neste âmbito inserem-se numa escuta ativa, apoio, conforto, respeito e congruência, com o objetivo de se estabelecer uma relação empática com a pessoa idosa e os familiares.

As intervenções na fase final da vida, obriga a que os enfermeiros tenham conhecimentos sobre o sofrimento e a morte, e conheçam as suas próprias reações perante estas temáticas. De acordo com Markus, Betioli, Souza, Marques & Migoto (2017), as intervenções de enfermagem são inerentes ao ato de cuidar estas pessoas. É notado, por parte dos enfermeiros um respeito e uma preocupação em prestar cuidados de qualidade e humanizados, para se conseguir estabelecer uma relação de confiança.

O relacionamento interpessoal com a pessoa idosa/ família/equipa exige competências específicas, por parte do enfermeiro. Competências estas, que vão sendo adquiridas com a experiência profissional e formação específica. Os cuidados nesta fase final da vida, principalmente por estar na presença dos familiares e ser na intimidade da casa da pessoa idosa, fizeram-me sentir algumas vezes impotente e mesmo frustrada por não saber o que dizer e como reagir, por ter pouca experiência e não ter formação específica. Em alguns casos, principalmente nas primeiras visitas, senti-me mesmo muito constrangida com o sofrimento da pessoa idosa, e não consegui dizer nada. De acordo com Andrade, Silva, Seixas & Braga (2017), a maneira como a relação terapêutica tem início, é negociada e experienciada, evidencia a importância da relação enfermeiro/pessoa na descrição das experiências e conceção de um e outro na particularidade destes cuidados.

Ao longo do percurso, fui sempre refletindo e treinando algumas particularidades pessoais, complementando com a troca de experiências dos colegas da equipa, das revisões da literatura, da revisão *Scoping* e da frequência no curso *on-line*, que me foram tornando mais flexível para agir em situações de imprevisibilidade, e até alguma criatividade para adequar às situações vivenciadas por mim e por aquela pessoa idosa e família. Obriguei-me a explorar os meus próprios sentimentos sobre a morte e o luto, também quando falei com familiares de pessoas idosas falecidas, durante as visitas que fazia para assegurar como estavam as pessoas a vivenciar o luto. Alguns familiares sentiam-se agradecidos por terem estado ao lado do seu familiar idoso, enquanto este “partia”. Referiam-me que o seu familiar tinha “partido” com o coração cheio de amor e rodeada dos seus, ao contrário de ter falecido no

hospital onde não conhecia ninguém. Muitos destes familiares no final da visita, agradeciam-me o fato de os ter preparado para a morte do seu ente querido, e questionavam sempre quando voltava para poderem falar mais.

Spelten et al., (2019), referem que os cuidados à pessoa em fim de vida em casa são exequíveis e aceites pelos familiares, uma vez que aumentam a familiaridade destes com a morte e proporcionam um impacto positivo na fase do luto. O sentimento de realização profissional era recompensador, porque muitos familiares percebiam que a minha intervenção tinha ajudado na interiorização de todo o processo de fim de vida. Alguns familiares pediam para que o seu familiar fosse institucionalizado para descansarem porque já não aguentavam tanto sofrimento, nomeadamente o não conseguir alimentar e hidratar o seu familiar idoso, assim como o não conseguirem dar-lhe a terapêutica. Apesar de referir, diversas vezes, que o seu familiar idoso não se alimentava, porque não tinha necessidade, era inconcebível para aquela família que o mesmo pudesse morrer à fome, uma vez que associavam a não satisfação da necessidade à falta de cuidados com dignidade e à falta de humanização. As intervenções de enfermagem na fase final da vida têm como objetivo controlar sintomas, promover conforto e qualidade de vida através do relacionamento interpessoal estabelecido entre o enfermeiro/pessoa idosa/família e atribuir um impacto positivo ao foco da intervenção (Markus et al., 2017).

No final desta minha caminhada, destaco que consegui manter uma relação terapêutica com uma pessoa idosa e com a sua esposa, com um grande significado para mim, especialmente em termos de realização pessoal, porque me transmitiu uma grande tranquilidade e fez-me uma vez mais refletir acerca da confiança que algumas pessoas idosas em fim de vida depositaram em mim, por vezes mais do que alguns familiares. Referindo uma situação, de uma pessoa idosa, com uma doença oncológica sem tratamento curativo, estável, consciente da sua situação, que pediu para morrer em casa, acompanhado da esposa. Nos dias de visita, logo pela manhã, quando chegava à casa do Sr. X, este recebia-me com um grande sorriso e tinha sempre um assunto novo para falar, ao contrário da esposa que tinha sempre um problema para referir. As minhas intervenções muitas vezes eram dirigidas à esposa do Sr. X, com quem eu mantinha uma relação terapêutica que se baseava em cuidados de enfermagem centrados numa pessoa que cuidava de outra pessoa idosa em fim de vida. Ajudei a esposa, com base nas competências adquiridas e desenvolvidas ao longo de todo o período de estágio e em qualidades pessoais que fazem parte do meu percurso como pessoa e profissional de saúde.

Estas intervenções enquadram-se no modelo CCP, de acordo com McCormarck & McCance (2006). Os autores Sanerma et al., (2020) referem que os cuidados centrados na pessoa idosa requerem atenção em relação ao cumprimento dos seguintes itens: envolvimento da pessoa idosa nos seus próprios cuidados, participação e envolvimento dos membros da família e equipa de saúde nos cuidados, comunicação, capacitação da pessoa idosa/família e parceria nos cuidados e prática de cuidados baseada na evidência científica.

De forma a preservar e aprimorar as competências que detém, mas também com o objetivo de adquirir novas, o enfermeiro tem de seguir e produzir novas pesquisas, com acesso a novos recursos e práticas aperfeiçoadas. É com certeza, uma grande responsabilidade de cada um de nós, para cada vez mais produzirmos cuidados com qualidade (Eliopoulos, 2019).

Em tempo de pandemia e por não existirem condições para realizar uma sessão de formação à equipa da ECCI sobre “Cuidar da Pessoa Idosa em Fim de Vida”, disponibilizei documentação em *PowerPoint* (Apêndice VIII) numa pasta partilhada nos computadores da ECCI, para consulta de toda a equipa de enfermagem, bem como a afixação de um Póster realizado por mim sobre a intervenção do enfermeiro especialista como “Gestor de Caso” à pessoa idosa em fim de vida (Apêndice IX).

4.2. Conhecer a Opinião dos Cuidadores Familiares sobre os Cuidados à Pessoa Idosa em Fim de Vida pela ECCI

O projeto preconizado inicialmente para dar resposta ao objetivo geral supramencionado acima, surgiu de um convite da coordenação da UCC.

De acordo com Simões (2019), o investigador não é imparcial na seleção das suas escolhas, e quando se propõe a iniciar uma investigação, tem de ter presente incertezas e inquietudes que fazem parte da imprevisibilidade da vida.

Os objetivos específicos, para dar resposta a este objetivo geral, consistiam em: solicitar autorização à CESARSLVT para realização da investigação, pesquisar sobre o estado de arte “Opinião dos cuidadores familiares sobre os cuidados prestados à pessoa idosa em fim de vida” e realizar as entrevistas e analisar os dados.

As atividades desenvolvidas para dar resposta a cada um dos objetivos específicos, consistiram:

- Elaboração dos pedidos de autorização para realizar o estudo, ao Sr. Diretor do ACES (Apêndice X) e à Sra. Coordenadora da UCC (Apêndice XI). As autorizações do Sr. Diretor e da Sra. Coordenadora, encontram-se respetivamente nos anexos VII e VIII;

- Elaboração dos pedidos de autorização à CEARSLVT para realização da investigação. Foram solicitadas à CESARSLVT, dois pedidos para a realização de uma investigação primária, com a realização de um protocolo de investigação (Apêndice XII). Este estudo pretendia dar resposta à questão inicialmente formulada, “Qual a opinião dos cuidadores familiares sobre os cuidados prestados à pessoa idosa em fim de vida, pela ECCI?” Para dar resposta a esta questão iria ser realizado um trabalho de investigação com o objetivo de conhecer a opinião dos cuidadores familiares sobre os cuidados prestados à pessoa idosa em fim de vida, pela ECCI. Desta forma, atendendo à problemática, à justificação e aos objetivos definidos, optou-se pela metodologia qualitativa, estudo descritivo e exploratório, recorrendo à entrevista semiestruturada como instrumento de recolha de dados (Campenhoudt, Marquet & Quivy, 2019).

Foi realizada uma revisão do estado da arte para enquadramento do trabalho.

O instrumento de colheita de dados é constituído por duas partes: a primeira parte para caracterização da população sociodemográfica e a segunda parte com o guião da entrevista semiestruturada (Apêndice XIII). Para poder aplicar o instrumento de colheita de dados, elaborei um consentimento informado (Apêndice XIV).

O primeiro pedido de autorização à CESARLVT (Apêndice XV) para a realização do referido projeto, recebendo um parecer intermédio (Anexo IX). A pedido da referida comissão, foi realizada uma reunião através da plataforma Teams para esclarecimento de dúvidas subsistentes. Na sequência da reunião, reformulei o projeto de investigação de acordo com os pedidos da CESARSLVT e realizei novo pedido (Apêndice XVI). Recebi nova resposta da referida comissão, desta vez com um parecer desfavorável (Anexo X), uma vez que segundo a mesma, o anonimato da população selecionada não era assegurado. Optou-se finalmente por realizar uma investigação secundária, uma revisão *Scoping*, já abordada anteriormente.

5. REFLEXÃO CRÍTICA DO PERCURSO

Este capítulo pretende descrever as competências adquiridas e desenvolvidas, em termos de competências do enfermeiro especialista e competências de mestre em enfermagem.

Benner (2001), refere que segundo o Modelo de *Dreyfus*, em relação à aquisição e desenvolvimento de competências, o estudante atravessa cinco níveis contínuos de aptidões, que são denominados de: o iniciado, o iniciado-avançado, o competente, o proficiente e o perito. Em relação à temática apresentada neste projeto, no início do estágio situava-me no nível de iniciada-avançada e no final no nível de proficiente, devido às experiências vivenciadas no passado e presentemente, resultantes da observação e prática no estágio, e pela evidência científica encontrada nas revisões de literatura realizadas, nomeadamente na mobilização dos resultados da revisão *Scoping*.

De acordo com Afonso et al., (2019), é função do enfermeiro especialista, adquirir, compreender e incorporar a evidência científica por meio da investigação com os dados e a avaliação dos doentes.

Para desenvolver competências individuais na área da temática escolhida, foi necessário pôr em prática atividades inicialmente planeadas, traduzindo-se muitas delas na prestação de cuidados e mobilização de conhecimentos para melhorar as intervenções. Tendo em ponderação que de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro [REPE] (1996),

enfermagem é a profissão que na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível (...) através de intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais. (p.2960).

5.1. Competências de Enfermeiro Especialista

Com base nas conjeturas supracitadas e na realização das atividades ao longo dos estágios, referidas no capítulo anterior que me permitiram desenvolver competências comuns de enfermeira especialista (Regulamento n.º 140/2019), nos domínios descritos seguidamente:

- **Responsabilidade profissional, ética e legal** – Adquiri as competências previstas, na medida em que exerci a minha prática de forma segura, profissional e ética ao avaliar as necessidades da pessoa idosa e em conjunto com a equipa ao realizar entrevistas e elaborar planos de intervenção com o conhecimento da pessoa idosa e da família. As tomadas de decisão foram refletidas e determinadas em equipa e com base nos princípios que orientam o cuidar, sem colocar em causa a segurança, privacidade ou dignidade da pessoa idosa. Os cuidados foram sempre centrados na pessoa idosa e na família, de acordo com o modelo do CCP, com base em intervenções baseadas na evidência científica e preferências das pessoas cuidadas. Em relação às competências desenvolvidas, elas centram-se na garantia das práticas de cuidados que respeitam os direitos da pessoa e a minha responsabilidades como profissional, em que eu garanto o respeito pelos valores, hábitos e fé, bem como as práticas específicas da pessoa (Regulamento nº 140/2019 de 06 de fevereiro de 2019, relativo às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista).

- **Melhoria contínua da qualidade** – Adquiri as competências previstas, na medida em que contribuí para a formação da ECCI, na elaboração de um Póster elucidativo da intervenção do enfermeiro especialista como “Gestor de Caso” da pessoa idosa em fim de vida e família em casa e elaborei uma apresentação para uma sessão formativa em *PowerPoint* para a ECCI, com o título “Cuidar da pessoa idosa em fim de vida”. Promovi, em conjunto com a equipa, um ambiente seguro e protetor da pessoa idosa, com base nas decisões da própria e/ou da família e na evidência científica.

- **Gestão dos cuidados** – As minhas reflexões diárias, enquanto observava e prestava cuidados, concluíam que apesar de terem formação semelhante, os enfermeiros dos dois contextos, têm intervenções diferentes com posturas também diferentes, relacionado com a autonomia do profissional e também com o contexto. Como gestora dos cuidados, fui autónoma ao fazer uma avaliação das necessidades globais do estado de saúde das pessoas idosas em fim de vida, e executar um plano de cuidados, com o objetivo de organizar os cuidados para prevenir o aumento da fragilidade e diminuir os problemas inerentes à situação de saúde da pessoa idosa e família. Andrade et al., (2017) referem que a prática reflexiva é fundamental para a evolução da prática de cuidados, uma vez que instigam o enfermeiro a ter autonomia profissional, a autoafirmar-se e desta forma a obter colaboração da organização onde exerce as suas funções.

Adquiri as competências previstas, na medida em que na ECCI, o enfermeiro especialista é geralmente o “Gestor de Caso”, e eu particularmente desenvolvi competências ao ser “Gestora de Caso” da pessoa idosa e família, nos objetivos do projeto delineado, exerci as minhas intervenções baseadas no modelo do CCP (McCormack et al., 2015), articulando os diferentes tipos de ações consoante os profissionais da equipa. Esta articulação também se efetuou extraequipa, ou seja, com outras unidades de saúde. Orientei diariamente e sempre que necessário em conjunto com a ECCI, a gestão de recursos adequados à prestação de cuidados.

- **Aprendizagens profissionais** – Adquiri as competências previstas, na medida em que os conhecimentos transmitidos pelos orientadores do ensino clínico, foram facilitadores para o caminho do autoconhecimento, que perante a minha inexperiência em certas situações com as pessoas idosas e família, consciencializaram-me para a relação desenvolvida com os mesmos e posterior interação com a equipa, para ir ao encontro das necessidades das pessoas. As orientações dos mesmos foram pertinentes e através destas foquei-me nas áreas que apresentei maiores dificuldades como a gestão das emoções em certas situações. As intervenções na fase final da vida, compeliram-me a refletir sobre os conhecimentos adquiridos através da evidência científica, nomeadamente conhecimentos sobre o sofrimento e a morte, e experienciar as minhas próprias reações perante estas temáticas. O relacionamento interpessoal com a pessoa idosa/ família/equipa exige competências específicas, por parte do enfermeiro.

A gestão das respostas em relação a readaptações no meu percurso por alterações externas, nomeadamente em relação à CESARSLVT uma vez que desenvolvi competências na realização de um protocolo de investigação.

Embora não tivesse sido realizada a investigação primária, todo o percurso efetuado foi fundamental para o desenvolvimento da minha trajetória académica, pessoal e posteriormente profissional, que inclui todas as pesquisas efetuadas, as revisões da literatura, a revisão *Scoping*, e a formação *on-line*. Perante as adversidades, surgem as necessidades de adaptação que fazem parte das competências do enfermeiro especialista, ao nível do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, produzir respostas de adaptabilidade individual e organizacional, como “otimizar a congruência entre auto e heteroperceção, gerir sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente, atuar eficazmente sob pressão, reconhecer e antecipar situações de eventual conflitualidade e utilizar adequadamente técnicas de resolução de conflitos.”

- Em relação às competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, desenvolvi e adquiri a que refere **adaptar o ambiente e os processos terapêuticos** na pessoa idosa em fim de vida que se encontrava a vivenciar uma situação de saúde complexa resultante de uma patologia crónica sem tratamento curativo, mas sim paliativo. A pedido da pessoa idosa em fim de vida, as intervenções de enfermagem passaram a ser executadas em casa, âmbito de intervenção da ECCI. A realização da entrevista, a elaboração do plano de intervenção e a articulação com a equipa foi feita por mim, enquanto enfermeira gestora de caso e a colaboração de cada um dos profissionais da equipa (Regulamento nº 429/2018).

- Em relação às competências acrescidas em enfermagem, o **Planeamento, organização, direção e controlo** – competências adquiridas com a colaboração da ECCI, ao planear a visita, avaliar as necessidades, elaborar um plano de ação para satisfazer as necessidades da pessoa idosa em fim de vida e família, com funções de enfermeiro gestor interdependente dos outros profissionais da equipa, utilizando o modelo do CCP, com a máxima de garantir uma prática de cuidados segura e de qualidade (Regulamento nº 76/2018).

5.2. Competências de Mestre em Enfermagem

A aquisição das competências de mestre em enfermagem, segundo os descritores de Dublin (DGS, 2011), foram as seguintes:

- **Ter a capacidade de aplicar os conhecimentos e a compreensão para a resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos mais alargados (ou multidisciplinares) relacionados com a área de enfermagem:** utilizei os conhecimentos adquiridos ao longo de todo o percurso escolar e profissional em ambos os contextos de estágio ao longo do meu percurso académico para realizar o projeto, de forma mais ampliada. O desenvolvimento de competências no contexto comunitário foi efetuado pela primeira vez.

- **Possuir a capacidade de integrar os conhecimentos e lidar com questões complexas e formular juízos com informação incompleta ou limitada, mas que incluam uma reflexão sobre as responsabilidades sociais e éticas relacionadas com a aplicação dos seus conhecimentos e juízos:** integrei os conhecimentos para trabalhar questões complexas que não trabalho habitualmente, uma vez que não possuía competências para lidar com as mesmas. Nomeadamente o exercer a prática diária de forma interdependente, como trabalhar em cooperação com outras unidades

funcionais e parceiros comunitários, onde cada um contribui com as suas competências. Foi um desafio constante, na medida em que surgiam frequentemente obstáculos que me fizeram refletir, para adquirir a capacidade de ultrapassar, formulando e reformulando objetivos para desenvolver novas atividades, para se obterem resultados. A reflexão permitiu-me repensar as intervenções e mudar muitas vezes para melhorar, ponderando sempre e em primeiro lugar a proteção da pessoa idosa em fim de vida, tendo em conta sempre a conduta ética e profissional.

- **Ser capaz de comunicar as conclusões e os conhecimentos e o raciocínio que as suportam, de forma clara e sem ambiguidades, a públicos especializados e não especializados:** comuniquei as conclusões decorrentes das atividades do projeto desenvolvido, não da forma pretendida, mas da forma possível, resultante da fase pandémica que atravessamos, a toda a equipa da ECCI constituída por enfermeiros generalistas, especialistas e peritos. Dentro das limitações tentei ser dinâmica e inovadora.

- **Possuir competências de aprendizagem que permitam uma aprendizagem ao longo da vida de modo essencialmente auto direcionado ou autónomo:** o grau de mestre é atribuído ao enfermeiro que desenvolve sistematicamente competências de aprendizagem que lhe permitam aprender ao longo da sua vida com notada sublimidade, de forma autónoma. Estas novas aprendizagens foram sustentadas pela evidência científica, reflexões contínuas, novas tecnologias de informação e formação e novas técnicas de pesquisa, como a realização de um protocolo de investigação pela primeira vez. Toda a pesquisa realizada foi norteada e adaptada com o objetivo de originar e/ou aumentar o conhecimento pessoal nesta temática.

6. LIMITAÇÕES AO TRABALHO

As limitações incentivam-nos à procura incessante de soluções para atingir objetivos inicialmente previstos quando pretendemos realizar algo. Neste caso para ter conseguido implementar o projeto que descrevo neste relatório, ultrapassei algumas barreiras, imprevistos, restrições, entraves, enfim, um sem número de condicionantes devido à pandemia de Covid-19 que se instalou no mundo em dezembro de 2019 e em Portugal em março de 2020. Todo o percurso de estágio decorreu em pleno período pandémico. Tudo e todos sofreram alterações e consequentemente novas formas de readaptações.

Nesta fase da vida, enquanto estudante de um curso de Mestrado, tenho um comportamento diferente do que teria se todas estas limitações tivessem surgido enquanto aluna do curso de licenciatura, simplesmente porque atualmente já estou familiarizada e tenho maturidade e experiência pessoal e profissional para lidar com algumas realidades das situações da vida e mantive-me resiliente do princípio ao fim.

Inicialmente tive de pedir autorização para alterar o campo de estágio devido à pandemia. No prazo de um mês tive de construir um novo projeto, seguidamente foi-me proposto a realização de um projeto de investigação intitulado “Perceção dos cuidadores familiares sobre os cuidados prestados pela ECCI à pessoa idosa em fim de vida”, com o objetivo de conhecer a perceção dos cuidadores familiares sobre esses mesmos cuidados para se poder melhorar a qualidade desses mesmos cuidados. No entanto, e pelo que referi anteriormente a CESARSLVT não autorizou o projeto e consecutivamente a metodologia do trabalho foi alterada e realizei como opção mais viável, uma revisão *Scoping*.

O plano de trabalho elaborado com a minha orientadora clínica, era alterado semanalmente e por vezes diariamente, uma vez que a mesma sendo um elemento da UCC era alocada frequentemente em outras unidades de saúde para prestar cuidados em relação a situações de saúde relacionadas com a pandemia. No entanto, fui sempre acompanhada e apoiada durante a realização do meu projeto e nunca estive sozinha ou me senti desamparada.

Ao longo deste percurso acidentado, passei por períodos de desmotivação, que serviram de impulso para avançar, sempre apoiada pela minha orientadora pedagógica.

A acrescentar a todas estas alterações com o projeto nos locais de estágio, no meu local de trabalho aumentavam as dificuldades, exigências, stress emocional e

cansaço físico e aumento da carga horária. Com o número de doentes e profissionais infetados, advieram períodos de isolamento profilático, em que fiquei sem poder deslocar-me aos locais de estágio e/ou escola durante 30 dias na totalidade. Enfim, um sem número de imprevistos e adaptações e dias sem fim de trabalho e noites sem dormir. Mas como tudo tem um principio, meio e fim, aqui me encontro a escrever estas linhas motivadoras para quem vai ler o trabalho e acredite, tal como eu, que o que nos acontece ao longo da vida, tanto o que é bom como o que é menos bom, ajuda a transformarmo-nos no que somos neste momento.

7. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

A implementação deste projeto obrigou-me a pensar quase sempre diferentemente em relação à forma de pensar no meu dia a dia. Uma das aprendizagens efetuadas foi a utilização frequente do pensamento reflexivo, que de acordo com Bezerra et al., (2017) é um pensamento diferente do habitual, é ativado pela incerteza e por isso leva a uma pesquisa, a uma procura de informação. E foi essa pesquisa efetuada, bem como a partilha de experiências de peritos na área e o desenvolvimento da prática clínica durante o estágio que contribuíram para saber quais as intervenções de enfermagem à pessoa idosa e sua família em casa. Com o desenvolvimento deste projeto estou a contribuir para a sistematização das intervenções de enfermagem e para uma continuidade dos cuidados com qualidade.

Seria uma mais-valia, a existência de mais enfermeiros com formação específica em cuidados paliativos, o que levaria à existência de mais ECSCP nomeadamente em cada ACES, o que diminuiria o número de pessoas em fim de vida hospitalizadas e institucionalizadas, e o número de camas alocadas a uma ECCI aumentaria, porque aumentariam também o número de profissionais com formação específica. Cada vez mais, e segundo a evidência científica consultada, as pessoas idosas em fim de vida pedem para passar o último período da sua vida no conforto da sua casa.

Como referem Sun, Guerriere & Coyte (2020) no estudo que realizaram, saber qual é o local de preferência de morte das pessoas em fim de vida que necessitam de cuidados paliativos, pode contribuir para direcionar as políticas e os recursos dos sistemas de saúde, assim como as ofertas dos programas de cuidados paliativos, em termos de recursos humanos e materiais com o grande objetivo de aumentar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas idosas em fim de vida e família. Nas últimas décadas o paradigma tem mudado e as pessoas pedem cada vez mais para morrer em casa.

Considera-se assim pertinente uma aposta cada vez mais consistente na investigação para a evolução dos cuidados paliativos como um direito e um requisito para o acesso aos cuidados de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Futuramente a voz da pessoa idosa e dos seus familiares far-se-ão ouvir e ecoarão nos meus pensamentos em modo reflexivo relativamente às minhas intervenções, como foram aplicadas e qual o impacto que tiveram.

Uma diversidade de ideias foram surgindo, ao longo de todo este percurso, de todo longe de ser linear, mas cujos contributos se tornaram muito pertinentes para possíveis sugestões de melhoria e incentivos em futuros projetos.

Quando decidi ingressar no Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa, tinha como metas o desenvolvimento pessoal e profissional, procura de recursos, competências, qualificações e ferramentas que me habilitassem a melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa.

O cuidar está implícito nas intervenções do enfermeiro especialista que cuida da pessoa idosa em fim de vida e família em casa, a grande temática deste trabalho, que tinha como um dos objetivos gerais, desenvolver competências de mestre e enfermeira especialista nesta área. Este projeto tinha dois objetivos gerais. Um desses objetivos gerais não foi atingido devido a condicionantes imprevistas, no entanto uma das competências do enfermeiro especialista é dar resposta a uma situação imprevista, adaptando-se, pessoalmente e em termos organizacionais (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019). E esta foi garantidamente uma das competências que adquiri, entre outras.

A elaboração do relatório permitiu-me realizar uma análise reflexiva constante sobre a aquisição de competências, os objetivos e as atividades desenvolvidas para os atingir, nos diferentes campos de estágio repletos de experiências enriquecedoras, quer a nível da observação da prática que a nível da realização da prática sustentada na evidência científica resultante das revisões da literatura que fiz. Daí ter sido pertinente realizar uma revisão *Scoping*, que me permitiu mapear a evidência científica sobre a temática, para me inteirar das intervenções dirigidas à pessoa idosa em fim de vida em casa, contexto onde me fez mais sentido realizar o estágio de maior duração, e onde se apresentaram os maiores desafios, uma vez que não é o contexto onde exerço a minha prática diária.

As intervenções de enfermagem à pessoa idosa em fim de vida em casa, são muitas vezes uma alternativa ao internamento ou institucionalização, para a prestação

de cuidados paliativos, o que diminui a despesa nos serviços de saúde e os riscos de complicações com a saúde da pessoa idosa (Andrade et al., 2016). De acordo com estes autores, é de extrema importância formar os enfermeiros nesta área, para se adequarem as intervenções às necessidades da pessoa idosa e família e se aumentarem e melhorarem os recursos na comunidade.

Iniciando já esta máxima e como enfermeira dedicada à prestação de cuidados humanizados, dirigi as minhas intervenções a este grupo de pessoas com o objetivo de proporcionar conforto, controlar sintomas e melhorar a sua qualidade de vida até ao fim. Markus et al., (2017) referem que as pessoas em fim de vida sem possibilidades de cura, continuam sempre a precisar de cuidados e a promoção do conforto e da dignidade estão no centro dos cuidados da enfermagem. O cuidado é completo, com ou sem procedimentos técnicos e terapêuticas associadas. Muitas das relações terapêuticas são constituídas apenas com ações de humanização dos cuidados, como dar a mão, exibir um sorriso, compor a almofada, falar sobre o dia lá fora, construir uma relação de confiança (Markus et al., 2017).

Ao longo de todo o estágio, os cuidados prestados, foram baseados no referencial teórico do cuidado centrado na pessoa, (McCormack & McCance, 2006), uma vez que este conjunto de conceitos (cuidado/centrado/pessoa) está firmemente implementado no atual discurso da enfermagem e a ser adotado pelos sistemas de saúde a nível mundial. A humanização dos cuidados com a pessoa cuidada no centro desses mesmos cuidados é fundamental para a melhoria da qualidade dos cuidados (McCormack et al., 2015).

O desenvolvimento deste projeto e conseqüente elaboração do relatório, mostrou-se um enorme desafio com todos os imprevistos, resultantes da pandemia de Covid-19, mas considero que fui aceitando, às vezes sob pressão do tempo que me fez tropeçar e mesmo cair, mas ao mesmo tempo percebi quem realmente sou, e o que pretendo futuramente.

Almejo com os conhecimentos obtidos, aplicá-los na prática diária. A curto prazo pretendo frequentar uma pós-graduação em cuidados paliativos, para poder na mesma instituição onde exerço as minhas funções, prestar cuidados no serviço de cuidados paliativos do meu Centro Hospitalar.

A médio prazo, tenho como objetivos mudar a minha prática diária de uma instituição hospitalar, para uma instituição comunitária, para integrar uma ECSCP e assegurar a continuidade dos cuidados, muitas vezes iniciados no hospital.

Como se pretende que o enfermeiro especialista mostre conhecimentos sobre a prática de enfermagem avançada, sustentados na melhor evidência científica possível, com o objetivo da melhoria contínua da prática, é suposto articular todos os saberes, recursos e competências ao transmitir os resultados obtidos na investigação. Sendo assim pretendo colaborar com a instituição onde presto cuidados no presente e futuramente em outra, em formações na área da pessoa idosa em fim de vida, transmitir as boas práticas em formações internas e externas, nomeadamente em encontros de carácter científico e realizar um trabalho de investigação sobre a temática iniciada neste percurso, considerado impulsionador.

Finalmente, pretendo publicar a *revisão Scoping* que desenvolvi ao longo do percurso de estágio e se possível colaborar com a ESEL em trabalhos futuros, nomeadamente de partilha de experiências pessoais e profissionais.

Termina-se um ciclo com a conclusão deste projeto e inicia-se outro com a partilha do mesmo e início de outros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, T., Ramos, A., & Charepe, Z. (2019). Alimentação na pessoa em fim de vida: análise de conceito. *Cadernos De Saúde*, 11(1), 42-49. Disponível em: <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.5282>
- Alves, P. V. (2013). Intervenção do Enfermeiro que cuida da pessoa em fim de vida com alterações do comer e beber. *Pensar Enfermagem*, 17 (1), 17-30. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE17-1_17_30.pdf
- Amorim, M. P., & Silva, I. (2014). Instrument for assessing critical thinking in students and health professionals. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15 (1), 121-136. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/14psd150111>
- Andrade, A. M., Silva, K. L., Seixas, C. T., & Braga, P. P. (2017). Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70 (1), 210-219. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0214>
- Associação Nacional de Cuidados Paliativos. (2006). Organização de serviços de cuidados paliativos: Recomendações da ANCP. *Cuidados Paliativos*, 1-22. Disponível em: https://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Bezerra, A. C., Schneider, M., & Brisola, A. (2017). Pensamento reflexivo e gosto informacional: Disposições para competência crítica em informação. *Informação e Sociedade*, 27 (1), 7 – 16. Disponível em: <https://doi.org/10.22478/ufpb.1981-0695.2017v12n2.37151>
- Campenhoudt, L, V. Marquet, J., & Quivy, R. (2019). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2019). *Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos: Biénio:2019-2020*. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP_2017-2018-1.pdf

- Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2017). *Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos: Biénio:2017-2018*. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/09/Plano-Estrat%C3%A9gico-CP_2017-2018-1.pdf
- Cortês, A. R., Coelho, A. & Afonso, R. (2021). In A. G. Abejas & C. Duarte (Coords.), *Humanização em cuidados paliativos* (pp. 139-147). Lisboa: Lidel
- Costa, A.S., Ribeiro, A., Varela, A., Alves, E. M., Regateiro, F., Elias, I. ... Ferreira, P. S. (2017). Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025: Proposta do grupo de trabalho interministerial (Despacho n.º 12427/2016). Acedido em 26/04/2021. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Despacho nº 4027-A/2016 (2016). Determina a constituição de uma coordenação estratégica para a prevenção e gestão da doença crónica. Ministério da Saúde, *Diário da República*, II Série (Nº 55 de 18-03-2016) Acedido em: <https://dre.pt/home/-/dre/73908189/details/maximized>
- Diário da República Nº 24 (2017). Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (Nº 24 de 02-02-2017). ELI: <https://data.dre.pt/eli/diario/1/24/2017/0/pt/html>
- Direção Geral do Ensino Superior. (2011). *O Quadro de qualificações do ensino superior em Portugal: Relatório da comissão internacional sobre a verificação da compatibilidade com o quadro de qualificações do espaço europeu do ensino superior* 1-69. Disponível em: https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_ensino_superior_portugal_qq-eees_0.pdf
- Duarte, C. Navalho, A. P. & Pinto, C. (2021). In A. G. Abejas & C. Duarte (Coords.), *Humanização em cuidados paliativos* (pp. 139-147). Lisboa: Lidel
- Eliopoulos, C. (2019). *Enfermagem gerontológica* (9ª edição). Porto Alegre: Artmed.
- Evans, C.J., Ison, L., Ellis-Smith, C., Nicholson, C., Costa, A., Oluyase, A.O. & Maddocks, M. (2019). Service delivery models to maximize quality of life for

older people at the end of life: a rapid review. *Milbank Quarterly*, 97 (1), 113-175. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12373>

Ferreira, P., Antunes, B., Pinto, A., & Gomes, B. (2012). Cuidados de fim de vida: Portugal no projeto europeu PRISMA. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30 (1), 62–70. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.04.001>

Gaspar, R. B., Silva, M. M., Zepeda, K. G. M., & Silva, I. R. (2019). O enfermeiro na defesa da autonomia do idoso na terminalidade da vida. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72 (6), 1639-45. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0768>

Gerber, K., Hayes, B., & Bryant, C. (2019). Preferências pelo local de atendimento e local de morte: o quê, como, quando e a quem perguntar? *Progress in Palliative Care*, 27 (2), 64-68. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09699260.2019.1611988>

Gomes, B., Sarmiento, V. P., Ferreira, P. L., & Higginson, I. J. (2013). Preferências e locais de morte em regiões de Portugal em 2010. *Centro de Estudos e Investigação Em Saúde Da Universidade de Coimbra*, 1–20. Disponível em: <https://www.apcp.com.pt/uploads/portuguesereport2013v6.pdf>

Johansen, M.L, & O'Brien, J.L. (2016). Decision Making in Nursing Practice: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 51 (1), 40-48. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/nuf.12119>

Kubler-Ross, E. (1996). *Sobre a morte e o morrer: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes*. Brasil: Martins Fontes.

Llano, P. L., & Sequeira, C. (2018). Síndrome de fragilidade no idoso. In C. Sequeira (Coord.), *cuidar de idosos com dependência física e mental* (pp. 28-36). Lisboa: Lidel.

- Leguía, L. S., Juárez, R. M., García, M. P. G., Morales, M. L., & Prieto, A. M. (2019). Experiencia del cuidador familiar con los cuidados paliativos y al final de la vida. *Index Enfermería*, 28 (1-2), 51-55. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962019000100011&lng=es&tlng=es
- Lei nº 111/2009 (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de abril de 2009. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (Nº 180 de 16-09-2009), 6528-6550. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/111/2009/09/16/p/dre/pt/html>
- Lei Nº 101/2006 (2006). Procede à criação da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (Nº 109 de 6-06-2006), 3856-3865. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/101/2006/06/06/p/dre/pt/html>
- Lei nº 281/2003 (2003). Cria a Rede de Cuidados Continuados de Saúde. Ministério da Saúde. *Diário da República*, I Série (Nº 259 de 08-11-2003), 7492-7499. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/281/2003/11/08/p/dre/pt/html>
- Lei nº 161/96 (1996). Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Ministério da Saúde. *Diário da República*, Série I – A de 04 de setembro de 1996 (Nº 161 de 04-09-1996), 2959-2962. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>
- Lindolpho, M. C., Caldas, C. P., Sá, S. P. C. & Santos, N. D. S. (2016). Cuidados de enfermagem ao idoso no fim de vida. *Cienc Cuid Saúde*, 15 (2), 383-389. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v15i2.23904>
- Markus, L. A., Betiolli, S. E., Souza, S. J. P., Marques, F. R. & Migoto, M. T. (2017). A atuação do enfermeiro na assistência ao paciente em cuidados paliativos. *Revista Gestão & Saúde*, 17 (1), 71-81. Disponível em: <http://www.herrero.com.br/files/revista/file808a997f5fc0c522425922dc99ca39b7.pdf>
- Martins, M. do C.A., & Fernandes, P.F da C. (2010). *O gestor de caso: aplicabilidade do conceito* (Tese de doutoramento). Disponível em:

<https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/1731/1/Gest%c3%a3o%20de%20caso%20art%202010%20REposit%20C.pdf>

McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., Karlsson, B., McCance, T., Mekki, T.E, Porock, D., van Lieshout, F. & Wilson, V. (2015). Person-centredness – the ‘state’ of the art. *International Practice Development Journal* 5 (1), 1-15. Disponível em: <http://ro.uow.edu.au/smhpapers/3798>

McCormack, B., & McCance, T.V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472-479. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>

Ministério da Saúde (2009). Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade. *Diário Da República*, 2.^a Série — Nº 74, 15438–15440. Acedido em: <http://www.sg.min-saude.pt/NR/rdonlyres/4D921E90-4382-4E9E-B682-3FE85F261D87/16463/Desp101432009ACESUCCReg.pdf>

Mota, C. L., & Beça, H. P. (2021). In A. G. Abejas & C. Duarte (Coords.), *Humanização em cuidados paliativos* (pp. 139-147). Lisboa: Lidel

Nagaviroj, K., & Anothaisintawee, T. (2017). A study of the association between multidisciplinary home care and home death among thai palliative care patients. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 34 (5), 397–403. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1049909116631550>

Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, H., & Cardoso, M. (2019). Os sistemas de informação em enfermagem e os indicadores de qualidade: contributos e desafios para a prática clínica. *Atas CIAIQ 2019*. 1, 965–970. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2363/2269>

Neto, I. G. (2021). In A. G. Abejas & C. Duarte (Coords.), *Humanização em cuidados paliativos* (pp. 139-147). Lisboa: Lidel

Nogueira, N., R. (2005). *Pedagogia dos projetos. Etapas, papéis e atores*. São Paulo: Erica.

Nunes, L., Amaral, M. & Gonçalves, R (Coord.) (2005). *Código deontológico do enfermeiro: Dos comentários à análise dos casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2021). *Cuidados primários de saúde*. Disponível em: <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2020). *Palliative care*. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Organização Mundial de Saúde (2015). *Resumo Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. Psychological Science*. OMS, 25 (9), 1682-1690. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>

Organização das Nações Unidas (2020). *Envelhecimento*. Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental. Disponível em: <https://unric.org/pt/envelhecimento/>

Organização das Nações Unidas (ONU) (2019). População mundial deve ter mais 2 bilhões de pessoas nos próximos 30 anos Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2019/06/1676601>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº 156/2015 de 16 de setembro). Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE - alterado e republicado pela Lei nº 156/2015, de 16 de setembro. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_R EPE_29102015_VF_site.pdf

Paranhos, D., G., A., M, Albuquerque, A., & Garrafa, V. (2017). Vulnerabilidade do paciente idoso à luz do princípio do cuidado centrado no paciente. *Saúde e Sociedade*, 26 (4), 932–942. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017170187>

Peters, M. D., Godfrey, C., Mclnerney, P., Soares, C. B., Khalil, H., & Parker, D. (2017). Chapter 11: Scoping Reviews. In: E. Aromataris & Z. Munn (Editors). *Joanna Briggs Institute Reviewer’s Manual*. The Joanna Briggs Institute. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (Nº26 de 6-02-2019), 4744 – 4750. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Regulamento nº 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (Nº 135 de 18-07-2018), 19354-19359. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/115692952>

Regulamento nº 76/2018 (2018). Regulamento da Competência Acrescida Avançada em Gestão. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (Nº 21 de 30-01-2018), 3484-3486. Disponível em: [114599547 \(dre.pt\)](https://dre.pt/application/conteudo/114599547)

Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1-38. Disponível em http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Sanerma, P., Miettinen, S., Paavilainen, E., & Åstedt-Kurki, P. (2020). A client-centered approach in home care for older persons – an integrative review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 38 (4), 369-380. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1841517>

- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (2ª ed). Lisboa: Lidel.
- Silva, J. F. (2006). *Quando a vida chegar ao fim. Expectativas do idoso hospitalizado e família*. Lisboa: Lusociência.
- Simões, A. S. L. (2019). *A promoção e preservação da dignidade no contexto de cuidados em lares de idosos*. Lisboa: Lusodidacta.
- Simões, A. S. L. (2013). Cuidados em Fim de Vida em Lares de Idosos. Revisão Sistemática da Literatura. *Pensar Enfermagem*, 17 (1), 31-61. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE17-1_31_61.pdf
- Spelten, E., Timmis, J., Heald, S., & Duijts, S.F.A. (2019). Rural palliative care to support dying at home can be realised, experiences of family members and nurses with a new model of care. *Australian Journal of Rural Health*, 27 (4), 336–343. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ajr.12518>
- Sun, Z., Guerriere, D.N, de Oliveira, C., & Coyte, P.C. (2020). Temporal trends in place of death for end-of-life patients: Evidence from Toronto, Canada. *Health and Social Care in the Community*, 28 (5), 1807-1816. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hsc.13007>
- Terra, I.B., Pereira, B.C., Andrade, M. B. T., Goyatá, S. L. T., Dázio, E. M. R. & Resck, Z.M.R. (2020). Assistência multiprofissional no domicílio às pessoas em cuidados paliativos e familiares. *Enfermagem Brasil*, 19(1), 75-86. Disponível em: <https://doi.org/10.33233/eb.v19i1.2860>

ANEXOS

ANEXO I - Diploma da frequência no Curso On-Line “Agentes de Fim de Vida”

Certifica-se

que, **Anabela Gonçalves**

esteve presente na qualidade de Participante no CURSO ONLINE AGENTES DE FIM DE VIDA: PREPARAR EQUIPAS PARA LIDAR COM DOENTES EM FIM DE VIDA, realizado na plataforma Zoom, nos dias 30 de Novembro - 1 - 2 - 3 - 4 e 5 de Dezembro de 2020, no horário 18h00 - 19h00.

Coordenador Científico Professor Doutor José Pinto da Costa.

CARGA HORÁRIA TOTAL 6 horas.

CURSO ONLINE AGENTES DE FIM DE VIDA
PREPARAR EQUIPAS PARA LIDAR COM DOENTES EM FIM DE VIDA

- A relação de Algodão no Luto | Professor Doutor Eduardo Carlos | 1.30 de Novembro
- Envelhecimento e Finitude | Dr. Patrício Oliveira | 1 de Dezembro
- O Processo de Morte e o Mito | Dra. Ana Cláudia Queirós Araújo | 2 de Dezembro
- Comunicação de más notícias | Nana Dinça Gomes | 3 de Dezembro
- A fé no luto da morte | P. Humberto Coelho | 4 de Dezembro
- Construção da boa morte | Dra. Cláudia Moura | 5 de Dezembro

DIAS: 30 DE NOVEMBRO - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 DE DEZEMBRO DE 2020
HORÁRIO: 18h-19h
LOCAL: PLATAFORMA ZOOM

Zoom, European Union, Portugal, CMStatus, Gabinete de Congressos

Coordenador Científico

Professor Doutor José Pinto da Costa

CEO CMStatus Porto | Lisboa

Doutora Cláudia Moura



ANEXO II – Entrevista de Admissão do Utente na ECCI

Data: ___/___/___

1. Dados de identificação

Nome e por qual gosta de ser tratado:

Estado Civil: Profissão: Aposentado

Cuidador(a) Principal: Familiar Amigo Outro Vive só

Grau de Parentesco: Telefone: /

Grau de Instrução do cuidador: Sabe ler Sabe escrever

Grau de instrução do utente: Sabe ler Sabe escrever

Unidade de Saúde: Médico de Família:

Referenciado: Médico de família Hospital outra Unidade Qual?

Internado em: de ___/___/___ a ___/___/___

Observações:

Quem respondeu ao inquérito:

O próprio O prestador de cuidados Outro:

Tem contratualizado Apoio Domiciliário: Sim Não Frequência: Quais:

2. Parâmetros Vitais

Temperatura: Frequência Cardíaca: Tensão arterial:

Respiração Torácica Abdominal Mista ; Amplitude Superficial Média Profunda

Simétrica Assimétrica ; Ritmo Regular Irregular ; Frequência Respiratória: Sat.O₂:

3. Antecedentes Pessoais

Alergias: Medicamentosas Alimentares Desconhece

Diabetes Mellitus Tipo: Ano do diagnóstico: Onde e por quem é vigiado:

Tem Máquina para avaliara glicemia capilar: Sim Não Avalia com que periodicidade:

Hipertensão: Sim Não Ano do diagnóstico: Onde e por quem é vigiado:

Hábitos Alcoólicos: Sim Não Quantos Anos: Quantidade ingerida diariamente:

Hábitos Tabágicos: Sim Não Quantos Anos: Número de cigarros por dia:

Outras adições:

Doença Respiratória: Sim Não Qual?.....

Hipocoagulado: Sim Não Qual?.....

Ostomias: Sim Não Tipo: Data: ____/____/____ Local:

Complicações da ostomia: Sim Não Quais?..... Patologia:

Astenia/ cansaço/ debilidade Agitação motora Tosse

Alterações de humor Agitação psíquica Perdas sanguíneas

Caracterize:.....

Sono e repouso:

Ajudas Técnicas que já tem em casa:

Internamento anteriores:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4. Medicação atual

.....

.....

.....

.....

.....

.....

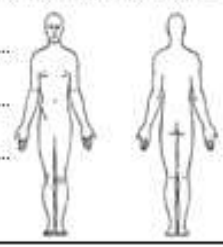
.....

.....

5. Classificação de Funcionalidade – Idoso Funções e Estrutura do Corpo

1 - Funções mentais/ Estrutura do Sistema nervoso, consciência e orientação no espaço/ tempo:
2 - Funções sensoriais e dor Ausente <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Intensidade: Score..... Localização: Duração: Aguda <input type="checkbox"/> Crónica <input type="checkbox"/> Continua <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Quando começou?..... Descrição: Mojinha <input type="checkbox"/> Picada <input type="checkbox"/> Choque <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Outro: Tipo: Nociceptiva <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Factor desencadeante: Movimento <input type="checkbox"/> Postura <input type="checkbox"/> Execução tratamento <input type="checkbox"/> Estado emocional <input type="checkbox"/> Outro Factor de alívio: Repouso <input type="checkbox"/> Postura <input type="checkbox"/> Outro
3.1 - Olho, ouvido e estruturas relacionadas Visão prótese ocular?Prótese Auditiva?
3.2 - Funções da voz e da fala:

4 – Funções/ Estrutura do aparelho cardiovascular, dos sistemas hematológico e imunológico e do aparelho respiratório:	
5 – Funções/ Estrutura do aparelho digestivo e dos sistemas metabólicos e endócrino	
Dificuldade quando mastiga e deglute: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Tipo de dieta Nº de refeições por dia	
Obs:	
Funções de defecação	Funções de manutenção do peso:
Padrão Intestinal	Peso:Kg Altura:m
Última dejeção:/...../.....	Perímetro Abdominal:cm
6 – Funções/ Estrutura do aparelho geniturinários e reprodutivo	
7 – Funções de manutenção esqueléticas e funções/ estruturas relacionadas com o movimento:	
Estrutura do membro superior	
Obs:	
Estrutura do membro inferior:	
Obs:	
8 – Funções/ Estruturas das áreas da pele:	Descrição lesões cutâneas:
Úlcera de Pressão.....
Úlcera Venosa/ Arterial/ Mista
Úlcera Diabética.....
Úlcera Maligna.....
Ferida Traumática.....
Flictenas.....
Queimadura.....
Outras:.....



6. Quedas

Antecedentes de Quedas: Sim Não

Diagnóstico Secundário: Sim Não

Apoio para Deambulação: Apoia-se na mobília Canianas/Bengala/Andarilho Nenhum/Apoiado/Acamado

Marcha: Normal/Acamado/Cadeira de Rodas Desequilíbrio fácil Défice de marcha

Estado Mental: Consciente das suas limitações Não consciente das suas limitações

Nº de quedas no último ano:

Momento de queda: Menos de 1 mês

1Mês a 1Ano

Mais de 1 ano

7. Avaliação anímica e emocional

Triste/ Deprimido: Muito tempo/sem resp. Metade do tempo Pouco tempo Nunca

Nervoso/ Ansioso: Muito tempo/sem resp. Metade do tempo Pouco tempo Nunca

Sensação de Depressão: Sim Não

8. Avaliação Social:

Nº de coabitantes na sua residência:Tempo que está só nas 24 horas:horas

Ter com quem desabafar/ ter confidente: Sim Não

Andar a pé na rua (nº de horas/semana):Ginástica ou desporto (nº de horas/ semana):

Outra atividade física (nº de horas/ semana):

ANEXO III - Guia de Acolhimento ao Utente da ECCI

Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)



Equipa Multidisciplinar da ECCI

- Médico de Clínica Geral;
- Enfermeiros;
- Assistente Social;
- Assistente Técnica;
- Psicologia.

Gestor de Caso:

Morada:

Contactos:

Tel.:

Fax:

E-mail:

Horário de funcionamento:

2ª a 6ª feira

08h00 às 18h00

Sábado

08h00 às 12h00

GUIA DE ACOLHIMENTO AO UTENTE



ECCI EQUIPA DE CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

Revisto em junho/2019



Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI)

O que é

É uma equipa constituída por enfermeiros, médico, assistente social e outros profissionais, de acordo com as necessidades do utente, que presta cuidados globais no domicílio, a utentes e suas famílias, com dependência funcional; pessoas idosas com critérios de fragilidade; pessoas com doenças crónicas evolutivas e dependência funcional grave por doença física ou psíquica, progressiva ou permanente; pessoas que sofrem de uma doença em situação terminal.

Esta equipa faz parte da Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados (Dec. Lei nº 101/2006, de 6 de Junho).

A quem se destina

A todas as pessoas residentes nas freguesias de

Objetivos

As ações e cuidados a prestar são de natureza preventiva, curativa, de reabilitação e paliativa integrando ou articulando, designadamente:

Cuidados de saúde, com particular relevância para a reabilitação e / ou promoção da autonomia e do bem-estar aos cidadãos em situação de dependência; apoio na satisfação das necessidades básicas; apoio psicológico e social; ajuda na interação utente/família, promovendo a colaboração do próprio e de outros conviventes ou voluntários organizados; ajuda para aquisição de capacidades e competências dos utentes e suas famílias, promovendo a máxima autonomia possível e o autocuidado.

Quem referencia

A referenciação à RNCCI é realizada a pedido do doente, da família, ou por sugestão da equipa de cuidados:

- ♦ Hospitais;
- ♦ Unidade de Saúde onde o utente está inscrito.

Quais os critérios

Pessoas de todas as idades com dependência funcional;

Pessoas com doença crónica que necessitem de intervenção no domicílio;

Pessoas com necessidades de continuidade de cuidados iniciados nos hospitais/ unidades de internamento, e que se encontrem impossibilitadas de se deslocarem às Unidades de Saúde;

Cuidadores /familiares de pessoas dependentes.

Custos

A valência de ECCI é

GRATUITA !

ANEXO IV - Plano de Cuidados da ECCI

ECCI de



NOME	
SNS	
IDADE	
Contactos/ Cuidadores	
Reside com	
Morada	
Médico de Família	
Enfermeiro de Família	
ALERGIAS	
DIAGNÓSTICOS	
INTERNAMENTOS	
Dieta	
Medicação	
Referenciado à ECCI para:	
CONSULTAS	
Resumo da História Social	
Registos de Enfermagem	
	<ul style="list-style-type: none">• Admissão ECCI –

<p>Avaliação Inicial de Enfermagem</p>	
<p>ECCI Plano</p>	<p>Objetivos:</p>
	<p>Intervenções propostas:</p>
	<p>Plano:</p>
<p>Avaliações Intercalares de Enfermagem</p>	

ANEXO V - Escalas de Avaliação da Dor

Escala Qualitativa

Sem Dor	Dor Ligeira	Dor Moderada	Dor Intensa	Dor Máxima
---------	-------------	--------------	-------------	------------

Escala Numérica

Sem Dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Dor Máxima
---------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	------------

ESCALA DOLOPLUS <small>AValiação Comportamental da Dor na Pessoa Idosa</small>															
APELIDO:										NOME PRÓPRIO:		DATAS			
SERVIÇO:										Observação Comportamental					
REPERCUSSÃO SOMÁTICA															
1. Queixas somáticas	. ausência de queixas										0	0	0	0	
	. queixas apenas quando há solicitação										1	1	1	1	
	. queixas espontâneas ocasionais										2	2	2	2	
	. queixas espontâneas contínuas										3	3	3	3	
2. Posições antálgicas em repouso	. ausência de posição antálgica										0	0	0	0	
	. o indivíduo evita certas posições de forma ocasional										1	1	1	1	
	. posição antálgica permanente e eficaz										2	2	2	2	
3. Protecção de zonas dolorosas	. posição antálgica permanente ineficaz										3	3	3	3	
	. ausência de protecção										0	0	0	0	
	. protecção quando há solicitação, não impedindo o prosseguimento do exame ou dos cuidados										1	1	1	1	
	. protecção quando há solicitação, impedindo qualquer exame ou cuidados										2	2	2	2	
4. Expressão facial	. protecção em repouso, na ausência de qualquer solicitação										3	3	3	3	
	. mímica habitual										0	0	0	0	
	. mímica que parece exprimir dor quando há solicitação										1	1	1	1	
5. Sono	. mímica que parece exprimir dor na ausência de qualquer solicitação										2	2	2	2	
	. mímica inexpressiva em permanência e de forma não habitual (átona, rígida, olhar vazio)										3	3	3	3	
	. sono habitual										0	0	0	0	
	. dificuldade em adormecer										1	1	1	1	
REPERCUSSÃO PSICOMOTORA	. despertar frequente (agitação motora)										2	2	2	2	
	. insónia com repercussão nas fases de despertar										3	3	3	3	
	. capacidades habituais conservadas										0	0	0	0	
6. Higiene e/ou vestir	. capacidades habituais pouco diminuídas (com precaução mas completas)										1	1	1	1	
	. capacidades habituais muito diminuídas, higiene e/ou vestir difíceis e parciais										2	2	2	2	
	. higiene e/ou vestir impossíveis; o doente exprime a sua oposição a qualquer tentativa										3	3	3	3	
	. capacidades habituais conservadas										0	0	0	0	
7. Movimento	. capacidades habituais activas limitadas (o doente evita certos movimentos, diminui o seu perímetro de marcha)										1	1	1	1	
	. capacidades habituais activas e passivas limitadas (mesmo ajudado, o doente diminui os seus movimentos)										2	2	2	2	
	. movimento impossível; qualquer mobilização suscita oposição										3	3	3	3	
REPERCUSSÃO PSICO-SOCIAL															
8. Comunicação	. sem alteração										0	0	0	0	
	. intensificada (o indivíduo chama a atenção de modo não habitual)										1	1	1	1	
	. diminuída (o indivíduo isola-se)										2	2	2	2	
	. ausência ou recusa de qualquer comunicação										3	3	3	3	
9. Vida social	. participação habitual nas diferentes actividades (releções, actividades recreativas, ateliers terapêuticos, ...)										0	0	0	0	
	. participação nas diferentes actividades apenas quando há solicitação										1	1	1	1	
	. recusa parcial de participação nas diferentes actividades										2	2	2	2	
10. Alterações do comportamento	. recusa de qualquer tipo de vida social										3	3	3	3	
	. comportamento habitual										0	0	0	0	
	. alterações do comportamento quando há solicitação e repetidas										1	1	1	1	
	. alterações do comportamento quando há solicitação e permanentes										2	2	2	2	
. alterações do comportamento permanentes (sem qualquer solicitação)										3	3	3	3		
										PONTUAÇÃO					

ANEXO VI - Escala de Avaliação do Risco para a Úlcera por Pressão

Avaliação do grau de risco - Escala de **BRADEN**

Percepção Sensorial	1. Totalmente limitado	2. Muito limitado	3. Levemente limitado	4. Nenhuma limitação
Umidade	1. Excessiva	2. Muita	3. Ocasional	4. Rara
Atividade	1. Acamado	2. Confinado a cadeira	3. Deambula ocasionalmente	4. Deambula freqüentemente
Mobilidade	1. Imóvel	2. Muito limitado	3. Discreta limitação	4. Sem limitação
Nutrição	1. Deficiente	2. Inadequada	3. Adequada	4. Excelente
Fricção e Cisalhamento	1. Problema	2. Problema potencial	3. Sem problema aparente	_____
Total:	Risco Brando 15 a 16 ()		Risco Moderado de 12 a 14 ()	
	Risco Severo abaixo de 11 ()			

- A contagem de pontos baixa, indica uma baixa habilidade funcional, estando o indivíduo em alto risco para desenvolver a úlcera de pressão.
- A pontuação pode ir de 4 a 23.
- Pacientes adultos hospitalizados, com uma contagem \leq que 16 pontos, são considerados de risco.
- Uma pontuação de 16 é considerada risco mínimo; de 13 a 14, risco moderado; de 12 ou menos, risco elevado.

ANEXO VII – Autorização do Projeto pelo Sr. Diretor do Aces

Diretor ACES

5 mensagens

Projeto de Investigação

Anabela Gonçalves

4 de dezembro de 2020 15:16

Para:

Boa tarde, o meu nome é Anabela Gonçalves e sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem e Especialização em Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e venho por este meio requerer autorização para a realização de um projeto de investigação (que envio em anexo), na UCC de sob a orientação da Sra. Enfermeira . Muito obrigado. Atenciosamente.
Aguardo deferimento. Anabela Gonçalves.

 **EB Exmo Sr Diretor Executivo do ACSES**
81K

ACES

9 de dezembro de 2020 10:18

Para: Anabela Gonçalves

| UCC

<

>c:

| ACES

- Diretor Executivo

Exma. Srª Enfª Anabela Gonçalves

Bom dia,

A pedido do Exmo. Sr. Diretor Executivo deste Aces,

, informa-se que foi

Autorizado a realização do projeto de investigação na UCC

Com os Melhores Cumprimentos

ANEXO VIII – Autorização do Projeto pela Sra. Coordenadora da UCC

Protocolo De Investigação


5 mensagens

Anabela Goncalves

4 de dezembro de 2020 15:09

Para:

Boa tarde Sra. Enfermeira. Sou a Anabela Gonçalves, aluna do Curso de Mestrado e Especialização em Médico-Cirúrgica, vertente Pessoa Idosa, orientada pela Sra. Professora e pela Sra. Enfermeira. Venho por este meio enviar pedido de autorização para realizar o projeto de investigação. Envio em anexo o protocolo de investigação para ter conhecimento. Atenciosamente. Anabela Gonçalves.

 **EB Exma Sra Coordenadora da UCC** (2).docx
82K

Para: Anabela Goncalves

UCC

10 de dezembro de 2020 13:04

Muito bom dia Srª Enfª

Enquanto Coordenadora da UCC nesta UF do ACES tem a minha autorização para a realização do seu trabalho

Cumprimentos

ANEXO IX – 1º Parecer da CESARLVT

**Parecer Intermédio
100/CES/INV/2020**

• Título do projeto

Perceção dos cuidadores familiares sobre os cuidados prestados pela equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) à pessoa idosa em fim de vida

• Investigador e instituição de afiliação

Anabela Valentim Gonçalves

Aluna do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Opção de Enfermagem à Pessoa Idosa, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Autores

Clique ou toque aqui para introduzir texto.

• Contacto do investigador principal

avgmoita@gmail.com

• Orientador Pedagógico (se aplicável)

• Outros elementos da equipa de investigação e respetivas afiliações institucionais. Instituição responsável pela investigação

Investigadora Anabela Gonçalves; Orientadora pedagógica do projeto, Sra. Profª I...
e Orientadora clínica Sra. Enfª

• Local do estudo

Omisso no corpo do texto do protocolo. Depreende-se pelo Apêndice III que o estudo será realizado na UCC de ... O requerimento indica que o projeto será realizado no âmbito do XI Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa.

Fundamentação

(...)

Os cuidados prestados pela equipa de saúde à pessoa idosa em fim de vida e família em casa, pretendem-se de qualidade, para tal, é necessário uma avaliação sistemática, envolvendo os diversos intervenientes, como é o caso da própria família enquanto cuidadora. Surgem assim novas necessidades em saúde que conduzem à organização e reestruturação de respostas adaptadas ao aumento também dos cuidados de saúde continuados, de forma individualizada e próxima. Os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) incorporam as ECCI'S, as quais prestam cuidados à pessoa idosa em fim de vida, sendo estas equipas que existem em maior quantidade, uma vez que as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos são em número insuficiente e não conseguem dar resposta ao número de camas que lhes são atribuídas.

Neste projeto surge então a questão de investigação: Qual a perceção dos cuidadores familiares sobre os cuidados prestados pela ECCI à pessoa idosa em fim de vida?

Objetivos

No corpo de texto do protocolo consta “Conhecer a perceção do cuidador familiar sobre os cuidados prestados pela ECCI à pessoa idosa em fim de vida”, no Apêndice IV (Instrumento de Recolha de Dados – Entrevista Semiestruturada) lê-se como objetivos “- Descrever a perceção dos cuidadores familiares sobre os cuidados prestados pela ECCI à pessoa idosa em fim de vida; - Identificar os contributos dos cuidadores familiares que visem melhorar os cuidados prestados pela ECCI à pessoa idosa em fim de vida.”.

População, materiais e métodos

- **Desenho do estudo / Tipo de estudo**

Qualitativa, exploratória e descritiva

- **População (se aplicável)**

Omisso

- **Amostra: processo de amostragem e cálculo da dimensão amostral; Modalidade de Recrutamento; Critérios de Inclusão e Critérios de Exclusão**

Critérios de Inclusão: familiares cuidadores que aceitem participar no estudo.

Critérios de exclusão: omissos

Cálculo da dimensão amostral: omissos

Modalidade de Recrutamento: omissos

O local de recolha de dados será o domicílio do cuidador familiar, domicílio da pessoa idosa, ou outro local à escolha do cuidador familiar.

- **Listagem das variáveis em estudo e sua definição (operacionalização das variáveis)**

Omisso

- **Fontes de informação e processo de recolha de dados (Incluir os questionários, escalas, formulários ou guiões de entrevistas a utilizar, em língua portuguesa. Se aplicável, enviar declaração das respetivas validações para a população portuguesa, se houver, ou justificação, no caso contrário).**

Recolha de dados através de entrevista semiestruturada

Plano de Análise Estatística

Não aplicável.

A análise dos dados será realizada com base na análise de conteúdo, segundo Bardin.

Cronograma

O cronograma apresentado recolha de dados em jan-fev 2021

Custos, Financiamento e Recursos Humanos (Indicar se envolve recursos humanos das Instituições envolvidas)

Identificam-se os investigadores como recursos humanos

Os custos e eventual financiamento são omissos.

2.2.7. Aspetos éticos

Deve ser claramente referido:

- Danos e riscos prováveis da investigação nos participantes (danos físicos, emocionais ou psicológicos), formas previstas para diminuir a sua ocorrência e ações programadas para os resolver.

Omisso

Explicar como é feita a proteção dos dados:

- Processos de anonimização/anonimização irreversível ou pseudonimização dos dados/codificação de dados;

Omisso

- **Processo de armazenamento dos dados e sua segurança: quem vai ter acesso, como é prevenido acesso acidental ou propositado de terceiros;**

Omisso

- **No final da investigação qual o destino a dar aos formulários de recolha de dados, consentimentos informados, demais suportes de informação, bases de dados, amostras biológicas. O que não vai ser destruído, onde fica guardado, para que fins e com que medidas de proteção. Quanto tempo vai ficar guardado até ser destruído**

Omisso

- **As formas previstas de divulgação dos resultados**

Omisso no corpo do protocolo; no consentimento informado é referido "Os dados obtidos neste estudo poderão ser utilizados para publicações de carácter científico, mas sempre mantendo o anonimato e a confidencialidade."

Conflitos de interesse existentes

Omisso

Acesso aos participantes / pedido de consentimento:

A forma de acesso aos participantes não é descrita.

Folha de informação ao/à participante no estudo e formulário de consentimento informado **	
Titulo do projeto;	S
Promotor;	NA
Local onde se realiza o estudo	N
Responsável pelo estudo/ Nome do investigador principal e dos co investigadores	Incompleto
Objetivo do estudo / Descrição da investigação: o que vai ser feito, porque vai ser feito, como vai ser feito	Incompleto
Porque está a ser convidado/a a participar	Incompleto
O que irá acontecer se decidir participar / Descrição da participação do sujeito na investigação, incluindo procedimentos experimentais	S
Quais os possíveis riscos e benefícios em participar no estudo / Informação sobre os riscos previsíveis da participação; se não existirem benefícios diretos para o participante isto deverá ser indicado	N
Indicação do carácter voluntário da participação, podendo o participante retirar-se deste sem consequências e mantendo o seu tratamento médico sem alterações	S
Indicação de que os/as participantes não recebem compensação monetária por participar no estudo (mas devem ser ressarcidos de eventuais gastos em transporte e afins se houver lugar a deslocações e procedimentos ou consultas que estejam fora do seguimento habitual do participante)	NA
Como se protegerá a privacidade e o que acontecerá aos dados do/da participante (explicitar que caso o participante pretenda retirar-se do estudo a partir de um período de tempo poderá não haver lugar ao apagamento dos dados recolhidos até aquele momento)	S
Contactos da equipa de investigação, do Encarregado de Protecção de Dados e das pessoas a contactar em caso de dúvidas, problemas ou questões sobre direitos do participante	S
Se há recolha de amostras biológicas, indicar qual o seu destino após a utilização para que é dado o consentimento; indicar se as amostras serão destruídas ou conservadas; no último caso indicar como será preservado o anonimato	NA
Declaração do sujeito indicando que foi informado e compreende as condições de sua participação e as aceita. No caso de pessoas menores ou não legalmente competentes, deve ser previsto o consentimento da pessoa legalmente responsável pelo sujeito. No caso de pessoas que não sabem ler ou escrever, o consentimento deve ser lido e explicado pelo investigador ou seu representante e o consentimento deve ser obtido mediante aposição de impressão digital em presença duma testemunha	S
Nome e assinatura do investigador que convida e nome e assinatura de quem aceita participar, em duplicado, ficando o original na posse do investigador e uma cópia para o/a participante	Nome

Tabela 1 - Apreciação do Formulário de Consentimento Informado

CV dos Investigadores: Sim

Declaração dos Orientadores Pedagógicos: Presente

Declaração dos profissionais de saúde que referenciam participantes aos investigadores: NA

Declaração dos responsáveis das Unidades de saúde: Apenas pedido

Declaração do Diretor Executivo do ACES : Apenas pedido

Previsão de custos financeiros para os ACES: Omissos

Compromisso de entrega de relatório final: Presente

Critérios de apreciação de estudos, pela Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT:

Envolve utentes e/ou profissionais de Saúde da ARSLVT? Sim

É um estudo que ainda não se iniciou? Sim

É um estudo que envolve seres humanos: Sim

É uma investigação sistemática e pretende gerar um novo conhecimento: Sim

Apreciação:

Trata-se de um estudo qualitativo cujo objetivo geral é o de conhecer a perceção do cuidador familiar sobre os cuidados prestados pela ECCI à pessoa idosa em fim de vida. Todavia, outros objetivos são apresentados no conjunto da documentação enviada, entendendo-se por isso que não se encontram claramente definidos.

Outros elementos necessários à avaliação da validade científica, balanço risco-benefício e respeito pelos participantes são igualmente omissos ou pouco claros, nomeadamente:

- fundamentação da pertinência da pergunta de investigação (este tema foi já estudado por outros investigadores?)

- definição, seleção e acesso à amostra

- reflexão sobre o instrumento de recolha de dados selecionado (caso a avaliação dos serviços prestados pela equipa de ECCI seja um dos objetivos, e caso a investigadora integre a equipa de cuidados, como será proporcionada a garantia de anonimato e, como tal, estabelecida a confiança necessária a para obtenção de respostas por parte dos entrevistados?) e adequabilidade aos objetivos propostos

- descrição da técnica da análise de conteúdo

- reflexão sobre a razão risco-benefício da investigação, nomeadamente, possíveis consequências negativas para os participantes ou de que forma será salvaguardado o papel dos indivíduos em fim de vida (que não serão aparentemente considerados no processo)

- processo de recolha e proteção de dados, incluindo a anonimização, processo de armazenamento e destino a dar

De igual modo, não são apresentadas as autorizações necessárias à garantia de exequibilidade do projeto (responsáveis das Unidades de saúde, Diretor Executivo do ACES), um levantamento dos custos previstos ou identificação de possíveis conflitos de interesse.

Pelo exposto, e pela análise da documentação enviada, não se encontram clarificados os aspetos éticos necessários à apreciação favorável, propondo-se o envio das objeções à investigadora.

Ficaremos a aguardar pela resposta, no prazo de 6 meses, uma vez ultrapassado este prazo, será necessária uma nova submissão.

Relativamente às respostas, agradecemos que nos sejam enviadas, com as alterações devidamente assinaladas.

Declaração de conflito de interesses: nada a declarar

Pela Secção de Investigação da Comissão de Ética da ARSLVT

08.01.2021

ANEXO X – 2º Parecer da CESARLVT

Exma. Senhora

Dr.ª Anabela Gonçalves

avgmoita@gmail.com

C/c:

Sua Referência	Sua Comunicação de	Nossa Referência	Data
		1905/CE5/2021	

Assunto: Perceção dos cuidadores familiares sobre os cuidados prestados pela equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) à pessoa idosa em fim de vida.

A Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT, apreciou o projeto mencionado em epígrafe, na sua reunião da secção de investigação do dia 05.03.2021 e emitiu um parecer desfavorável ao estudo.

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar

O Conselho Directivo, atento ao teor do parecer emitido, entende não estarem reunidas as condições para a concretização do estudo.

Com os melhores cumprimentos,


O Conselho Directivo
LUIS PISCO
Presidente do Conselho Directivo da
ARSLVT, I.P.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Plano de Atividades do Projeto

1 – Objetivo Geral			
Desenvolver competências pessoais de mestre e enfermeira especialista em médico-cirúrgica para cuidar da pessoa idosa em fim de vida e família em casa			
Objetivo Específico	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação
1.1 Aprofundar conhecimentos sobre as intervenções de enfermagem à pessoa idosa em fim de vida e família em casa	1.Revisão da literatura sobre as intervenções de enfermagem à pessoa idosa em fim de vida e família, no SMI e na UCCS 2.Observação participativa nos contextos hospitalar e comunitário	1.Tempo 2.Computador 3.Tutor da escola	1.Descreve os resultados da pesquisa
1.2 Analisar os cuidados prestados pelo enfermeiro especialista em médico-cirúrgica à pessoa idosa em fim de vida e família em casa	1.Realização de estágio no SMI 2.Realização de estágio na UCCS 3.Reunião com a chefe do SMI e orientador de estágio 4. Reunião com a coordenadora da UCCS e orientadora de estágio 5.Divulgação e discussão do projeto com as respectivas equipas do SMI e ECCS 6.Elaboração de uma grelha de observação 7.Observação da prática de cuidados 8.Registo da informação 9.Análise dos registos 10.Orientação tutorial	1.Tempo 2.Computador 3.Tutor da escola 4.Orientador campo de estágio/chefe/coordenador 5.Equipa multidisciplinar campo de estágio 6.Grelha de observação 7.Biblioteca	1.Atas das reuniões 2.Identifica as competências dos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica na pessoa idosa em fim de vida e família 3.Identifica o modelo concetual de enfermagem utilizado 4.Elabora e apresenta uma reflexão sobre o papel do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na pessoa idosa em fim de vida e família em casa
1.3 Prestar cuidados à pessoa idosa em fim de vida e família em casa	1.Analise da dinâmica de funcionamento da equipa e utilização/mobilização de recursos disponíveis 2. Prestação de cuidados à pessoa idosa e família 3.Aplicação do processo de enfermagem à pessoa idosa em fim de vida e família suportado pelo modelo de cuidados centrado na pessoa 4. Realização de planos individuais de cuidados	1.Tempo 2.Computador 3.Biblioteca 4. Orientador de campo de estágio 5.Enfermeiros	1.Descreve e analisa os cuidados de enfermagem prestados à pessoa idosa em fim de vida e família. 2.Avalia o processo de enfermagem desenvolvido e reflete sobre as práticas. 3.Apresenta e discute os planos individuais de cuidados 2.Presença dos enfermeiros 3.Conhecimentos demonstrados

2 – Objetivo Geral

Conhecer a opinião dos cuidadores familiares sobre os cuidados à pessoa idosa em fim de vida pela ECCI

Objetivo Específico	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação
1.1 Solicitar autorização à comissão de ética em saúde (ARSLVT) para realizar a investigação	1.Elaboração do protocolo	1.Tempo 2.Computador 3.Orientador de campo de estágio	1. Aprovação da elaboração do protocolo
1.2 Pesquisar sobre o estado da arte "Opinião dos cuidadores familiares sobre os cuidados à pessoa idosa em fim de vida"	1.Revisão da literatura 2.Orientação tutorial	1.Tempo 2.Computador 3.Tutor da escola	2.Descreve os resultados da pesquisa
1.3 Operacionalizar instrumento para aplicar no estudo	1.Entrega do consentimento informado 2.Orientação tutorial 3.Computador 4.Aplicação do instrumento de colheita de dados	1.Tempo 2.Computador 3.Tutor da escola 4.Biblioteca 5.Gravador 6.Cuidadores familiares	1.Consentimento informado 2. Entrevista
1.5 Analisar os resultados obtidos com o estudo	1.Elaboração da categorização das informações obtidas 2.Orientação tutorial	1.Tempo 2. Computador 3.Tutor da escola 4.Biblioteca	1. Presença dos enfermeiros 2. Conhecimentos demonstrados 3.O que a análise das entrevistas demonstrou que se pode traduzir na melhoria da prática 4.Relatório do projeto

APÊNDICE II – Cronograma do Projeto

APÊNDICE III – Revisão *Scoping*

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA EM FIM DE VIDA EM CASA: UMA REVISÃO SCOPING

Anabela Gonçalves¹

¹ Enfermeira do Bloco Operatório do CHBM, EPE. anabela@campus.esel.pt

Resumo

Objetivo: Mapear a literatura disponível sobre as intervenções de enfermagem à pessoa idosa (PI) em fim de vida (FV) em casa.

Introdução: Com o envelhecimento da população, aumentam inevitavelmente o número de PI (s) com doenças crónicas e co morbilidades associadas que põem em causa a autossuficiência e a independência das mesmas. A doença crónica não tem um tratamento curativo, por isso não faz sentido existirem cuidados com o objetivo de erradicar a doença, mas sim com os objetivos de promover sentimentos de aceitação e harmonia, proporcionar bem-estar e melhorar a qualidade de vida do doente. A doença acentua a fragilidade na PI que se vê confrontada com a morte que vem pôr em causa a sua segurança e o controle sobre a sua própria vida. A PI em FV tem normalmente as atividades de vida alteradas o que constitui uma preocupação para a própria, para a família e para o enfermeiro, que tem de dar resposta às necessidades de cuidados neste âmbito de forma a adequar a sua intervenção para controlar sintomas e proporcionar conforto com o objetivo de manter e/ou aumentar a qualidade de vida.

Crítérios de inclusão: Esta revisão *scoping* abrange revisões sistemáticas, estudos qualitativos e quantitativos e literatura cinzenta, publicados em língua inglesa e portuguesa entre 2016 e 2021, disponíveis em texto integral e cujos participantes tenham 65 ou mais anos, de ambos os géneros e que se encontrem em fim de vida em casa.

Métodos: Esta revisão *scoping* seguiu a metodologia de *The Joanna Briggs Institute (JBI)*.

Resultados: Foram identificados 66 artigos, e destes incluíram-se 7 artigos.

Para focar a sua intervenção na PI em FV em casa, o enfermeiro deve ter formação específica em FV e a prática de enfermagem deve incidir em todas as dimensões do cuidado centrado na pessoa. A intervenção é baseada em ações e/ou cuidados paliativos que são inerentes ao ato de cuidar para proporcionar conforto e bem-estar, controlar a dor e outros sintomas, estabelecer uma comunicação verbal e não verbal eficaz com o objetivo de estreitar a ligação entre a pessoa cuidada e a família. Esta intervenção propicia um cuidado integral à PI, uma vez que não considera somente o seu sofrimento, mas também o dos seus familiares. A equipa de saúde, sempre que possível, pode proporcionar um final de vida em casa e prestar cuidados de qualidade e humanizados promotores da dignidade da PI e família, envolvendo a PI e a família nos cuidados nesta fase da vida e incentivar a sua participação nos mesmos.

Conclusões: As intervenções de enfermagem em casa, têm como foco a PI e a sua família, e consistem em promover o conforto, a qualidade de vida ao controlar sintomas, o apoio emocional, o cuidado humanizado e a comunicação eficaz, assumindo o papel de elo de ligação entre a equipa de saúde e a PI/família, o que contribui para o estabelecimento de uma relação de confiança.

Palavras-chave: intervenções de enfermagem, pessoa idosa, fim de vida, casa.

Introdução

A população mundial está a envelhecer, é notado um aumento no número de pessoas idosas na população de cada país (ONU, 2020). Tendo em conta o envelhecimento da população, as pessoas idosas são um grupo-alvo privilegiado.

Prevê-se que o número de pessoas idosas, na faixa etária dos 60 ou mais anos, aumente em todo o mundo para o dobro até ao ano de 2050 e para o triplo até ao ano de 2100, o que significa que de 962 milhões em 2017 passe para 2,1 mil milhões em 2050 e 3,1 mil milhões em 2100 (ONU, 2020).

Em Portugal, o índice de envelhecimento aumentou exponencialmente, sendo que em 1981 era cerca de 27,5% e em 2018 157,4%, (INE, 2019).

De acordo com Sequeira (2018), o envelhecimento é considerado uma etapa da vida que apresenta alterações biológicas específicas que envolvem mudanças físicas, psicológicas e sociais. Com o envelhecimento da população, observa-se um aumento do número de pessoas idosas com doenças crónicas e co morbilidades associadas que põem em causa a autossuficiência e a independência das mesmas, o que dificulta muito a permanência destas em casa, sem o apoio de outros (Sequeira, 2018). Este autor refere ainda que,

perante esta situação, verifica-se que algumas destas pessoas idosas vão ficar com outras pessoas idosas a seu cargo com a responsabilidade de lhe prestar cuidados, nomeadamente o cônjuge, o que consiste num fator de risco de morbilidade.

De acordo com Eljopulos (2019), a doença crónica não tem um tratamento curativo, por isso não faz sentido existirem cuidados com um objetivo de erradicar a doença, mas sim direcionar esses cuidados com o objetivo de promover sentimentos de aceitação e harmonia para proporcionar sensações de bem-estar e melhorar a qualidade de vida do doente. Evidencia-se deste modo a importância de capacitar a pessoa idosa e a família para viverem em equilíbrio com a doença e tudo o que ela implica, sendo mais importante do que procurar insistentemente um tratamento curativo, que não faz sentido e só vai estar a aumentar a vulnerabilidade.

A vulnerabilidade também se estende à família da pessoa idosa, geralmente a responsável direta pela quase totalidade dos cuidados, bem-estar e conforto inerentes à mesma. A família tem vindo a sofrer alterações nas últimas décadas, e a mulher que assegurava o papel de cuidadora principal tem agora outros papéis atribuídos, o que provoca alterações em relação à prestação de

cuidados à pessoa idosa em casa (Sequeira, 2018). Este autor refere ainda que perante este fato, emerge a necessidade de refletir sobre outras abordagens que permitam manter a pessoa idosa com acesso a cuidados de qualidade em casa, de forma a facilitar a vida familiar com o objetivo de reduzir a vulnerabilidade física e psicológica da mesma.

Ao estarem mais vulneráveis, as pessoas idosas podem ficar mais frágeis. Segundo [Llano & Sequeira \(2018\)](#), a fragilidade é uma condição de vulnerabilidade motivada por variadas causas que se encontram associadas ao envelhecimento. A identificação deste grupo de risco, permite fazer uma avaliação para que se possa intervir o mais rapidamente possível e centrar as intervenções neste grupo de pessoas.

A doença acentua esta fragilidade na pessoa idosa que se vê confrontada com a morte que vem pôr em causa a sua segurança e o controle sobre a sua própria vida ([Llano & Sequeira, 2018](#)).

De acordo com [Lindolpho, Caldas, Sá & Santos \(2016\)](#), a morte é uma temática que proporciona muitas vezes sentimentos de repulsa, uma vez que é mais agradável abordar assuntos que vão ao encontro do tratamento e da cura e não que falem da finitude. A morte faz parte do ciclo de vida desde o

nascimento, pois na realidade todos somos pessoas que mais cedo ou mais tarde vamos morrer, e assim se aplica à pessoa idosa que poderá vivenciar este período passando pelas fases descritas por [Elizabeth Kubler-Ross \(1996\)](#), em que a autora refere uma teoria baseada nas fases emocionais pelas quais passa a pessoa em fim de vida. As fases são a de negação, revolta, negociação, depressão e aceitação, que são imprescindíveis na perceção do [coping](#) emocional.

Tal como o meio ambiente influencia a qualidade de vida, também vai influenciar a manutenção da dignidade no fim da vida da pessoa idosa. A comunicação entre a PI, a família e os profissionais de saúde, sobre onde quer a PI passar os seus últimos dias, é um tema cada vez mais estudado pelos investigadores, que corroboram com a justificação de que só conseguem atender as necessidades da pessoa que se aproxima do fim da vida quando tiverem informações acerca de onde a mesma quer passar os últimos dias ([Garber, Hayes & Bryant 2019](#)).

Quando alguns autores se referem ao fim de vida da pessoa, como "pessoa em fim de vida", significa que é alguém que não tem possibilidades de cura e apresenta um agravamento do seu estado geral, a morte é esperada para breve e que até lá a pessoa recebe cuidados baseados em

ações ou cuidados paliativos (Alves, 2013).

É nesta fase final da vida que a pessoa e a família se apercebem e têm consciência da finitude humana, ficando vulneráveis devido à dor provocada por este evento (Nicolau, 2013).

A pessoa em fim de vida tem normalmente as atividades de vida alteradas o que constitui uma preocupação para a própria pessoa, para a família e para o enfermeiro, que tem de dar resposta às necessidades de cuidados neste âmbito de forma a adequar a sua intervenção para controlar sintomas e proporcionar conforto com o objetivo de manter e se possível aumentar a qualidade de vida.

Quando presta cuidados à pessoa idosa em fim de vida, o enfermeiro experiencia sentimentos de ansiedade, insegurança e receio e ao vivenciar a aproximação da morte, tende muitas vezes a afastá-la das pessoas que cuida. Esta situação desperta sentimentos ambivalentes, uma vez que requiere sensibilidade por parte do enfermeiro, que é confrontado com esta fase de fim de vida. Esta situação faz com que o enfermeiro reflita e tenha conhecimento dos seus próprios sentimentos em relação à morte, para que possa estar solidariamente presente para poder escutar, apreender e perceber de modo correto o que a

pessoa idosa lhe possa querer transmitir, de forma que a pessoa idosa se sinta acompanhada nesta última fase da vida. O enfermeiro deve proporcionar autonomia à PI para ser a personagem principal da sua história de vida e ter um momento para com ela poder partilhar o fim que se aproxima (Lindolho, Caldas, Sá & Santos, 2016).

A PI em FV é única na sua singularidade e como tal os cuidados prestados a esta pessoa têm de ser centrados nesta particularidade e individualidade, e não só em tarefas para satisfazer as necessidades da mesma. De acordo com McCormack et al., (2015), os cuidados centrados na pessoa têm como objetivo humanizar os cuidados de saúde e garantir que a pessoa esteja no centro da prestação desses mesmos cuidados.

Os cuidados de enfermagem em casa prolongam-se até ao fim da vida e após a morte da pessoa idosa. Desde o cuidado com a sua dignidade e a fragilidade da família, de acordo com Lindolho, Caldas, Sá & Santos (2016), é importante que o enfermeiro tenha a noção de que não deve fornecer somente as orientações e recomendações dos procedimentos inerentes, bem como compreender que estão a vivenciar a dor da separação e afastamento e oferecer conforto e alívio.

As intervenções de enfermagem na fase final da vida têm como objetivo controlar sintomas, promover conforto e qualidade de vida através do relacionamento interpessoal estabelecido entre o enfermeiro/pessoa idosa/família e atribuir um impacto positivo ao foco da intervenção (Markus, Batiolli, Souza, Marques & Migofo, 2017).

Este trabalho consiste na realização de uma revisão *scoping*, com o objetivo de mapear a literatura disponível sobre as intervenções de enfermagem à pessoa idosa em fim de vida em casa.

A metodologia para a sua realização seguiu as orientações do manual *The Joanna Briggs Institute (Peters, Godfrey, McInerney, Soares, Khalil & Parker, 2017)*.

Durante o mês de março 2020, foi realizada uma pesquisa de revisões *sistemáticas* sobre a temática, nas bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, JBI *Database of Systematic Reviews and Implementation Reports* e *Google Scholar*.

Tendo em conta a temática abordada e após a pesquisa nas bases de dados, não foram encontradas outras revisões que abordem as intervenções de enfermagem à PI em FV em casa, apenas uma revisão *Scoping* de 2020 que aborda as intervenções de

enfermagem baseadas no cuidado centrado na pessoa em casa, embora seja direcionado para a PI, não relaciona com o FV.

Desta forma, considera-se pertinente a realização de uma revisão *scoping*, a qual permite acesso a investigações recentes e também revela algumas lacunas e a necessidade de mais investigação nesta área.

Questão de Revisão

A revisão pretende responder à seguinte questão de pesquisa, formulada de acordo com a mnemónica PCC (população, conceito e contexto) preconizada pelo JBI.

- Quais as intervenções de enfermagem à PI em FV em casa?

CrITÉRIOS de Inclusão

Tipos de Participantes

População (P)

Pessoa idosa; esta revisão considera como população alvo as pessoas com 65 ou mais anos de idade e de ambos os géneros (feminino e masculino).

Conceito (C)

Como conceitos definiram-se: o fim de vida e as intervenções de enfermagem.

Contexto (P)

Como contexto definiu-se a casa da PI em FV.

Tipo de estudos

Esta revisão abrange todas as revisões sistemáticas, estudos qualitativos e quantitativos e literatura cinzenta, publicados em língua inglesa e portuguesa (línguas do domínio da investigadora), disponíveis em texto integral, entre janeiro de 2016 e março de 2021, que descrevam as intervenções de enfermagem à PI em FV em casa.

Métodos

Estratégia de Pesquisa

A presente revisão foi planeada antecipadamente e justificada num protocolo de revisão *scoping* que seguiu a metodologia referenciada no manual *The Joanna Briggs Institute*, versão de 2017 (Peters et al., 2017).

Para realizar esta revisão, foram mobilizados todos os termos do PCC, em linguagem natural para apresentar os termos de pesquisa e as suas combinações, tendo sido adotada a estratégia das três etapas (Peters et al., 2017). A etapa inicial correspondeu a uma primeira pesquisa nas

bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete via EBSCOhost utilizando os termos naturais: *aged, aged 80, and over, elder(s), elderly, older(s), older adult(s), older people, oldest old, geriatric, nursing care, nursing care plans, gerontologic nursing, nursing interventions, palliative care, terminal care, patient centered care, person centred nursing, treatment termination, quality of nursing care, end of life trajectory, end of life care, place of death, attitude to death, home care, home health care, home health nursing, home nursing, house, housing, residence* que permitiu o reconhecimento das palavras-chave e resumos dos artigos obtidos, bem como os termos de indexação em CINAHL Headings e MEDLINE Mesh 2020. Esta etapa foi muito importante uma vez que ajudou a aperfeiçoar a estratégia de pesquisa.

A etapa seguinte teve início com a pesquisa dos termos indexados nas bases de dados supramencionadas, isoladamente e com a utilização dos operadores booleanos OR e AND, os filtros de idioma (inglês e português) e *full text* de artigos publicados entre 2016 e 2021. Na última etapa examinaram-se as referências bibliográficas nos registos previamente reconhecidos. A referida pesquisa alargou-se à literatura cinzenta

disponível nos repositórios de bibliotecas.

Triagem e Seleção

A seleção dos estudos foi realizada de acordo com os critérios de inclusão mencionados anteriormente.

Após terem sido rejeitados estudos que não apresentassem texto integral, foi realizada uma seleção baseada na avaliação do título e resumo, duplicação e inacessibilidade. Seguidamente foram examinados os remanescentes estudos através de uma leitura completa, dos quais foram extraídos os que não apresentavam os critérios de inclusão ou cuja matéria não fosse considerada importante para conseguir atingir o objetivo delineado e dar resposta à questão de revisão.

Acrescenta-se que 3 dos artigos abordam todas as faixas etárias, onde se inclui a PI e 1 deles não especifica o contexto. Porém, após a sua leitura, concluiu-se que estes artigos seriam igualmente essenciais e fundamentais para a obtenção do objetivo da atual revisão.

Extração de Dados

Os dados foram extraídos e alinhados com o objetivo e a questão de revisão e apresentados com recurso a um

instrumento que incluiu a identificação dos artigos selecionados, especificamente o(s) autor(es), ano de publicação, país/local de origem, objetivos, população/amostra, metodologia e conclusões fundamentais referentes às intervenções de enfermagem à PI em FV em casa. Este instrumento permitiu que fosse realizado um resumo dos dados extraídos.

Resultados

A pesquisa identificou 41 artigos na base de dados CINAHL *Complete*, 15 artigos na base de dados MEDLINE *Complete* e 10 artigos em outras pesquisas efetuadas na literatura cinzenta, perfazendo 66 artigos.

Excluíram-se 8 artigos por não apresentarem texto integral disponível, 25 após análise do título e resumo, 2 por se encontrarem duplicados e 6 por se encontrarem inacessíveis. Foram selecionados 25 artigos para leitura integral. Após leitura exhaustiva dos mesmos, retiraram-se 18 estudos por não corresponderem aos critérios de inclusão: 10 sem intervenções de enfermagem descritas, 4 em contexto hospitalar e 4 sem população idosa. O procedimento de seleção e inclusão dos artigos apresenta-se explicitado através do fluxograma na figura 1.

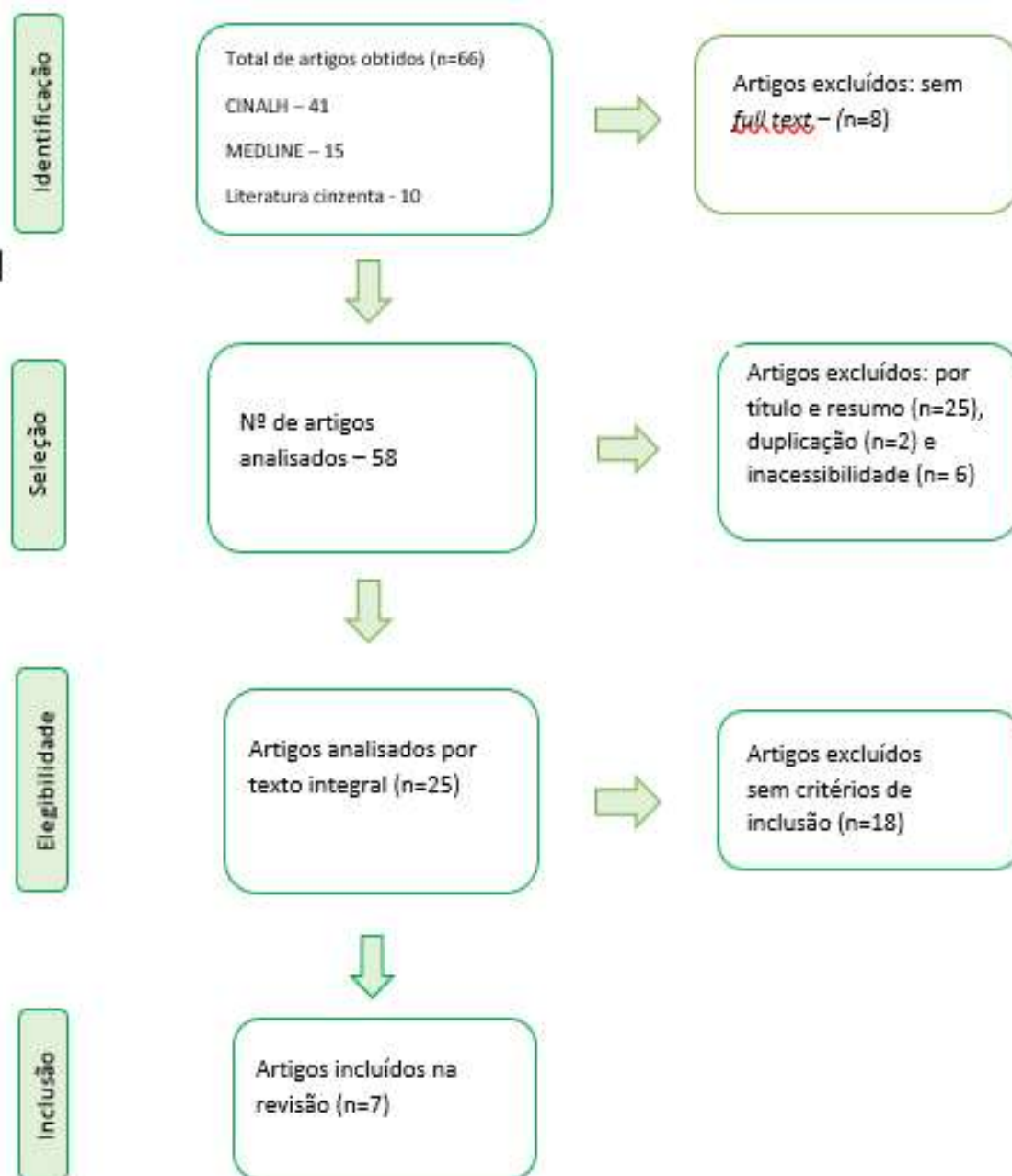


Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção e inclusão dos estudos – (PRISMA – adaptado)

Tabela 1 – Extração de resultados

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO						
Autor(es)	Ano	Pais/Local/Origem	Objetivos	População/Amostra	Metodologia	Principais Conclusões
Sanerma, Miettinen, Paavilainen & Astedt-Kurki	2020	Filândia	Descrever e sintetizar os cuidados de enfermagem centrados na pessoa idosa em contexto domiciliário	Pessoas idosas (≥65 anos)	Revisão <i>Scoping</i>	Os cuidados centrados na pessoa idosa requerem atenção em relação ao cumprimento dos seguintes itens: envolvimento do doente nos seus próprios cuidados, participação e envolvimento dos membros da família e equipa de saúde nos cuidados, comunicação, capacitação e parceria nos cuidados e prática de cuidados baseada na evidência científica. A prática de enfermagem deve incidir em todas as dimensões do cuidado centrado na pessoa, considerando os cuidados prestados em contexto domiciliário.
Chin-Yee & Chin-Yee	2018	Canadá	Refletir sobre o fim de vida da PI em contexto domiciliário	PI (94 anos)	Artigo de Opinião	Após ter contribuído para satisfazer o desejo de morrer em casa a um familiar, e ter participado nessa experiência, qual o benefício desta decisão se estender a outras PI(s), nas mesmas condições? Os autores consideram que a equipa de saúde pode proporcionar um final de vida, quando for possível e preferencial, em casa ao invés do ambiente hospitalar, e em conjunto (família, PI e equipa de saúde) se promover uma "boa" morte.
Nagaviroj & Anathaisintawee	2017	Tailândia	Descrever a associação entre os cuidados de enfermagem prestados por uma equipa em contexto domiciliário ao doente paliativo e o fim de vida em contexto domiciliário	142 doentes paliativos em contexto domiciliário (inclui PI(s))	Estudo Retrospetivo	Os cuidados paliativos em contexto domiciliar foram significativos para permitir que os doentes que decidam morrer em casa, tenham o acompanhamento e os cuidados necessários nesta fase da vida. A equipa de saúde desta comunidade na Tailândia incentiva e influencia as políticas de saúde a promover o desenvolvimento de programas de cuidados paliativos que incidam na comunidade da Tailândia.
Devik, Hellzen & Enmarker	2017	Noruega	Descrever a perceção dos familiares em luto sobre os cuidados de enfermagem prestados à PI paliativa, em contexto domiciliário	10 Famílias de PI(s) (≥65 anos)	Estudo Qualitativo, com recurso a entrevistas semi-estruturadas	Os enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem em contexto comunitário a PI(s) em FV, devem ter a perceção dos seus próprios sentimentos em relação a esta fase da vida para direcionar o foco dos cuidados não só ao controlo de sinais e sintomas da PI, mas sim relacioná-lo com os fatores sociais e culturais que podem contribuir para o bem estar da PI, quando a cura não é o objetivo dos cuidados.

Tabela 1 – Extração de resultados (cont.)

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Autor(es)	Ano	País/Local/Origem	Objetivos	População/Amostra	Metodologia	Principais Conclusões
Spelten, Timmis, Heald & Duijts	2019	Austrália	Descrever a experiência dos familiares e enfermeiras acerca da assistência ao fim de vida em contexto domiciliário	10 Familiares de doentes paliativos falecidos em contexto domiciliário e 4 enfermeiras (inclui PI(s))	Estudo Qualitativo, com recurso a entrevistas semi-estruturadas	Os cuidados à pessoa em FV em contexto domiciliário são exequíveis e aceites pelos familiares, uma vez que aumentam a familiaridade destes com a morte e proporcionam um impacto positivo na fase do luto. O estudo incrementa um impacto positivo sobre os cuidados em FV, ao mesmo tempo que descreve a prática de cuidados e o modelo utilizado. Salienta-se que os enfermeiros devem ter formação específica em FV.
Markus, Betioli, Souza, Marques & Migoto	2017	Brasil	Analisar a evidência científica acerca da intervenção do enfermeiro nos cuidados ao doente paliativo em contexto domiciliário	Doentes paliativos (inclui PI(s))	Revisão Integrativa (análise de 21 artigos científicos)	As intervenções de enfermagem estão inerentes ao ato de cuidar para proporcionar conforto e bem estar, controlar a dor e outros sintomas, estabelecer uma comunicação verbal e não verbal eficazes com o objetivo de estreitar a ligação entre a pessoa cuidada e a família. É notado, por parte destes profissionais, um respeito e uma preocupação em prestar cuidados de qualidade e humanizados, para se conseguir estabelecer uma relação de confiança. A atuação do enfermeiro na prestação de cuidados ao doente paliativo é de extrema importância, principalmente pelo tempo que dispense ao lado destes doentes e por ser o elo de ligação entre a restante equipa e os familiares, respeitando sempre a condição humana e a qualidade de vida destas pessoas.
Andrade, Siva, Seixas & Braga	2017	Brasil	Analisar a evidência científica acerca da intervenção do enfermeiro nos cuidados ao doente em contexto domiciliário	Doentes em contexto domiciliário (inclui PI(s))	Revisão Integrativa (análise de 48 artigos científicos)	A intervenção de enfermagem em contexto domiciliário é primordial e muito vasta. De relevar as ações educacionais e relacionais, inclusive nos cuidados técnicos, dando-se primazia à necessidade de formação em contexto domiciliário.

Ao analisarmos a tabela 1, podemos observar que todos os artigos selecionados foram divulgados no período compreendido entre os anos de 2016 a 2020, com base num dos critérios de inclusão utilizados estrategicamente para a realização da pesquisa nas bases de dados.

Em relação ao país/local/origem dos respetivos artigos, verificamos que existe alguma diversidade nomeadamente, 1 na Finlândia (Sanerma, Miettinen, Paavilainen & Åstedt-Kurki, 2020), 1 no Canadá (Chin-Yee & Chin-Yee, 2018), 1 na Tailândia (Nagaviroi & Anothaisintawee, 2017), 1 na Noruega (Devik, Hellzen, & Enmarker, 2017), 1 na Austrália (Spelten, Timmis, Heald & Duijts, 2019) e 2 no Brasil (Markus, Betioli, Souza, Marques & Migoto, 2017); (Andrade, Silva, Seixas & Braga, 2017).

Analisando a população/amostra, de mencionar que somente 2 artigos incluem apenas PI (s), os restantes artigos incluem vários grupos etários, não especificando. Consideraram-se pertinentes para a revisão porque não excluíam a PI. De salientar que todos os artigos abordam as intervenções de enfermagem. Em relação ao tamanho

da amostra, ela varia muito, desde 1 até 140 participantes.

Seguidamente apresenta-se a metodologia empregue pelos vários autores, também diversificada, 1 revisão sistemática, 1 artigo de opinião, 2 revisões integrativas, 2 estudos qualitativos (os autores recorreram à entrevista como instrumento de colheita de dados) e 1 estudo quantitativo/retrospectivo.

Em relação aos objetivos dos artigos selecionados, mantem-se a diversidade, embora as temáticas sejam semelhantes. O artigo dos autores Sanerma, Miettinen, Paavilainen & Åstedt-Kurki (2020), tem como objetivos descrever e sintetizar os cuidados de enfermagem centrados na pessoa idosa em contexto domiciliário, já o de Chin-Yee & Chin-Yee (2018), tem como objetivo refletir sobre o fim de vida da PI em contexto domiciliário. Se de certa maneira, os artigos de Nagaviroi & Anothaisintawee (2017) e Devik, Hellzen, & Enmarker (2017) têm em comum a abordagem de assuntos relacionados com os cuidados/intervenções de enfermagem em casa, já divergem em relação aos objetivos, em que os primeiros focam a sua atenção em informações baseadas na PI, e os segundos em informações

facultadas pelos familiares da PI. Além destes, Spelten, Timmis, Heald & Duijts (2019), no seu artigo têm como objetivo descrever a experiência dos familiares e enfermeiras acerca da assistência ao fim de vida em contexto domiciliário. Os autores Markus, Betioli, Souza, Marques & Migoto (2017), com o seu artigo têm como objetivo analisar a evidência científica acerca da intervenção do enfermeiro nos cuidados ao doente paliativo em contexto domiciliário, e Andrade, Silva, Seixas & Braga (2017) ao realizarem o seu artigo, têm como objetivo analisar também, à semelhança do anterior, a evidência científica acerca da intervenção do enfermeiro nos cuidados ao doente em contexto domiciliário.

Em relação aos resultados/conclusões dos diferentes artigos, os autores são perentórios em relação às intervenções de enfermagem à PI em casa, onde quase todos referem a importância das mesmas na última fase da vida, bem como também envolvem a participação da família nas mesmas.

No entanto, salienta-se que durante a seleção dos artigos verificou-se que alguns deles não eram dirigidos especificamente às PI (s), mas a vários

grupos etários, no entanto as PI (s) também se encontram incluídas e são alvo de cuidados paliativos embora nem sempre a pessoa se encontrasse na fase final da vida, todos os estudos foram considerados relevantes para a presente revisão.

Discussão dos Resultados

De forma a atingir o objetivo desta revisão foram apreciados 7 artigos, após um criterioso processo de seleção.

De um modo geral, analisando cada um deles e em conjunto, todos os artigos abordam as intervenções de enfermagem, a PI, o FV e a casa. Nenhum deles aborda especificamente as intervenções de enfermagem à PI em FV em casa.

Neste sentido, foi possível verificar que de um modo geral, os autores demonstram que em casa, a intervenção do enfermeiro é fundamental e primordial para a qualidade dos cuidados prestados durante a fase final da vida da PI. O enfermeiro tem um papel preponderante na equipa ao ser o elo de ligação entre os vários elementos da equipa e família, com o objetivo de se adequarem as intervenções às necessidades detetadas na PI e família.

Os autores [Sanerma, Miettinen, Paavilainen & Åstedt-Kurki \(2020\)](#) referem que os cuidados centrados na PI requerem atenção em relação ao cumprimento dos seguintes itens: envolvimento da pessoa idosa nos seus próprios cuidados, participação e envolvimento dos membros da família e equipa de saúde nos cuidados, comunicação, capacitação da PI e da sua família e parceria nos cuidados e prática de cuidados baseada na evidência científica. A prática de enfermagem deve incidir em todas as dimensões do cuidado centrado na pessoa, considerando os cuidados prestados em casa.

Também [Chin-Yee & Chin-Yee \(2018\)](#) autores de uma das pesquisas e profissionais de saúde, concluíram que após terem contribuído para satisfazer o desejo a um familiar (avô) de morrer em casa e terem participado nessa experiência, qual o benefício desta decisão se estender a outras PI(s), nas mesmas condições? Os autores consideram que a equipa de saúde pode proporcionar um final de vida em casa, quando for possível é o local preferencial, ao invés do ambiente hospitalar, e em conjunto com a família, PI e equipa de saúde, promover uma "boa" morte. Em relação ao FV as

intervenções de enfermagem nesta temática abrangem um conjunto de ações e/ou cuidados paliativos à PI. Tendo em conta estes cuidados, o estudo de [Nagaviroj & Anothaisintawee \(2017\)](#) menciona que os cuidados paliativos em casa foram significativos para permitir que as pessoas idosas que decidam morrer em casa, tenham o acompanhamento e os cuidados necessários nesta fase da vida. A equipa de saúde desta comunidade na Tailândia incentiva e influencia as políticas de saúde do país a promover o desenvolvimento de programas de cuidados paliativos que incidam na comunidade.

Os mesmos autores referem que, cuidar é aliviar, e no fim de vida os enfermeiros cuidam com o objetivo de aliviar a dor que causa sofrimento e proporciona desconforto. Mas é necessária uma introspeção por parte do enfermeiro, que tem de ter conhecimento prévio desta situação, ou seja, conhecer-se a si mesmo para poder ter conhecimento dos outros.

Sendo assim, [Devik, Hellzen & Enmarker \(2017\)](#) referem que os enfermeiros que prestam cuidados de enfermagem em casa a PI(s) em FV, devem ter a perceção dos seus próprios sentimentos em relação a esta

fase da vida para direcionar o foco dos cuidados não só ao controlo de sinais e sintomas da PI, mas sim relacionar também com os fatores sociais e culturais que podem contribuir para o bem-estar da PI, quando a cura não é o objetivo dos cuidados.

De acordo com Spelten, Timmis, Heald & Duijts (2019), a família é incluída no plano de cuidados da PI, sendo assim, é muito importante a sua presença e participação durante a prestação de cuidados. É importante a aceitação por parte do enfermeiro da opinião dos familiares acerca dos cuidados prestados. Os mesmos autores, referem que os cuidados à pessoa em FV em casa são exequíveis e aceites pelos familiares, uma vez que aumentam a familiaridade destes com a morte e proporcionam um impacto positivo na fase do luto. O estudo incrementa um impacto positivo sobre os cuidados em FV, ao mesmo tempo que descreve a prática de cuidados abordada. Salienta-se que os enfermeiros devem ter formação específica em FV. De acordo com Markus, Betioli, Souza, Marques & Migoito (2017), as intervenções de enfermagem são inerentes ao ato de cuidar para proporcionar conforto e bem-estar, controlar a dor e outros

sintomas, estabelecer uma comunicação verbal e não verbal eficazes com o objetivo de estreitar a ligação entre a pessoa cuidada e a família. É notado, por parte dos enfermeiros um respeito e uma preocupação em prestar cuidados de qualidade e humanizados, para se conseguir estabelecer uma relação de confiança. A atuação do enfermeiro na prestação de cuidados à PI em FV, é de extrema importância, principalmente pelo tempo que despense ao lado destas pessoas e por ser o elo de ligação entre a restante equipa e os familiares, respeitando sempre a condição humana e a qualidade de vida destas pessoas. Por último, mas não menos importante, Andrade, Silva, Seixas & Braga (2017) referem a importância da intervenção de enfermagem em casa, que deve ser primordial e vasta. De relevar as ações educacionais e relacionais, inclusive nos procedimentos técnicos, dando-se primazia à necessidade de formação aos enfermeiros, em casa.

Limitações

Nesta revisão foram somente incluídos estudos publicados na língua inglesa e portuguesa, os do domínio da autora. Assim, artigos publicados em outros idiomas também poderiam ser relevantes e trazer mais contributos para a presente revisão.

A insuficiência de evidência científica encontrada nas bases de dados, considera-se também uma limitação. Como o objetivo de uma revisão *scoping*, não se centra na avaliação metodológica dos estudos que inclui, não são exibidas recomendações para a prática. No entanto existem recomendações para a prática, nomeadamente as recomendações da Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2006). Dado que estas recomendações para a prática são pouco recentes, verifica-se a necessidade de mais investigação na área, para haver atualizações sobre a temática abordada.

Conclusões

Através da realização desta revisão concluiu-se que as intervenções de enfermagem à PI em FV em casa, baseadas no Cuidado Centrado na

PI e família, requerem atenção em relação ao cumprimento dos seguintes itens: envolvimento da PI nos seus próprios cuidados, participação e envolvimento dos membros da família e equipa de saúde nos cuidados, comunicação, capacitação e parceria nos cuidados e prática de cuidados baseada na evidência científica. A prática de enfermagem deve incidir em todas as dimensões do cuidado centrado na pessoa, considerando os cuidados prestados em casa.

A equipa de saúde pode proporcionar um final de vida, quando for possível e preferencial, em casa ao invés do ambiente hospitalar em conjunto com a família e a PI, com o objetivo de se promover uma "boa" morte.

Assim é possível prestar cuidados em à PI em FV em casa, desde que essa seja a sua vontade, bem como a vontade dos seus familiares. Estas intervenções de enfermagem, permitem que a PI tenha o acompanhamento e os cuidados que necessita nesta fase da vida.

O enfermeiro que acompanha a PI em FV em casa, tem de conhecer as suas emoções e perceções acerca desta fase, para então poder

direcionar o foco dos cuidados a todos os fatores sociais e culturais que podem contribuir para o bem-estar da PI, quando a cura não é o objeto dos cuidados. Estes cuidados são exequíveis e aceites pelos familiares, quando estes têm conhecimento dos mesmos e são envolvidos nos mesmos.

As intervenções de enfermagem estão inerentes ao ato de cuidar para proporcionar conforto e bem-estar, controlar a dor e outros sintomas, estabelecer uma comunicação verbal e não verbal eficazes com o objetivo de estreitar a ligação entre a pessoa cuidada e a família.

Os enfermeiros têm um respeito e uma preocupação em prestar cuidados de qualidade e humanizados, para se conseguir estabelecer uma relação de confiança. A atuação do enfermeiro na prestação de cuidados ao doente paliativo é de extrema importância, principalmente pelo tempo que depende ao lado destes doentes e por ser o elo de ligação entre a restante equipa e os familiares, respeitando sempre a condição humana e a qualidade de vida destas pessoas. O enfermeiro é desta forma, o elo de ligação entre a PI, a

família e os elementos da restante equipa.

Salienta-se a importância da formação contínua dos enfermeiros que dirigem a sua intervenção à PI em FV em casa, para que cada vez mais a PI tenha acesso a cuidados de qualidade e humanizados.

Conflitos e Agradecimentos

Não se verificou a existência de conflito de interesses nesta revisão.

Referências bibliográficas

Alves, P. V. (2013). Intervenção do enfermeiro que cuida da pessoa em fim de vida com alterações do comer e beber. *Pensar Enfermagem*. 17 (1). Lisboa. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE17-1_17_30.pdf

Andrade, A. M., Silva, K. L., Seixas, C. T., & Braga, P. P. (2017). Atuação do enfermeiro na atenção domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 70 (1), 210-219. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0214>

- Associação Nacional de Cuidados Paliativos. (2006). Organização de serviços de cuidados paliativos: Recomendações da ANCP. *Cuidados Paliativos*. 1-22. Disponível em: https://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf
- Chin-Yee, B., & Chin-Yee, N. (2018). Dying at Home—Our Grandfather's Great Escape. *JAMA Internal Medicine*. American Medical Association. Disponível em: <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.7295>
- Devik, S. A., Hellzen, O., & Enmarker, I. (2017). Bereaved family members' perspectives on suffering among older rural cancer patients in palliative home nursing care: A qualitative study. *European Journal of Cancer Care*. 26 (6). Disponível em: <https://doi.org/10.1111/ec.c.12609>
- Eliopoulos, C. (2019). *Enfermagem gerontológica* (9ª edição). Porto Alegre: Artmed.
- Gerber, K., Hayes, B., & Bryant, C. (2019). Preferências pelo local de atendimento e local de morte: o quê, como, quando e a quem perguntar? *Progress in Palliative Care*. 27 (2), 64-68. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/09699260.2019.1611988>
- Gomes, B., Sarmento, V. P., Ferreira, P. L., & Higginson, I. J. (2013). Preferências e locais de morte em regiões de Portugal em 2010. *Centro de Estudos e Investigação Em Saúde Da Universidade de Coimbra*, 1-20. Disponível em: <https://www.apcp.com.pt/uploads/portugueserepori2013v6.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística, Pordata (2019). Obtido em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>

- Disponível em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/11059/1/700702_Tese.pdf
- Organização das Nações Unidas. (2020). *Envelhecimento*. Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental. Disponível em: <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- Organização Mundial de Saúde. *Palliative Care* (2020). Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
- Peters, M. D., Godfrey, C., McInerney, P., Soares, C. B., Khalil, H., & Parker, D. (2017). Chapter 11: Scoping Reviews. In: Aromatatis E., & Munn, Z. (Editors). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute. Disponível em: <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- Sanerma, P., Miettinen, S., Paavilainen, E., & Åstedt-Kurki, P. (2020). A client-centered approach in home care for older persons – an integrative review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 38 (4), 369-380. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1841517>
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (2ª ed). Lisboa: Lidel.
- Spelten, E., Timmis, J., Heald, S., & Duijts, S.F.A. (2019). Rural palliative care to support dying at home can be realised, experiences of family members and nurses with a new model of care. *Australian Journal of Rural Health*, 27 (4), 336–343. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/air.12518>
- Terra, I. B., Pereira, B. C., Andrade, M. B. T., Goyatá, S. L. T., Dázio, E. M. R., & Resck, Z. M. R. (2020). Assistência multiprofissional no domicílio às pessoas em cuidados paliativos e familiares. *Enfermagem Brasil*. 19 (1), 75-86. Disponível em:

<https://doi.org/10.33233/eb.v19i1.2860>

Wong, W. K. T., & Ussher, J. (2009). Blackwell Publishing Ltd Bereaved informal cancer

careers making sense of their palliative care experiences at home. 17 (3), 274-282. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2008.00828.x>

/

APÊNDICE IV – Reflexão sobre a frequência no Curso *On-Line* “Agentes de Fim de Vida”

Reflexão sobre a frequência no Curso On-Line “Agentes de Fim de Vida”

O envelhecimento e a finitude, são dois termos muito abordados nos dias de hoje, mas nem todos sabem o seu significado e como abordá-los. O envelhecimento é considerado um fenômeno que se desenvolve ao longo do tempo, com a sucessão das várias etapas do ciclo de vida, que têm um princípio, uma trajetória e um fim. Ocorre progressivamente, não é uniforme e tem grande impacto nos sistemas de saúde. Se ao longo da vida a pessoa passar por todas as etapas, o ciclo vital estender-se-á até à velhice e conseqüentemente à morte. A finitude surge então como um fim, porque todos somos finitos e temos a morte como a última etapa da nossa vida. De acordo com Osswald (2013), todos sabemos que vivemos, uns mais do que outros, mas a morte é inevitável, está certa e definida, apesar de o dia e a hora serem indefinidos.

Ainda que passemos por todas estas etapas, cada pessoa é única e experiência a realidade de cada etapa de forma distinta, porque a etapa não muda, cada pessoa é que a vivencia de forma singular. As vivências são o que transportamos conosco e dão significado à nossa existência, pelo que a vivência da velhice impregnada pela ideia de se viver a última etapa do ciclo de vida de forma otimista ou pessimista, dependerá de cada pessoa e da sua concepção de vida e de morte.

É durante o processo de envelhecimento que a pessoa passa por alterações físicas e cognitivas e tem consciência da entrada nesta etapa da vida. A adaptação ou não, com a aceitação ou não, depende exclusivamente do processo cognitivo que a pessoa faz, do apoio que tem e da sua própria concepção de envelhecimento.

O processo de envelhecimento é composto por uma parte biológica, que é uma consequência da vulnerabilidade que vai aumentando, assim como a probabilidade de morrer (Barreira, E. & Pereira, A.M. & Novo, A. & Vaz, J., 2018). É marcada por muitos aspetos positivos, como o uso da experiência da sabedoria, o pensamento realista, o vocabulário enriquecido, entre outros, a que se juntam alguns aspetos negativos, mas que fazem parte, como “as perdas” sensoriais, de autonomia, socioeconómicas, psicológicas e sociais, como a “perda” de alguém próximo. Está descrito que ocorrem “perdas” importantes e que grande parte das pessoas idosas estão conscientes da sua situação, sendo o sentimento de finitude mais ou menos assumido, que na maioria das vezes não ocorre em outras fases da vida.

A satisfação ao longo da vida, poderá proporcionar uma sensação de aproveitamento do tempo e realização pessoal, o que poderá levar a uma maior aceitação da morte. Segundo Osswald (2013), a morte faz parte integrante da vida, pelo que morrer bem é uma consequência de uma boa vida.

O processo de morrer é desafiante, é a realidade e está dentro da vida, é necessário humildade e coragem para estar ao lado das famílias, uma vez que o corpo mostra as suas fragilidades e proporciona o medo do desconhecido. Temos de nos valorizar, para poder valorizar os cuidados a alguém que está em fim de vida. Conhecendo-nos, aprendemos a conhecer o outro, e aprendemos a chegar ao outro através da formação. O curso on-line “Agentes de Fim de Vida: Preparar Equipas para Lidar com Doentes em Fim de Vida”, prepara profissionais para serem “agentes de fim de vida” que devem conhecer especificamente a pessoa idosa em fim de vida e a família, para poder adaptar os conhecimentos que estas pessoas detêm na etapa que estão a vivenciar. Mas como proceder para “construir” uma “boa morte”?

É através da idealização da morte que se tem a oportunidade de viver a vida, porque se não fosse a morte, a vida não era tão valorizada. A valorização, passa por estar acompanhado nos momentos de agonia, e a morte é um momento de agonia. Silva (2006), refere que os profissionais de saúde dos diferentes contextos que estão em contacto permanente com os doentes, devem refletir verdadeiramente sobre a espiritualidade da vida e o seu fim, compreendendo a morte como uma componente natural do ser humano, de forma a dar uma assistência fundamental e essencial a quem está a morrer, bem como aos seus familiares. A morte é absolutamente intolerável de viver, mas é absolutamente necessária de aceitar. Os momentos da vida, transformados em memórias na “hora” da morte, influencia as boas ou más vivências na “hora” da morte. O papel do “agente”, ao servir a pessoa idosa nesta fase e a família, tem de estar bem definido, porque nem todos os “agentes” têm perfil para acompanhar alguém em fim de vida.

O mesmo autor refere ainda que o acompanhamento da pessoa em fim de vida, pelos “agentes”, pode ser definido como caminhar ao lado da pessoa que está a fazer o seu caminho particular de vida e de caminhar ao seu lado até ao fim (Silva, 2006).

Os cuidados e a assistência inerentes devem estar organizados e ir ao encontro das necessidades das pessoas que envelhecem e que se aproximam do fim da vida (Gomes & Thiollent, 2018). É essencial avaliar as necessidades da pessoa idosa em fim de vida, como detetar sinais de sofrimento, promover a comunicação adequando a intervenção através da observação corporal e dos sinais que a pessoa transmite,

tratar a pessoa como “pessoa viva” e não como se já tivesse morrido, criar um ambiente organizado, proporcionar silêncio, paz, calma e tranquilidade, porque a morte não é uma opção e sim uma certeza. Não é mais do que, prestar apoio com dignidade no processo de finitude, porque tudo o que nasce morre, só tem de ser compreendido e aceite.

Gomes & Thiollent (2018), no estudo que realizaram, referem que a maioria dos cuidados são relacionais, constituídos por atitudes de cariz ético e refletidas, com um profundo respeito por aquele que é cuidado. Os profissionais de saúde devem estar preparados para trabalhar em equipa, ser empáticos, congruentes e aceitarem a pessoa na sua singularidade.

Um outro estudo efetuado por Lewis et al. (2019), revela que os profissionais de saúde que centravam os cuidados na pessoa em fim de vida, assegurando a preocupação com o respeito pela sua dignidade, representaram um contributo significativo na qualidade dos cuidados fornecidos. A transparência e a honestidade na comunicação entre os profissionais de saúde, a família e a pessoa em fim de vida, são facilitadoras para garantir cuidados de qualidade na última etapa da vida.

Então mais do que falar, devemos escutar. A transmissão de que o mais importante é fazer a pessoa sentir que soube viver e que está acompanhada, do que saber que vai morrer. Incutir à pessoa idosa que não é vítima da morte, para se proporcionar a reflexão, a aceitação e o compromisso com os cuidados na vida humana, na despedida, ao morrer. A morte não é mais do que um acontecimento da própria vida e morremos sim, mas antes vivemos e enquanto vivemos vamos “acumulando” vivências, que marcam a nossa individualidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barreira, E., Pereira, A.M., Novo, A., & Vaz, J. (2018). *Envelhecer com diabetes*. Loures: Lusodidacta.
- Gomes, M., C. P. A., & Thiollent, M., J. M. (2018). Estudo de caso: os idosos no serviço de atenção primária à saúde. *Hygeia*. 14 (30), 1-16. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia>
- Lewis, E.T., Harrison, R., Hanly, L., Psirides, A., Zammit, A., McFarland, K., & Cardona, M. (2019). Life priorities of older adults with terminal illness and caregivers: A qualitative consultation. *Health Expectations*, 22 (3), 405–414. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hex.12860>
- Osswald, W. (2013). *Sobre a morte e o morrer*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Silva, J. (2006). *Quando a Vida Chegar ao Fim. Expectativas do Idoso Hospitalizado e Família*. Loures: Lusociência.

APÊNDICE V – Grelha de Observação de Prestação de Cuidados

GRELHA DE OBSERVAÇÃO SOBRE A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA EM FIM DE VIDA NO SMI

Focos de enfermagem	Intervenções de enfermagem	Observação
Autocuidado (higiene, vestir e despir)	<ul style="list-style-type: none"> - Assistir/ajudar no autocuidado; - Dar banho no leito; - Executar higiene oral; - Hidratação e massagem corporal. 	
Alimentação	<ul style="list-style-type: none"> - Assistir/ajudar a pessoa a alimentar-se; - Alimentar a pessoa; - ENG, monitorizar conteúdo gástrico; - Trocar SNG. 	
Sinais vitais	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar a dor através de escalas adaptadas (Escala Qualitativa, Escala Doloplus, Escala Numérica); - Gerir administração de analgesia; - Monitorizar tensão arterial, frequência cardíaca e se necessário saturação de O₂; - Vigiar a reação do doente. 	
Mobilização e posicionamento	<ul style="list-style-type: none"> - Efetuar posicionamentos; - Promover conforto e segurança 	
Limpeza das vias aéreas	<ul style="list-style-type: none"> - Aspirar secreções; - Vigiar aspeto das secreções; - Avaliar necessidade de inala terapia. 	
Integridade Cutânea	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorizar risco de úlcera de pressão através de escala adaptada (Escala de Braden); - Vigiar zonas de pressão; - Executar tratamento à úlcera de pressão; - Monitorizar realização de pensos. 	
Comunicação e relacionamento interpessoal	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar os aspetos psicológicos e espirituais durante a prestação de cuidados; - Proporcionar apoio e aconselhamento com o objetivo de melhorar a qualidade de vida, possibilitar uma melhor compreensão da doença e das suas complicações de forma a influenciar positivamente o curso da mesma e oferecer ajuda para que vivam o mais ativamente possível até à morte. 	

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Castanheira, I., Naves, F., Santos, I., Lameiras, M., & Faustino, S. (2015). DOR - 5^o Sinal Vital. *Concurso Padrões de Qualidade Dos Cuidados de Enfermagem Da Secção Regional Sul Da Ordem Dos Enfermeiros*, 30.

Direção-Geral da Saúde. (2009). Circular Informativa: Avaliação do risco para a Úlcera de Pressão - Escala de Risco de Braden, 2009.

Fernandez-Obanza Windscheid, E., Perez Tenreiro, M., Calvo Lopez, R., Mayan Conesa, P., & Bembrive Vazquez, L. (2012). Cuidados paliativos. Em *A, B, C, D, E en Urgencias Extrahospitalarias* (pp. 503–512). Net Biblio. Obtido em: <https://doi.org/10.4272/978-84-96667-43-3.ch18>

https://www.apcp.com.pt/uploads/doloplus_versao_portuguesa.pdf

APÊNDICE VI – Pedido de Autorização da Aplicação da Grelha

Exma. Sra. Enfermeira Chefe do Serviço de [REDACTED]

Eu, Anabela Valentim Gonçalves, enfermeira a exercer funções no [REDACTED]
[REDACTED], a frequentar o XI Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa, venho por este meio requerer a Vossa Excelência que se digne a autorizar a aplicação de uma grelha de observação dos cuidados de enfermagem prestados pela equipa de enfermagem aos doentes em fim de vida internados no serviço, durante o período de estágio clínico definido de 24/11/2020 a 18/12/2020. Caso se digne a autorizar, esta autorização é concedida também pela equipa em questão, que estará previamente informada.

Com os melhores cumprimentos

Aguardo deferimento

Moita, 24 de novembro de 2020

Anabela Valentim Gonçalves

APÊNDICE VII – Reflexão sobre a aplicação da grelha de observação dos cuidados e estágio efetuado no SM

Serviço de [REDACTED]

O estágio neste serviço decorreu no período de 24 de novembro a 18 de dezembro de 2020, com um total de 12 turnos, totalizando 100 horas.

O [REDACTED] é um serviço que visa melhorar as condições de conforto e segurança dos doentes. Este é composto por 25 camas e cerca de 80% dos doentes admitidos encontram-se na faixa etária dos 65 anos ou mais anos. Estes doentes são provenientes do [REDACTED], com alta clínica do serviço de medicina onde foram submetidos a procedimentos para tratar ou estabilizar a sua patologia em fase aguda e que após se encontrarem estabilizados, são referenciados e ficam a aguardar vaga para a Rede Nacional Cuidados Continuados Integrados (RNCCI). São admitidos neste serviço para serem alvo de cuidados e ações paliativos.

Este serviço de internamento é constituído por uma equipa de 20 enfermeiros, 16 deles em horário rotativo, que asseguram cuidados aos doentes continuamente durante 24 horas. Sendo a maioria dos enfermeiros Generalistas, somente 4 têm a Especialidade, 2 em Médico-Cirúrgica, 1 em Reabilitação e 1 restante em Saúde Comunitária. Existe um enfermeiro com uma Pós-Graduação em Tratamento de Feridas e Realização de Pensos. A equipa multidisciplinar é constituída por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais dietista, padre, assistente social e psicólogo, que intervêm com o contributo específico da sua área com o objetivo de se prestarem cuidados globais e diferenciados de forma a promover o conforto e aumentar a qualidade de vida.

Este serviço tem doentes internados com síndromes geriátricas, patologia crónica e co morbilidades associadas, alguns em situação paliativa. Os doentes internados têm um plano de cuidados, que lhes foi estabelecido no primeiro dia de internamento, ainda no [REDACTED] e que se mantém quando são transferidos para este serviço. Este plano de cuidados é ajustado de acordo com as necessidades do doente e em colaboração com a família, sempre que possível. O período de permanência dos doentes neste serviço é em média de cerca de 30 dias, até que entre na RNCCI ou até que a família encontre uma solução para cuidar do seu familiar no domicílio. Durante este período são realizadas avaliações diárias das necessidades dos doentes, com implementação ou supressão de alguma outra necessidade detetada pela equipa de enfermagem que tem um papel fundamental ao fazer a articulação com os restantes elementos da equipa

multidisciplinar, com o objetivo de reformular ou implementar novas intervenções. Estas avaliações são fundamentais de forma a dar continuidade e qualidade às intervenções realizadas durante o período de internamento, incluindo sempre ou quase sempre (se esse for o seu desejo), a envolvência da família, de forma a estarem informados quanto ao estado de saúde do seu familiar, em relação à sua evolução, independentemente de qual for o desfecho.

Os doentes estão distribuídos por 7 enfermarias e no início do turno é realizada a distribuição dos doentes pela equipa de enfermagem, responsabilidade do chefe de equipa. Durante este período de estágio o serviço manteve uma ocupação de 16 camas e o rácio enfermeiro/doente no turno da manhã foi de 1/3, no turno da tarde 1/5 e no turno da noite 1/8. Estes valores sofrem alterações caso o número de doentes se altere.

As vivências e abordagens experienciadas neste serviço foram essencialmente centradas na pessoa idosa em fim de vida, uma vez que em plena vivência de pandemia de Covid-19, o contacto com os familiares da pessoa idosa ficou limitado a alguns telefonemas e última visita, considerada a da despedida, antes do seu falecimento, se previamente previsto. O contacto com a família manteve-se, embora com restrições. Segundo Silva (2006), é muito importante observar e reconhecer as capacidades da família para cuidar da pessoa idosa na etapa final da vida, que muitas vezes se inicia em meio hospitalar e termina em casa, uma vez que é à família que se apresentam continuadas mudanças de contexto social do seu familiar idoso pelo que sendo uma entidade dinâmica em constante alteração tem de estar preparada para dar resposta às constantes solicitações dos seus membros. De maneira a diminuir o *stress*, sentimentos de desilusão, ansiedade e preocupação, é imperioso que nesta última fase da vida da pessoa idosa, os cuidadores familiares tenham conhecimento dos apoios a nível intra e extra-hospitalar, uma vez que os cuidados são continuados e são transferidos para o domicílio, após a alta (Silva, 2006).

No início deste estágio foram delineados objetivos e desenvolvidas atividades, no sentido de lhes dar resposta de forma a desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados à pessoa idosa em fim de vida.

1º Objetivo Específico – Aprofundar conhecimentos sobre as intervenções de enfermagem à pessoa idosa em fim de vida no internamento

Para dar resposta a este objetivo, realizei uma revisão da literatura, baseada na mais recente evidência científica e frequentei um curso on-line sobre a temática em análise.

O regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, relativo às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, refere que o enfermeiro especialista fundamenta a sua prática clínica especializada na mais recente evidência científica, contribuindo para o desenvolvimento de um novo conhecimento. De acordo com Afonso, Ramos & Charepe (2019), é função do enfermeiro especialista, adquirir, compreender e incorporar a evidência científica por meio da investigação com os dados e a avaliação dos doentes.

De acordo com Alves (2013), os cuidados ao doente em fim de vida são centrados no próprio com o objetivo de diminuir a dor e proporcionar qualidade de vida e de morte. De acordo com o estudo que realizou, esta autora refere que os enfermeiros se encontram mais preparados para prestar cuidados para melhorar a qualidade de vida para o doente viver e não para melhorar a qualidade de vida nos últimos momentos de vida do doente. Apresentando muitas vezes atitudes de distanciamento estes profissionais, evitam muitas vezes abordagens centradas no doente e na família, o que poderá indicar necessidades de formação na área e que leva muitas vezes à insatisfação profissional e sentimentos de frustração.

Em relação à pessoa idosa em fim de vida, um estudo efetuado por Lindolpho, Caldas, Sá & dos Santos (2016), corrobora o que anteriormente foi referido, afirmando que o dia a dia dos enfermeiros é preenchido com alguns momentos de aproximação com a morte e que estes tendem a lutar para afastá-la daqueles que estão aos seus cuidados, preenchendo-lhes a cabeça com sentimentos de insegurança, aflição e receio.

A oferta dos serviços hospitalares é baseada no tratamento de doenças, e à semelhança este [REDACTED] com todos os recursos humanos e materiais que apresenta, presta cuidados com o objetivo de a pessoa idosa em fim de vida ainda consiga manter as suas funções ativas até ter alta para a RNCCI, unidade de internamento ou para o domicílio. Alves (2013), menciona que os hospitais direcionam os cuidados aos doentes, cuidados estes cada vez mais suportados por tecnologias inovadoras, com equipamentos e tratamentos curativos, que incentivam os enfermeiros a cuidar para curar, gerando nestes profissionais sentimentos de insucesso, quando os objetivos não são atingidos. De acordo com Lindolpho et al. (2016), a morte e o morrer são temas que tendem a ser rejeitados, pois são mais facilmente aceites temas acerca da

prevenção da doença e terapêuticas que proporcionem a cura. Torna-se então muito importante e imprescindível, evidenciar os princípios que orientam os cuidados de enfermagem à pessoa idosa em fim de vida.

A enfermagem é a ciência por excelência do cuidar. Os enfermeiros cuidam desde o nascimento à morte e mesmo depois da morte. Eles vêm o corpo e para além do corpo. Lindolpho et al. (2016), no seu estudo salienta que a enfermagem é uma profissão que orienta o cuidado à pessoa na sua plenitude, vendo-a como um todo. São essenciais os cuidados ao corpo e à mente, logo a importância durante o processo da finitude, da satisfação das necessidades da pessoa idosa em fim de vida. E preferencialmente que o Sistema Nacional de Saúde (SNS) reconheça o cuidar em fim de vida como uma necessidade e oriente os cuidados direcionados para a mesma.

Ao realizar a revisão da literatura, apreendi novos conhecimentos aplicáveis no contexto da prática de cuidados, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados. Reconheci lacunas a nível do meu conhecimento pessoal e oportunidades para consolidar os conhecimentos para posteriormente realizar o projeto de investigação. As aprendizagens adquiridas permitem-me compreender, criar e disseminar os resultados oriundos da evidência que me vão possibilitar conhecer e desenvolver a prática. Como a prática é desenvolvida em equipa, como futura enfermeira especialista, vou analisar e refletir na mais recente evidência científica, para posteriormente colocar em prática os resultados da aplicação do novo conhecimento.

A evidência científica é relevante para a evolução da prática, fundamental para existirem ganhos em saúde, que se traduzem em cuidados humanizados, desenvolvimento da formação e conseqüentemente promoção do enfermeiro como elemento fundamental na prática dos cuidados e na adequação dos mesmos às necessidades dos doentes e da família (Afonso, Ramos & Charepe, 2019).

2º Objetivo Específico – Analisar os cuidados prestados pela equipa de enfermagem à pessoa idosa em fim de vida no internamento

As aprendizagens adquiridas através da observação (utilização de uma grelha) e da prestação de cuidados à pessoa idosa em fim de vida num serviço de internamento, bem como as reflexões realizadas sobre a observação e a prática desses mesmos cuidados permitir-me-ão adquirir contributos para futuramente desenvolver competências como enfermeira especialista. De acordo com Nascimento,

Miguel, Frade & Presado (2019), para se avaliar a qualidade dos cuidados, é preciso mensurar essa mesma qualidade dos cuidados prestados.

As intervenções de enfermagem praticadas no [REDACTED] são orientadas com base no Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE), que tem como objetivos suportar a atividade diária de enfermagem e normalizar o sistema de registos de enfermagem (ACSS, 2010).

A fim de analisar os cuidados prestados, desenvolvi uma grelha de observação desses mesmos cuidados, constituída pelas intervenções de enfermagem direcionadas para focos de enfermagem, baseando-me no SAPE, utilizado no serviço. Este aplicativo tem como base fundamental a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Para proceder à aplicação da grelha efetuei um pedido de autorização à enfermeira chefe e enfermeiros do serviço (cerca de 80%), que acederam e deram o seu consentimento para poder ser dada continuação ao trabalho.

Perante os resultados da aplicação da grelha, constatei que de um modo geral os enfermeiros, com a colaboração da assistente operacional, prestam cuidados de higiene e conforto à pessoa idosa em fim de vida. Efetuam hidratação e massagem corporal, observando sempre a integridade cutânea, deixando no final o doente posicionado confortavelmente. Os posicionamentos são efetuados 3 vezes durante um turno e sempre que se justifique ou a pedido do doente. Depois de efetuar cuidados relacionados com a alimentação e administração de terapêutica, avaliam os sinais vitais. Durante a prestação de cuidados, a comunicação e o relacionamento interpessoal encontra-se pouco desenvolvido ou não tem o destaque merecido. De acordo com Lindolpho et al. (2016), os cuidados praticados pelo enfermeiro não pressupõem somente tarefas técnicas fundamentadas cientificamente para satisfazer as necessidades do corpo, mas também cuidados para perceber as emoções da pessoa a quem pertence aquele corpo.

O trabalho no serviço é desenvolvido em equipa, embora alguns membros não estejam presentes fisicamente, já referido anteriormente. Segundo um estudo efetuado por Gaspar, Silva, Zepeda & Silva (2019), cada membro da equipa contribui com os seus conhecimentos e contributos, existindo uma troca de saberes que favorecem o tratamento adequado àquele doente. O enfermeiro especialista tem neste serviço um papel fundamental ao servir, como refere o autor acima supracitado, de “elo” de ligação entre os elementos da equipa, até porque é o elemento que tem maior proximidade com o doente e com os familiares, logo participa no processo de tomada

de decisão centrada no doente. De acordo com Johansen & O'Brien (2016), a tomada de decisão no contexto da prática de enfermagem é um procedimento ativo, em constante atualização que pode eventualmente alterar os resultados esperados, em relação ao doente.

A pessoa em fim de vida tem normalmente as atividades de vida diária alteradas o que constitui uma preocupação para a pessoa, para a família e para o enfermeiro, que tem de dar resposta às necessidades de cuidados neste âmbito de forma a adequar a sua intervenção para controlar sinais e sintomas e proporcionar conforto com o objetivo de manter e se possível aumentar a qualidade de vida. Segundo Pacheco (2002), o enfermeiro não só tem competências para aliviar sinais e sintomas, como para proporcionar ao doente a satisfação das suas principais necessidades como ser humano. A adoção de formas de cuidar compreende a utilização de um conjunto de ações curativas e/ou paliativas em que os resultados previstos transpõem os prováveis efeitos secundários.

A pessoa idosa em fim de vida neste internamento, é fundamentalmente, alvo de ações paliativas com o objetivo de aliviar a dor e proporcionar conforto. Os enfermeiros centram os cuidados nas necessidades da pessoa idosa em fim de vida, até que esta chegue à última fase da vida ou tenha alta para o domicílio, ou também para uma unidade de internamento da RNCCI. Ao longo do período de internamento, o enfermeiro envolve a família no processo de cuidados, durante esta fase de pandemia, telefonicamente e a pedido do familiar ou da pessoa idosa, pode autorizar-se uma visita do familiar à unidade de saúde. O familiar é acompanhado, orientado, confortado, ouvido e compreendido pelo enfermeiro, nomeadamente em relação ao estado de saúde do seu familiar, alta para o domicílio ou sobre a fase final da vida que está prestes a acontecer.

3º Objetivo Específico – Prestar cuidados de enfermagem centrados na pessoa idosa em fim de vida no internamento

Esta área de prestação de cuidados não pertence à minha prática diária de cuidados, sendo assim, desenvolvi de acordo com os níveis de aquisição de competências de Benner, competências na prestação de cuidados à pessoa idosa, na fase final da sua vida. Tendo em atenção o meu percurso em questão de aquisição de competências em relação à temática em análise, presentemente situo-me no nível iniciado avançado uma vez que, e segundo Benner (2001), já presenciei situações

reais, no passado, que me permitiram refletir para agir em outras situações semelhantes, porque possuo um conjunto de experiências anteriores que me conferem características específicas.

Durante este curto período em que prestei cuidados à pessoa idosa em fim de vida, além de satisfazer algumas das necessidades consideradas essenciais, nomeadamente os cuidados com a higiene e a observação da integridade cutânea, a alimentação, a administração de fármacos, nomeadamente para controlar o nível de dor, avaliada através de várias escalas (Escala Qualitativa, Escala *Doloplus* e Escala Numérica) , a avaliação dos sinais vitais, a ajuda na mobilização e posicionamentos, a observação da integridade cutânea e utilização de uma escala (Escala de *Braden*), se risco de desenvolver úlceras por pressão, realização de pensos, entre outros procedimentos, fui estabelecendo simultaneamente uma comunicação e relacionamento interpessoal em cada uma das necessidades satisfeitas ao realizar a avaliação dos aspetos psicológicos e espirituais do doente.

Algumas vezes foi complicado o confronto com o processo de finitude experienciado pela pessoa idosa devido à fragilidade que provoca na própria pessoa, família e mesmo em nós, uma vez que como enfermeira e ser humano, senti por determinados momentos alguma insegurança, porque a morte é uma temática que por vezes provoca rejeição, e que queremos adiar, talvez porque não queremos que aquele ser humano finde a sua vida connosco. Refleti bastante nesta reação de insegurança e percebi que cada pessoa é única e tem a sua autonomia para ser ela própria durante este processo, em que é a figura principal e que eu sou sim uma “privilegiada” por poder acompanhar esta pessoa na última fase da sua vida, ao proporcionar todo o tipo de cuidados, considerados de conforto, tal como, dar a mão, ajeitar a almofada, molhar os lábios, ligar a um familiar ou mesmo pedir-lhe que venha visitá-lo.

A pessoa idosa em fim de vida é única na sua singularidade e como tal os cuidados prestados a esta pessoa têm de ser centrados nesta particularidade e individualidade e não em tarefas para satisfazer as necessidades da mesma, e de acordo com McCormack et al. (2015) os cuidados centrados no doente têm como objetivo humanizar os cuidados de saúde e garantir que o doente esteja no centro da prestação desses mesmos cuidados. Este modelo segundo os autores McCormack & McCance (2006), engloba quatro estruturas: os pré-requisitos; o ambiente de cuidados, centrado no contexto onde se desenvolve o cuidado; os processos centrados no cliente; e, por último, os resultados. Estas estruturas permitem conhecer

a pessoa idosa em fim de vida que necessita de cuidados, para se conseguir adaptar esses mesmos cuidados às necessidades e problemas específicos, recursos e capacidade de perceber e lidar com desafios relacionados com a sua doença, cuidados e tratamento.

Se a pessoa idosa em fim de vida tomar decisões, estando consciente e orientada em relação à sua situação, os cuidadores familiares também devem ser envolvidos nas decisões sobre os cuidados, porque o cuidado também é centrado nos familiares cuidadores. Na continuidade desta descrição e para atender às necessidades da pessoa idosa e também da sua família, Benner (2001) refere que, saber observar os outros em situações de vulnerabilidade e de sofrimento, exige uma condição individual e um conhecimento científico e prático, adquirido ao longo do tempo. O enfermeiro tem de estar atento para saber identificar possíveis pistas, efetivá-las e interligá-las a outros sinais, o que lhe vai permitir alargar o domínio das suas competências a nível da eficácia e do desempenho clínico. Esta autora refere ainda que o enfermeiro perito já não age segundo uma regra ou indicação, mas sim pela compreensão da situação e a sua aplicação ao ato adequado. Ele desenvolve competências nos diferenciados domínios da práxis diferenciada à pessoa idosa, e numa prática baseada na evidência com o objetivo de melhorar e aumentar a qualidade dos cuidados.

A comunicação tornou-se neste estágio, uma vez mais, uma incontestável ferramenta de trabalho, permitiu-me ser um elemento mediador entre a equipa, doente e a família, nesta fase mais ausente, mas ao mesmo tempo, com uma presença de qualidade. Através dela defendi a autonomia e a vontade da pessoa idosa em fim de vida, ao comunicar eficazmente orientei os cuidados à mesma, consoante a sua vontade.

De acordo com Gaspar et al. (2019), a relação entre o enfermeiro e os restantes membros da equipa responsáveis pela prestação de cuidados à pessoa idosa e familiares, é um dos cuidados mais importantes para promover a autonomia da pessoa idosa na fase final da vida, particularmente, quando hospitalizada. O foco na família tem um papel social fundamental, quando é participativo e interventivo o que proporciona sentimentos de fraternidade, segurança e respeitabilidade. De maneira que a família assegure estas funções no hospital, a equipa de saúde tem a função e o dever de a incluir no processo de cuidados ao seu familiar idoso e tê-la como uma unidade de cuidado, uma vez que também tem necessidades. A comunicação é um importante instrumento de trabalho, que dotada de sentimento e emoção, proporciona

a explanação de dúvidas acerca da situação de saúde da pessoa idosa de forma clara, simples, compreensível e objetiva.

4º Objetivo Específico – Envolver a equipa de enfermagem na temática à luz da evidência científica

Em tempo de pandemia e sem condições para realizar uma sessão de formação no serviço, as reflexões redigidas, resultantes da frequência no curso *online* e do estágio efetuado, foram disponibilizadas numa pasta nos computadores do serviço, para consulta de toda a equipa de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACSS, IP. (2010). Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE). Disponível em:

<http://dis.dgs.pt/2010/10/01/sistema-de-apoio-a-pratica-de-enfermagem-sape/>

Afonso, T., Ramos, A., & Charepe, Z. (2019). Alimentação na pessoa em fim de vida: análise de conceito. *Cadernos De Saúde*. 11(1), 42-49. Disponível em:

<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.5282>

Alves, PV (2013). Intervenção do enfermeiro que cuida da pessoa em fim de vida com mudanças do comer e beber. *Pensar Enfermagem*. 17 (1), 17–30. Disponível em:

http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE17-1_17_30.pdf

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

Gaspar, R. B., Silva, M.M., Zepeda, K.G.M., & Silva, Í. R. (2019). O enfermeiro na defesa da autonomia do idoso na terminalidade da vida. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 72 (6), 1639–1645. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0768>

Johansen, M.L & O'Brien, J.L (2016). Decision Making in Nursing Practice: A Concept Analysis. *Nursing Forum* Volume 51 (1), 40-48. Disponível em:

<https://doi.org/10.1111/nuf.12119>

Lindolpho, M. D. C., Caldas, C. P., Sá, S. P. C., & dos Santos, N. D. (2016). Cuidados de enfermagem ao idoso no fim da vida/ Nursing care of the elderly in the end of life. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 15 (2), 383. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v15i2.23904>

McCormack, B., Borg, M., Cardiff, S., Dewing, J., Jacobs, G., Janes, N., Karlsson, B., McCance, T., Mekki, T.E, Porock, D., van Lieshout, F., Wilson, V. (2015). Person-centredness – the ‘state’ of the art. *International Practice Development Journal* 5 (supl) [1]. Disponível em: <http://ro.uow.edu.au/smhpapers/3798>

McCormack, B & McCance, TV (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472-479. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>

Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, H., & Cardoso, M. (2019). Os sistemas de informação em enfermagem e os indicadores de qualidade: contributos e desafios para a prática clínica. *Atas CIAIQ 2019*, 1, 965–970. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2363/2269>

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (Nº26 de 6-02-2019), 4744 – 4750. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Osswald, W. (2013). *Sobre a morte e o morrer*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Pacheco, S. (2002). *Cuidar a pessoa idosa em fase terminal*. (2º edição). Loures: Lusociência.

Silva, J. (2006). *Quando a Vida Chegar ao Fim. Expectativas do Idoso Hospitalizado e Família*. Loures: Lusociência.

APÊNDICE VIII – *PowerPoint* sobre “Cuidar da Pessoa Idosa em Fim de Vida”

CUIDAR DA PESSOA IDOSA EM FIM DE VIDA

ELABORADO POR: ANABELA GONÇALVES IALLINA DO XI CURSO DE PÓS-GRADUADO EM ENFERMAGEM, NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, NA ÁREA DE INTERVENÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA, DA ESEU

MARÇO 2021



1

★

“Pensar na morte é a melhor maneira de dar valor à vida”.

Miguel Esteves Cardoso

“A morte dá-nos a oportunidade de viver a vida”.

Claudio Maura



2

O ENVELHECIMENTO...

É considerado um fenómeno que se desenvolve ao longo do tempo, com a sucessão das várias etapas do ciclo de vida.

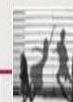
(Cunha, 2013)



Principio
Trajetória
Fim

→ ocorre progressivamente, não é uniforme e tem um grande Impacto nos Sistemas de Saúde.

3



Cada pessoa idosa é única e experiencia a realidade de cada etapa de forma distinta, porque a etapa não muda, a pessoa idosa é que a vivencia de forma singular.

As vivências são o que transportamos connosco e dão significado à nossa existência, pelo que a vivência da velhice impregnada pela ideia de se viver a última etapa do ciclo de vida de forma otimista ou pessimista, dependerá de cada pessoa idosa e da sua conceção de vida e de morte.

(Cunha, 2013)

4

O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO É COMPOSTO POR UMA PARTE BIOLÓGICA, QUE É UMA CONSEQUÊNCIA DA VULNERABILIDADE QUE VAI AUMENTANDO, ASSIM COMO A PROBABILIDADE DE MORRER.



(Barreto, et al., 2018)

5

A FINITUDE, O FIM, A MORTE...

A finitude surge então como um fim, porque todos somos finitos e a morte surge como a última etapa da nossa vida. Sabemos que vivemos, uns mais do que outros, mas a morte é inevitável, está certa e definida, apesar de o dia e a hora serem indefinidos. Sendo assim, a morte faz parte integrante da vida, pelo que morrer bem é uma consequência de uma boa vida.

(Damasio, 2013)



6

PREPARAR UMA "BOA" MORTE



O acompanhamento da pessoa idosa em fim de vida, por uma equipa de profissionais, pode ser definido como caminhar ao lado da pessoa que está a fazer o seu caminho particular de vida até ao fim.

(Silva, 2006)

7

O PAPEL DA EQUIPA...



(Gomez & Thiollent, 2018)

8

ALGUNS ESTUDOS RECENTES...



A maioria dos cuidados são relacionais, constituídos por atitudes de cariz ético e refletidas, com um profundo respeito pela pessoa cuidada. Os profissionais de saúde devem estar preparados para trabalhar em equipa, ser empáticos, congruentes e aceitar a pessoa na sua singularidade.

(Gomes & Thollent, 2018)



É essencial avaliar as necessidades da pessoa idosa em fim de vida, como detetar sinais de sofrimento, promover a comunicação adequando a intervenção através da observação corporal e dos sinais que a pessoa idosa transmite. Criar um ambiente organizado, proporcionar silêncio, paz, calma e tranquilidade. Prestar cuidados com dignidade no processo de finitude, porque tudo o que nasce morre, só tem de ser compreendido e aceite.

(Gomes & Thollent, 2018)

9

ALGUNS ESTUDOS RECENTES...



A existência de transparência e honestidade na comunicação entre os profissionais de saúde, a pessoa idosa em fim de vida e a família, são facilitadoras para garantir cuidados de qualidade na última etapa da vida.

(Lewis et al., 2019)



Os profissionais de saúde que centram os cuidados na pessoa idosa em fim de vida assegurando a preocupação com o respeito pela sua dignidade, proporcionam um aumento da qualidade dos cuidados prestados.

(Lewis et al., 2019)

10

E PARA CONCLUIR...

- Mais do que falar devemos escutar;
- A transmissão de que o mais importante é fazer a pessoa idosa em fim de vida sentir que soube viver e que está acompanhada, do que saber que vai morrer. Inculzir à pessoa idosa em fim de vida que não é vítima da morte, para se proporcionar a reflexão, a aceitação e o compromisso com os cuidados na vida humana, na despedida, ao morrer;
- A morte não é mais do que um acontecimento da própria vida e morremos sim, mas antes vivemos e enquanto vivemos vamos "acumulando" vivências, que marcam a nossa individualidade.

(Lewis et al., 2019)

11

MUITO
OBRIGADA!



12

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barreira, E., Ferreira, A.M., Novo, A., & Vaz, J. (2018). *Envelhecer com diabetes*. Loures: Lusodidacta.

Gomes, M. C., F. A., & Thiollent, M. J., M. (2018). Estudo de caso: os idosos no serviço de atenção primária à saúde. *Hígéis*, 14 (30), 1-16. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/higeis>

Lewis, E.T., Harrison, R., Hanly, L., Páirides, A., Zammit, A., McFarland, K., & Cardona, M. (2019). Life priorities of older adults with terminal illness and caregivers: A qualitative consultation. *Health Expectations*, 22 (3), 405-414. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/hex.12660>

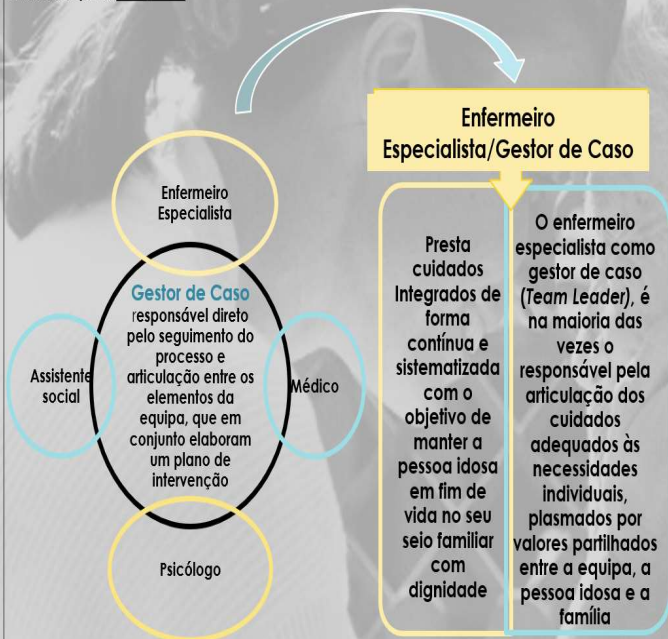
Oswald, W. (2013). *Sobre a morte e o morrer*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Silva, J. (2006). *Quando a Vida Chegar ao fim. Expectativas do Idoso Hospitalizado e Família*. Loures: Lusociência.

APÊNDICE IX – Póster “Cuidar da Pessoa Idosa em Fim de Vida em Contexto Domiciliário: intervenção do enfermeiro especialista como Gestor de Caso”

Cuidar da Pessoa Idosa em Fim de Vida em Contexto Domiciliário: intervenção do enfermeiro especialista como “Gestor de Caso”

Anabela Gonçalves, [REDACTED]



(Martins & Fernandes (2010))



Responsável por articular os cuidados de enfermagem, melhorando a resposta de toda a equipa e a inter-relação desta na equipa de saúde



Aplica procedimentos de qualidade, orientando e colaborando em programas de melhoria da qualidade dos cuidados



Adequa, orienta e gere os recursos adaptando-os às situações e ao contexto com o objetivo de aumentar a qualidade dos cuidados



Assegura um ambiente próprio, terapêutico e protegido

Referências Bibliográficas: Martins, M. do CA, & Fernandes, P. das C. (2010). O Gestor de Caso: Apoiador do Cuidado (pp. 17). Colho em <https://repositorio.uab.pt/bitstream/10400/11171/1/CA%20e%20Fernandes%202010%20-%201%20-%201.pdf>

Pinheiro, M. do S. (2016). O papel do Gestor de Caso em um serviço de atenção à pessoa idosa. Colho em <https://repositorio.uab.pt/bitstream/10400/11171/1/CA%20e%20Fernandes%202010%20-%201%20-%201.pdf>

Regulamento nº 45/2013 (2013). Regulamento de competências específicas de enfermagem aplicada em enfermagem médico-cirúrgica. Ordem dos Enfermeiros. Diário Da República. Série II de 2013-01-18, 1939-1970. Colho em <https://repositorio.uab.pt/bitstream/10400/11171/1/CA%20e%20Fernandes%202010%20-%201%20-%201.pdf>

CA, E. Fiala, L. Rapo, S. Sobrosa, T. & do Carmo Tiguendo (1, 2020). INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM QUE CAPACITAM O CUIDADOR FAMILIAR DA PESSOA COM AFASIA EM CONTEXTO DOMICILIÁRIO: UMA SCOPING REVIEW. Intervenções de enfermagem que capacitam cuidadores informais de pessoas com afasia no contexto domiciliar: uma revisão de escopo. (1) (1) 124-137. Colho em <https://repositorio.uab.pt/bitstream/10400/11171/1/CA%20e%20Fernandes%202010%20-%201%20-%201.pdf>



APÊNDICE X– Pedido de Autorização ao Sr. Diretor do ACES

APÊNDICE XI – Pedido de Autorização à Sra. Coordenadora da UCC

[REDACTED]

Eu, Anabela Valentim Gonçalves, enfermeira a exercer funções no [REDACTED]
[REDACTED], a frequentar o XI Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa, venho por este meio requerer a Vossa Excelência que se digne a autorizar a realização de um estudo de investigação que constará do meu relatório de estágio, durante o período de tempo definido de 04/01/2021 a 16/04/2021. O tema definido para o mesmo é “Perceção dos cuidadores familiares sobre os cuidados prestados pela ECCI à pessoa idosa em fim de vida”, cujo objetivo geral é “Conhecer a perceção dos cuidadores familiares sobre os cuidados prestados pela ECCI à pessoa idosa em fim de vida”. Anexo protocolo do estudo em questão.

Com os melhores cumprimentos

Aguardo deferimento

Moita, 04 de dezembro de 2020

Anabela Valentim Gonçalves

[REDACTED]

APÊNDICE XII – Protocolo de Investigação

1. Protocolo de investigação

- a) Título:** Perceção dos cuidadores familiares sobre os cuidados prestados pela equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) à pessoa idosa em fim de vida
- b) Identificação do investigador:** Anabela Valentim Gonçalves, enfermeira a desempenhar funções no [REDACTED] [REDACTED] e aluna do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- c) Curriculum Vitae do investigador:** APÊNDICE I

Introdução: Com o envelhecimento da população, aumentam inevitavelmente o número de pessoas idosas com doenças crónicas e comorbidades associadas que põem em causa a autossuficiência e a independência das mesmas, o que dificulta muito a permanência das pessoas idosas em casa, sem o apoio de outros (Sequeira, 2018). Este autor refere ainda que, perante esta situação, verifica-se que algumas destas pessoas idosas cuidam de outras pessoas idosas, nomeadamente o cônjuge, o que consiste num fator de risco acrescido. Pelo que foi referido, na última etapa do ciclo de vida, a tendência da evolução da situação de saúde da pessoa idosa tende a agravar-se, conduzindo assim ao fim da sua vida. Quando alguns autores se referem ao fim de vida da pessoa, significa que é alguém que não tem hipótese de cura e apresenta um agravamento do seu estado geral, a morte é esperada para breve e que até lá a pessoa recebe um tratamento baseado em ações ou cuidados paliativos (Alves, 2013). Os cuidados paliativos são uma parte fundamental dos serviços de saúde, integrados e centrados nas pessoas, de forma a aliviar o seu sofrimento, seja ele físico, psicológico, social ou espiritual. Assim, se a causa for proveniente de doenças crónicas em estágio terminal, doenças agudas, até à fragilidade extrema da velhice, os cuidados paliativos podem ser necessários e integrados em todos os níveis de cuidados, com o objetivo de promover o bem-estar e a qualidade de vida (WHO, 2020). Já as ações paliativas, segundo a APCP (2019), são cuidados de saúde que

incorporam conceitos, convicções, ideias e a filosofia dos cuidados paliativos, em qualquer serviço não qualificado nestes cuidados com o objetivo de aliviar o sofrimento decorrente da situação clínica. Estas ações incluem métodos farmacológicos e não farmacológicos para controlar sintomas, e auxiliam a comunicação entre a família, o doente e os profissionais, apoia a tomada de decisão e respeita as decisões do doente. De acordo com um estudo efetuado por Gomes et al., (2013), para uma maior humanização na forma como se prestam cuidados em fim de vida, é muito importante dar resposta às necessidades da população em relação ao local onde pretendem passar o último período da sua vida, reduzindo assim a diferença entre as preferências e a realidade. 59% dos participantes neste estudo mencionaram que morrer no local onde desejam é a sua primeira ou segunda prioridade para serem submetidos aos cuidados de fim de vida, e este local desejado é em sua casa (51%). Assim, é nesta fase que a família espera respostas da sociedade onde está integrada, em relação ao que fazer para atender as necessidades da pessoa idosa, que não seja o recurso à hospitalização ou institucionalização. Sendo essencial prover uma resposta adaptada às necessidades de cuidados das pessoas idosas e da sua família (Sequeira, 2018). Os cuidados prestados pela equipa de saúde à pessoa idosa em fim de vida e família em casa, pretendem-se de qualidade, para tal, é necessária uma avaliação sistemática, envolvendo os diversos intervenientes, como é o caso da própria família enquanto cuidadora. Surgem assim novas necessidades em saúde que conduzem à organização e reestruturação de respostas adaptadas ao aumento também dos cuidados de saúde continuados, de forma individualizada e próxima. Os Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) incorporam as ECCI'S, as quais prestam cuidados à pessoa idosa em fim de vida, sendo estas equipas que existem em maior quantidade, uma vez que as equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos são em número insuficiente e não conseguem dar resposta ao número de camas que lhes são atribuídas.

O estudo realizado por Sierra, Montoya, Garcia, Lopez & Montalvo (2019), refere que os cuidadores familiares entendem como experiência positiva quando os cuidados ao seu familiar são conhecidos por todos os profissionais envolvidos no cuidado, o que demonstra a existência de transmissão de informação entre a equipa. Da mesma forma que a relação entre doente, cuidadores e profissionais é descrita como uma dimensão essencial da qualidade da experiência de final de

vida. Para o cuidador familiar é importante poder estar permanentemente ao lado do seu familiar e saber que o profissional leva em consideração as suas opiniões e decisões.

A possibilidade de permitir que o fim da vida ocorra no domicílio com a família é um dos motivos pelo qual os cuidadores familiares afirmam aceitar este tipo de cuidados. A família nem sempre está preparada para cuidar do domicílio, mas quando é necessário esta função é assumida. Nesse sentido, fazer com que a pessoa passe a fase terminal de sua doença no próprio domicílio sob os cuidados de sua família é um ponto forte para as famílias. Apesar dos períodos difíceis que possam viver, não há arrependimento por se terem prestado cuidados paliativos em casa, uma vez que todos estão vulneráveis (Sierra et al., 2019).

De acordo com Paranhos, Albuquerque & Garrafa (2017), o conceito de vulnerabilidade é conciliável com o princípio dos cuidados centrados na pessoa, que salienta que existe uma relação de parceria, de cooperação e de confiança mútua entre os participantes dos cuidados o que privilegia a relação e os cuidados oferecidos ao doente.

O cuidado centrado na pessoa significa envolvê-la nos cuidados, promover a sua participação e a dos seus familiares como cuidadores no processo, através do diálogo pela obtenção da melhor informação, incentivar a cooperação entre todos os envolvidos nos cuidados, e acima de tudo, respeitar o direito do doente de escolher entre os diversos tipos de cuidados que lhes são oferecidos, ouvindo e aceitando as suas decisões em relação à satisfação das suas necessidades físicas e emocionais (Paranhos, Albuquerque & Garrafa, 2017).

Ainda que muitos cuidadores se envolvam nos cuidados em fim de vida, poucos estudos fazem distinções explícitas entre as necessidades e experiências dos cuidadores familiares durante o tratamento direcionado à doença, cuidados paliativos ou ações paliativas de suporte à fase final da vida (Schulz & Eden, 2016). Estes últimos autores, citando Gibbons et al., (2014) e Penroad et al., (2012), referem que os poucos estudos que focam os cuidadores durante a fase de fim de vida sugerem que os cuidados inerentes à mesma se tornam mais urgentes e intensos. Schulz & Eden (2016), citando Emanuel et al., (2000), Gibbons et al., (2014) e Wolff et al., (2007) afirmam que os cuidadores continuam a descrever níveis muito altos de sobrecarga e stress, mas também referem que encontram maior significado e determinação na experiência de cuidar no final da vida.

Para compreender melhor os cuidados durante esta fase “difícil” da vida, são necessários estudos prospectivos mais completos que delineiem claramente a transição do progresso da doença para os cuidados e ações paliativas no fim da vida, e como essas transições influenciam o cuidador e os cuidados prestados à pessoa idosa em fim de vida (Schulz & Eden, 2016).

O papel de cuidador muda ao longo do tempo de acordo com as mudanças nas necessidades de cuidados à pessoa idosa, as mudanças de um ambiente de cuidado para outro e as mudanças nos contextos familiar, social e geográfico para o cuidado. A diversidade nas estruturas, normas, valores e relacionamentos familiares adequam o desenvolvimento da direção dos cuidados. Sendo assim, espera-se que as necessidades dos cuidadores mudem ao longo do tempo, indicando a necessidade de avaliação e reavaliação, que é considerada especialmente importante durante os períodos de transição dos cuidados (Schulz & Eden, 2016).

Não foram encontrados outros estudos sobre a percepção dos cuidadores familiares relativamente aos cuidados prestados por uma equipa de uma unidade de cuidados na comunidade.

Neste projeto surge então a questão de investigação: Qual a percepção dos cuidadores familiares sobre os cuidados prestados pela ECCI à pessoa idosa em fim de vida?

Metodologia: Utilizarei uma abordagem qualitativa, exploratória e descritiva, com o **objetivo geral** de conhecer a percepção do cuidador familiar sobre os cuidados prestados pela ECCI à pessoa idosa em fim de vida, e os **objetivos específicos** de descrever a percepção dos cuidadores familiares sobre os cuidados prestados pela ECCI à pessoa idosa em fim de vida e identificar os contributos dos cuidadores familiares que visem melhorar os cuidados prestados pela ECCI à pessoa idosa em fim de vida. **Participantes:** a população deste estudo será constituída por todos os cuidadores familiares que integram a ECCI, com idade igual ou superior a 18 anos, de pessoas idosas em fim de vida, com 65 ou mais anos. O acesso aos participantes será efetuado através da lista dos cuidadores familiares facultado pela ECCI. **Seleção de participantes:** critérios de inclusão - todos os cuidadores familiares, com idade igual ou superior a 18 anos, que aceitem participar no estudo. Critérios de exclusão - os cuidadores familiares que

cuidem de pessoas com idade inferior a 65 anos, e cuidadores familiares que cuidem de pessoas idosas que não sejam consideradas em fim de vida. **Local de recolha de dados:** domicílio do cuidador familiar, domicílio da pessoa idosa, ou outro local à escolha do cuidador familiar. **Instrumento de colheita de dados:** entrevista, uma vez que é uma técnica que possibilita recolher informações acerca do que os cuidadores familiares pensam, sentem, pretendem e que lhes permite também partilhar experiências. Através desta, o entrevistador pode sempre que necessário explicar e adequar as questões. Esta entrevista será semiestruturada, o que permite a recolha de informação o mais próxima da realidade possível. Segundo Amado & Ferreira (2017), a entrevista é um procedimento de recolha de informação, pois é através desta que o informante cede informações ao entrevistador. É considerada uma ferramenta de entendimento do ser humano, onde existe uma conversa propositada norteada por objetivos definidos e tem como objetivo ajudar a encontrar novos tópicos, o que permite alterar ou corrigir a área de investigação (Campenhoudt, Marquet & Quivy, 2019). Para garantir o anonimato e a confiança dos participantes, as entrevistas serão realizadas pela investigadora, que é um elemento externo à ECCI, sem a presença de qualquer elemento da equipa, garantindo assim que a mesma não terá conhecimento de quem foram os participantes e respetivas respostas. A **análise dos dados** será realizada com base na análise de conteúdo, segundo *Bardin*. Esta autora (2015, p.11), diz-nos que a análise de conteúdo se define atualmente como um significado que se movimenta entre a objetividade e a subjetividade, no entanto conduz a “um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais subtis em constante aperfeiçoamento”. A análise de conteúdo define-se assim como um conjunto de técnicas de análise das informações que de acordo com Bardin (2015), utiliza um determinado número de procedimentos metódicos e objetivos de explicação do conteúdo das mensagens, assinalado de variadas formas e ajustável a um campo de uso muito amplo. Este método pretende examinar a informação recolhida pelas entrevistas semiestruturadas de forma a obter-se a informação necessária para responder à questão do estudo. A interpretação dos dados através da análise de conteúdo de Bardin (2015), tem em consideração o conteúdo das entrevistas, a sua configuração e disposição, procurando alcançar o conhecimento do que nos dizem as palavras. É assim permitido depreender a partir das comunicações verbais ou figurativas dos participantes, de maneira a gerar conclusões que assegurem relevância teórica.

Após as entrevistas será atribuído um código a cada participante, garantindo assim o anonimato e a confidencialidade. Serão transcritas todas as entrevistas e o texto resultante constituirá o *corpus de análise*. Após uma leitura flutuante, procederemos à categorização *à posteriori*, baseada nas unidades de registo (frases ou segmentos de frases) de cada participante, identificada pelo código atrás mencionado, para garantir o processo de anonimato, confidencialidade dos dados e as questões éticas relacionadas com estes projetos de investigação.

O acesso aos dados obtidos será exclusivamente utilizado pelo investigador e orientadora pedagógica. O processo de armazenamento dos dados será feito através do código já referido e após a conclusão do estudo, os mesmos serão destruídos (as gravações e o *corpus* de análise).

Através da análise e discussão dos resultados alcançados, proponho-me contribuir para uma reflexão fundamentada promotora da melhoria da qualidade dos cuidados prestados pela ECCI à pessoa idosa em fim de vida e fazer a divulgação dos resultados através da publicação de um artigo científico.

A realização deste estudo não acresce qualquer tipo de custos para o

■ **Recursos Humanos:** Investigadora Anabela Gonçalves; Orientadora pedagógica do projeto, Sra. Prof^a Maria Emília Brito e Orientadora clínica ■

e) **Cronograma:** APÊNDICE II

f) **Declaração do responsável da unidade de saúde:** APÊNDICE III

g) **Instrumento de recolha de dados:** APÊNDICE IV

1. **Consentimento Informado:** APÊNDICE V

2. **Modelo de declaração de compromisso para outros investigadores ou colaboradores na investigação, se aplicável, destinada a documentar o seu envolvimento nas garantias de confidencialidade dadas pelo investigador principal.** Não aplicável

3. **Modelo de declaração a assinar por profissionais de saúde que referenciem participantes aos investigadores, onde se garanta que essa referência foi feita com autorização, ainda que verbal, dos participantes, ultrapassando assim o problema da revelação de diagnósticos a terceiros, mas não isentando os investigadores de informar claramente cada participante e de recolher o respetivo consentimento informado, livre e esclarecido. Não aplicável**
4. **Identificação do “Elo de Ligação” (para as investigações que sejam da responsabilidade de profissionais exteriores à instituição) – profissional da equipa de saúde do doente, nomeadamente seu médico ou seu enfermeiro, conhecedor, pela inerência das suas funções assistenciais, dos dados pessoais do doente que acompanha. Não aplicável**
5. **Declaração(ões) do(s) orientador(es) científico(s) ou pedagógico(s), caso se trate de estudo realizado em ambiente académico. Declaração da orientadora pedagógica, Sra. Professora Maria Emília Brito. APÊNDICE VI**
6. **Declaração do Diretor de Serviço/Diretor Executivo do ACES sobre as condições logísticas e humanas que assegurem a realização da investigação em condições éticas adequadas. APÊNDICE VII**
7. **Declaração do investigador sobre a propriedade de dados e resultados do estudo e sobre a disponibilidade de publicação dos resultados, em especial quando haja, para além do investigador, a figura do promotor. APÊNDICE VIII**
8. **Declaração de compromisso do investigador para a entrega à CES do Relatório Final e de relatórios anuais da evolução da investigação, devendo a CES notificar a instituição onde decorre o estudo (e a escola, se aplicável) na eventualidade do não cumprimento. APÊNDICE IX**

Peço deferimento

Moita, 10 de dezembro de 2020

A investigadora

Anabela Gonçalves

Referências Bibliográficas

- Alves, P.V. (2013) - Intervenção do Enfermeiro que Cuida da Pessoa em Fim de Vida com Alterações do comer e beber. *Pensar Enfermagem*. Lisboa. 17,1. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE17-1_17_30.pdf
- Amado, J. & Ferreira, S. (2017). A entrevista na investigação em educação. In J. Amado (Coord.), *manual de investigação qualitativa em educação* (3ª ed., pp. 209-234). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra
- APCP (2019). Disponível em: https://www.apcp.com.pt/faq/o-que-e-a-acao-paliativa.html?close_cookie_policy
- Bardin, L. (2015). *Análise de conteúdo* (4ª ed.). Lisboa: Edições 70, Lda.
- Campenhoudt, L. V. Marquet, J. & Quivy, R. (2019). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Emanue, I. E.J., Fairclough, D.L., Slutsman, J., Emanuel L.L. (2000). Understanding economic and other burdens of terminal illness: the experience of patients and their caregivers. *Ann Intern Med*.132(6),451-9. DOI: [10.7326 / 0003-4819-132-6-200003210-00005](https://doi.org/10.7326/0003-4819-132-6-200003210-00005)
- Gibbons SW, Ross A, Bevans M. (2014). Liminality as a conceptual frame for understanding the family caregiving rite of passage: An integrative review. *Research in Nursing and Health*. 37(5),423–436. DOI: [10.1002 / nur.21622](https://doi.org/10.1002/nur.21622)
- Gomes, B., Sarmiento, V. P., Ferreira, P. L. & Higginson, I. J. (2013). Preferências e locais de morte em regiões de Portugal em 2010. *Centro de Estudos e Investigação Em Saúde Da Universidade de Coimbra*, 1–20. Disponível em: <https://www.apcp.com.pt/uploads/portuguesereport2013v6.pdf>
- Paranhos, D.G.A.M., Albuquerque, A. & Garrafa, V. (2017). Vulnerabilidade do paciente idoso à luz do princípio do cuidado centrado no paciente. *Saúde e Sociedade*, 26 (4), 932–942. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017170187>

- Penrod J, Hupcey, J.E, Shipley, P.Z, Loeb, S.J, Baney, B. (2012). A model of caregiving through the end of life: Seeking normal. *Western Journal of Nursing Research*. 34(2),174–193. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0193945911400920>
- Schulz, R., & Eden, J. (2016). *Families caring for na aging America* (1–345). National Academies Press. Disponível em: <https://doi.org/10.17226/23606>
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com dependência física e mental* (2ª ed). Lisboa: Lidel
- Sierra, L., Montoya, R., García, M., López, M., Montalvo, A. (2019) Experiência do cuidador familiar com cuidados paliativos e em fim de vida. *Índice de enfermagem*. 28 (1-2), 51-5. Disponível em: <http://ciberindex.com/c/ie/e11373>
- WHO (2020). Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
- Wolff, J. D. S., Frick, K. Kasper, J. (2007). End of life care: Findings from a national survey of family caregivers. *Archives of Internal Medicine*. 167(1), 40–46.
DOI: [10.1001 / archinte.167.1.40](https://doi.org/10.1001/archinte.167.1.40)

APÊNDICE XIII – Instrumento de Colheita de Dados

Título da Investigação: Perceção dos cuidadores familiares sobre os cuidados prestados pela ECCI à pessoa idosa em fim de vida

Guião da Entrevista Cuidadores Familiares

Objetivo Geral:

- Conhecer a perceção dos cuidadores familiares sobre os cuidados prestados pela ECCI à pessoa idosa em fim de vida.

Objetivos Específicos:

- Descrever a perceção dos cuidadores familiares sobre os cuidados prestados pela ECCI à pessoa idosa em fim de vida;

- Identificar os contributos dos cuidadores familiares que visem melhorar os cuidados prestados pela ECCI à pessoa idosa em fim de vida.

I - Parte - Caracterização Sociodemográfica

TÓPICOS	RESPOSTAS
Sexo	
Idade	
Estado civil	
Habilitações Académicas	
Está reformado ou no ativo	
Profissão	
Há quanto tempo cuida do seu familiar idoso	
Qual a sua relação de parentesco com o familiar idoso	
Vive com o seu familiar idoso	

II Parte - Percepção dos cuidadores familiares sobre os cuidados prestados pela ECCI à pessoa idosa em fim de vida

Blocos Temáticos	Objetivos específicos	Questões
A - Legitimação da Entrevista	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicar ao entrevistado os objetivos do trabalho; - Assegurar a confidencialidade; - Pedir o consentimento informado e autorização para a gravação áudio da entrevista; - Incentivar o entrevistado a participar na entrevista, destacando a importância e os seus efeitos para melhorar a qualidade dos cuidados e consequentemente a qualidade de vida da pessoa idosa. 	
B - Percepção dos cuidadores familiares sobre os cuidados prestados pela ECCI à pessoa idosa em fim de vida.	<ul style="list-style-type: none"> - Descrever a percepção dos cuidadores familiares sobre os cuidados prestados pela ECCI à pessoa idosa em fim de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enquanto familiar cuidador de uma pessoa idosa, gostaria de a/o ouvir sobre o que pensa dos cuidados prestados pela Equipa dos Cuidados Continuados Integrados (ECCI) ao seu familiar idoso? (pai, mãe ou outro) - Na sua opinião os cuidados prestados, são os adequados às necessidades do seu familiar idoso? - Acha que o seu familiar idoso necessita de outro tipo de cuidados? - Da sua experiência, quer contar algum episódio em que tenha observado algum tipo de cuidados em que o seu familiar se tenha sentido melhor ou gostado especificamente? - Quer referir algum tipo de cuidado que tenha sido desagradável ou desconfortável para o seu familiar?
C- Contributos para melhorar a qualidade dos cuidados prestados pela ECCI à pessoa idosa em fim de vida.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar contributos que visem melhorar a qualidade dos cuidados prestados pela ECCI à pessoa idosa em fim de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Enquanto familiar cuidador de uma pessoa idosa a quem são prestados cuidados, gostaria de saber que sugestões pode dar, para a equipa melhorar esses mesmos cuidados? - Enquanto familiar cuidador de uma pessoa idosa a quem são prestados cuidados, gostaria de saber quais as suas sugestões para que a ECCI proporcione uma melhor qualidade de vida ao seu familiar.
D - Finalização da entrevista	<ul style="list-style-type: none"> - Proporcionar um momento para manifestação sobre algum assunto ou algo que não tenha sido abordado - Agradecer a colaboração no estudo 	<ul style="list-style-type: none"> - O que gostaria ainda de mencionar sobre este assunto? - O que gostaria ainda de abordar que não tenha sido abordado antes? <p>Agradecimento</p>

APÊNDICE XIV – Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

De acordo com a Declaração de Helsínquia ¹ e a Convenção de Oviedo ²

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que alguma informação está incorreta ou não está clara, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

TÍTULO DO ESTUDO: Perceção dos cuidadores familiares sobre os cuidados prestados pela Equipa de Cuidados na Continuados Integrados à pessoa idosa em fim de vida

ENQUADRAMENTO: Este projeto surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem, na Área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa, sob a orientação da Senhora Professora Maria Emília Campos Brito. A realização deste estudo tem como finalidade contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pela ECCI à pessoa idosa em fim de vida e família em casa.

EXPLICITAÇÃO DO ESTUDO: Nos cuidados à pessoa idosa em fim de vida em casa, existe também um envolvimento dos cuidadores familiares. Atualmente existem poucos estudos sobre a perceção que os cuidadores familiares têm da vivência desta experiência, daí a pertinência deste estudo que pretende dar voz aos cuidadores familiares. Para a realização deste estudo será realizada uma entrevista, que tem como objetivo conhecer a perceção dos cuidadores familiares sobre os cuidados prestados pela ECCI à pessoa idosa em fim de vida. Cada entrevista terá a duração aproximada de 15 minutos, onde serão colocadas algumas questões que podem causar algum desconforto. Uma cópia do Consentimento Informado será entregue ao cuidador familiar e a outra será arquivada no processo deste estudo.

CONDIÇÕES: A sua participação neste estudo é voluntária e pode abandonar em qualquer momento ou recusar participar no decurso do mesmo, sem qualquer influência no atendimento desta ECCI.

RISCOS E BENEFÍCIOS: Como resultado do estudo a sua participação pode contribuir para o aumento da qualidade dos cuidados prestados pela ECCI. Não se espera que venha a ocorrer qualquer problema ao participar neste estudo, no entanto, se durante este processo, ou mesmo durante a entrevista entender que precisa de

ajuda ou de apoio, pode recorrer a outros profissionais que integram a equipa, nomeadamente ao psicólogo.

CONFIDENCIALIDADE E ANONIMATO: Este estudo garante o anonimato dos participantes assim como a confidencialidade dos dados recolhidos, através da atribuição de um código a cada participante. Todo o processo será realizado em ambiente de privacidade. Os dados obtidos neste estudo poderão ser utilizados para publicações de carácter científico, mas sempre mantendo o anonimato e a confidencialidade.

Agradeço a sua participação

Anabela Gonçalves [REDACTED]; anabela@campus.esel.pt

Assinatura do investigador:

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela(s) pessoa(s) que acima assina(m). Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma aceito participar neste estudo e permito a gravação áudio e a utilização dos dados que de forma voluntária forneço e que não serei identificado em nenhuma publicação dos resultados, confiando em que apenas serão utilizados os dados para esta investigação e nas garantias da confidencialidade e anonimato que me são dadas pela(o) investigador(a). Como resultado do estudo posso contribuir, através da minha participação, para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pela ECCI. Não se espera que venha a ocorrer qualquer problema para mim ao participar neste estudo.

Nome: _____

Assinatura do participante: _____

Data: ___ / ___ / ___

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE
NOME:
BI/CD Nº DATA OU VALIDADE:
GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTANTE:
ASSINATURA:

1 <https://ispup.up.pt/docs/declaracao-de-helsinquia.pdf>

2 <http://www.ministeriopublico.pt/instrumento/convencao-para-proteccao-dos-direitos-do-homem-e-da-dignidade-do-ser-humano-face-22>

APÊNDICE XV – 1º Pedido de Autorização à CESARSLVT

Ex.^a Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT

Eu, Anabela Valentim Gonçalves, enfermeira a exercer funções no [REDACTED] [REDACTED], a frequentar o XI Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa, venho por este meio requerer a Vossa Excelência que se digne a autorizar a realização de um estudo de investigação que constará do meu relatório de estágio, durante o período de tempo definido de 04/01/2021 a 16/04/2021. O tema definido para o mesmo é “Perceção dos cuidadores familiares sobre os cuidados prestados pela ECCI à pessoa idosa em fim de vida”, cujo objetivo geral é “Conhecer a perceção dos cuidadores familiares sobre os cuidados prestados pela ECCI à pessoa idosa em fim de vida”. Anexo protocolo do estudo em questão.

Com os melhores cumprimentos

Aguardo deferimento

Moita, 10 de dezembro de 2020

Anabela Valentim Gonçalves

APÊNDICE XVI – 2º Pedido de Autorização à CESARSLVT

Ex.mos Membros da Comissão de Ética para a Saúde da ARSLVT

Eu, Anabela Valentim Gonçalves, enfermeira a exercer funções no [REDACTED] [REDACTED], a frequentar o XI Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa, venho por este meio requerer a Vossas Excelências que se dignem a autorizar a realização de um estudo de investigação na [REDACTED] [REDACTED] o qual decorrerá no período de estágio nesta unidade de saúde de 04/01/2021 a 16/04/2021. O tema definido para o mesmo é a “Perceção dos cuidadores familiares sobre os cuidados prestados pela Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) à pessoa idosa em fim de vida”, o objetivo geral é: conhecer a perceção dos cuidadores familiares sobre os cuidados prestados pela ECCI à pessoa idosa em fim de vida e os objetivos específicos são: descrever a perceção dos cuidadores familiares sobre os cuidados prestados pela ECCI à pessoa idosa em fim de vida e identificar os contributos dos cuidadores familiares que visem melhorar os cuidados prestados pela ECCI à pessoa idosa em fim de vida. Foi-me autorizado a realização de um estágio no âmbito do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem à Pessoa Idosa, e proposto pela Sra. Coordenadora desta UCC a realização de um estudo que contribuísse para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pela ECCI da [REDACTED]

Anexo protocolo do estudo em questão.

Com os melhores cumprimentos

Aguardo deferimento

Moita, 17 de fevereiro de 2021

Anabela Valentim Gonçalves