

UNIVERSIDADE DO PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR

XI MESTRADO EM CIÊNCIAS DE ENFERMAGEM

A PESSOA EM FIM DE VIDA NO HOSPITAL:
Modelos de cuidados que emergem da documentação de
enfermagem

Rita Maria de Sousa de Abreu Figueiredo

Dissertação de Candidatura ao Grau de Mestre

Orientador:

Professor Doutor Paulino Sousa



UNIÃO EUROPEIA
FUNDO SOCIAL EUROPEU



CITMA
CENTRO DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA DA MADEIRA



PROGRAMA OPERACIONAL
PLURIFUNDOS DA REGIÃO
AUTÓNOMA DA MADEIRA

Porto
Setembro, 2007

A todos aqueles que através de uma imensidão de
“pequenas coisas” ajudam a dar vida às vidas que
estão prestes a extinguir-se...

“Assistir à morte em paz de um ser humano faz-nos recordar uma estrela cadente, uma de milhões de luzes no vasto céu que brilha durante um curto instante para se extinguir para sempre na noite sem fim”

Kubler-Ross

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Doutor Paulino Sousa, pela preciosa orientação, a qual contribuiu para alargar o nosso “foco de atenção” sobre a Enfermagem; pelo seu apoio, palavras de incentivo e disponibilidade.

Às colegas da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, pelo incentivo, em especial nos momentos de desânimo e pelas discussões que contribuíram para o desenvolvimento do nosso trabalho.

Aos enfermeiros do hospital onde foi realizado o estudo pela forma calorosa como nos acolheram nos serviços e pela sua disponibilidade.

Aos funcionários do Arquivo Clínico pela sua paciência, simpatia e disponibilidade para procurar e arquivar processos.

Ao Conselho de Administração do Hospital Central do Funchal por nos ter autorizado a realização desta pesquisa.

Ao Centro de Ciência e Tecnologia da Madeira pelo apoio financeiro concedido através de bolsa de estudo.

Ao Fernando, meu cunhado e amigo pelas suas preciosas e oportunas “vírgulas”.

À minha irmã, Patrícia, pelo seu precioso contributo nas traduções e palavras de incentivo.

Aos meus pais pelo seu exemplo de vida, pelas lições de coragem e perseverança que me foram tão úteis na construção deste percurso; pelo seu constante apoio e entusiasmo.

Àqueles que mais amo: Paulo, meu marido e companheiro, pelas palavras de carinho, compreensão e incentivo, em especial nos momentos mais difíceis.

À Joana, Margarida e Catarina pela ternura e carinho que têm alimentado a minha alma.

A todos o meu sincero: **MUITO OBRIGADA!**

CHAVE DE SIGLAS

CIPE[®] – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CHPCNS - Canadian Hospice Palliative Care Nursing Standards

ICN – Conselho Internacional de Enfermagem

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

SCD/E – Sistema de Classificação de doentes Baseado em Níveis de Dependência de Cuidados de Enfermagem

SFACP - Sociedade Francesa de Acompanhamento e Cuidados Paliativos

SIE – Sistemas de Informação em Enfermagem

RESUMO

A evolução da documentação de enfermagem parece ter seguido trajetórias distintas em função dos contextos de prestação de cuidados. Na realidade quando analisamos os trabalhos de investigação realizados nesta área, são muito variadas as descrições quanto ao conteúdo dos registos e a sua relação com os modelos de enfermagem em uso nos diferentes contextos.

No contexto dos cuidados às pessoas em fim de vida a utilidade e a finalidade dos registos são semelhantes às das restantes áreas. As especificidades não têm a ver com o formato ou princípios que norteiam a elaboração dos registos, mas deverão encontrar-se centradas na particularidade das necessidades de quem está a morrer.

O presente estudo de carácter exploratório e descritivo, teve como alvo os registos de enfermagem elaborados pelos enfermeiros, no âmbito da prestação de cuidados a pessoas em fim de vida, hospitalizadas em serviços de medicina de um hospital português. Procurou-se identificar os modelos de cuidados que emergem da documentação de enfermagem, num contexto estratégico que contribuísse para a valorização do processo de documentação e melhoria da qualidade dos cuidados a doentes em fase final de vida e suas famílias.

Procedeu-se à análise de conteúdo dos registos de enfermagem relativos aos últimos 5 dias de vida de doentes que morreram em serviços de medicina, o que correspondeu à análise de cerca de 400 turnos de trabalho dos enfermeiros. O modelo de análise apoiou-se na Classificação Internacional da Prática de Enfermagem, como instrumento para a comparação de dados de enfermagem, que sustentou a transposição das expressões utilizadas pelos enfermeiros para o sistema pré-configurado de categorias utilizado. As notas de campo resultantes dos contactos informais com os enfermeiros durante a colheita de dados e validação da análise, sustentaram a interpretação dos resultados do estudo.

Os resultados indicam uma intensa actividade diagnóstica dos enfermeiros, com uma atenção focalizada predominantemente no domínio da “função” e intervenções de enfermagem relacionadas com os cuidados dirigidos ao corpo e à manutenção da vida.

Os dados reflectem também um grande volume de informação relacionado com prescrições médicas.

Os *modelos em uso* embora denotem algum afastamento do *modelo biomédico* de cuidar em saúde, ainda distam dos modelos de cuidados de enfermagem expostos na literatura, como adequados face à prestação de cuidados a pessoas em fim de vida. Foram ainda identificados alguns factores condicionantes à elaboração de registos e à adopção de modelos de cuidados mais próximos dos expostos, nomeadamente: o domínio da cultura médica no contexto hospitalar, a dificuldade de reflexão no contexto da prática, a escassez de tempo e recursos humanos, a falta de espaços que favoreçam a privacidade do doente. Os enfermeiros manifestaram alguma dificuldade em identificar os resultados das suas intervenções e documentar dados relativos à área psico-emocional, confundindo-as com princípios de boas práticas, não valorizando a sua documentação.

Palavras-chave: Enfermagem, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, documentação de enfermagem, registos de enfermagem, modelos de cuidados, morte no hospital, pessoa em fim de vida.

ABSTRACT

The nursing records on documentation seem to have followed different paths upon the context of care. In reality when analysing the investigations developed in this field, we are able to find a great variety of descriptions regarding the content of records as well as the way how they relate with nursing model applied in different contexts.

In the end of life care the utility and purpose of nursing records are similar to the ones that apply to other areas. The specificity of records is not related with the format or principles that guide the records creation; instead it should be centred in the dying patients unique needs.

This descriptive and exploratory study targeted the nursing records elaborated by nurses when presenting end of life care to patients who were admitted in a Portuguese hospital ward. We intend to identify the care models that emerge from the nursing records in a strategically context that contributed to the increase of the importance of nursing record process as well as the improvement of quality of care in end of life patients and their relatives.

We have analysed the content of nursing records made in the final 5 days of patients who deceased in medicine wards which implies the study of nearly 400 shifts of nursing work. The analysis model was based upon the International Classification of Nursing Practice, which was used as an instrument of comparison of nursing data which supported the transposition of expressions used by nurses in a daily basys for the pre-prepared categories used.

The informal contacts maintained with nurses during the data harvest and analysis validation provided field notes that were the base for the study results analysis.

The results provided an intense diagnose of nurse activity, which focused essentially, in function and nursing intervention that are intimately related with body care and life maintenance. The data also reflected a great volume of information related with medical prescriptions.

The in use models in spite of showing some kind of removal of the biomedical model of care in health, are still far away from the nursing models exposed in the literature as suitable facing the care applied to patients in end of life. Some of restrict

ional factors to nursing documentation as well as the adoption of model of cares which are closer to exposed were identified, such as: the power of medical culture in the hospital context, the difficulty of analysing the practice context, the shortage of time and human resources, the lack of spaces that offer privacy to the patient. The nurses showed some trouble in identifying the results of their interventions and documenting regarding the psycho-emotional area confusing it with the principles of a good practice, not valuing their documentation.

KEY WORDS: Nursing, International Classification for the nursing practice, nursing documentation, nursing records, model of care, death in hospital, end of life care

RÉSUMÉ

L'évolution de la documentation de la pratique infirmière semble avoir suivi des trajectoires distinctes en fonction des contextes de prestation de soins. En effet, quand on analyse les travaux de recherche réalisés dans ce secteur, on vérifie une grande variété de descriptions, en ce qui concerne le contenu des enregistrements et leur relation avec les modèles de métier d'infirmier en usage en différents contextes.

Dans le contexte des soins aux personnes en fin de vie, l'utilité et la finalité des registres sont semblables à ceux des autres situations. Les spécificités n'ont pas à voir avec le format ou les principes qui guident l'élaboration des enregistrements, mais devront tomber sur la particularité des besoins de celui qui est en train de mourir.

Cette étude exploratoire et descriptive a eu comme cible les enregistrements de métier d'infirmier élaborés par les infirmiers, dans le contexte de la prestation de soins à des personnes en fin de vie, hospitalisées dans des services de médecine d'un hôpital portugais. On a cherché à identifier les modèles de soins qui émergent de la documentation de métier d'infirmier, dans un contexte stratégique qui puisse contribuer à l'évaluation du processus de documentation et à l'amélioration de la qualité des soins dispensés aux patients à la fin de sa vie et leurs familles.

On a procédé à l'analyse de contenu des enregistrements de métier d'infirmier relatifs aux cinq derniers jours de vie des malades qui sont morts dans des services de médecine, ce qui a correspondu à l'analyse d'environ 400 tours des infirmiers. Le modèle d'analyse a suivi la Classification Internationale de la Pratique Infirmière, comme instrument pour la comparaison de données du métier d'infirmier, qui a soutenu la transposition des expressions utilisées par les infirmiers pour le système pré-établi de catégories utilisé. Les notes de champ prises au moment des contacts informels avec les infirmiers pendant la récolte de données et la validation de l'analyse ont soutenu l'interprétation des résultats de l'étude.

Les résultats indiquent une intense activité diagnostique des infirmiers, avec une attention focalisée majoritairement sur le domaine de la «fonction» et des interventions de la pratique infirmière inhérente aux soins dispensés au corps et à la manutention de la

vie. Les données reflètent aussi un grand volume d'informations rapportées avec des prescriptions médicales.

Les *modèles en usage*, déjà un peu différents du *modèle biomédical* des soins de santé, sont encore loin des modèles de soins de la pratique infirmière exposés dans la littérature comme les plus appropriés face à la prestation de soins à des personnes en fin de vie. On a encore identifié quelques facteurs qui conditionnent l'élaboration d'enregistrements et l'adoption de modèles de soins plus proches de ceux exposés, notamment: le domaine de la culture médicale dans le contexte hospitalier, la difficulté de réflexion dans le contexte de la pratique, la pénurie de temps et des ressources humaines et le manque d'espaces qui puissent favoriser la vie privée du patient. Les infirmiers ont manifesté quelques difficultés en ce qui concerne l'identification des résultats de leurs interventions et la documentation des données relatifs à la dimension psycho-émotionnelle, en les confondant avec des principes de bonnes pratiques et ne pas donnant importance à la respective documentation.

Mots-clefs: Soins infirmiers de fin de vie, Classification Internationale de la Pratique Infirmière, documentation du métier d'infirmier, enregistrements (du métier d'infirmier), modèles de soins, décès dans l'hôpital, personne en fin de vie.

ÍNDICE

p.

INTRODUÇÃO	27
1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	31
1.1 – A pessoa em fim de vida	31
1.1.1 – A morte humana.....	32
1.1.1.1 – Espaço sócio-cultural da morte	34
1.1.1.2 - A morte e os cuidados às pessoas em fim de vida no ocidente	36
1.1.2. – Morrer em contexto hospitalar.....	39
1.1.3 – O enfermeiro e a pessoa em fim de vida	43
1.2 – Cuidar no contexto da saúde e da enfermagem: paradigmas, escolas e modelos.....	50
1.2.1 – Modelos de enfermagem.....	57
1.2.1.1. - Modelo de enfermagem de Roper, Logan e Tierney.....	59
1.2.2 – Processo de enfermagem.....	62
1.2.2.1 – Processo de enfermagem do modelo de Roper, Logan, & Tierney.....	65
1.3 – Documentação do processo de cuidados de enfermagem a pessoas em fim de vida	68
2 - DA PROBLEMÁTICA ÀS OPÇÕES METODOLÓGICAS.....	77
2.1 – Contextualização da problemática	77
2.2 – Opções metodológicas	82
2.2.1 - Técnicas de colheita e análise de dados.....	84
2.2.1.1 - Análise documental.....	84
2.2.1.2 - Notas de campo	86
2.2.3 - População e amostra	91
2.2.4 - Estratégias de acesso e recolha de dados	93
2.2.5 – Validade e fidelidade dos dados.....	94

3 - ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS.....	97
3.1 – Descrição dos suportes de documentação dos cuidados de enfermagem.....	97
3.2 – Constituição do <i>corpus</i>	103
3.3 – O modelo de análise	104
3.4 – Dados de caracterização dos doentes	110
3.5 – Análise de conteúdo à documentação de enfermagem	110
3.5.1 - Prescrições médicas.....	110
3.5.2 – Dados que reportam actividades diagnósticas	112
3.5.2.1 - <i>Dados que reportam focos</i>	113
3.5.3 - Diagnósticos de enfermagem	119
3.5.4 - Focos de atenção nas actividades diagnósticas e nos diagnósticos de enfermagem	125
3.5.5 - Intervenções de enfermagem.....	126
3.5.6 – Outras categorias de dados	129
3.5.7 - Visão geral das categorias	132
DISCUSSÃO DE RESULTADOS	133
CONSIDERAÇÕES FINAIS	167
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	173
ANEXOS	183
ANEXO 1: Autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados	185
ANEXO 2: Impresso de apreciação inicial.....	189
ANEXO 3: Plano de cuidados	193
ANEXO 4: Listagem de diagnósticos cujos planos padronizados estão disponíveis na instituição.....	197
ANEXO 5: Folha de monitorização	201
ANEXO 6: Impresso de notas de enfermagem	205
ANEXO 7: Impresso de Resumo: Diagnósticos de Enfermagem/ Resultados.....	209
ANEXO 8: <i>Focos de atenção</i> do enfermeiro decorrentes da documentação de <i>actividades diagnosticas</i> nos diferentes impressos de enfermagem	213

ANEXO 9: Focos de atenção nos diagnósticos documentados nos diversos impressos.....	217
ANEXO 10: Intervenções de enfermagem planeadas (plano de cuidados)	221
ANEXO 11: Intervenções de enfermagem implementadas(notas de enfermagem)	227

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação dos Fenómenos de Enfermagem.....	105
Quadro 2 – Classificação das Acções de Enfermagem.....	108
Quadro 3 – Actividades de enfermagem resultantes de <i>prescrições médicas</i> documentadas nos diferentes impressos.....	112
Quadro 4 - <i>Focos de atenção</i> (domínios) do enfermeiro decorrentes da documentação de <i>actividades diagnósticas</i> nos diferentes impressos de enfermagem	116
Quadro 5 – Utilização de termos dos <i>Eixos do Juízo/ Probabilidade</i> nos <i>diagnósticos</i> de <i>enfermagem</i> nos diferentes impressos.....	120
Quadro 6 - Domínios dos focos de atenção utilizados nos <i>diagnósticos de enfermagem</i> documentados nos diferentes impressos	122
Quadro 7 - Tipos de acção planeadas e implementadas pelos enfermeiros	129
Quadro 8 – <i>Outras categorias</i> de dados que emergiram da análise da informação documentada nos diversos impressos.....	131
Quadro 9 – Categorias de dados que emergiram da documentação de enfermagem....	132
Quadro 10 – Comparação entre o conceito de cuidados de enfermagem a pessoas em fim de vida nos <i>modelos em uso</i> e nos <i>modelos expostos</i>	160

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Continuum de cuidados da OMS associado aos cuidados paliativos.....	48
Figura 2 – Diagrama do modelo de enfermagem de Roper, Logan e Tierney.....	61
Figura 3 - Campos para preenchimento de dados relativos à actividade de vida <i>Higiene</i> no impresso notas de enfermagem	102
Figura 4- Estrutura hierárquica da classificação dos fenómenos de enfermagem do eixo do Foco da Prática.....	106
Figura 5 - Modelo utilizado na análise de conteúdo à documentação de enfermagem.	109
Figura 6 – Áreas de atenção do enfermeiro nos dados que reportam actividades diagnósticas	139
Figura 7 – Áreas de atenção do enfermeiro nos diagnósticos de enfermagem	141
Figura 8 – Pirâmide representativa das áreas de atenção do enfermeiro nos diagnósticos de enfermagem	143
Figura 9 - Áreas fundamentais em cuidados paliativos e importância atribuída na documentação de enfermagem.....	149
Figura 10 - Áreas intervenção do enfermeiro que adquiriram visibilidade através dos registos	151
Figura 11 – Comparação do conceito de pessoa do modelo biomédico com os <i>modelos</i> <i>em uso</i> e <i>modelos expostos</i>	156
Figura 12 – Esquema representativo dos <i>modelos em uso</i> versus modelo biomédico, <i>modelo adoptado pela instituição</i> e <i>modelos expostos</i>	161
Figura 13 – Factores que influenciam a documentação de enfermagem e a adopção de modelos expostos nos serviços onde se realizou o estudo	164

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Comparação entre os Focos de atenção (domínios) relativos às actividades diagnósticas documentadas no impresso de notas de enfermagem nos 5 dias anteriores ao óbito e nas últimas 24 horas	117
Gráfico 2 – Focos de atenção (domínios) resultantes da documentação de actividades diagnósticas	118
Gráfico 3 – Áreas de atenção resultantes da documentação de actividades diagnósticas	119
Gráfico 4 – Comparação entre os Focos de atenção (domínios) documentados nos diagnósticos de enfermagem no impresso de notas de enfermagem nos 5 dias anteriores ao óbito e nas últimas 24 horas	123
Gráfico 5 - Domínios utilizados nos diagnósticos de enfermagem documentados nos diferentes impressos	124
Gráfico 6 – Áreas de atenção do enfermeiro nos diagnósticos documentados	125

INTRODUÇÃO

A morte é um fenómeno natural, universal, de cuja inevitabilidade temos consciência ao longo da vida. Paradoxalmente, é algo angustiante, bastando a sua simples evocação para suscitar emoções contraditórias e cuja ocorrência a maioria dos seres humanos prefere adiar.

A percepção da proximidade da morte pode ser algo perturbador, não só para aqueles que estão a morrer, mas também para os que os rodeiam.

Actualmente, no nosso país, a maioria das pessoas passa os seus últimos dias de vida rodeada por estranhos, nos hospitais – locais onde foram para tratar/curar a doença e, portanto, para “não morrer”. Contudo, algumas pessoas vão para estas instituições “para morrer”, quando o domicílio não tem condições para as acolher ou minimizar o seu sofrimento.

Há algum tempo que o nascimento e a morte foram transferidos para o hospital. Nestas instituições, os enfermeiros são os primeiros profissionais de saúde a tocar o corpo acabado de nascer, são os que cuidam o corpo doente que perdeu a beleza, a força e se tornou frágil, e os que o cuidam, até mesmo quando a vida acabou de se extinguir.

Os cuidados de enfermagem às pessoas em fim de vida hospitalizadas não têm apenas como finalidade substituir ou compensar funções corporais perdidas. Não é apenas o corpo que está a morrer, mas sim uma pessoa. Esses cuidados deverão dirigir-se à pessoa que acumulou perdas sucessivas: estatuto social, esperança, serenidade, dignidade. Deverão dirigir-se também aos familiares e entes queridos que sofrem a angústia da separação.

Na realidade, verificámos que inúmeras pesquisas têm abordado as reacções, vivências e dificuldades dos enfermeiros em torno da morte, contudo escasseiam trabalhos que descrevam as intervenções empreendidas pelos enfermeiros neste contexto de cuidados.

Estamos conscientes que, no acto de cuidar, os enfermeiros utilizam um conjunto de ferramentas terapêuticas: as mãos, a comunicação interpessoal, a técnica. Através de uma multiplicidade de pormenores, procuram realizar a complexa actividade de acompanhar o ser humano no limiar da vida e ajudá-lo a morrer serenamente. No

entanto, pouco se sabe sobre as intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros nos últimos dias da vida, em particular no contexto hospitalar. Por outro lado, são frequentes as incertezas em relação ao pormenor com que devem ser descritas as intervenções, de modo a promover a sua visibilidade, mas sem correr o risco de enunciar princípios de boas práticas profissionais.

Igualmente complexa é a descrição destes cuidados e a sua documentação quando se entrecruzam questões de confidencialidade, continuidade dos cuidados e aspectos ético-legais. Conhecer como descrevem os enfermeiros o processo de cuidados a pessoas em fim de vida hospitalizadas é um dos propósitos do presente estudo.

Por outro lado, estamos conscientes que nos hospitais imperam os valores médicos relacionados com a cura da doença e os ritmos de trabalho são acelerados. É um verdadeiro desafio implementar nestas instituições modelos de cuidados a pessoas em fim de vida que assentem na promoção da qualidade de vida, em que o conforto e bem-estar passem a ter prioridade, em detrimento das medidas que visam a cura e que por vezes apenas provocam sofrimento.

É fundamental um conhecimento dos modelos de cuidados em uso, para a implementação de processos de mudança e melhoria da qualidade dos cuidados. Assim, identificar os modelos de enfermagem que emergem da informação documentada pelos enfermeiros relativamente ao processo de cuidados surge como outro dos propósitos centrais deste estudo.

Em nosso entender, esta investigação é relevante pelas reflexões que pode induzir relacionadas com o processo de prestação e documentação de cuidados a pessoas em fim de vida, contribuindo futuramente para a melhoria da qualidade dos cuidados e respectiva documentação.

O presente estudo de carácter exploratório-descritivo foi realizado no contexto do 11º Curso de Mestrado de Ciências de Enfermagem e teve como alvo os registos de enfermagem elaborados pelos enfermeiros, no âmbito da prestação de cuidados a pessoas em fim de vida, hospitalizadas em serviços de medicina de um hospital português.

Este relatório pretende explicitar com clareza e de forma sucinta o percurso de investigação encetado. A sua organização pretende reflectir as etapas percorridas, embora alguns dos aspectos narrados sequencialmente tenham sido simultâneos. Assim, na primeira parte, apresentámos o enquadramento teórico, onde procurámos desenvolver e clarificar alguns dos conceitos centrais do estudo e caracterizar o “*estado da arte*” relativamente a esta temática. Na segunda parte, procurámos contextualizar a

opção pela problemática e fundamentámos as nossas opções metodológicas. Na terceira parte, descrevemos os resultados alcançados e, para finalizar, no capítulo da discussão, apresentámos as nossas inferências e analisámos os resultados à luz do suporte teórico.

A realização desta dissertação, tendo em vista a obtenção do grau de mestre, foi para nós uma oportunidade para aprofundarmos a reflexão e o interesse pelos cuidados às pessoas em fim de vida, atitude que tem estado presente em todas as etapas do nosso percurso académico e profissional.

1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Esta parte do relatório é o resultado do exame crítico de um conjunto de publicações. Pretende descrever as bases teóricas e conceptuais da temática em estudo e explicitar o actual estado do conhecimento neste domínio da investigação.

A actividade de pesquisa bibliográfica desenrolou-se durante todo o percurso de investigação desenvolvido, contribuindo para delimitar o domínio de investigação, orientar as nossas opções metodológicas e sustentar a interpretação dos resultados (Fortin, 1999).

O enquadramento teórico foi centrado em três grandes áreas: a pessoa em fim de vida e a evolução dos cuidados até ao actual contexto de morte em ambiente hospitalar; os paradigmas e modelos de enfermagem; e terminámos com uma reflexão sobre a documentação do processo de cuidados de enfermagem a pessoas em fim de vida.

1.1 – A pessoa em fim de vida

A proximidade do fim da vida de um ser humano é um período caracterizado por vivências e acontecimentos peculiares não só para o próprio mas também para os que o rodeiam.

A forma como tem sido percepcionada esta fase da vida tem mudado ao longo dos tempos e é actualmente bastante diversificada, variando de acordo os contextos culturais, crenças e características individuais de cada pessoa. Por este facto, para compreendermos com maior profundidade o conceito actual de pessoa em fim de vida e o contexto dos cuidados de enfermagem prestados neste âmbito, procurámos ao longo desta primeira parte do enquadramento teórico centrar-nos nos aspectos sócio-culturais da morte humana e descrever a evolução dos cuidados de enfermagem a pessoas em fim de vida e seus familiares.

1.1.1 – A morte humana

O Homem é provavelmente o único ser vivo que tem consciência antecipada da finitude da sua própria vida e da dos seus entes queridos. Esta constatação e a sua noção do tempo, condicionam a forma como o Homem se situa face à vida, como se relaciona com os outros e como projecta o seu próprio futuro.

Temos a certeza que a estrada da vida nos conduz invariavelmente à morte - algo com o qual mantemos durante toda a vida uma noção meramente abstracta. Morte é mistério, caos, contradição, angústia, fonte de inspiração de artistas e poetas, objecto de reflexões filosóficas, de rituais nas diferentes culturas mas é também o que nos faz viver. É o ter consciência do fim da vida que nos faz viver com mais intensidade (Hennezel, 1998) saboreando momentos deliciosamente insignificantes como a beleza do fim de uma tarde de Verão ou a canção melodiosa de um pássaro numa tarde de Primavera.

A morte é o fim da vida, no entanto, acompanha-nos ao longo do seu percurso permanecendo simultaneamente próxima e distante (Neves, 199; Pacheco, 2002). A morte mantém-se próxima quando entra no refúgio dos nossos lares através da comunicação social onde é fonte de numerosas notícias fazendo disparar audiências e é um dos títulos que mais vende jornais. Torna-se ainda mais próxima quando somos percorridos pelo “tal” arrepio quando alguém nos pergunta: “Sabes quem faleceu?”. Continua no entanto como um fenómeno silencioso e distante - são as mortes de outros, algo que não parece ameaçar-nos pelo menos enquanto não adoecemos.

A morte humana não é um fenómeno exclusivamente biológico caracterizado pela irreversibilidade das funções vitais, é também o fim da nossa existência como pessoas, “*representa também a ruptura com o mundo em que vivemos*” (Pacheco, 2002, p.24). Somos seres bio-psico-sociais e morremos um pouco cada dia nas diferentes dimensões. Podemos falar da constante morte celular (para poder haver renovação), da morte social quando por exemplo nos retiramos do mundo profissional e reduzem os nossos contactos sociais; da morte das paixões e das expectativas, dos entes queridos ou até como diria Pacheco (2002) “*da morte espiritual quando nos sentimos abandonados pelo Deus em que acreditávamos*” (p.24).

À primeira vista a morte seria algo a combater, afinal o sonho da vida eterna e da juventude perpétua permanecem no horizonte do homem. Este facto é bem ilustrado pelas numerosas investigações para o prolongamento da vida e pela quantidade de vezes

que aparece retratada na indústria cinematográfica, através dos filmes de ficção científica.

Kastenbaun (citado por Byock, 2002) realizou um interessante estudo em que questionou 214 estudantes para expressarem de forma concisa os sentimentos perante um mundo sem morte e envelhecimento. Uma grande percentagem de estudantes (88%) mostraram-se receptivos e até entusiasmados com essa ideia. Posteriormente, os participantes do estudo foram questionados sobre os efeitos de um “mundo sem morte” sobre as pessoas e a sociedade em geral. Foram enunciadas preocupações com a sobrelotação do planeta, regulação obrigatória da natalidade, das normas de relações humanas, da influência conservadora de um elevado número de pessoas, do perigo de falência do sistema económico e da erosão das crenças religiosas. Os efeitos negativos sobre as vidas individuais incluíam a perda da ambição, a perda do sentido, a perda da capacidade de sonhar e uma menor necessidade de se sentir responsável.

Num segundo momento de reflexão, quando confrontados com os efeitos adversos da “ausência de morte”, os participantes mudaram de opinião, com 82% dos inquiridos a referirem ser preferível habitar num “mundo com morte”.

Perante este estudo não nos surpreende o facto de Byock (2002) afirmar que o sentido que uma sociedade e uma cultura dão à vida e à morte são a base dos valores morais e normas éticas do comportamento.

É curiosa a observação de Neves (1996) que afirma que *“sob o ponto de vista ético é a morte que, quando ocorre, define aquilo em que nos tornámos, fixando a significação do nosso agir”*(p.16). Neste contexto, a morte suprime para o homem toda a possibilidade de redefinir o sentido da sua vida. Com efeito, a possibilidade de que o homem dispõe, ao longo da sua vida, de refazer sucessivamente os seus projectos presentes e futuros, bem como atribuir novas significações à sua existência passada e presente, é definitivamente suprimida pela morte. Toda a sua vida é então interpretada a partir do sentido último que expressou. Quantas pessoas se redimiram através do derradeiro pedido de perdão ou se condenaram aos olhos dos outros pelo sentido do acto derradeiro (veja-se por exemplo o caso de alguém que levou uma “vida respeitável” mas que cometeu um crime e se suicida depois).

Por outro lado Neves (2000) e Hennezel (2001), entre outros, alertam-nos para o facto da consciência aprofundada da morte nos ensinar a viver diferentemente. A tomada de consciência da morte descobre no homem novos valores, tais como a humildade, o perdão, a coragem e a esperança. É por isso que os valores éticos e morais de uma sociedade assentam também na forma como é conceptualizada a vida e a morte.

1.1.1.1 – Espaço sócio-cultural da morte

Dada a complexidade do fenómeno “morte” não admira a diversidade de atitudes que surgiram ao longo dos tempos e nas diferentes culturas. A morte tem acompanhado a história do homem e a sua simbologia tem decorado os seus espaços.

No sentido de estruturar uma resposta comportamental adequada à atenuação do sofrimento perante a morte, o homem tem respondido com as ritualizações da morte (Fericla, 2003). Para melhor compreendermos o sentido da morte na actualidade é portanto fundamental efectuarmos uma viagem retrospectiva até às nossas origens, reflectindo sobre a ritualização ao longo dos tempos.

A preocupação e o interesse com a morte e os mortos parece ser tão antiga quanto a existência do homem. Provavelmente a ideia de morte terá sido uma das primeiras ideias abstractas do homem arcaico, havendo um conjunto de práticas que se mantêm desde a pré-história.

O homem de Neanderthal não só enterrava os seus mortos, mas às vezes os reunia em determinados locais. Morin (1997) classifica a sepultura pré-histórica como *“uma revelação comovente e uma prova de humanização”* estabelecendo um interessante paralelismo entre a ferramenta (marco importante da humanização) e a sepultura. Questionado sobre *“o que existirá de comum entre a ferramenta e a sepultura que, abrindo-se no mundo fantástico da sobrevivência dos mortos, desmente da maneira mais incrível, mais ingénua, a evidente realidade biológica?”*, o autor responde: *A humanidade, é claro!*” (p.23).

Já na pré-história o cadáver humano, tal como hoje, suscitava emoções *“que se socializaram em práticas funerárias”* (Morin, 1997, p.25). Os mortos mustersenses são enterrados; as pedras são amontoadas sobre seus despojos, cobrindo especialmente o rosto e a cabeça. Ainda hoje se questiona se as pedras estarão ali para proteger o morto dos animais, ou para impedi-lo de voltar para o meio dos vivos. Curiosamente esta prática, embora mais requintada mantém-se até aos nossos dias. *“Hoje, já não se atiram pedras à sepultura do morto, mas nos costumes provinciais, os indivíduos acompanham o saimento, consideram como um dever religioso o atirar um punhado de terra para dentro da cova”* (Th Braga, citado por Lalande, 1996, p.24)

A morte é um facto de tal forma marcante no quotidiano que em diversas culturas mantém-se necessidade de assinalar os locais onde alguém perdeu a vida sacralizando-os. Na cultura contemporânea existem locais onde é habitual morrer, por

exemplo o hospital ou o domicílio. Quando a morte acontece na rua ou noutra local há necessidade de assinalá-los, disso são exemplos as estatuetas, as lápides ou os ramos de flores, o que traduz a opinião de Lalanda (1996): “*a experiência da morte, sacraliza o espaço introduzindo nele uma manifestação que rompe com o profano*” (p.23).

Crê-se que o cultivo do pensamento religioso se terá iniciado há cerca de 250 mil anos, com a crença numa vida para além da morte terrena, sendo a universalidade da crença na imortalidade bem documentada pela etnologia: “*em toda a parte os mortos foram ou são objectos de práticas que correspondem, todas elas, a crenças referentes à sua sobrevivência*. (Morin, 1997, p.25)

Nas consciências arcaicas, a morte anuncia um novo nascimento, todo o morto humano irá mais tarde renascer num novo ser vivo, criança ou animal. A crença na reencarnação é universal entre os povos arcaicos: encontramos-na na Malásia e na Polinésia, entre os esquimós, na América indígena etc. sendo hoje crença de seiscentos milhões de seres humanos (Morin 1997). Actualmente e ainda de acordo com o mesmo autor, a ideia de reencarnação familiar está latente na transmissão para o recém-nascido de prenomes do parente ou do antepassado morto.

A morte é um motor gerador de emoções, tornadas públicas durante os rituais fúnebres. Nalguns povos é habitual tornar público o sofrimento pela perda de um ente querido, havendo inclusivamente quem exacerbe essa dor. Na génese desta atitude estará a tentativa de “*provar ao morto a aflição dos vivos, a fim de que possam merecer sua benevolência*” (Morin 1997, p.28). Conforme refere o mesmo autor em certos povos o mais usual é a “*alegria oficial*”, sendo explicada pela seguinte expressão: “*por que chorar, ele agora está mais feliz que nós*”.

Não menos universal que o funeral é o período que se lhe segue: o luto. No entender de Morin (1997), as emoções vivenciadas durante o luto “*são comandadas pelo horror da decomposição do cadáver pelo que a fase do luto estende-se ao período de decomposição*”(p.28). É devido à impureza do corpo em decomposição, sentida como contagiosa, que surge o tratamento funerário do cadáver.

A ideia da contagiosidade da morte e do seu “*horror*” está bem patente em algumas práticas de determinados povos, por exemplo nas ilhas Andaman, após a morte de alguém, os nativos desertam da aldeia por vários meses, e colocam guirlandas de folhas para advertir o estrangeiro do perigo. Só voltam quando a ossada já se purificou, e então celebram a cerimónia familiar que acaba com o luto (Morin, 1997). É também

por esta razão que na antiguidade os cemitérios eram construídos fora das cidades ao longo das estradas, o que se manteve até o século VI.

No séc. IV a.C. a medicina Hipocrática diminuiu o peso do sagrado sobre a morte sublinhando o seu carácter biológico e científico que se mantém até aos nossos dias. A questão do abandono dos doentes “incuráveis” e a expressão: “não há nada a fazer” têm provavelmente as suas raízes na medicina hipocrática: “*Hipócrates aconselha os médicos a não esvaziarem a sua arte junto de agonizantes e não tentarem vencer uma dor incurável*” (Neves, 2000, p.10). Os médicos assim não corriam o risco de “desacreditar” a medicina, por isso, os doentes incuráveis continuaram a ser entregues aos sacerdotes e religiosas, a oração era a única forma de cura através dos milagres.

Cuidar dos moribundos era um acto de piedade extrema que abria as portas do paraíso, por outro lado, a principal preocupação para quem assistia o moribundo era salvar-lhe a alma, daí advêm os cuidados espirituais no fim da vida.

O facto da vida ser entendida como algo transitório perpetuada para além da morte pode ser tranquilizador. A este propósito Hennezel (1998) refere que “*se pensarmos que a morte é o fim de tudo, e que não há sequer uma porta aberta para o mistério, torna-se muito difícil lançar um olhar positivo sobre o tempo que falta viver*” (p.56). Curiosamente, para Neves (2000) o considerar a morte como um fim valoriza o tempo que nos resta viver: “*para aqueles para quem a morte é apenas o fim de tudo, o tempo de vida deve ser intensamente aproveitado, uma vez que depois da morte há apenas o nada*” (p.16). Na opinião desta mesma autora a concepção da morte como passagem é actualmente criticada como iludindo ou desviando o homem da compreensão do facto da própria morte.

1.1.1.2 - A morte e os cuidados às pessoas em fim de vida no ocidente

Durante muito tempo a morte foi encarada com uma proximidade quase familiar: as pessoas quando pressentiam o seu fim aguardavam a morte no leito da sua cama, rodeadas pelos familiares (incluindo crianças), amigos e vizinhos. Os ritos da morte eram simples e respeitados por todos, sem emoções excessivas, onde a pessoa em fim de vida aceitando a morte, exprimia as suas últimas vontades e recomendações, pedia perdão e despedia-se. A morte era considerada como um fenómeno natural, era um facto com o qual o homem se tinha resignado: “*todos nós morremos*” (Frias, 2003). O

recurso ao médico era um luxo, a que tinham acesso apenas as pessoas de classes privilegiadas. A agonia e a morte continuaram a ser abandonadas pelos médicos e foram os religiosos que ajudaram os moribundos e suas famílias. Este período que Ariès (1977) designou de “*morte domesticada*”, perdurou em toda a civilização ocidental até ao século XII.

A partir do século XII a introdução da ideia do Juízo Final, em que o homem individualmente deverá prestar contas a Deus no momento da morte introduziu a noção que o moribundo deveria rever a sua vida, sendo a morte o momento da remissão e a oportunidade de dar sentido à sua vida.

Depois do século XVI, o recuo do sentimento religioso e a preocupação pelos bens materiais em detrimento da importância da alma provocaram uma alteração na visão da morte, perspectivando-a como o fim progressivo das funções orgânicas.

A partir do século XVIII, assistiu-se a um período de exaltação e de dramatização da morte que contrastou com a anterior familiaridade. A morte passou a ser algo trágico que roubava ao homem a capacidade para viver, impedindo a realização dos seus sonhos. Havia exaltação da perda pela família com choros, emoções fortes, o que quer dizer que “*os sobreviventes aceitam a morte do próximo mais dificilmente do que nos outros tempos*” (Ariès, 1977). O médico era o perito que diagnosticava os sinais de morte e constatava o óbito. O padre estava presente para ministrar os sacramentos e confortar espiritualmente a pessoa que estava a morrer.

A partir do século XIX tornou-se cada vez mais frequente a visita dos médicos às pessoas que estavam a morrer por duas razões: a continuidade da relação estabelecida ao longo do processo de doença com o doente e família e a possibilidade de aumentar o conhecimento sobre as patologias. Era o quadro típico da morte burguesa: “*a morte aquecida e quente no domicílio, rodeada de familiares próximos, do padre e do médico*” (Neves, 2000, p.12). O hospital acolhia os pobres e aqueles cuja miséria privava de habitação, era uma “morte escondida”, confinada a meninas de caridade.

O século XX foi marcado pelas duas grandes guerras que impulsionaram o desenvolvimento da terapêutica, por conseguinte a morte passou a ser encarada como um inimigo a combater, cujo triunfo representaria o fracasso da medicina. Por volta dos anos 50 “*a morte outrora presente torna-se vergonhosa e um objecto interdito*” (Frias, 2003, p.18). Iniciou-se uma preocupação generalizada em esconder a proximidade da morte à pessoa em fim de vida na tentativa de “poupá-la”, era o início da era da

ocultação da verdade. A morte passava a ser considerada perturbadora e incómoda não só a quem estava prestes a morrer mas também à sociedade.

A industrialização do mundo do trabalho, o trabalho feminino fora do lar, a desagregação familiar, o êxodo para as cidades e as mudanças arquitectónicas que tornaram as habitações reduzidas vão tornando cada vez mais difícil o acto de cuidar em casa quem está doente ou prestes a morrer.

É então que progressivamente a morte começa a ser relegada para um outro espaço, menos privado, menos íntimo e onde a sua visita é indesejada: o Hospital. (Lalanda, 1996). Os hospitais do século XX estavam vocacionados para curar a doença, sendo dotados de meios tecnológicos e humanos para obter esse fim. Neste contexto, a morte é um *“engano, fruto de um erro, uma carência técnica”* (Neves 2000, p.14). A pessoa em fim de vida corre um duplo risco: o abandono (já não há nada a fazer, é uma dolorosa perda de tempo prestar cuidados a estes doentes) ou o *“combate à morte”* nas camas de reanimação para que se alcance o *“sentimento de dever cumprido”*.

O leito de nascença foi substituído por um espaço impessoal, técnico, em que aquele que está a morrer já não está rodeado por entes queridos mas sim por rostos desconhecidos, olhares que fogem ao contacto, mãos enluvadas e rostos protegidos para evitar a *“conspuração”*. Assim os profissionais mantêm-se protegidos dos *“odores do sofrimento”*, da doença e da morte (Morin, 1997). Com a chamada *medicalização da morte* passámos a morrer sozinhos, por detrás de biombos para que a imagem de morte não impressione os vivos. Os que estão a morrer são cada vez menos visitados pelos amigos e mesmo pelos profissionais de saúde porque poderá tornar-se incómoda a possibilidade de o doente transmitir a sua angústia perante a eminência do fim da vida.

Agora os cuidados às pessoas em fim de vida já não assentam na caridade e não são da responsabilidade de organizações religiosas; agora são da *“responsabilidade”* dos profissionais de saúde que tentam que a morte seja *“aceitável”* pela pessoa que está a morrer e pelos sobreviventes. A pessoa em fim de vida que antes era quem conduzia os rituais *“perdeu a oportunidade de interferir nas decisões sobre a sua própria morte”* (Sousa, 1997).

A morte continua a desencadear emoções fortes junto dos sobreviventes mas é socialmente incorrecto a sua expressão pública, contêm-se as lágrimas, os prantos, as demonstrações de angústia e tristeza são mal toleradas - a morte passa à clandestinidade. Numa sociedade que valoriza o culto do efémero, do materialismo - a juventude, a beleza, o sucesso, o poder económico - a morte e o luto não têm lugar. As manifestações

de luto, tais como o vestuário negro tendem a ser progressivamente suprimidas, quer-se um luto abreviado, de preferência eliminado.

A morte continua a ser muito sentida no seio da família mas escondem-se as suas manifestações considerando-as *traumatizantes* para as crianças. A morte tornou-se um tabu maior do que o sexo. As crianças precocemente recebem educação sexual nas escolas mas a morte é-lhes ocultada, evitando-se qualquer contacto com as pessoas em fim de vida e até com a morte dos animais de estimação... Algumas tornar-se-ão profissionais de saúde sem nunca ter contactado com o processo de morte de um animal, outras nunca lidaram com processos de luto – é a morte “interdita”.

Todavia, nos últimos anos parece-nos haver uma reacção a esta atitude de negação da morte, pelo que partilhamos a perspectiva de Hennezel & Leloup (1998) e Pacheco (2002) de que estamos num período de transição. Na realidade, na nossa cultura tem sido crescente o interesse pela abordagem da temática da morte, o que pode ser facilmente observado pela multiplicidade de congressos, estudos e bibliografia produzida nestes últimos tempos (Pacheco, 2002).

Sabe-se que o desencanto perante as expectativas da tecnologia e da terapêutica para resolver as doenças oncológicas; a revolta perante a desumanização da morte e o sentimento de impotência dos profissionais de saúde perante as pessoas em fim de vida fizeram nascer em Inglaterra um novo movimento - o dos “*Cuidados Paliativos*”. Este movimento em constante expansão pretende conferir dignidade e aliviar o sofrimento dos que estão a morrer, humanizando a sua morte.

Poderá concluir-se que na era actual assiste-se portanto a uma pluralidade de sentimentos e atitudes perante a morte. O homem pretende *livrar-se* da morte, adiando-a, medicalizando-a... *Procura-a* investindo cada vez mais na indústria da guerra... *usa-a* como forma de chantagem e de horror (é a principal arma do terrorismo!)... e tenta *humanizá-la* de forma a dar sentido aos seus últimos dias...

1.1.2. – Morrer em contexto hospitalar

Tal como já referimos, os ritmos actuais de vida urbana, o trabalho feminino fora do lar e a redução das famílias não deixaram espaço para o cuidado dos dependentes, em especial os que estão a morrer. Estas e outras mudanças ocorridas na nossa sociedade nos últimos séculos conduziram à transferência da morte para os leitos do

hospital. Em Portugal, em 2000, 55% dos óbitos ocorreram no hospital e apenas 37% no domicílio (INE, 2002).

De acordo com Vieira (2000) há hospitais onde morrem mais de 5 pessoas por dia, cerca de 2000 por ano e mais de 1/3 destas nos serviços de medicina. Estes dados não nos surpreendem pois estamos conscientes que em Portugal, apenas uma pequena parte de cidadãos tem acesso aos serviços de cuidados paliativos (internamento e apoio domiciliário) dada a sua escassez.

No entanto, a “hospitalização da morte” não parece ser desejada pela maioria dos cidadãos. Silva (2005) verificou que 74,8% dos idosos idealizavam morrer na casa onde sempre viveram. Este investigador também concluiu que os doentes apenas preferiam ficar no hospital, quando se apercebiam que iriam dispor de melhores condições de conforto e segurança face às dificuldades da família e escassez dos dispositivos locais de ajuda.

Estar hospitalizado no fim da vida é estar duplamente em desvantagem: é partilhar com estranhos os momentos mais íntimos e extremamente importantes da vida de um ser humano; é trocar o espaço privado do domicílio onde acumulamos recordações de uma vida pelo espaço público do hospital. Esta mudança para um ambiente estranho pode ser extremamente dolorosa numa fase em que o indivíduo está particularmente fragilizado e em sofrimento. Na realidade, *“o hospital é um mundo hostil, os ambientes hospitalares são desconhecidos, despersonalizados e, como tal, são percebidos como ameaçadores.”* (Cerqueira, 2005, p.29).

Brites et al (2006) quando se referem ao contexto da pessoa em fim de vida, descrevem os hospitais como *“instituições eficientes e despersonalizadas, onde é muito difícil viver com dignidade, não se encontra tempo nem disponibilidade, dentro da rotina, para atender a algumas necessidades dos doentes”* (p.5).

Na perspectiva de Sousa (1995), os hospitais na nossa sociedade são comparados a empresas e por isso imperam as preocupações económicas, *“o hospital é encarado em termos de eficácia, colocando em causa o problema da eficiência, centrada no real objectivo, que seria o bem-estar do doente”* (p.24).

O facto destas instituições estarem preferencialmente vocacionadas para a cura é também mencionado por Cerqueira (2005) quando sublinha que a intenção do hospital é actuar no sentido da normalidade fisiológica. Já Berger & Hortala (1982) haviam referido que a morte contradiz a finalidade institucional do hospital: devolver a saúde ou pelo menos conservar a vida. Para Costa (2000) os profissionais de saúde acabam

inclusivamente por conceber a morte do doente como “*uma prova de culpabilidade e incompetência, afastando-se dela*” (p.73).

Apesar da morte fazer parte do quotidiano do ambiente hospitalar, reconhece-se que os profissionais de saúde têm dificuldade em enfrentar a morte e lidar com pessoas que lhes “escapam das mãos”.

O hospital poderá não ser efectivamente o local ideal para morrer tal como explica o Programa Nacional de Cuidados Paliativos: “*O hospital vocacionou-se e estruturou-se, com elevada sofisticação tecnológica, para tratar activamente a doença. No entanto quando se verifica a falência dos meios hospitalares de tratamento e o doente se aproxima inexoravelmente da morte, o hospital raramente está preparado para o tratar e cuidar do seu sofrimento*” (Ministério da Saúde, 2004).

Também somos de opinião que o hospital não está preparado para fazer face ao sofrimento das pessoas em fim de vida. Não nos referimos apenas às infraestruturas e meios técnicos, reportamo-nos também à preparação técnico-científica para cuidar pessoas em fase terminal e seus familiares e às dificuldades dos profissionais de saúde em lidar com as questões relacionadas com o morrer.

Sousa (1995) descreve algumas estratégias de defesa que reflectem as dificuldades dos enfermeiros em confrontar-se com a morte e o processo de morrer:

“Observamos que os enfermeiros adiam a sua presença às chamadas dos doentes em fase final de vida, argumentando que têm outros doentes também a solicitar a sua presença; outras vezes, optam pela mudança dos doentes das enfermarias para quartos isolados, argumentando que será uma forma de permitir um maior descanso aos outros doentes, e por outro lado, que o doente terá uma vigilância e apoio mais frequente” (p.26)

Tal como afirma Moreira (2001) os profissionais de saúde não são formados para atender à pessoa nesta fase da vida. Costa (2000) alerta-nos para o facto dos profissionais usarem a maior parte do seu tempo a lutar contra a morte passando para segundo plano as necessidades sentidas pelos doentes e pelas famílias.

O lidar com o limiar da vida coloca a equipa de saúde perante constantes dilemas éticos. É inquestionável a intenção e a preocupação de todos de *fazer o bem* mas perante situações de extrema complexidade é por vezes difícil distinguir quando é que se deve interromper determinados tratamentos.

A protecção do valor fundamental: a vida - é uma obrigação profissional e moral. Por isso a utilização de todos os meios disponíveis no tratamento de uma pessoa é um dever dos profissionais de saúde, sempre que existe alguma esperança de

recuperação de saúde ou de estabilização da doença. Quando não existe esperança de cura alguns dos mesmos procedimentos obrigatórios no doente curável podem perder toda a justificação e tornarem-se até em autênticas atitudes de “obstinação terapêutica” ou “encarniçamento”.

Conforme refere Sousa (1995), *“assistimos a um esforço contínuo para prolongar a vida a todo o custo, para que se possa exprimir o sentimento de dever cumprido”* (p.26). Tais atitudes resultam principalmente no prolongamento do sofrimento do doente.

Em doentes em fase terminal a realização de tratamentos mais agressivos ou invasivos deve ser cuidadosamente ponderada pela equipa de saúde, uma vez que a filosofia dominante deverá ser baseada na promoção da vida, não apenas em quantidade de dias mas também na sua qualidade.

Tal como afirma Twycross (2003) embora não se deva ignorar a probabilidade de ocorrer uma melhora ou recuperação imprevistas, existem muitas ocasiões em que é adequado *“dar uma hipótese à morte”* evitando medidas terapêuticas agressivas que apenas contribuem para prolongar o sofrimento.

Outro dos riscos dos doentes em fase terminal hospitalizados é o da perda de autonomia, da capacidade de decisão. Pacheco (2002) alerta-nos para a atitude paternalista dominante nos cuidados de saúde em Portugal e que se manifesta por uma grande relutância em dar a conhecer a verdade ao doente. A tendência mais generalizada é ainda a de informar preferencialmente a família, enquanto o doente vai suspeitando da sua situação sem muitas vezes ser informado. Perante este cenário questionamo-nos se o doente terá informação suficiente para poder decidir sobre os projectos que dizem respeito ao seu futuro.

Cuidar de uma pessoa em fim de vida hospitalizada implica também cuidar da sua família. *“Na realidade, os parentes de uma pessoa agonizante têm de enfrentar uma pesada tarefa: assumir a sua própria mágoa de perder um ente querido, preparar o luto e, ao mesmo tempo acompanhar um fim de vida”* (Hennezel & Leloup, 1998, p.52)

Os familiares vêem-se com frequência despidos do papel de cuidadores e limitados pelas regras hospitalares que impõem restrições ao acompanhamento do seu ente querido. Cerqueira (2005) sublinha o facto de muitas vezes serem desencorajados de prestar cuidados ao doente, além de não serem envolvidos no tipo de assistência que o doente recebe, o que poderá desencadear sentimentos de insuficiência e impotência. *“Não é por se terminar a vida num serviço hospitalar que este momento privilegiado, e muito importante, não deve adquirir toda a sua dimensão; deve por consequência, ser*

vivido, acompanhado, por todos os parentes mais chegados ao doente”. (Hennezel & Leloup, 1998, p.52)

1.1.3 – O enfermeiro e a pessoa em fim de vida

O enfermeiro é o profissional de saúde que mais frequentemente se encontra junto dos doentes a morrer (Barros, 1988) e que acompanha com maior proximidade o sofrimento daqueles que estão a morrer e das suas famílias. Além disso, é o profissional de saúde que tem o privilégio de partilhar os momentos mais íntimos do utente (Pires, 2001, Hesbeen, 2001).

O ICN (citado por OE, 2004) refere que *“a enfermagem ocupa-se, sobretudo, da promoção da saúde, da prevenção da doença, bem como do cuidado de pessoas doentes, incapacitadas ou num **estádio terminal**”* (p.3).

Atendendo à relevância da intervenção do enfermeiro nesta área e ao facto de ser um campo de acção vasto e que nos coloca importantes dilemas éticos relacionados com o viver e morrer, não nos surpreende que no *Código Deontológico do Enfermeiro* haja um artigo que aborda especificamente a pessoa em fim de vida – o Artigo 87.º, que passamos a transcrever:

O enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de:

- a) Defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja o acompanhem na fase terminal da vida;*
- b) Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas;*
- c) Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte* (2003, p.91)

A morte de uma pessoa é muito mais do que algo biológico, tal como o campo de acção do enfermeiro não reside apenas no corpo mas na pessoa com tudo o que ela encerra: valores, crenças, sentimentos, convicções, hábitos. Por isso, os problemas éticos que se colocam aos enfermeiros e que *“iluminam a sua acção”* levam a que *“todos os outros artigos do Código Deontológico do Enfermeiro devam ser tidos em conta, sobretudo os que se relacionam com os valores humanos, os direitos à vida, o direito ao cuidado, que preconizam o respeito pela intimidade e a humanização dos cuidados”* (Vieira, 2000, p.32).

Os cuidados às pessoas em fim de vida dirigem-se às pessoas com “*morte anunciada*” ou seja nas situações em que é “*previsível, adivinhada, em que há um conhecimento antecipado da sua proximidade*” (Osswald, 1996, p.55).

Osswald (1996) refere que a morte anunciada “*tem chancela médica, resultante de uma previsão clínico-laboratorial*” na medida em que resulta de “*um privado confronto com o facto de a própria vida estar a aproximar-se do seu termo, dada a existência de doença inexorável, rebelde às terapêuticas e previsivelmente fatal a curto prazo*”(p.54).

São os chamados doentes terminais, baseando-se o médico em critérios relativamente rigorosos sobre a situação biológica do corpo para a atribuição deste “*diagnóstico*”:

*“Existência de uma doença crónica ou incurável e de evolução progressiva
Ineficácia comprovada dos tratamentos
Esperança de vida relativamente curta (em geral inferior a 6 meses)
Perda de esperança de recuperação”* (Pacheco 2002, p.52)

A OE (2003) considera o estágio terminal quando “*a morte é previsível a mais ou menos curto termo*” completando esta definição com uma citação de Daniel Serrão: “*doentes terminais são aqueles para quem a ciência e a tecnologia não têm meios para suspender a morte*” (p.91).

Parecem não existir ainda critérios ou definições universalmente aceites para definir o doente como “*terminal*” (Baron & Feliù, 1996; Moreira, 2001). Também não há ainda consenso na bibliografia relativamente à terminologia a usar e alguns autores referem-se ao doente terminal como o moribundo, havendo por vezes a confusão com o termo agonizante – que se refere em geral aos últimos momentos de vida (horas ou dias).

Em nosso entender é necessário alguma cautela em relação à utilização da expressão “doente terminal”, porque nos remete quase exclusivamente para os doentes com afecções oncológicas. Revemo-nos na perspectiva de Collière (2003) - não são apenas os doentes oncológicos que devem beneficiar de cuidados adequados à “*última grande passagem da vida*” mas sim todas as pessoas cujo agravamento do estado de saúde faz prever a proximidade da morte.

De acordo com a Sociedade Francesa de Acompanhamento e Cuidados Paliativos (SFACP, 2000) o termo “*moribundo*” tende a ser substituído pelo de “*pessoa*

em fim de vida”. Alguns poderão considerar que é apenas um eufemismo ou negação da morte mas a ideia subjacente à mudança de terminologia é também uma mudança de atitude em termos de cuidados. A expressão “*pessoa em fim de vida*” pretende proclamar a pessoa como “viva até ao fim”, dando grande importância a tudo o que altera ou perturba a qualidade duma vida prestes a se extinguir.

Costa (citado por Lopes, 2004) ao definir pessoa em fim de vida sublinha a importância do sofrimento não só do próprio doente mas também da família: “*não se prevê resposta a qualquer tratamento específico; em que o prognóstico é muito limitado, poucas semanas ou poucos meses; e além disso apresenta muitos e variados sintomas rapidamente evolutivos que determinam sofrimento intenso do doente e da sua família*”(p.36).

Pires (1995) sublinha o objectivo da qualidade de vida e não estabelece “prazos” de previsão de morte, considerando pessoa em fim de vida ou em Fase Terminal “*toda aquela que for portadora de uma doença irreversível, não se podendo esperar uma melhoria por não corresponder aos tratamentos curativos pelo que, os cuidados serão unicamente orientados para a qualidade de vida e implicam a noção de morte eminente*”.

Forest (2004) por sua vez, defende que os cuidados às pessoas em fim de vida se referem especificamente às últimas semanas da vida, quando a morte é eminente.

Os cuidados a prestar ao doente cuja vida está a chegar ao fim têm como principal objectivo a promoção da vida com qualidade (com conforto, com o mínimo de sofrimento e com aspirações congruentes com o que se pode alcançar), pelo que, exigem uma mudança de atitude dos profissionais de saúde em relação à morte. Aqueles que concebem a morte como o fracasso da medicina ou que sempre a negaram possivelmente trocarão olhares cúmplices e segredarão vencidos: “Já não há nada a fazer”, e tentarão evitar o contacto com os que estiverem a morrer. Aqueles que concebem a morte como um fenómeno natural que faz parte da vida e cuja arte é o “verdadeiro cuidar”, terão uma imensidão de coisas a fazer...

A aproximação da morte poderá degradar o corpo mas o doente continua a ser a mesma pessoa, com capacidade para amar, sofrer, sentir. Deverá portanto continuar a ser olhado da mesma forma, tal como afirmou Hennezel (1998): “*apesar das mudanças ocorridas no teu corpo para mim continuas a mesma pessoa*” (p.21).

Ainda de acordo com Hennezel (1998) “*a aproximação da morte não é um momento médico, mas um momento que, a exemplo do nascimento, é uma das passagens da vida*” (p.52). Na perspectiva de Collière (2003), esta grande passagem

poderá provocar desestabilização, insegurança, vulnerabilidade, por isso o ser humano necessita de “*cuidados de acompanhamento*”, os quais incluem: *Cuidados de compensação; Cuidados de manutenção da vida; Cuidados de estimulação; Cuidados de conforto; Cuidados do parecer e Cuidados de apaziguamento* - estes têm por objectivo a redução da dor tão frequente nas pessoas em fim de vida e contribuem para diminuir o sofrimento, recorrem a técnicas de relaxamento como a massagem. Já Hennezel (1999) havia reforçado a importância da massagem, sublinhando a importância do contacto físico, a primeira sensação que tivemos ao nascer;

A OE(2003) esclarece que em relação às pessoas em fim de vida, “*o objectivo dos cuidados é preservar, não a integridade corporal ou a saúde, mas a dignidade humana*” (p.91).

A consciencialização da proximidade da morte suscita na pessoa doente e nos seus familiares sentimentos e emoções muito fortes, descritas de forma sistemática por Kubler Ross (1981). Na opinião desta autora, a pessoa ao perceber que a sua doença é incurável pode passar por diferentes fases, é importante o enfermeiro conhecer estes estados de espírito para melhor compreender a pessoa. Contudo, esta descrição teórica de grande valor deve (em nosso entender) ser utilizada com prudência na prática clínica, pois esta é uma situação muito complexa a que cada pessoa reage de forma única, influenciada por um leque variado de factores. Por outro lado, Hennezel (2000) alerta-nos que a nossa preocupação em identificar em que etapa a pessoa se encontra pode dificultar a nossa atitude de escuta e aceitação incondicional.

Os momentos das grandes despedidas têm uma carga emocional elevada e são muito significativos. A despedida definitiva da vida e dos entes queridos é particularmente perturbadora mas provavelmente a mais importante, pelo que Byock (2004) defende que na nossa última despedida todos devemos ter a possibilidade de dizer: “*por favor perdoa-me, eu perdoo-te, obrigado, amo-te*”. Nesta mesma linha de pensamento, para demonstrar a importância da simbologia da despedida Hennezel (2001) atribuiu como título de uma das suas obras: “*Nós não nos despedimos*”.

Cuidar de pessoas a morrer é complexo e por vezes angustiante. Somos testemunhas da angústia vivenciada pelo doente devido à finitude eminente da vida e a sua sucessão de perdas: na vida profissional, na imagem corporal, degradação física, perda de autonomia, separação dos entes queridos, dores e sofrimento difíceis de aliviar... É como disse Hennezel (2000) uma experiência contrastante e paradoxal a de dirigir-se à vida, quando estamos no limiar da morte. É fundamental além de competências técnico-científicas, muita sensibilidade para respeitar o indivíduo e

conferir-lhe dignidade neste momento infinitamente importante que é o fim da vida. Na mesma linha de pensamento, Collière (2003) realça a importância dos conhecimentos fisiológicos, psico-afectivos e culturais para a prestação de cuidados “aos moribundos”, cuidados de acompanhamento por excelência que “*dependem directamente da iniciativa e da decisão da enfermagem*” (p.210).

Estamos plenamente de acordo com a American Nursing Leaders (2004) quando defende que *os enfermeiros servem como “modelos” para os membros da equipa de saúde na promoção da qualidade de vida e qualidade na morte*” (p.7), realçando que a enfermagem está particularmente bem situada para lidar com pessoas em fim da vida dada a preparação científica e humana para olhar o doente de uma forma holística.

O enfermeiro está realmente numa posição privilegiada para *acompanhar e caminhar com o outro* até ao fim do seu percurso, dada a sua presença contínua junto do doente e a intimidade que estabelece com a pessoa, devido aos cuidados dirigidos ao corpo. Além dos saberes de várias naturezas que requer e do seu incontornável tecnicismo, a enfermagem abrange uma imensidão de “*pequenas coisas*”, que demonstram a atenção que prestamos aos utentes e que contribuem para dar sentido à vida, para alimentar a esperança. (Hesbeen, 2001).

Os cuidados em torno da morte são frequentemente denominados “*paliativos*”, que deriva do étimo latino *pallium*, que significa manto, capa. A sua essência reflecte-se, de forma pungente, numa frase do Corão: “*Assim possas estar envolto em ternura, meu irmão, como se estivesses abrigado num manto*” (Twycross, 2003, p.14). Nos cuidados paliativos, os sintomas são “encobertos” com tratamentos cuja finalidade primária ou exclusiva consiste em promover o conforto do paciente.

A filosofia dos cuidados paliativos emergiu do sentimento de impotência e de fracasso dos profissionais de saúde perante as pessoas com doença incurável, sendo definidos pela OMS em 1990 como: “*Cuidados activos e globais prestados aos doentes cuja doença não responde ao tratamento curativo; em que o controlo da dor e outros sintomas, bem como os problemas psíquicos, sociais e espirituais são importantes*”.

Em 2002, a OMS redefiniu o conceito de Cuidados Paliativos, colocando ênfase na prevenção do sofrimento, caracterizando-os como “*uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida, dos doentes que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado, e/ou doença grave (que ameaça a vida), e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais*”.

Consideram-se tradicionalmente quatro áreas fundamentais em cuidados paliativos: alívio sintomático; apoio psicológico, emocional e espiritual; apoio à família, trabalho em equipa (ANCP, 2006).

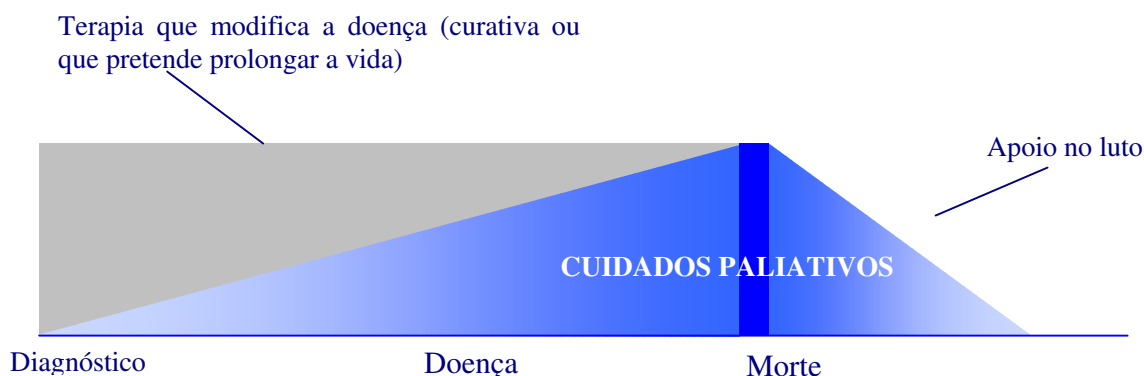
Conforme defende a presidente da ANCP, “estas quatro vertentes devem ser obrigatórias e encaradas numa perspectiva de igual importância, pois não é possível praticar cuidados paliativos de qualidade se alguma delas for subestimada” (Neto, 2004, p. 18).

Collière (2003) discorda da utilização da expressão “cuidados paliativos” considerando que desvaloriza os cuidados, já que “significa que apenas são necessários apenas quando já não se pode administrar tratamentos ou que estes são ineficazes (p.185). Isto dá a entender que não se considera que os cuidados possam ser necessários e ter em si uma acção terapêutica quando a doença é tratável. Na perspectiva desta teórica, haja tratamento ou já não, os cuidados de acompanhamento de fim de vida são, da mesma maneira, vitalmente indispensáveis.

Com alguma frequência os doentes têm acesso aos cuidados paliativos nas instituições apenas quando todas as medidas de prolongamento da vida foram esgotadas ou quando foram rejeitadas pelo doente. O ideal seria que à medida que a doença progredisse houvesse ponderação e equilíbrio, variando gradualmente a intensidade da atitude curativa e paliativa, pois as duas não se podem excluir mutuamente.

Conforme se poderá observar na figura 1, de acordo com o continuum de cuidados da OMS associado aos cuidados paliativos, a terapia que visa curar a doença deverá diminuir há medida que a doença avança. Pelo contrário a intensidade das medidas paliativas devem acentuar-se na proximidade da morte, havendo durante todo este período apoio familiar. Após a morte, deverá ser fornecido apoio aos familiares e amigos no processo de luto.

Figura 1 - Continuum de cuidados associado aos cuidados paliativos



Fonte: Adaptado de WHO, 2004, p.84

Talvez para evitar a clivagem entre o curativo e paliativo, desde 1994, a denominação “cuidados paliativos” tende a ser substituída pela de “cuidados continuados” (SFACP, 2000). De facto, esta concepção inspira-se no modelo dos “hospices” ingleses, tal como foi teorizada por Cecily Saunders (pioneira dos cuidados paliativos).

Independentemente da denominação atribuída, o mais importante é a humanização dos cuidados às pessoas em fim de vida evitando, as atitudes de abandono ou obstinação terapêutica que surgem com alguma frequência na nossa prática. Para isso, é fundamental reafirmar a importância da vida e considerar a morte como um acontecimento normal, não adiando nem apressando o seu acontecimento.

A filosofia dos cuidados paliativos pretende finalmente conciliar os aspectos técnicos e científicos excessivamente valorizados durante muito tempo e responsáveis pela desumanização dos cuidados de saúde e a arte de acompanhar humanamente todas as pessoas que se encontram em fim de vida (Pacheco, 2002).

Seria redutor limitar a boa prestação de cuidados a pessoas em fim de vida às unidades de cuidados paliativos, até porque em Portugal a maioria dos doentes não têm acesso a essas unidades, acabando a morte por suceder maioritariamente nos serviços hospitalares. De acordo com o Diário de Notícias (2005/10/8) calcula-se que das 63 mil pessoas com necessidades de cuidados paliativos em Portugal apenas 5% tenham acesso à rede. Para inverter esta situação, o Ministério da Saúde iniciou a implementação de novas unidades de apoio domiciliário e um programa de formação de recursos humanos. Os recursos humanos são essenciais, mas, na óptica de Isabel Neto presidente da ANCP, *“Camas não tratam doentes. Construir mais unidades é a parte mais fácil. É preciso investir na formação e treino das pessoas.”* (citada por Diário de Notícias, 2005/10/8).

A falta de opções de cuidados nesta área não é exclusiva do nosso país. De acordo com recentes publicações da World Health Organization Europe. (2004). *“muitos europeus continuam a morrer sofrendo de dores e desconforto desnecessários porque os sistemas de saúde não possuem os serviços e as competências necessárias para proporcionarem os cuidados que os cidadãos necessitam no fim da vida”* (p.8).

O essencial nos cuidados à pessoa em fim de vida é colocar a pessoa no centro dos cuidados ajudando-a a viver até ao fim, esta filosofia deve estar presente em todos os locais onde se morre. *“Sabemos que ajudar a morrer não é apenas uma questão de unidades de cuidados paliativos: é uma questão permanentemente colocada aos enfermeiros, em qualquer serviço e local de trabalho...”* (Vieira, 2000, p.32).

Ao longo desta parte do enquadramento teórico, procurámos clarificar alguns conceitos relacionados com a pessoa em fim de vida. Sublinhámos também a importância de uma filosofia de cuidados centrada na qualidade de vida, alívio do sofrimento e promoção do conforto quando se cuida pessoas em fim de vida.

Para melhor nos situarmos em relação ao cuidar a pessoa em fim de vida, sentimos necessidade de abordar algumas das concepções actuais do cuidar, assim como os paradigmas e modelos teóricos de enfermagem.

1.2 – Cuidar no contexto da saúde e da enfermagem: paradigmas, escolas e modelos

São muitos os conceitos de cuidar mas há três características que nos parecem praticamente consensuais entre os diversos teóricos da actualidade: É um acto humano que implica a relação entre duas pessoas (o que cuida e o que é cuidado); é essencial à vida; não é praticado exclusivamente pelos profissionais de saúde nem está confinado às instituições (as mães cuidam os filhos, os filhos cuidam de pais incapacitados, etc.).

A diversidade e complexidade desta actividade torna difícil a sua definição mas de todas as concepções a que achámos mais adequada foi a de Collière (2003) para quem o “*cuidar*” é uma prática que engendra, gera e regenera a vida” (p.13). Esta arte constituída por um conjunto de gestos e palavras que permitem a continuidade da vida, é tão antiga quanto o homem, é comum a todas as culturas e os seus saberes foram transmitidos ao longo dos tempos. Para Collière (2003) a vida é uma sucessão de passagens que implicam uma certa vulnerabilidade. Estes períodos de transição devem ser envolvidos por cuidados para serem ultrapassados.

Na perspectiva de Hesbeen (2001) cuidar “*implica dar atenção às outras pessoas com a intenção de as ajudar nas situações de vida própria dessas pessoas*” (p.15). Esta definição tem em comum com a anterior o facto da vida ser a razão de existir dos cuidados, mas realça outro termo extremamente importante do nosso ponto de vista: “*ajudar*”. Em nosso entender “*ajudar*” implica estar disponível e sensível às necessidades do outro, o que de acordo com Hesbeen (2001) é resultado de um “*encontro*” e uma “*caminhada*” entre duas pessoas: a que cuida e tem por intenção dar ajuda e a outra que a recebe.

Algo para nós interessante e que já tivemos oportunidade de constatar é que esta ajuda é bilateral, ou seja quem está a cuidar também pode receber ajuda de quem está a ser cuidado. Encontramos aqui a explicação para a sensação de bem-estar que sentimos quando no nosso quotidiano ajudamos alguém. Por outro lado, recordamo-nos de determinados momentos do contexto da nossa prática como prestadoras de cuidados em que fomos tão “*cuidadas*” por algumas idosas a quem prestávamos cuidados e a quem a escola da vida tornou peritas em cuidar.

Semelhante ponto de vista manifestou Hennezel (1999) quando se refere à ajuda que recebem os que cuidam as pessoas em fim de vida: “*mais cedo ou mais tarde, todos os que assistem os moribundos descobrem, face à sua resistência e à sua coragem, e muitas vezes ao seu bom humor, que recebem muito mais do que aquilo que dão. Ensinam-nos a sermos cada vez mais humanos*” (p.10). Na realidade, cuidar além de ser um acto fundamental à continuidade da vida promove o nosso desenvolvimento e realização como pessoas (Pacheco, 2002). Ao longo da vida todos temos vivências do cuidar: “*somos cuidados... cuidamo-nos...cuidamos...*” (Collière, 2003, p.178).

Ninguém duvida da utilidade social do acto de cuidar mas é extremamente difícil a sua descrição e a avaliação do seu impacto, inclusivamente por aqueles que são cuidados no contexto da saúde.

O termo cuidar é muitas vezes utilizado no contexto da saúde, em especial na profissão de enfermagem, havendo inclusivamente a tendência nos nossos dias a considerar a prática do cuidar como essência da enfermagem (Watson, 2002). Nesta mesma perspectiva, Reich afirma que “*nos cuidados de saúde, a atenção ao cuidar é talvez mais evidente na enfermagem*” (citada por Pacheco, 2002, p.27).

Frequentemente o *cuidar* é utilizado para caracterizar a atitude do enfermeiro e surge em oposição ou complemento ao *tratar*, mais ligado ao médico. Para Collière (2003) o *tratar* visa essencialmente o combate à doença, detendo-a, limitando os seus prejuízos; enquanto os cuidados dirigem-se a tudo o que estimula as forças da vida.

Esta autora inclusivamente defende que a capacidade de viver não pode ser mantida sem o *cuidar*: “*podemos viver sem tratamento, mas não sem cuidados*”. (Collière, 2003, p.180). O *cuidar* é por vezes desvalorizado por alguns enfermeiros apesar de ser a *essência* da profissão. Temos a percepção que em determinados contextos, o “*cuidar*” é muitas vezes percepcionado como um conjunto de tarefas acessórias, pouco importantes, secundárias, pois a prioridade é “*tratar*”.

Isto faz-nos reflectir que a qualidade de cuidados depende também da concepção de cuidados dos profissionais de saúde, neste caso os enfermeiros, o que aliás já foi

documentado por diversos autores (Lopes, 1999, Pacheco 2002, Collière 2003, Basto e Potilheiro, 2003). Basto e Portilheiro (2003) sublinham que “*a forma como o enfermeiro pensa os cuidados é um dos factores determinantes da sua prática*” (p.43).

As diferentes conceptualizações de cuidados de enfermagem deram origem a diferentes paradigmas com as mais diversas designações e que correspondem a diferentes períodos históricos e fases de desenvolvimento da profissão. Um paradigma pode ser entendido como “*um conjunto organizado de crenças, de valores, de leis e de princípios, de metodologias e respectivas formas de aplicação, para o qual as disciplinas deveriam convergir*” (Kuhn, 1972, citado por Lopes, 1999).

Kérrouac et al (1994) estudaram as escolas de pensamento em Enfermagem e sugeriram que os paradigmas assumissem a seguinte nomenclatura: *categorização*; *integração* e *transformação* (citados por Lopes, 1999).

O início do *paradigma da categorização* está cronologicamente localizado no século XVIII-XIX e caracteriza-se por perspectivar os fenómenos de forma simples, isolados do contexto, portanto possuindo características bem definidas, mensuráveis e categorizáveis. Neste período a identificação de alguns agentes patogénicos e a descoberta das suas relações com a causa das doenças orientaram a prática de enfermagem no sentido do controlo da doença e a organização funcional do trabalho com inspiração no taylorismo. Neste método de prestação de cuidados, cada enfermeiro era responsável pelo desempenho de uma determinada actividade em todos os doentes, por exemplo a higiene. Este sistema, ainda em uso actualmente em algumas instituições tem sido duramente criticado por alguns teóricos. Na perspectiva de Lopes (1999), “*contribui para a parcelização da pessoa e dos cuidados, para a ausência de integração, para a desresponsabilização e para dificultar a relação*” (p.38).

Podemos enquadrar neste paradigma o chamado *modelo biomédico* em que a concepção de cuidados de enfermagem corresponde à execução do que foi prescrito ou delegado pelo médico. A evolução científico-tecnológica permitiu a progressiva utilização de tecnologias cada vez mais sofisticadas, pelo que os médicos passam a delegar tarefas de rotinas aos enfermeiros, sendo valorizado nestes o “saber médico” como requisito para prestação dos “cuidados” que a tecnologia implica. Os conhecimentos valorizados não são portanto específicos da enfermagem. No entender de Watson (2002) esta abordagem dominou as práticas de enfermagem e as mentalidades durante todo o século XX e ainda continua no mundo ocidentalizado. Conforme descreveremos mais à frente, alguns estudos realizados recentemente em Portugal apontam ainda para a adopção deste modelo nas práticas de cuidados.

O *paradigma da integração* influenciou a orientação dos cuidados para a pessoa, diferenciando a Enfermagem da Medicina. Iniciou-se pelos anos 50 do século XX nos EUA e foi influenciado pelas preocupações sociais e pelo desenvolvimento dos meios de comunicação (Basto & Portilheiro, 2003).

Foi também na década de 50 que se iniciou a transição da formação em enfermagem para as universidades, o que contribuiu para o desenvolvimento da investigação e da própria disciplina. Tal como refere Fortin (1999), “*o desenvolvimento da investigação, no seio de uma disciplina, não é independente da evolução da profissão, do seu ensino e da prática*” (p.26).

Conforme descreve Fortin (1999), inicialmente as actividades de investigação foram centradas nos próprios enfermeiros, na sua formação, condições de trabalho e as suas características pessoais. Assistiu-se progressivamente à emergência de teorias e modelos conceptuais de enfermagem nomeadamente Peplau (1952) e Henderson (1955). Posteriormente os enfermeiros começaram a evidenciar uma maior preocupação em investigar os problemas clínicos e relativos à melhoria dos cuidados. Foi por volta de 1980 que se assistiu a uma diversificação dos métodos de investigação utilizados na enfermagem. Alguns enfermeiros preconizavam uma abordagem dedutiva, outros defendiam que a abordagem indutiva, comportando uma metodologia qualitativa era a mais adequada ao desenvolvimento da disciplina. Fortin (1999) reforça que embora este debate continue aceso, actualmente parece haver um consenso de que as duas abordagens têm o potencial para contribuir para o desenvolvimento de uma base científica para a prática dos cuidados.

Neste paradigma, o grande objectivo dos cuidados de enfermagem era a manutenção da saúde da pessoa em todas as dimensões: bio-psico-socio-culturo-espiritual. O enfermeiro era o responsável pela avaliação das necessidades de ajuda à pessoa, tendo em conta a sua percepção e globalidade e o diagnóstico de enfermagem deveria ser validado com a pessoa.

O *paradigma da transformação* perspectiva os fenómenos como únicos mas em interacção com tudo o que os rodeia e na opinião de Lopes (1999) representa a abertura das ciências de enfermagem sobre o mundo. Surge num contexto em que se reconhece às pessoas a capacidade e a possibilidade de serem agentes e parceiros nas decisões de saúde que lhes dizem respeito e que inicialmente eram da única e exclusiva responsabilidade dos técnicos de saúde (Lopes, 1999). A orientação para os cuidados de

enfermagem é a manutenção e aumento do bem-estar da pessoa definida por ela própria (Basto & Portilheiro, 2003) e a realização do potencial de criação de cada pessoa (Lopes, 1999).

Apesar desta evolução cronológica do pensamento não podemos afirmar que actualmente o paradigma dominante do pensamento em Enfermagem seja o da *transformação*. Graças a uma multiplicidade de factores, entre os quais a diversidade de formação, parecem coexistir diferentes concepções de enfermagem.

Basto (1998), realizou uma investigação numa unidade hospitalar cuja descrição nos remete para a adopção dum modelo biomédico enquadrável no paradigma da categorização:

As enfermeiras pareciam ter como finalidade assistir os médicos no tratamento dos doentes e não, aumentar a independência dos doentes nas actividades de vida. A morte parecia ser vista em oposição à vida e a função da enfermeira ser colaborar com os médicos na manutenção da vida. A independência nas actividades de vida não pareceu ser uma prioridade, dado que a maior preocupação das enfermeiras era fazer as actividades de rotina, que estão ligadas directamente ao controlo dos efeitos do tratamento médico” (p.86)

A autora supracitada acrescenta contudo que diferentes orientações e concepções de enfermagem podem coexistir na mesma época variando de grupo. Alguns trabalhos de investigação realizados posteriormente com enfermeiros portugueses (Lopes, 1999, Ribeiro, 1995; Basto & Portilheiro 2003) “*mostram que parece haver uma tendência para conceptualizar os cuidados de enfermagem como cuidar centrado na pessoa para a promoção da saúde*” (Basto e Portilheiro 2003, p.50). As autoras situam esta concepção no paradigma “*integração*”, com tendência para o paradigma “*transformação*”.

Além do conceito de cuidados de enfermagem, há ainda outras concepções que foram identificadas em estudos de enfermagem e que dirigem a prática do enfermeiro. São os conceitos de *saúde, ambiente e pessoa* que foram consideradas de tal forma centrais que foram designados por Kuhn (1997) como “*metaparadigmas*”: (Fawcett, 1984, citado por Basto & Portilheiro 2003). Ainda de acordo com Fawcett (1996), “*as funções de um metaparadigma são as de resumir as missões intelectual e social de uma disciplina e delinear o limite do objecto material dessa disciplina*” (citada por Tourville & Ingalls, 2004, p. 83)

Newman (1990) aponta o conceito de *saúde* como o mais importante para a Enfermagem e Hesbeen (2001) considera-o extraordinariamente importante para a

qualidade dos cuidados. Na opinião deste autor, apesar das mudanças graduais, a representação de saúde continua a ser actualmente dominada pela ausência de doença. Este facto pode ter implicações negativas sendo a mais evidente o risco de prestarmos cuidados ao corpo, à sua doença mas não verdadeiramente à pessoa.

Conforme refere Hesbeen (2001), se abandonarmos a concepção da saúde como ausência de doença a pessoa revela-se mais importante do que a sua doença ou que a sua afecção e o tratamento, pois este por muito eficaz que seja, não evita a inquietação e o sofrimento. Só com uma concepção de saúde mais abrangente é que o profissional conseguirá consciencializar que o sofrimento de cada ser humano é único, perdendo sentido a hierarquização de necessidades. Quando a saúde é concebida como o bem-estar definido pelo próprio, o enfermeiro poderá aceitar que uma pessoa com cancro morra com saúde.

Descritas as grandes correntes de pensamento em enfermagem é pertinente fazermos alusão às seis escolas que surgiram no âmbito dos paradigmas mencionados. Obviamente estamos a referir-nos apenas às que surgiram após a década de 50, e que estão integradas no paradigma da integração e da transformação pois não é consensual que antes tenha havido efectivamente teorização em enfermagem.

Quatro escolas enquadram-se no paradigma da integração, estando portanto orientadas para a pessoa: escola das necessidades; da interacção; dos efeitos desejados, da promoção da saúde. Duas estão enquadradas no paradigma da transformação, caracterizando-se por uma abertura ao mundo: ser humano unitário e o cuidar.

Lopes (1999) descreve as diferentes escolas da seguinte forma:

A *escola das necessidades* sofreu forte influência da teoria da motivação humana de Maslow e da teoria de desenvolvimento de Erikson. A pessoa é entendida como um ser em crescimento e em mudança desde a concepção até à morte. A missão do enfermeiro é assistir a pessoa naquilo que ela não consegue fazer, sempre no pressuposto da recuperação da independência ou da capacidade de auto-cuidado. Várias teóricas aderiram a esta escola e construíram modelos teóricos que orientam a prática de enfermagem como por exemplo: V. Henderson (1969,1978) e D. Orem (1980). Henderson foi considerada por Roper, Logan, & Tierney (1999) como uma das primeiras autoras que tentou clarificar a natureza da enfermagem e cuja definição é provavelmente a mais conhecida internacionalmente: “*A função única da enfermagem é ajudar o indivíduo, são ou doente, na realização das actividades que contribuem para a saúde ou a sua recuperação ou para uma morte serena*” (p. 16).

A *escola da interacção* surgiu num contexto de valorização das necessidades relacionais e de intimidade das pessoas, atribuindo portanto especial atenção ao sistema psicológico, por exemplo Peplau (1990); King (1968). Os cuidados de enfermagem são entendidos como um processo interactivo entre uma pessoa que tem necessidade de ajuda e uma outra capaz de lhe oferecer.

A *escola dos efeitos desejados* (ou dos resultados) criada por Newman (1982) e Roy (1988) defende que o objectivo dos cuidados de enfermagem consiste em estabelecer o equilíbrio, a estabilidade, a homeostasia, ou em preservar a energia. Esta escola centra-se nas respostas humanas aos processos e vida e no controlo dos factores que geram necessidade de adaptação (Silva, 2001). Roy (1988) defende que a intervenção de enfermagem tem por fim contribuir para melhorar o estado de saúde da pessoa, a sua qualidade de vida ou para lhe permitir morrer com dignidade. As criadoras desta escola pretenderam sobretudo conceptualizar os resultados dos cuidados de enfermagem.

A *escola da promoção da saúde* dá ênfase à família, entidade passível de ser intervencionada pela enfermeira. Baseia-se na filosofia dos cuidados de saúde primários e a teoria da aprendizagem social de Bandura e utiliza a teoria geral dos sistemas (Lopes, 1999) aplicada à família. O objectivo dos cuidados é desenvolver a saúde da família e de todos os seus membros, através da activação do seu processo de aprendizagem. A família é descrita como recurso e entidade passível de ser intervencionada pelo enfermeiro e a saúde é considerada um dos recursos mais valiosos de uma nação.

A *escola do ser humano unitário* é a primeira que se situa no paradigma da transformação sendo as suas autoras mais conhecidas Rogers (1988,1989) e Parse (1990, 1992). Os cuidados de enfermagem visam a promoção da saúde, de modo a favorecerem a inter relação harmoniosa entre o homem e o ambiente. É ainda objectivo de quem presta os cuidados de enfermagem, a qualidade de vida, através da participação qualitativa da pessoa nas suas experiências da saúde.

Por fim, a *escola do cuidar* que tal como a anterior também se situa no contexto da abertura para o mundo. As teóricas mais conhecidas são Leininger (1981, 1989) e Watson (1985, 1988) as quais defendem que as enfermeiras podem melhorar a qualidade dos cuidados que prestam às pessoas, se se abrirem a dimensões como a espiritualidade e a cultura, e se integrarem os conhecimentos ligados a estas dimensões na prestação de cuidados. Os cuidados de enfermagem são simultaneamente uma arte e uma ciência humana do cuidar, um ideal moral e um processo transpessoal que visam a

promoção da harmonia entre “corpo-alma-espírito”. A base da teoria de Watson (1985) são as 10 assunções relacionadas com o cuidar.

Embora a forma como conceptualizam cuidados de enfermagem seja diferente, os teóricos de enfermagem são unânimes em considerar que os cuidados acompanham o Homem desde concepção até à morte. Alguns inclusivamente sublinham a importância dos cuidados às pessoas que estão a morrer (Henderson, 1961; Watson 1985; Roy, 1988; Hesbeen, 2001; Collière, 2003).

Atendendo à diversidade de concepções de cuidados, a OE (2003) procurou criar uma definição de cuidados de enfermagem suficientemente abrangente na qual se pudessem rever todos os enfermeiros portugueses e simultaneamente definir o campo de acção da profissão:

“Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Neste contexto, procura-se ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente.”
(p.5).

Conforme descrevemos, as diferentes conceptualizações de pessoa, saúde, doença, ambiente e cuidados de enfermagem deram origem a diferentes escolas de pensamento em enfermagem. Inseridos em cada escola, alguns teóricos procuraram criar modelos conceptuais de enfermagem. Na literatura de enfermagem, o termo modelo é muitas vezes empregado como sinónimo de teoria (Tourville & Ingalls, 2004).

1.2.1 – Modelos de enfermagem

Independentemente das escolas onde estão inseridos, os diferentes modelos de enfermagem têm em comum uma ruptura com o modelo médico centrado na cura da doença e procuram uma afirmação dos cuidados de enfermagem autónomos. Os modelos de enfermagem surgem assim como *“uma série de conceitos sistematicamente construídos, cientificamente baseados e logicamente relacionados, que orientam os enfermeiros e população em geral na identificação do propósito e esfera de acção de enfermagem”* (Jesus, 1995, p.39).

Os modelos não são descrições da realidade mas sim instrumentos para reflectir a prática, por isso não podemos considerá-los como verdadeiros ou falsos. Mais importante é discernirmos qual a sua utilidade para a orientação de uma prestação de cuidados com qualidade. (Reed et al 1997).

Embora não seja consensual qual o modelo que trará mais benefícios para a prática de cuidados, parece consensual que a adopção de um modelo de enfermagem é benéfico para quem presta cuidados e para quem os recebe. Jesus (1995) identificou um conjunto de vantagens da utilização dos modelos de enfermagem:

- Desenvolvem o conhecimento para a Disciplina;
- Dirigem a investigação;
- Delimitam o campo de acção da Enfermagem;
- Servem como linhas orientadoras para a elaboração dos currículos dos programas dos cursos de enfermagem.

Esta autora concluiu no seu estudo que *“o uso de um modelo de enfermagem como orientador da prestação de cuidados pelos enfermeiros, influenciou o número de registos do desempenho de intervenções independentes de enfermagem e o número médio de actividades de vida de cada utente com referência nas notas de enfermagem”* (Jesus, 1995, p.140).

A análise dos paradigmas e dos modelos favorece a compreensão da forma como os enfermeiros percebem a prática, o que é fundamental não só para a afirmação da identidade da profissão mas também para a implementação de processos de mudança no terreno. Watson (2002) *“defende que a profissão de enfermagem, ao passar do século XX para o século XXI, tem de examinar a sua identidade, as suas fronteiras, a sua maturidade, os seus paradigmas, a sua educação e os seus modelos de prática”* (p.47).

O contributo dos modelos é fundamental para a valorização e clarificação da área autónoma de enfermagem, a qual engloba as funções que exigirão iniciativa e as que o utente e a sociedade só esperam do enfermeiro (Jesus 1995). O *exercício profissional dos enfermeiros insere-se, por isso, num contexto de actuação multiprofissional* (OE, 2003). Assim, o organismo que controla e regulamenta o controlo do exercício profissional em Portugal distingue duas grandes áreas de intervenção de enfermagem:

- as iniciadas por outros técnicos da equipa (intervenções interdisciplinares), i. e. prescrições médicas - o enfermeiro assume a responsabilidade técnica pela sua implementação.

- as iniciadas pela prescrição do enfermeiro (intervenções autónomas) - o enfermeiro assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção (OE, 2003, p.6).

Uma vez explicitada a importância dos modelos para a profissão achámos pertinente efectuarmos uma descrição do modelo de Roper, Logan e Tierney (1999), uma vez que foi o modelo adoptado pelo hospital onde foi realizado o estudo.

1.2.1.1. - Modelo de enfermagem de Roper, Logan e Tierney

O modelo original de Roper teve a sua origem no Reino Unido em 1976, sendo a sua estrutura publicada em 1980 em conjunto com Logan e Tierney, está situado na *escola das necessidades*. Foi baseado num modelo de vida, o que significa que assenta na descrição dum fenómeno simultaneamente simples e complexo: “viver”. Existem cinco componentes principais (conceitos) neste modelo:

- *Actividades de vida*
- *Etapas da vida*
- *Grau de dependência/ independência*
- *Factores que influenciam as actividades de vida*
- *Enfermagem individualizada* (Roper, Logan e Tierney, 1995, p.26)

As **actividades de vida** são o componente principal do modelo. Incluem 12 complexas actividades interligadas e que contribuem para o processo da vida: manutenção de um ambiente seguro, comunicação, respiração, alimentação, eliminação higiene pessoal e vestuário, controlo da temperatura do corpo, mobilidade, trabalho e lazer, expressão da sexualidade, sono e morte. De acordo com as autoras, a vida pode ser descrita como um conjunto de actividades, sendo o propósito da enfermagem ajudar os doentes a evitarem, aliviarem, resolverem ou ainda viverem com os problemas (reais ou potenciais) relacionados com as actividades de vida.

A inclusão da morte como actividade decorre, segundo explicam as teóricas, da percepção da morte como um processo (“processo de morrer”) e não como um acontecimento. Ainda de acordo com Roper, Logan e Tierney (1999), “*o total da vida de uma pessoa é vivido à luz da inevitabilidade da morte, para algumas pessoas sobrepõe-se à vida e para outras dá um significado positivo à mesma*” (p.29). Realçam

ainda que as pessoas não vivem apenas na expectativa da sua morte mas também no conhecimento de que os mais queridos morrem.

O conceito de “*actividade de vida*” foi preferido pelas autoras em detrimento do de “*necessidades humanas*” decorrentes da teoria de Maslow. As teóricas consideram que este raciocínio de hierarquia das necessidades é relevante para a enfermagem (primeiro as fisiológicas, depois a segurança, seguidas da auto-estima e por fim auto-realização). Contudo, consideram as necessidades dificilmente observáveis, pelo que optaram por actividades de vida, as quais podem ser “*explicitamente escritas e objectivamente medidas*” (p.45).

As autoras consideram ainda que “*embora todas estas actividades sejam importantes no processo de viver, algumas são mais vitais do que outras*” (p.46). Neste contexto, considera que as actividades que são vitais para a sobrevivência (respiração, alimentação) precedem as outras, ressalvando que “*não existe uma ordem de prioridade fixa porque, dependendo das circunstâncias e da escolha individual das prioridades entre as actividades de vida, estas alteram-se*” (p.46). Roper, Logan e Tierney sublinham ainda que “*o que é importante para as enfermeiras é terem consciência que circunstâncias diferentes criam prioridades diferentes e portanto deve aplicar-se o senso e juízo profissional*” (p.47).

A flexibilidade no estabelecimento de prioridades e o atender a cada circunstância específica é em nosso entender fundamental no contexto de prestação de cuidados a pessoas em fim de vida. Nestas situações há inclusivamente momentos em que determinadas actividades são prioritárias em relação às que asseguram a manutenção da vida. Por exemplo o enfermeiro poderá optar por retirar temporariamente a máscara de oxigénio (respirar) para que o doente possa despedir-se dos entes queridos (actividade de vida comunicar).

As **etapas da vida** são outro dos componentes do modelo, representadas no diagrama (figura 2) por uma linha, com uma seta para indicar a direcção do movimento desde o nascimento até á morte. Esta componente pretende, na perspectiva das autoras, sublinhar que os enfermeiros se preocupam com pessoas de todas as idades. Incluem o estágio pré-natal; primeira infância; infância; adolescência; idade adulta e terceira idade.

O grau de **dependência/ independência** pretende realçar que existem estádios das etapas da vida onde uma pessoa não pode realizar independentemente certas actividades de vida. Daqui se depreende que os conceitos de actividade de vida e grau de dependência/independência estão intimamente relacionados – por este motivo, conforme mostra o diagrama face a cada actividade de vida existe um contínuo entre a

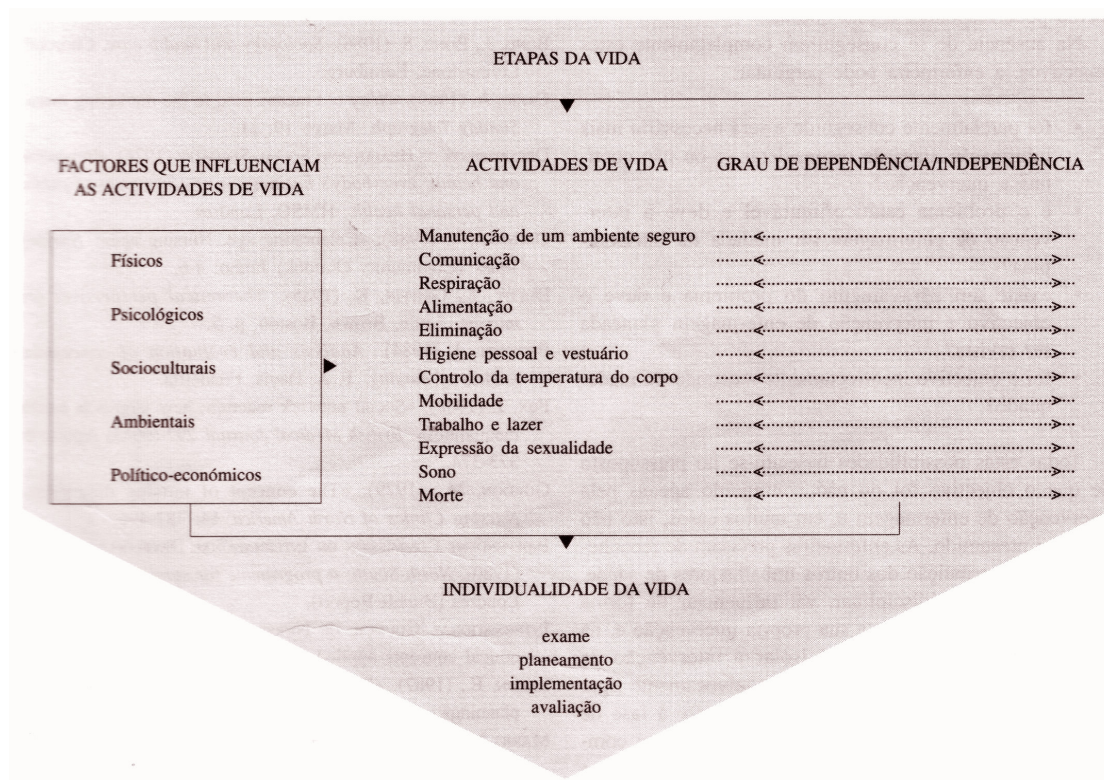
dependência total e a independência total, as setas indicam o movimento que acontece em cada direcção de acordo com as circunstâncias.

De acordo com as autoras do modelo, os enfermeiros por vezes ajudam o doente numa direcção de independência nas actividades de vida e noutros momentos, ajudamos a aceitarem a sua dependência.

Os **factores que influenciam as actividades de vida** pretendem explicar que existem as diferenças individuais na forma como as actividades de vida são desempenhadas. Foram categorizados em cinco grupos principais: físicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-económicos.

A **enfermagem individualizada** é a quinta componente do modelo, sendo influenciada pelas quatro componentes anteriores intimamente ligadas (figura 2). De acordo com as autoras esta componente “*é conseguida pela utilização do processo de enfermagem*” (p.62).

Figura 2 – Diagrama do modelo de enfermagem de Roper, Logan e Tierney



Fonte: Roper, Logan e Tierney; (1999), p. 75

Alguns dos teóricos que criaram modelos de enfermagem incorporaram o conceito de **processo de enfermagem**, “*para ajudar as enfermeiras em exercício a adoptar uma abordagem lógica, a fim de avaliarem, planearem, implementarem e*

desenvolverem a prática de enfermagem” (Roper, Logan, & Tierney, 1995, p.17). Seguidamente, procurámos debruçar-nos em pormenor sobre este conceito e a sua evolução.

1.2.2 – Processo de enfermagem

A expressão “*processo de enfermagem*” é provavelmente uma das mais conhecidas no seio da profissão pelas discussões acesas que têm surgido em seu redor e os sentimentos contraditórios que tem gerado. É possível que o ponto de partida para seu desenvolvimento e introdução na nossa linguagem remonte à segunda metade do século XIX, quando Florence Nightingale enfatizou a necessidade de ensinar as enfermeiras a observar e a fazer julgamentos sobre as observações feitas (McGuire, 1991, citado por Garcia e Nóbrega, 2000).

No início do século XX, procurou-se incorporar métodos de investigação usados noutros campos da ciência ao ensino e à prática de enfermagem tendo surgido as primeiras pesquisas relacionadas com a prática de enfermagem – os estudos de caso (Garcia e Nóbrega, 2000). De acordo com estas autoras, a utilização desta metodologia envolvia a análise e a avaliação sistemáticas, em profundidade, de um cliente ou grupo de clientes similares, com o objectivo de promover a compreensão acerca de seu estado de saúde/doença e das intervenções de enfermagem consideradas necessárias.

As autoras supracitadas referem ainda que de acordo com Henderson (1973), há uma estreita vinculação entre os estudos de caso e o aparecimento dos primeiros planos de cuidado de enfermagem. O estudo de caso foi “*o precursor dos planos de cuidado de enfermagem*”. Do mesmo modo, pode-se afirmar que os planos de cuidado foram as primeiras expressões do que se convencionou mais tarde denominar processo de enfermagem.

Na literatura de enfermagem abundam definições de “*processo de enfermagem*”, sendo comum o considerá-lo como uma metodologia científica de trabalho. Embora esta seja uma terminologia relativamente recente (década de cinquenta), a sua essência é universal e antiga em enfermagem, mesmo antes de ser considerada esta denominação (Roper, Logan, & Tierney; 1995, Jesus, 2006).

Na perspectiva de Jesus (2006), o processo de enfermagem corresponde a um movimento iniciado na década de cinquenta e que foi alvo de diversos desenvolvimentos ao longo dos tempos.

Este autor descreve que inicialmente o processo de enfermagem foi usado como forma de organizar o raciocínio para que a resolução dos problemas dos utentes pudesse ser antecipada tendo por base as diferentes condições patológicas. Nesta fase considerava-se que os cuidados eram “previsíveis” e deu-se os primeiros passos na standartização.

Numa segunda geração do processo de enfermagem, foi dado ênfase ao diagnóstico, o qual decorria de uma dupla avaliação inicial: identificação de dados que levavam à identificação do diagnóstico e outra visando o relacionamento com o factor etiológico (não incluía a situação patológica). O processo de enfermagem passa então a conter cinco etapas, denominadas pela Associação Americana de Enfermeiros como: avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação. Outros autores denominavam as cinco etapas como: colheita de dados; identificação de problemas/diagnóstico de enfermagem; elaboração de plano; execução e avaliação (Atkinson & Murray, 1990; Carpenito, 1995; Alfaro-Lefebre, 1997, entre outros).

Entretanto, os desenvolvimentos na área do processo de decisão levaram a que os enfermeiros começassem a questionar a utilidade do processo de enfermagem tradicional e se abandonasse a concepção de um processo linear e sequencial. Para Marks –Maran (1999) o processo de enfermagem é *“um instrumento organizador para a documentação do processo retrospectivo de como os cuidados foram prestados, devendo, por isso, separar-se a sua função de documentação da sua utilização como método para a tomada de decisão clínica”* (citado por Jesus, 2006, p. 22). Há o risco que o processo de enfermagem nos dê a imagem (errónea) de que os enfermeiros pensam de forma linear o que não corresponde à realidade, uma vez que a prática de enfermagem é caracterizada pela ambiguidade e incerteza (Marks-Marán, 1999 e Girot, 2000). Garcia e Nóbrega (2000), também consideram que a divisão em etapas distintas é artificial e cumpre uma função meramente didáctica, visto ser o processo de enfermagem um todo integrado, com as etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes.

Uma vez abandonada a concepção linear do processo e clarificada a distinção entre a função de documentação e a de decisão clínica, surgem novos desenvolvimentos relativamente ao processo de enfermagem.

A terceira geração de processo de enfermagem, emergiu da necessidade de especificação e medida dos resultados (a abordagem dos cuidados de enfermagem deixa de ser unicamente centrada nos problemas) e das investigações que clarificaram a compreensão da natureza dos processos de pensamento e raciocínio (Jesus, 2006).

Conforme descreve este autor, surge neste âmbito o modelo OPT (Outcome-Present State-Test) da autoria de Pesut & Herman (1999). O processo de enfermagem é percebido nesta fase como um contínuo de interacção com o utente durante a prestação de cuidados, envolvendo competências e capacidades de nível mais elevado, tais como a metacognição (Alfaro-Lefevre, 1997; Fonteyn, 1998, Fonteyn & Ritter, 2002; entre outros, citados por Jesus, 2006, p.26). Enfatiza a reflexão, a especificação de resultados e a verificação em função da história do doente, sendo por isso mais adequado às actuais necessidades do processo de prestação de cuidados de enfermagem (Pesut & Herman, 1999).

Enquadrado nesta última geração, foi publicado recentemente o modelo de decisão clínica de Enfermagem de Jesus (2006). Para este investigador os enfermeiros estão continuamente a intervir e interagir. *“Estão continuamente a colher informação, a identificar problemas, necessidades ou potencialidades, intervindo, avaliando e reavaliando as situações”* (p.288).

Em nosso entender, esta última geração de processo de enfermagem, caracteriza com maior rigor o processo de decisão clínica, e dá ênfase à sua complexidade, estando mais de acordo com a prática de enfermagem, especialmente no contexto da prestação de cuidados a pessoas em fim de vida e suas famílias, ao qual se reporta a presente investigação.

Acreditamos que face à evolução que o processo de enfermagem sofreu ao longo dos tempos, actualmente já não fazem qualquer sentido as acessas discussões quanto à pertinência da sua utilização, pois a única forma de não o utilizar é evitando a interacção com o cliente da qual resulta o cuidado de enfermagem.

Apesar de alguma resistência de determinados enfermeiros que consideravam esta metodologia demasiado teórica ou burocrática, o processo de enfermagem rapidamente foi formalmente reconhecido por organismos nacionais e internacionais. As etapas do processo de enfermagem têm inclusivamente servido de inspiração para a elaboração de leis (Dec. Lei 437/91 Aprovação da Carreira de Enfermagem), definição de Competências dos Enfermeiros de Cuidados Gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2003) e como orientação da estrutura de documentação dos cuidados de enfermagem (Silva, 2001; Yura e Walsh citados por Leal, 2006).

Para terminar esta reflexão achamos pertinente contextualizar e clarificar as expressões: *“processo de enfermagem”*; *“processo de prestação de cuidados de enfermagem”* e *“processo de decisão clínica”* que iremos adoptar ao longo do presente relatório.

Tem surgido na literatura uma expressão que pretende sublinhar a importância do processo de pensamento que suporta e explica a tomada de decisão no contexto da prática de cuidados de enfermagem: o “*Processo de Decisão Clínica de Enfermagem*” . Na perspectiva de Jesus (2006) a literatura revela que as diferenças entre “*processo de enfermagem*” e “*decisão clínica*”, se referem mais à adequação ou não do modelo de processo de enfermagem proposto, do que ao facto de entidades clínicas distintas se tratarem, considerando portanto estas expressões equivalentes.

Na literatura por nós consultada, há uma outra expressão que surge como sinónimo de processo de enfermagem: “*processo de prestação de cuidados de enfermagem*”. Esta terminologia decorre da evolução do processo de enfermagem relativamente à sua estrutura e acentua o carácter mais genérico e recente que tem vindo a assumir na actualidade (Jesus, 2006).

Ao longo do presente relatório utilizaremos as expressões “*processo de enfermagem*” e “*processo de prestação de cuidados*” como sendo sinónimas, embora pessoalmente tenhamos preferência pela segunda por evitar a conotação negativa que tem surgido em determinados círculos relativamente à primeira. Procuraremos evitar a utilização da expressão “*processo de decisão clínica de enfermagem*” como equivalente à de processo de enfermagem uma vez que é menos consensual, havendo ainda autores que estabelecem algumas diferenças entre elas.

Procurámos explicitar a evolução do processo de prestação de cuidados ao longo dos tempos. A seguir, procuraremos referir-nos mais especificamente ao processo de enfermagem incorporado no modelo de Roper, Logan, & Tierney (1995), pois é o que é utilizado na instituição onde foi desenvolvido o estudo.

1.2.2.1 – Processo de enfermagem do modelo de Roper, Logan, & Tierney

Tal como já referimos anteriormente, a exemplo de outros criadores de modelos de enfermagem, Roper, Logan, & Tierney (1995) também incorporaram no seu modelo o conceito de processo de enfermagem.

A utilização do processo de prestação de cuidados é defendida pelas autoras supracitadas como um requisito para se conseguir uma “enfermagem individualizada”. Igual ponto de vista é partilhado por Attree & Murphy (1999) que defendem que além

dos cuidados individualizados, o processo de enfermagem promove os cuidados holísticos e centrados no doente (citadas por Jesus, 2006).

O processo de enfermagem é concebido por Roper, Logan, & Tierney (1995) como *“uma descrição de uma abordagem sistemática que compreende uma série (ou ciclo) de passos (ou etapas) que, normalmente, se referem como colheita de dados, planeamento, implementação e avaliação”* (p.18).

A primeira etapa do processo de enfermagem incorporado neste modelo – **a avaliação inicial**, implica: a recolha de informação sobre o doente (através da observação, entrevista, medida e teste); A colheita de dados é fundamental para a individualização dos cuidados, pelo que deve ser efectuado no início da hospitalização. Inclui dois tipos de dados: *“biográficos e de saúde do doente”* e *“dados das actividades de vida”*. Estes últimos dados são centrais neste modelo, pois é fundamental o conhecimento dos padrões habituais do utente, o nível de dependência e se existem ou não problemas ou mal-estar relacionados com cada uma das actividades de vida. Basicamente devem ser colhidas informações relativamente a: rotinas anteriores, o que o doente pode fazer independentemente, o que o doente não pode fazer independentemente, quais os problemas reais ou potenciais, com as actividades de vida.

Conforme referem Roper, Logan, & Tierney (1995), *“a avaliação inicial não é uma rotina rígida desempenhada num dado momento ou um padrão preestabelecido, trata-se de uma actividade contínua e exige ser adaptada às circunstâncias do doente individualmente”* (p.72).

A *“identificação dos problemas do doente”* é a actividade final da fase da apreciação ou avaliação inicial. Há problemas que são “óbvios” ao enfermeiro e doente (dor, hemorragia), enquanto outros são detectados pelo enfermeiro (hipertensão arterial) e outros são “captados” apenas pelo doente (tal como uma preocupação específica). Neste modelo também há referência aos problemas reais e potenciais, sendo que estes últimos são os que enfatizam os aspectos de enfermagem que se preocupam com a manutenção e promoção da saúde. Ainda antes de passar à fase planeamento, o enfermeiro deverá ordenar os problemas de acordo com a sua prioridade. De acordo com as autoras, *“os problemas potencialmente letais ou provocadores de doença são prioritários sobre outros menos imediatos e menos importantes e, entre estes, a prioridade vai ser decidida em colaboração com o doente e também pode ser com a família”* (p.73).

Na fase do **planeamento**, o enfermeiro deverá traçar *objectivos* para cada problema real ou potencial. As autoras recomendam que sempre que possível, os

objectivos devem ser declarados em termos de resultados que são passíveis de ser observados e devem ser datados.

Na *preparação de um plano de enfermagem*, os enfermeiros devem considerar os recursos existentes (equipamento, pessoal e ambiente físico) e só depois identificar as intervenções necessárias de modo a atingir os objectivos delineados. Por uma questão de continuidade de cuidados, Roper, Logan, & Tierney (1995) sublinham que o plano deve ser escrito e que as intervenções devem ser pormenorizadas. O objectivo do plano é de acordo com as autoras supracitadas “*fornecer informação na qual se baseia uma enfermagem individualizada*” (p.74).

A **implementação do plano de enfermagem** é a terceira fase do processo de enfermagem deste modelo. Compreende a realização das actividades planeadas e outras. Normalmente as intervenções de enfermagem são muitas e variadas, uma vez que o enfermeiro se serve da “amálgama de aptidões – de escutar, de relacionar e observar para ajudar (e, talvez, deliberadamente não ajudando) – no seu contacto com o doente. As autoras aconselham que a informação relativa a esta fase deverá ser documentada em “notas de enfermagem do doente”.

Por fim, a quarta fase do processo – a **avaliação**, oferece uma base para a avaliação contínua e planeamento, à medida que as circunstâncias do doente e o problema mudam. Implica a utilização das aptidões utilizadas no exame: observação, questionário, exame físico, teste e medidas.

Partilhamos a perspectiva de Jesus (2006) de que estas etapas são sequenciais apenas para facilitar a descrição de um processo complexo e dinâmico de pensamento efectivo dos enfermeiros na prestação de cuidados.

A discussão que tem surgido nos últimos tempos, em torno do processo de enfermagem está mais relacionada com as estratégias adoptadas para a sua documentação do que com a concordância da utilização desta metodologia. Tal como explicam Roper, Logan, & Tierney (1995), a dificuldade dos enfermeiros está em analisar ou explicitar as actividades que estão a realizar em termos de um processo e a sua inerente documentação ordenada e completa.

Estamos conscientes que é complexo descrever, em termos de um processo ou etapas, algo que por vezes acontece simultaneamente. Contudo, é fundamental que os enfermeiros continuem a esforçar-se neste sentido, pois a ausência de documentação poderá tornar invisível o aspecto intelectual do processo de prestação de cuidados, com

o consequente risco da Enfermagem ser percebida apenas como a execução de um conjunto de tarefas.

Na óptica de Jesus (2006) os enfermeiros ainda não conseguiram documentar a verdadeira complexidade do processo de prestação de cuidados: *“não obstante a evolução positiva do processo de enfermagem ao longo dos tempos, o certo é que nem sempre a sua descrição se tem mostrado adequada à complexidade e à dinâmica da prática clínica quotidiana dos enfermeiros”* (p.19).

A documentação do processo de prestação de cuidados corresponde ao registo do processo de pensamento e tomada de decisão do enfermeiro, por isso, é também um reflexo as suas concepções e consequentemente dos modelos que orientam a sua prática. Esta perspectiva tem surgido em diversos estudos sobre documentação realizados em Portugal (Jesus, 1995; Silva, 2001; Sousa, 2006)

Após esta reflexão sobre o processo de prestação de cuidados de enfermagem e a complexidade da sua descrição, procuraremos abordar sua documentação no contexto desta pesquisa.

1.3 – Documentação do processo de cuidados de enfermagem a pessoas em fim de vida

O acto de documentar os cuidados tem sido considerado pelos enfermeiros e estudantes de enfermagem como árduo, pouco gratificante, menos nobre, e fora do trabalho assistencial. Figueiroa-Rêgo (2003) acrescenta que a maioria dos profissionais de saúde consideram esta actividade pouco interessante, penosa, difícil e por vezes despropositada. Silva (2001) explica que numa área de actividade como a dos enfermeiros, cujo ênfase se enquadra na relação humana, esta não é uma acção que desperte particular interesse.

Apesar das dificuldades neste campo, a necessidade de comunicar utilizando a escrita é quase tão antiga quanto a profissão. Florence Nightingale durante a Guerra da Crimeia já manifestava a sua preocupação por não se fazerem estatísticas e com a “pobreza” dos registos (Jesus, 1995).

Paralelamente à evolução da Enfermagem como ciência e profissão, houve uma evolução nas forma, conteúdo e importância atribuídas à documentação dos cuidados.

Hoje em dia é comum aceitar-se que cuidar e registar parecem actividades indissociáveis se atendermos às finalidades dos registos de enfermagem, amplamente descritas na literatura.

Actualmente é frequente aceitar-se a **continuidade dos cuidados** como a grande finalidade dos registos de enfermagem (Leal, 2006; Sousa, 2006). A documentação revela-se fundamental na transmissão de informação entre a equipa de saúde, evitando omissão ou duplicação de cuidados e facilitando a personalização de cuidados (diminui a necessidade de repetir de questões junto do utente e família). O Artigo 83º do Código Deontológico do Enfermeiro (2003), alínea *d*) refere que o enfermeiro assume o dever de “*assegurar a continuidade dos cuidados registando fielmente as observações e intervenções realizadas*” (2003, p.65).

Quando nos reportamos aos registos efectuados pelos enfermeiros, no contexto da prestação de cuidados a pessoas em fim de vida, sentimos que a preocupação com a promoção da continuidade de cuidados colide por vezes com outras nomeadamente a confidencialidade e extensão do registo. Em relação à confidencialidade, sabemos que a proximidade da morte pode conduzir o doente a confidências únicas, que colocam o enfermeiro perante o grande dilema ético sobre o que deverá ou não revelar. É complexo decidir que informação é relevante para que os outros membros da equipa prestem cuidados personalizados, salvaguardando simultaneamente a intimidade do doente. Em relação à extensão dos registos, sabemos que condiciona a sua comunicabilidade (OE, 2003). Ora a documentação de cuidados espirituais é complexa, há situações difíceis de “colocar em palavras”, que tradicionalmente não eram registadas, pelo que é natural que não seja fácil exercer a capacidade de síntese e distinguir o que é ou não pertinente para continuidade de cuidados.

O Código Deontológico do Enfermeiro (2003) também esclarece que “*a ausência de registo pode ser assumida como ausência de realização com as implicações que decorrem dessa possibilidade*” (p.67). Daqui se pode inferir que os registos de enfermagem têm **validade legal** na medida e que constituem prova de que um cuidado foi ou não realizado (Jesus, 1995; Dias, 2001; Leal, 2006). O Decreto Lei Nº104/98 que regulamenta o exercício profissional dos enfermeiros também refere que é função do enfermeiro “*avaliar, verificando os resultados das intervenções de enfermagem através da observação, resposta do utente, familiares ou outros e dos registos efectuados.*”.

A validade legal dos registos pode adquirir especial relevância quando nos reportamos às pessoas em fim de vida, área em que são relativamente frequentes as questões ético legais.

O enfermeiro deverá documentar que foram utilizados todos os meios disponíveis ao cuidar do doente, no sentido de salvar a vida. De facto, a protecção da vida é uma obrigação profissional e moral. Contudo, à luz do princípio da beneficência, os benefícios potenciais do tratamento devem ser ponderados relativamente aos riscos e malefícios potenciais. Isto significa que o enfermeiro ao agir e consequentemente ao documentar os cuidados prestados, deverá certificar-se se em relação à pessoa em causa, existe alguma esperança de recuperação de saúde ou de estabilização da doença. É porque quando não existe esperança de cura, alguns dos procedimentos obrigatórios no doente curável (por exemplo a reanimação), podem tornar-se autênticas atitudes de “obstinação terapêutica” ou “encarniçamento”, uma vez que resultam principalmente no prolongamento do sofrimento do doente – o que colide com o princípio de não maleficiência (não devemos praticar o mal aos outros).

Na realidade, a linha imaginária que separa a beneficência da não maleficiência é muito ténue. Um dos casos que tem gerado muita controvérsia em especial entre enfermeiros, é o da suspensão de alimentação e hidratação artificiais. De acordo com o Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2005), alguns profissionais de saúde argumentam, que se trata de uma técnica de cuidados básicos, que não é de facto um tratamento (porque não restaura nenhuma função básica de vida) e que deve ser oferecida a todos os que dela necessitam, independentemente dos eventuais benefícios. Outros porém argumentam que a alimentação e hidratação artificiais constituem tratamentos que substituem uma função (neste caso a deglutição) e como tal, passíveis de ser interrompidos como qualquer outro. Dada a complexidade destas decisões, é natural que a sua documentação exija algum cuidado dadas as implicações legais dos registos.

Na bibliografia consultada são também frequentes as referências à importância da documentação para a **visibilidade** dos cuidados (Dias, 2001; Goossen, 2000; Taylor et al, 2004; Leal, 2006). Conforme afirma Leal (2006), através dos registos é possível “*prosseguir o desafio de dar visibilidade à profissão*” (p.29). A autora supra-citada sublinha que “*para uma extensa variedade de autores, os registos são uma ferramenta significativa para descrever a enfermagem e aumentar a sua visibilidade*” (Leal, 2006, p.46). Ainda a este propósito, Pereira (citado por OE, 2004) defende uma alteração dos discursos “*até então alicerçados na ‘necessidade de dar visibilidade àquilo*

que os enfermeiros fazem’ para a emergência da ‘necessidade de dar visibilidade àquilo que as pessoas, os grupos, as famílias ou as comunidades beneficiam com os cuidados de enfermagem” (p.16).

Os registos de enfermagem têm um papel fulcral para a **investigação** favorecendo uma prática baseada na evidência e maior qualidade nos cuidados. Numa outra perspectiva, ainda pouco consensual na literatura, Phaneuf considera que a documentação de enfermagem também pode reflectir a qualidade de cuidados, ou seja, registos de boa qualidade reflectem cuidados de enfermagem de boa qualidade (citada por Leal, 2006)

O volume de trabalhos de investigação realizados recentemente em Portugal ilustra a crescente importância que tem vindo a adquirir a documentação de enfermagem. (Jesus, 1995, Silva, 1995; Jesus & Correia, 2001; Silva, 2001; Sousa 2006, Pereira, 2001; Leal, 2006). A quantidade de investigação realizada nesta área faz-nos reflectir que apesar dos esforços realizados e do caminho percorrido, os enfermeiros sentem dificuldades para ultrapassar os inerentes à actividade de documentar, tornando-a gratificante e menos penosa para quem a realiza.

Sousa (2006) caracteriza da seguinte forma o “estado da arte” relativamente aos registos de enfermagem:

“o “inconsciente colectivo” face aos “registos de enfermagem” tem conduzido a um suporte de documentação reduzido, e o existente, não se evidencia coerente com a prática de enfermagem actual. Por seu lado, a falta de resposta na definição de critérios sobre o que registar (critérios mínimos de registo) traduz redundância de informação numas áreas e escassa ou inexistente noutras, não reflectindo a realidade do desempenho dos enfermeiros”. (p.30)

As percepções dos enfermeiros em relação aos **factores facilitadores e inibidores** da documentação em enfermagem têm sido descritos em vários países (Björvell et al, 2003). Na opinião destes autores, a maioria dos estudos abordam a forma como as organizações e o ambiente influenciam a capacidade de documentar dos enfermeiros. Outros factores que influenciam a documentação incluem as reacções de outros profissionais, falta de tempo, falta de conhecimentos para documentar os cuidados de enfermagem

Sweeney (1998) explica que a falta de tempo pode provocar nos enfermeiros a sensação de competição com o tempo assistencial. Isto pode ser facilmente compreensível se atendermos por exemplo a um estudo que refere que nas unidades de doentes agudos os enfermeiros despendiam entre 30 a 40% do seu tempo em actividades

de processamento de informação (Jydstrup & Gross 1996, citado por Silva, 2001). Sweeney (1998) chama ainda a atenção para a inexistência de espaços favoráveis à reflexão e elaboração dos registos como outro factor dificultador da elaboração de registos.

A maioria das discussões à volta da documentação dos cuidados relaciona-se com dois aspectos centrais: conteúdos e formatos.

Em relação aos conteúdos, a ênfase na elaboração dos registos tem sido com frequência colocada na execução de prescrições médicas, traduzindo o modelo de prestação de cuidados dominante (Silva, 2001; Sousa, 2006). Actualmente e de acordo com Leal (2006), os registos evoluíram aproximando-se da estrutura do processo de enfermagem, denotaram um afastamento progressivo do enfoque na actividade interdependente e uma afirmação cada vez maior da tomada de decisão autónoma dos enfermeiros.

Parece-nos consensual a opinião dos diversos autores consultados (Jesus, 1995, Silva, 2001; Hesbeen, 2001; Björvell e tal, 2003, 2005, Sousa, 2006; Leal, 2006) de que os registos de enfermagem reflectem o modelo de prestação cuidados em uso. Tal como afirma Hesbeen (2001) *“um registo é o reflexo de determinada filosofia, de uma certa representação dos cuidados”* (p.142). Jesus (1995) exemplifica que:

“o enfermeiro que oriente a sua intervenção pelo modelo bio-médico, valorizará os aspectos relativos às intervenções interdependentes, registando quase exclusivamente anotações relativas à terapia médica e técnicas de enfermagem do domínio curativo” (p.55).

A evolução da documentação de enfermagem parece ter seguido trajectórias distintas consoante os contextos de prestação de cuidados. Na realidade quando analisamos os trabalhos de investigação realizados nesta área, são muito variadas as descrições quanto ao conteúdo dos registos e a sua transposição para os modelos de enfermagem em uso nos diferentes contextos onde foram realizados os estudos.

A nível internacional, na Finlândia, Juntilla et al (2000) afirmam que os registos não descrevem as actividades de enfermagem nem cobrem todos os aspectos dos cuidados, *“centrando-se quase exclusivamente nas questões físicas e omitindo as do foro psicológico”*. Ehrenberg (2001) concluiu que na Suécia as enfermeiras tinham dificuldades em elaborar os seus registos em conformidade com o processo de enfermagem e em expressar a essência dos cuidados de enfermagem por escrito. No

mesmo país, Björvell et al (2003) também concluíram que as enfermeiras continuavam a dar prioridade à descrição dos cuidados inerentes às prescrições médicas, o que está mais de acordo com o modelo biomédico.

No contexto dos cuidados às pessoas em fim de vida, Hegarty, M et al (2005) verificaram que os enfermeiros das unidades de agudos frequentemente identificavam e algumas vezes exploravam os aspectos psicológicos, espirituais e culturais dos cuidados mas raramente os documentavam.

No nosso país, apesar da formação inicial dos enfermeiros estar formalmente orientada de acordo com os modelos de enfermagem, alguns enfermeiros parecem na prática continuar a usar o modelo biomédico (Basto, 1998). A propósito Silva (2001) defende que *“não há um modelo em uso: há vários modelos em uso”* (p.308), pelo que é natural que haja alguma diversidade quanto aos aspectos que os enfermeiros priorizam na documentação. Realçamos que em três estudos realizados recentemente utilizando a CIPE, versão Beta2 como modelo de análise dos registos, (Jesus & Correia, 2001; Silva, 2001 e Sousa, 2006) os investigadores concluíram que os enfermeiros focalizavam a atenção essencialmente na área da “função” o que poderá denotar uma sobrevalorização dos aspectos fisiológicos o que está mais de acordo com o modelo biomédico.

No contexto dos cuidados às pessoas em fim de vida, a utilidade e a finalidade dos registos são semelhantes às das restantes áreas. As especificidades não têm a ver com o formato ou princípios que norteiam a elaboração dos registos mas sim com a particularidade das necessidades de quem está a morrer. Pode ser complexo documentar a imensidão de *“pequenas coisas”* (Hesbeen, 2001) que ajudam o ser humano a ultrapassar a *“última grande passagem”* (Colliére, 2003), o pormenor pode ser difícil documentar.

O formato e a estrutura na qual deve assentar a documentação de cuidados têm alimentado acessas discussões no seio da profissão. No entender de Hesbeen (2001) a vasta literatura sobre instrumentos de registos de enfermagem espelha *“uma actividade reflexiva”* e de um desejo de organização e de profissionalização.

Uma das principais questões que se tem colocado sobre os instrumentos de registo é a documentação em texto livre versus formatos pré-estruturados. Hesbeen (2001) enumera alguns princípios que devem orientar a instrumentalização dos registos: o respeito pela natureza dos cuidados, deve ser considerado como uma ajuda à prática diária, o pluriprofissionalismo e o processo de cuidados não pode ser um instrumento de registo. Atendendo a estes princípios, o autor defende uma posição pouco consensual

nos nossos dias: *“o melhor e mais útil documento para elaborar o processo de cuidados e partilhar os seus frutos com os colegas, é uma folha em branco – ou vagamente estruturada – que irá sendo preenchida à medida que a situação evolua”* (Hesbeen, 2001, p.142).

Uma posição contrária assumem Björvell et al (2003) que concluíram que um modelo mais estruturado de documentação, com campos específicos para conteúdo de enfermagem poderá iniciar uma mudança de papel para os enfermeiros deixando de centrar-se nos cuidados médicos/técnicos para uma orientação específica de enfermagem.

Esta diferença de posições conduz-nos à questão da importação dos modelos de enfermagem para a prática. Silva (2001) apela à investigação nesta área e flexibilidade dos modelos dos Sistemas de Informação em Enfermagem de modo a evitar dissonâncias entre os modelos expostos e os modelos em uso.

A crescente importância da informação em especial no domínio da saúde e o desenvolvimento e generalização da utilização da informática introduziu a questão da informatização dos registos de enfermagem.

Na perspectiva de Silva (1995, 2001), a insatisfação dos enfermeiros face aos modelos de registo em papel pode tornar-se um factor favorável na introdução das tecnologias de informação e comunicação.

Apesar da diferença de atitudes e alguma resistência face à utilização das tecnologias de informação na enfermagem, é cada vez mais consensual a necessidade de utilizar a informática para gerir, organizar e tratar adequadamente a informação que resulta dos cuidados de enfermagem. Do ponto de vista legal o Dec. Lei nº 104/98 reconhece que *“os enfermeiros contribuem (...) para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados de enfermagem, nomeadamente: c) propondo protocolos e sistemas de informação adequados para a prestação de cuidados”*.

Em Portugal, e de acordo com Sousa (2006) o estudo da problemática dos SIE tem despertado bastante interesse e investimento por parte dos enfermeiros. Estas ferramentas podem ser um aliado valioso na luta pela visibilidade das práticas.

A utilização da informática na saúde, nomeadamente na enfermagem, também pode ser vista numa lógica de aumento da qualidade dos cuidados, tal como defende Sousa: *“reduzindo substancialmente os processos burocráticos e facilitando o acesso rápido à informação, poderá obter-se uma melhoria significativa da qualidade do serviço prestado aos utentes dos Serviços de Saúde”* (2006, p.28).

A informatização dos registos de enfermagem e os processos de agregação e comparação de dados daí resultantes pressupõem diversos requisitos, entre os quais “a utilização de uma **linguagem classificada** para nomear quer as necessidades em cuidados de enfermagem, quer as intervenções, bem como os resultados” (Pereira, 2004, p.14).

A necessidade de uma classificação para a prática de enfermagem também é justificada por alguns autores como um passo fundamental no desenvolvimento da ciência. Gordon (citada por Leal, 2006) defende que “*somente se formalizam os conceitos que, numa ciência, são importantes e que, por isso, o desenvolvimento dos sistemas de classificação se faz em paralelo com o desenvolvimento da própria disciplina*” (p.78).

O esforço por desenvolver classificações em enfermagem é relativamente recente (Silva, 2000) mas o caminho percorrido já é longo se atendermos à diversidade de classificações existentes. Numa tentativa de unificar as taxonomias e classificações de enfermagem já existentes, o Conselho Internacional de Enfermagem lançou em 1996 a versão Alfa da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Esta versão foi revista e aperfeiçoada tendo surgido em 1999 a versão Beta, em 2001 a Versão Beta 2, e em 2005 a versão 1 (tradução portuguesa em 2006).

A CIPE® é um instrumento de informação usado descrever a prática de enfermagem que pretende identificar e distinguir os contributos únicos da enfermagem no complexo quadro de resultados dos cuidados de saúde. A sua utilidade ultrapassa o contexto de prestação de cuidados, é um valioso instrumento para a comparação de dados de enfermagem facilitando a construção de uma prática baseada na evidência, incentivar a investigação e fornecer dados que possam influenciar a formação em enfermagem e as políticas de saúde (CIPE®, 2002, p.xiii).

O reconhecimento da importância da utilização da CIPE® e das suas potencialidades tem ido além dos enfermeiros, em 2006 a Secretária de Estado Adjunta e da Saúde, Dr.^a Carmen Pignatelli afirmou: “*Não é demais lembrar a importância de um instrumento desta natureza para a qualificação da prestação dos cuidados de enfermagem, introduzindo uma maior racionalidade na intervenção dos enfermeiros e facilitando a medição e a avaliação dos resultados do seu trabalho*”. (Ordem dos Enfermeiros, 2006, p.13).

Apesar de reconhecida como a mais abrangente de todas as classificações, incluir muitas dimensões dos cuidados de enfermagem (cliente, família, comunidade) e ser transversal à prática clínica (Carter, 2004), a cobertura proporcionada pela CIPE®

foi considerada inconsistente, incompleta, e de utilização demorada para os registos de enfermagem quotidianos (Olsen, 2001).

Estamos conscientes de que a CIPE[®] é um precioso instrumento com muitas potencialidades a serem desenvolvidas futuramente. Concordamos em absoluto com Leal (2006): *“a CIPE[®] poderá fazer mais do que dar visibilidade à enfermagem e facilitar a recuperação de informação para fins de investigação, ela poderá ser uma ferramenta importante para promover uma actividade mais reflexiva e fundamentada”* (p.135). Tal como afirmou Silva (2004) a CIPE[®] favorece a discussão e a reflexão dos enfermeiros em torno dos cuidados, o que contribui para melhorar a sua qualidade.

2 - DA PROBLEMÁTICA ÀS OPÇÕES METODOLÓGICAS

Ao longo desta segunda parte do relatório, procurámos descrever e fundamentar as opções tomadas ao longo do percurso de investigação relativamente aos métodos adoptados tendo em conta a definição da problemática. Começámos por contextualizar a problemática para depois descrevermos o tipo de estudo adoptado e técnicas de colheita e análise de dados.

2.1 – Contextualização da problemática

As reflexões sobre a morte e os cuidados de enfermagem dirigidos a quem está a morrer sempre nos interessaram tanto a nível pessoal como profissional. Em termos pessoais, a situação que mais nos marcou foi o acompanhamento de um familiar no fim da vida, após uma doença prolongada e debilitante. Foi uma experiência profundamente dolorosa mas também formativa, pois deu-nos a oportunidade de sentir a importância do papel dos enfermeiros estando do outro lado do cenário, na perspectiva de utilizadora dos serviços de saúde. Em termos profissionais, como enfermeira foi com alguma frequência que nos deparámos com a morte. Dar vida aos últimos dias e ajudar a morrer serenamente foi um angustiante desafio perante o qual crescemos como pessoas e continuamos a sentir que seremos eternos aprendizes

Ao longo do capítulo anterior verificámos que o local onde se considera que se “deve” morrer foi mudando ao longo dos tempos. Actualmente, em Portugal, a maioria das pessoas morre nos hospitais embora se considere que estas instituições vocacionadas para o tratamento e cura de doença não são os locais “ideais” para estar durante os últimos dias de vida. Na tentativa de proporcionar maior qualidade de vida a estes doentes e apoio aos seus familiares, têm surgido espaços e serviços concebidos especificamente para prestar cuidados a pessoas em fim de vida - as unidades de cuidados paliativos. O modelo de cuidados em uso nestas unidades está centrado na

promoção da vida com qualidade: com conforto, com o mínimo de sofrimento e com aspirações congruentes com o que se pode alcançar.

Actualmente, no nosso país apenas um número restrito de cidadãos têm possibilidade de serem cuidados nestas unidades mas tal facto não deveria impedir o seu acesso a este tipo de cuidados. De acordo com Neto (2004) “*mais do que um “edifício”, os cuidados paliativos são uma atitude e é isso que importa preservar*” (p.21).

Tem-se notado nos últimos anos uma crescente atenção e sensibilização dos profissionais de saúde, governantes e sociedade em geral em relação aos cuidados paliativos. Gostaríamos de realçar algumas iniciativas recentes que ilustram este facto:

- A nível internacional realçamos as publicações da World Health Organization Europe (2004). “*Melhores cuidados paliativos para os idosos*” e “*Cuidados paliativos: factos seguros*” que tentam realçar a crescente importância dos cuidados paliativos nomeadamente nas políticas de Saúde.

- O Conselho da Europa reclama igualmente maior atenção e protecção dos doentes em fim de vida, recomendando:

- a) *Consagrar e defender o direito dos doentes incuráveis e na fase final a vida à sua vida e a uma gama completa de cuidados paliativos*

- b) *Proteger o direito dos doentes incuráveis e na fase final da vida à sua própria escolha*

- c) *Manter a interdição absoluta de, intencionalmente, se pôr fim à vida dos doentes incuráveis e na fase final da vida.* (p.3)

- O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 identifica também os cuidados paliativos como área prioritária de intervenção, indo de encontro à Resolução do Conselho de Ministros n.º 129/2001 que aprova o Plano Oncológico Nacional 2001 – 2005. Recorde-se que um dos objectivos deste plano era: “*dar continuidade aos cuidados paliativos na fase terminal da doença, planeando a sua distribuição geográfica pelo território nacional, de modo a chegarem o mais perto possível da residência dos doentes deles necessitados*”.

- O Plano Regional de Saúde da Região Autónoma da Madeira de 2005-2006 contempla igualmente os cuidados paliativos como área prioritária de intervenção, estando programado a criação de unidades para este fim.

Apesar de todas estas iniciativas verificamos que na Madeira, tal como noutras regiões, os doentes em fim de vida e suas famílias não têm acesso a cuidados especializados (internamento e ambulatório). A maioria das pessoas morre no espaço público do hospital, nos serviços de medicina e de oncologia onde a morte é percebida por alguns profissionais como sinal de insucesso o que poderá levar ao seu “combate” com armas terapêuticas e tecnológicas.

Sabemos que a filosofia subjacente aos cuidados paliativos poderá estar presente em qualquer serviço de saúde, contudo a nossa experiência profissional ajudou-nos a compreender como é complexo cuidar de quem está a morrer numa instituição vocacionada essencialmente para a cura da doença. Nestas instituições e apesar das mudanças graduais, a *saúde* continua a ser conceptualizada pelos profissionais como ausência de doença, o que de acordo com Hesbeen (2001) pode ter implicações negativas, sendo a mais evidente o risco de prestarmos cuidados ao corpo, à sua doença mas não verdadeiramente à pessoa e à sua família.

Já Ghezzi (1991) no seu estudo intitulado “convivendo com o ser morrendo” tinha alertado para o impacto dos modelos de prestação de cuidados centrados na doença: *“ao observarmos o quotidiano hospitalar do paciente terminal, constatamos que tanto a equipa médica como a de enfermagem centralizam a sua atenção, basicamente na doença e não no Ser-doente”* (p.130).

Na mesma linha de pensamento, Cerqueira (2005) alerta para o impacto dos modelos teóricos na prática de prestação de cuidados a doentes em fim de vida: *“torna-se, então, imprescindível que o enfermeiro “abandone” o modelo biomédico de cuidar em saúde, ou seja, que o seu foco de atenção não seja o órgão doente mas veja o doente paliativo como um todo e que dele fazem parte a dimensão biológica, psicológica, sócio-cultural e espiritual”* (p.58). Desconhece-se actualmente quais os modelos em uso pelos enfermeiros quando cuidam pessoas em fase final da vida, no entanto realçamos que em estudos realizados no nosso país utilizando a estrutura da CIPE® (Jesus & Correia, 2001; Silva, 2001 e Sousa, 2006), os resultados apontam para uma focalização da atenção dos enfermeiros essencialmente na “função”, o que está mais de acordo com o modelo biomédico.

Reflectindo sobre as necessidades dos doentes em fase terminal no hospital e suas famílias, gostaríamos de referir uma das conclusões do estudo de Moreira (2001): *“na perspectiva dos cuidadores, o hospital não está preparado para cuidar doentes em fase terminal, pois estes são doentes que requerem cuidados adequados e livres de qualquer pressas, ocupando muito tempo aos profissionais de saúde”* (p.107).

O contexto de prestação de cuidados de enfermagem nos serviços de internamento do hospital tem-se alterado significativamente nos últimos tempos na Região Autónoma da Madeira. O envelhecimento da população e os seus problemas inerentes nomeadamente as doenças crónicas e as incapacidades físicas têm aumentado progressivamente a necessidade de cuidados de enfermagem. Por outro lado, a questão do maior nível de dependência dos doentes, associada à menor disponibilidade das famílias, tem confrontado em especial os serviços de medicina com altas problemáticas, sobrelotação e consequente falta de recursos humanos e sobrecarga de trabalho dos profissionais.

Numa instituição cujo objectivo principal é a cura da doença poderá ser complexo para os profissionais cuidar de um doente que com muita probabilidade em breve morrerá, gerindo e conciliando as acções decorrentes da prescrição dos outros técnicos com o atendimento das necessidades psico-afectivas e espirituais e das “pequenas coisas” descritas por Hesbeen (2001). A mesma perspectiva foi apresentada por Moreira (2001) quando afirma:

“torna-se difícil gerir o tempo e uma assistência que implique uma relação interpessoal contínua centrada na singularidade da pessoa, em que se privilegie a afectividade expressa em “pequenos” pormenores tão importantes para o bem-estar do doente e que revelam o verdadeiro olhar sobre este, o que não acontece em meio hospitalar” (p.107).

Outra questão que tem sido alvo da nossa reflexão é o facto de neste momento os hospitais estarem a sofrer alterações profundas nos modelos de gestão o que poderá trazer implicações na prestação de cuidados. É fundamental a documentação dos cuidados, nomeadamente os da área psico-espiritual e relacional para tornar visível perante gestores e sociedade os cuidados que os enfermeiros prestam às pessoas em fim de vida. A documentação de enfermagem deverá dar visibilidade à particularidade das necessidades de quem está a morrer e a especificidade dos cuidados prestados durante a “última grande passagem da vida”.

Apesar dos estudos apontarem para o facto dos enfermeiros passarem 30 a 64% do tempo a efectuar registos (Silva, 2001), constatamos que os cuidados documentados são apenas uma pequena parcela dos cuidados prestados, havendo vários estudos que confirmam esta inquietação.

Da nossa reflexão emergiram as seguintes **questões de partida** que direccionaram o nosso estudo:

A – Como descrevem os enfermeiros os cuidados de enfermagem a pessoas em fim de vida hospitalizadas e suas famílias?

B – Que modelos de enfermagem emergem da informação documentada pelos enfermeiros relativamente ao processo de cuidados a pessoas em fim de vida?

Actualmente os enfermeiros procuram estabelecer uma linguagem comum para descrever a prática de enfermagem que melhore a comunicação entre os enfermeiros e entre os enfermeiros e outros, pelo que acreditamos ser oportuno a realização de uma pesquisa que descreva a prática de enfermagem às pessoas em fim de vida utilizando a estrutura da CIPE[®] como modelo de análise à informação documentada.

A nossa pesquisa surge assim com os seguintes **objectivos**:

- Analisar a informação documentada pelos enfermeiros relativamente à prestação de cuidados a pessoas em fim de vida hospitalizadas e seus familiares;
- Identificar os focos de atenção dos enfermeiros no processo de prestação de cuidados a pessoas em fim de vida hospitalizadas e seus familiares;
- Identificar as intervenções que na perspectiva dos enfermeiros são significativas no atendimento das necessidades das pessoas em fim de vida hospitalizadas e seus familiares;
- Identificar os modelos de enfermagem que emergem da informação documentada pelos enfermeiros relativamente ao processo de cuidados a pessoas em fim de vida e seus familiares.

O presente estudo de investigação tem como alvo a análise da descrição do processo de cuidados a pessoas em fim de vida no contexto hospitalar, tendo como **finalidade**:

- Conhecer os modelos de cuidados de enfermagem que emergem da documentação de enfermagem, num contexto estratégico que contribua para , valorização do processo de documentação e consequente melhoria da qualidade dos cuidados a doentes em fase final de vida e suas famílias, através:
 1. da reflexão sobre o processo de documentação de cuidados;
 2. da identificação de áreas/ estratégias de formação dos enfermeiros;
 3. de uma prática de cuidados, cujo modelo esteja de acordo com a filosofia de cuidados paliativos.

Não temos conhecimento de qualquer estudo sobre esta temática na nossa Região, nem a nível nacional ou internacional o que justifica também em nosso entender a sua pertinência.

2.2 – Opções metodológicas

A filosofia subjacente à corrente positivista e à corrente naturalista deram origem a diferentes paradigmas de investigação: o quantitativo e o qualitativo. Os métodos de investigação de acordo com Clark (1998) tendem a ser categorizados de acordo com estes dois paradigmas.

Para Fortin (1999) o investigador que utiliza o método de investigação qualitativo está preocupado com uma compreensão absoluta e ampla do fenómeno em estudo. Ele observa, descreve e interpreta o meio e o fenómeno tal como se apresentam, sem procurar controlá-los. Por seu lado, o investigador que utiliza o método quantitativo preocupa-se com a objectividade, a predição, o controlo e a generalização.

Alguns investigadores argumentam que é desadequada a combinação de diferentes metodologias uma vez que se baseiam em paradigmas incompatíveis. No entanto, recentemente, alguns investigadores têm defendido a combinação destas duas metodologias. Por exemplo, Abusabha et al (2003), defendem que as duas filosofias são opostas “*como a noite e o dia*” mas à medida que se examina cada uma delas mais evidente se torna o valor da combinação das duas. Constatamos que este ponto de vista tem sido cada vez mais defendido por maior número de investigadores (Clark, 1998, Fielding e tal, 2001, Olson, 2004). Nesta mesma perspectiva, Polit e Hungler (1995) defendem que “*é a tendência que terá o seu espaço no futuro, pois os dados qualitativos e quantitativos são complementares e com a integração de diferentes métodos as deficiências de um único método podem ser reduzidas ou ultrapassadas*” (p. 227).

Streubert e Carpenter (1999) defendem que “*a escolha do método depende da questão que está a ser colocada*” (p.20). Nesta perspectiva, o método indutivo pareceu-nos o mais adequado para irmos de encontro às questões centrais que nortearam esta pesquisa pelo que optámos pelo paradigma qualitativo como orientação principal do nosso estudo.

A pertinência da utilização de estratégias indutivas actualmente é justificada por Flick (2005) dada a acelerada mudança social e consequente diversidade de contextos sociais e aparecimento de novas perspectivas.

Referindo-se ao contexto específico da Enfermagem, Latimer (2005) defende que a investigação qualitativa está preocupada com acontecimentos e práticas ocorridas “naturalmente”, permitindo *“tornar visível aquilo que tão facilmente é marginalizado ou deixado implícito”* (p.14).

No percurso de investigação adoptámos as características da investigação qualitativa defendidas por Bogdan & Biklen (1994):

- 1 - Na investigação qualitativa a fonte directa de dados é o ambiente natural;
- 2 - A investigação qualitativa é descritiva;
- 3 - Os investigadores qualitativos interessam-se mais pelo processo do que simplesmente pelos resultados ou produtos;
- 4 - Os investigadores qualitativos tendem a analisar os seus dados de forma indutiva;
- 5 - O significado é de importância vital na abordagem qualitativa.

No que concerne à classificação das investigações e níveis de conhecimentos, Fortin (1999) insere-as em duas grandes categorias: podem ser exploratórias-descritivas ou explicativas-preditivas. O nosso estudo enquadra-se segundo a definição da autora supracitada no tipo exploratório-descritivo (nível I), este tipo de estudo visa *“denominar, classificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação”* (p138).

Collière (2003) compara este tipo de estudo a uma fotografia que permite situar o mais precisamente possível as pessoas, os factos, as suas interacções. Acrescenta ainda que é o tipo de estudo que *“apresenta mais interesse para um grupo profissional que se começa a interrogar sobre o que se faz e que se inicia na investigação”*. (p.406)

Partilhamos da opinião de Polit e Hungler (1995) de que estudos descritivos podem ter grande valor para a enfermagem na medida em que permitem conhecer melhor um determinado fenómeno antes de elaborar uma intervenção susceptível de melhorar uma situação.

2.2.1 - Técnicas de colheita e análise de dados

Na análise da documentação dos cuidados de enfermagem a pessoas em fim de vida hospitalizadas e suas famílias e dos modelos de cuidados adoptados, optámos por recorrer a dois métodos de colheita de dados:

- Análise documental retrospectiva dos registos efectuados pelos enfermeiros nos processos clínicos;
- Notas de campo dos contactos que mantivemos com os enfermeiros dos serviços onde decorreu a nossa investigação.

Na análise dos dados procurámos identificar a *frequência* da aparição de certos elementos da mensagem mas também procurámos conhecer a presença (ou a ausência) de determinados elementos que fundamentaram a *inferência* (Bardin, 2004). A natural complementaridade dos dados qualitativos e quantitativos advém do facto das palavras e números serem as duas linguagens fundamentais da comunicação humana (Polit e Hungler, 1995).

2.2.1.1 - Análise documental

A análise documental é definida como “*uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar num estado ulterior a sua consulta e referência*” (Bardin, 2004, p.40). Ainda de acordo com a mesma autora, o propósito a atingir é o armazenamento sob uma forma variável e a facilitação do acesso ao observador, de tal forma que este obtenha o máximo de informação (aspecto quantitativo), com o máximo de pertinência (aspecto qualitativo).

O recurso à análise da documentação clínica tem várias vantagens: além de constituir uma excelente fonte para a obtenção de dados evita que sejam incomodados os clientes, é de fácil acesso e permite a obtenção de dados com grande representatividade (McEvoy, 1999 citado por Leal, 2006, p.139).

Bogdan e Biklen (1994) defendem que “*os textos escritos pelos sujeitos podem servir como fontes de férteis descrições de como as pessoas que produziram os materiais pensam acerca do mundo*” (p.176). Nesta perspectiva achámos que os registos elaborados pelos enfermeiros poderiam ser uma importante fonte para compreendermos como os enfermeiros percebem o processo de prestação de

cuidados a doentes em fim de vida e os modelos de enfermagem que fundamentam a sua prática. O recurso à análise documental como estratégia para analisar os modelos de cuidados em uso pelos enfermeiros tem sido utilizado na investigação em enfermagem (Jesus, 1995, Silva, 1995, 2001; Sousa, 2006).

Através da análise dos documentos oficiais e de acordo com Bogdan e Biklen (1994), os investigadores têm acesso não só à “*perspectiva oficial da instituição*” (por vezes um retrato brilhante e irrealista) mas conseguem também compreender profundamente a forma como as pessoas da instituição comunicam.

Para o tratamento de dados recorremos à análise de conteúdo sendo definida por Bardin (2004) como “*um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens*” (p.33).

Em nosso entender, através da análise de conteúdo dos registos de enfermagem poderemos conhecer em que medida os enfermeiros focalizam a sua atenção na doença e no seu papel de colaboradores do médico integrando o modelo biomédico de cuidar em saúde; ou pelo contrário valorizam a área de intervenção autónoma privilegiando o cuidar dirigido à pessoa. Tal como Jesus (1995) pensamos que através da análise ao conteúdo dos registos de enfermagem poderemos verificar a valorização que os enfermeiros atribuem ao desempenho das suas intervenções independentes.

Do conjunto das técnicas de análise de conteúdo, optámos pela mais utilizada - a análise categorial - a qual “*funciona por operações de divisão do texto em unidades, em categorias segundo reagrupamentos analógicos*” (Bardin, 2004, p.147). Ainda de acordo com a mesma autora as categorias são rubricas ou classes, que reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, esse agrupamento é efectuado em razão dos caracteres comuns destes elementos.

Organizámos a análise de conteúdo dos registos de enfermagem de acordo com as etapas descritas por Bardin (2004): *pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação* (p.90).

Na *pré-análise* procedemos à leitura flutuante dos documentos “*deixando-nos invadir por impressões*” (Bardin, 2004, p.32). Esta fase foi particularmente importante porque nos familiarizámos com os impressos utilizados e tivemos oportunidade de clarificar junto dos enfermeiros o significado de determinadas siglas e expressões.

Numa segunda fase *explorámos o material* procedendo à transcrição da informação documentada pelos enfermeiros, utilizando como unidade de *recorte do texto* a palavra e/ou a frase consoante o formato de registo (texto livre ou campos de

preenchimento fechados). Procurámos decompor as expressões compostas em expressões mais simples, por exemplo “*região sacrococcígea avermelhada não cedeu à massagem*” foi decomposta em: “*região sacrococcígea avermelhada*” e “*não cedeu à massagem*”.

No processo de transcrição tivemos em conta não só a variedade de enunciados mas também a sua frequência.

Na análise da informação centrada na área autónoma procurámos utilizar a versão Beta2 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem como referencial teórico para a análise dos dados, utilizando a sua estrutura hierárquica como sistema predefinido de categorias (descreveremos mais à frente o modelo de análise utilizado). Esta classificação engloba conceitos centrais da enfermagem o que nos permite distinguir em que pólo se situa predominantemente a atenção do enfermeiro: olhar mais centrado na função ou na pessoa.

Para os restantes dados recorreremos à classificação à posteriori. Nestes casos, as categorias resultaram da classificação analógica e progressiva dos elementos, o título conceptual de cada categoria somente foi definido no final de cada operação, tal como defende Bardin (2004). Procurámos descrever cada categoria sendo estas mutuamente exclusivas (Fortin, 1999).

O processo de categorização foi validado por um grupo de enfermeiros da prática com experiência na utilização da CIPE[®] e por um docente com vasta experiência neste tipo de técnica e área de estudo. Os resultados foram apresentados a alguns dos enfermeiros que desempenham funções nos serviços onde realizámos o estudo de modo a validarmos as nossas interpretações e obtermos assim maior rigor no processo de análise.

No *tratamento de resultados obtidos e interpretação* recorreremos a operações estatísticas simples (percentagens) e apresentamos os resultados em quadros de modo a condensar e pôr em relevo as informações fornecidas pela análise.

Concluído o processo de análise tentámos realizar a difícil e criativa tarefa de oferecer uma estrutura geral à totalidade do corpo de dados (Polit e Hungler 1995).

2.2.1.2 - *Notas de campo*

De modo a complementar a análise documental, recorreremos ao registo de notas de campo. Bogdan e Biklen (1994) referem que conseguimos uma “*melhor utilização aos documentos se conhecer o contexto social em que foram produzidos*” (p.181). Por

isso, optámos por estabelecer contactos com os enfermeiros no contexto onde foi realizado o estudo e elaborámos as respectivas notas de campo.

As notas de campo foram consideradas por Flick (2005) como o instrumento clássico na pesquisa qualitativa. Para Bogdan e Biklen (1994) elas são como *“o relato escrito daquilo que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa no decurso da recolha e reflectindo sobre os dados de um estudo qualitativo”* (p.150). Podem ser um suplemento importante a outros métodos de recolha de dados, funcionando como um suplemento à análise documental.

As notas de campo devem incluir dois tipos de materiais: a parte descritiva e a parte reflexiva (Bogdan e Biklen, 1994).

Os aspectos descritivos das notas de campo incidiram essencialmente nas reconstruções dos diálogos estabelecidos com os enfermeiros dos serviços em estudo no decurso da colheita de dados e processo de validação da análise. Tal como refere Latimer (2005) *“as próprias conversas casuais podem expressar poderosos discursos derivados de amplas forças históricas e culturais”* (p.155).

No fim de cada contacto foram anotados em privado os aspectos relevantes, sendo a redacção completa das notas de campo elaborada à posteriori, o mais rapidamente possível, logo depois de terminar o contacto no terreno (Flick, 2005). Por este facto, em algumas situações o vocabulário pode não corresponder exactamente ao utilizado pelo enfermeiro ou investigadora, contudo é completamente fiel a reprodução das ideias veiculadas e situações.

No início do estudo os enfermeiros foram informados dos objectivos da investigação e do direito a recusar que dos seus contactos com a investigadora pudessem resultar notas de campo. Na redacção e análise de conteúdo destes registos foram sistematicamente omitidos os serviços e atribuídos nomes fictícios a cada informante de modo a garantir o anonimato.

Os contactos estabelecidos com os enfermeiros e as notas daí resultantes foram um excelente contributo para a compreensão do contexto de prestação de cuidados a este grupo específico de doentes.

Os dados que emergiram do processo de análise de conteúdo das notas de campo serão utilizados essencialmente no capítulo da discussão dos resultados uma vez que serviram de suporte à interpretação dos dados

2.2.1 - Contexto do estudo

A maioria das pesquisas sobre cuidados de enfermagem a pessoas nos últimos dias de vida tem tido como alvo os doentes oncológicos pois tradicionalmente os cuidados paliativos eram dirigidos apenas aos doentes com cancro. Para OMS, estes cuidados devem ser dirigidos a um conjunto de doenças graves e são prestados numa variedade de serviços de saúde. Neste contexto, e porque acreditamos tal como Collière (2003) que todos os doentes devem beneficiar de *“cuidados em torno da morte”*, pretendemos na presente investigação dar ênfase aos cuidados de enfermagem prestados às pessoas em fim de vida, independentemente do diagnóstico médico. Neto (2003) defende que os cuidados paliativos devem ser oferecidos aos doentes *“com doença avançada, incurável e progressiva, com base nas suas necessidades e não nos diagnósticos”*.

Face ao exposto, optámos pelos serviços de medicina das instituições de saúde hospitalares, onde morrem cerca de 1/3 das pessoas internadas (Vieira, 2000). Nestas unidades a morte é efectivamente frequente e são pessoas com múltiplas patologias e não apenas do foro oncológico.

A presente pesquisa foi realizada nos serviços de Medicina que integram o Hospital Central do Funchal, EPE. A nossa opção por este hospital foi baseada na facilidade de acesso pela proximidade do nosso local de trabalho e residência e pelo conhecimento prévio do meio.

De forma a obtermos uma maior diversidade de descrições de contexto de cuidados a pessoas em fim de vida, englobámos no nosso estudo todas as seis unidades de Medicina pois possuem características semelhantes quanto à estrutura física e tipologia de doentes.

Estas unidades servem a população de toda a Região Autónoma da Madeira que de acordo com os Censos 2001 tinha 245 011 habitantes. À semelhança do resto do país, nesta região tem-se verificado um envelhecimento demográfico, sendo que em 2004 o índice de envelhecimento era de 72%. Ainda de acordo com a mesma fonte registaram-se nesta área geográfica cerca de 2600 óbitos no mesmo ano.

As unidades de Medicina funcionam num edifício restaurado que dista cerca de 5km do Hospital Central. Os doentes podem ser internados a partir do Serviço de Urgência (Hospital Central), do Serviço de Consulta Externa localizado no mesmo edifício ou por transferência de outros serviços. Durante o internamento, os doentes por

vezes necessitam deslocar-se de ambulância ao Hospital Central para a realização de alguns dos exames complementares de diagnóstico.

Nestas unidades era frequente o recurso a camas supranumerárias, por vezes acondicionadas nos corredores, pelo que a lotação oficial de cada unidade foi aumentada recentemente pelo Conselho de Administração da EPE passando de 24 a 27 camas por serviço, para 36 a 41 camas por serviço. Manteve-se a mesma estrutura física e a dotação de enfermeiros e foi aumentado o número de camas na maioria das enfermarias, oscilando neste momento entre 3 e 8 camas por enfermaria. Mesmo assim continua a ser habitual a permanência de doentes em camas localizadas nos corredores. Os serviços encontram-se frequentemente com a lotação completa e é usual existirem doentes que permanecem no hospital após a alta clínica (na maioria das vezes por falta de suporte sócio-familiar).

Num estudo realizado recentemente em três destas unidades, Jesus (2006) descrevia que a presença de utentes em camas supranumerárias atingia por vezes um número superior à sua lotação oficial e alertou que *“estas situações são susceptíveis de condicionar significativamente o processo de prestação de cuidados, tornando-o menos adequado, mais árduo, mais demorado, com incremento dos riscos e inevitável impacte negativo na qualidade, na segurança e na eficácia dos cuidados”* (p.164).

Em todos estes serviços, dentro das enfermarias os espaços são exíguos o que condiciona a prestação de cuidados, nomeadamente os aspectos relativos à privacidade e o relacionamento com o doente e família. Não existem enfermarias com apenas uma cama, pelo que os enfermeiros colocam por vezes biombos quando pressentem que a morte é eminente ou quando o estado de saúde do doente assim o exige.

Algumas pessoas, em especial as mais idosas associam ao internamento neste hospital a ideia de incurabilidade da doença e proximidade da morte. Esta crença poderá estar associada à antiguidade do edifício e à tipologia de doentes admitidos (a maioria com idade muito avançada).

De modo a permitir um maior acompanhamento das famílias e uma maior participação nos cuidados foi alargado o horário das visitas sendo permitido a permanência de um acompanhante das 11.30h às 20.30 e restantes visitantes das 13 até às 20 horas (2 pessoas de cada vez).

As equipas de enfermagem de cada serviço são constituídas por 19 (M3M) a 27 elementos (M2H), existindo em todas unidades um enfermeiro especialista em reabilitação e um enfermeiro chefe. Nestas unidades é frequente a rotatividade de pessoal pelo que as equipas são relativamente jovens com uma média de idades de 31,2

anos e com predominância de elementos do sexo feminino (78%) (Santos, Gomes e Leça, 2007)

O método principal de prestação de cuidados é o individual por enfermeiro responsável, sendo que em cada turno o enfermeiro fica responsável pela prestação integral de cuidados a um determinado número de doentes. Por vezes é adoptado o método por equipa em momentos de maior sobrecarga de trabalho ou quando há escassez de pessoal.

O sistema de informação de enfermagem encontra-se estruturado em suporte de papel pelo que os enfermeiros utilizam os modelos pré-definidos. No próximo capítulo descreveremos com maior pormenor o tipo de impressos utilizados, os quais foram estruturados de acordo com o modelo de cuidados adoptado pela instituição - Modelo de enfermagem de Roper, Logan & Tierny (1995).

Após um período de formação promovido pelo Serviço Regional de Saúde, EPE os enfermeiros estão a começar progressivamente a utilizar uma linguagem classificada – CIPE® para a documentação dos cuidados.

Embora não seja utilizado o registo informatizado dos cuidados de enfermagem, são utilizados alguns aplicativos informáticos que dão apoio essencialmente à gestão, nomeadamente o registo associado à Classificação de Doentes Baseado em Níveis de Dependência em Cuidados de Enfermagem (SCD/E), a consulta de resultados de análises, e a elaboração de requisições de medicamentos à farmácia.

O SCD/E consiste na categorização dos doentes por indicadores críticos, de acordo com as suas necessidades em cuidados de enfermagem e tem como principais objectivos (Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, 2007):

- Identificar as necessidades em recursos de Enfermagem
- Planear cuidados a prestar
- Optimizar os recursos de enfermagem disponíveis
- Adequar a dotação dos Quadros de Pessoal
- Contribuir para a qualidade dos cuidados a prestar

Neste hospital o SCD/E tem sido uma importante ferramenta para a tomada de decisão na gestão diária dos cuidados. A previsão das necessidades de cuidados de enfermagem para cada período de 24 horas é baseada na informação documentada pelos enfermeiros relativamente aos cuidados prestados (notas de evolução, folha de monitorização e folha terapêutica) e cuidados planeados para as próximas 24 horas (plano de cuidados).

De modo a garantir o rigor e uniformidade de critérios de classificação existem auditores externos (enfermeiros) que regularmente comparam os registos de enfermagem dos processos clínicos com os dados introduzidos pelos enfermeiros no SCD/E. Quando o auditor externo detecta que as necessidades de cuidados não está devidamente fundamentada na documentação (por exemplo não foi elaborado plano de cuidados) é atribuído ao serviço uma “*nota de não conformidade*”.

No nosso estudo não analisamos os dados contidos no SCD/E, uma vez que estes constituem uma replicação da informação documentada pelos enfermeiros nos suportes de papel, e não iriam acrescentar nada de novo aos dados documentados.

Justificada a nossa opção pelo meio onde foi realizado o estudo, passaremos a descrever a amostra, as estratégias de acesso ao hospital e o processo de recolha de dados.

2.2.3 - População e amostra

O universo desta pesquisa correspondeu aos registos efectuados pelos enfermeiros relativos aos cuidados prestados a pessoas em fim de vida em contexto hospitalar. Tendo em conta a inexistência de registos explícitos nos processos clínicos que indicassem que doentes eram considerados “pessoas em fim de vida”, optámos por seleccionar os registos existentes nos processos de doentes em fim de vida cujo óbito tinha ocorrido nos serviços mencionados.

Antes de iniciarmos a colheita de dados definimos um conjunto de critérios de modo a delimitarmos a população alvo conforme preconiza Fortin (1999).

Uma vez que na literatura consultada ainda não há consenso relativamente à definição de pessoa em fim de vida, os critérios de inclusão foram alicerçados nos conceitos de pessoa em fim de vida de Osswald (1996) - situações com “*morte anunciada*” e no conceito doente em fase terminal da OE (2003) – “*quando a morte é previsível a mais ou menos curto termo*” (p.91).

Não utilizámos o diagnóstico médico como critério de selecção da população porque iria remeter-nos quase exclusivamente para os doentes com afecções oncológicas. Assim, os processos de doentes incluídos no nosso estudo obedeciam aos seguintes *critérios de inclusão*:

- 1 - Notas de enfermagem indicavam um agravamento progressivo do estado de saúde nos dias que antecederam o óbito.
- 2 - Ter sido elaborado plano de cuidados

Atendendo a que os enfermeiros não tinham elaborado planos para todos os doentes que se enquadravam nos critérios definidos de pessoa em fim de vida, optámos por considerar também este critério de inclusão. Considerámos que a análise de conteúdo dos planos de cuidados dos utentes seria relevante pois poderia conter aspectos importantes sobre a decisão do enfermeiro relativamente aos diagnósticos e prescrição de intervenções (área autónoma). A informação documentada nestes impressos não possui qualquer valor legal uma vez que os planos de cuidados de enfermagem não integram o processo do doente e por isso não vão para o arquivo do hospital por “*dificuldades de arquivo dos actuais planos*” (Guias dos impressos de registo de enfermagem do hospital, 2003).

Uma vez que se pretendia estudar os registos de enfermagem existentes nos processos de doentes em fim de vida, optámos pelos seguintes *critérios de exclusão*:

- morte súbita
- morte antecedida de manobras de reanimação
- período de internamento inferior a 48 horas

Face ao tipo de estudo, optámos por uma amostra não probabilística à semelhança das estratégias utilizadas em outros estudos centrados na temática da pessoa em fim de vida (Moreira, 2001, Frias, 2003, Ribeiro 2004, Castelo Branco, 2004).

A dimensão da amostra foi inicialmente estabelecida com recurso a uma limitação temporal. Procurámos incluir no estudo todos os processos dos doentes que haviam falecido num período de 2 meses em cada um dos serviços em estudo e que satisfizessem cumulativamente os critérios de inclusão definidos.

A consulta da listagem dos óbitos ocorridos nos serviços de medicina em Janeiro e Fevereiro de 2006 integrava 120 processos. Após consulta dos registos de enfermagem e aplicados os critérios definidos, foram seleccionados os processos de 28 de doentes cujo óbito tinha ocorrido nos 6 serviços de Medicina do Hospital Central do Funchal e que constituíram a amostra do presente estudo.

2.2.4 - Estratégias de acesso e recolha de dados

Antes de iniciarmos a investigação no terreno apresentámos o nosso projecto de investigação à enfermeira directora do hospital, a qual demonstrou receptividade e manifestou interesse institucional em relação aos possíveis resultados.

Após este contacto informal, solicitámos autorização formal ao Conselho de Administração do Serviço Regional de Saúde, EPE para a colheita de dados. O nosso pedido foi remetido ao Conselho de Ética tendo-nos sido concedida autorização para acedermos aos registos elaborados pelos enfermeiros desde que fossem ocultados a identificação dos indivíduos (doentes e enfermeiros) e entrevistar os enfermeiros (Anexo 1).

Começámos por solicitar aos serviços administrativos as listagens dos óbitos ocorridos nos serviços de medicina. Posteriormente deslocámo-nos ao arquivo clínico afim de consultar os processos dos doentes falecidos e seleccionar os que se enquadravam nos critérios de inclusão pré-definidos, elaborámos a respectiva listagem.

Deslocámo-nos aos serviços em estudo e informámos os enfermeiros chefes da realização da nossa pesquisa e solicitámos o acesso aos planos de cuidados dos doentes pré-seleccionados.

Verificámos que em algumas unidades esses impressos eram habitualmente destruídos quando o doente saiu do serviço. Perante esta situação solicitamos aos enfermeiros chefes que arquivassem os planos de cuidados de todos os doentes internados durante um período de 2 meses e que nesta fase não informassem a equipa da realização desta investigação de modo a não enviesar os resultados.

Após este período regressámos aos serviços, informámos os enfermeiros da realização desta pesquisa e iniciámos o processo de consulta e transcrição da informação documentada nos planos de cuidados.

Elaborámos a listagem dos processos que reuniam cumulativamente os critérios de inclusão: notas de enfermagem que indicavam um agravamento progressivo do estado de saúde que conduziu à morte e existência de plano de cuidados e regressámos ao arquivo a fim de realizar o processo de transcrição dos restantes registos de enfermagem.

Na compilação da informação dos processos clínicos foram omitidos todos os dados de identificação dos enfermeiros e doentes, não resultando cópias ou registos que

identificassem os doentes ou os enfermeiros. Recolhemos a informação contida em cada impresso atribuindo um código numérico a cada conjunto de dados de cada processo.

O processo de transcrição e análise dos dados decorreu alternadamente, ou seja, após compilarmos a informação de um conjunto de processos procedíamos à análise e regressávamos ao arquivo para colher mais dados.

A partir de determinado momento apercebemo-nos que os registos se tornavam repetitivos, traduzindo a *saturação de dados* pelo que mantivemos o limite temporal estabelecido inicialmente (óbitos ocorridos durante 2 meses). Conforme refere Fortin (1999), a saturação de dados, é reconhecida pelo investigador qualitativo “*quando as categorias de análise estão estabilizadas e as informações suplementares não acrescentam mais nada de novo à compreensão do fenómeno estudado*” (p.306).

2.2.5 – Validade e fidelidade dos dados

Uma das preocupações centrais de qualquer investigador é a questão do rigor, é fundamental que os dados reflectam a verdade sobre o fenómeno em estudo. Polit & Hungler (1995) sugerem quatro critérios para o estabelecimento da fidedignidade dos dados qualitativos: *credibilidade* (validade interna para alguns autores), *transferibilidade* (validade externa), *segurança e confirmabilidade* (p. 210).

O nosso investimento nas actividades de colheita de dados, a proximidade com o contexto do estudo e a reflexão efectuada durante este percurso estão de acordo com um dos critérios defendidos pelas autoras supracitadas para alcançar a *credibilidade*: o *desenvolvimento prolongado*. Estes aspectos, aliados à persistência e espaço temporal no qual desenvolvemos a análise dos dados até obtermos uma estabilização das categorias garantem igualmente a *fidelidade* dos resultados, que é definida por Lessard-Hébert et al (1994) citados por Jesus (2006) como a “*persistência de um procedimento de medida em obter a mesma resposta, independentemente do como e do quando da sua produção*” (p.154).

A técnica da triangulação foi também utilizada para aperfeiçoar a *credibilidade*, permitindo o cruzamento de dados e perspectivas acrescentando rigor, profundidade, complexidade e diversidade ao estudo. Na análise de conteúdo aos registos efectuados pelos enfermeiros recorremos à *triangulação de investigadores* (Steubert & Carpenter, 2002) na medida em que recorremos a vários indivíduos para analisar e interpretar o

mesmo conjunto de dados . Recorremos também à *pluralidade de técnicas de colheitas de dados* uma vez que complementamos a *análise documental* com as *notas de campo*.

A *transferibilidade* refere-se basicamente à capacidade de generalização dos dados (Polit e Hungler 1995). Em nosso entender os resultados da presente pesquisa aplicam-se apenas ao contexto em estudo, não sendo portanto generalizáveis. Contudo, procurámos tal como defendem as autoras supracitadas “*cumprir com a responsabilidade do investigador fornecendo dados descritivos suficientes no relatório de pesquisa de modo que os consumidores possam avaliar a aplicabilidade dos dados a outros contextos*” (p. 212).

A apresentação da análise preliminar a alguns enfermeiros, validação informal com colegas e orientador foram fundamentais para a *confirmabilidade* (concordância entre duas ou mais pessoas independentes acerca da relevância ou significado dos dados) e *segurança* (estabilidade desses dados através do tempo e mediante condições).

3 - ANÁLISE DA DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS

O propósito da análise dos dados é o de impor alguma ordem sobre um corpo grande de informações, de modo a organizar, sintetizar e fornecer estrutura aos dados de pesquisa (Polit e Hungler, 1995).

A análise da documentação dos cuidados está estruturada em duas partes: numa primeira parte começaremos por descrever os suportes de documentação dos cuidados de enfermagem em uso nas unidades onde foi realizado o estudo, para depois se proceder à análise de conteúdo dos registos efectuados pelos enfermeiros.

3.1 – Descrição dos suportes de documentação dos cuidados de enfermagem

Nas unidades de saúde do hospital em estudo existem um conjunto de impressos devidamente normalizados pela instituição e que constituem o processo clínico, que acompanha o percurso do doente na instituição durante todo o internamento. De forma a uniformizar o preenchimento dos diversos impressos destinados aos registos de enfermagem, existe no hospital um “*Guia dos Impressos de Registos de Enfermagem*” (2003) que define as estratégias de preenchimento dos mesmos.

Todos os impressos que integram o processo clínico têm um espaço para colocação de uma etiqueta com os dados de identificação do doente.

Passaremos a descrever cada um dos impressos utilizados pelos enfermeiros e que foram objecto da nossa análise:

O impresso de *apreciação inicial* (Anexo 2) é preenchido na admissão/acolhimento do doente pelo enfermeiro responsável, e de acordo com as normas do hospital deverá estar concluído nas primeiras 24h após a admissão do utente.

Este impresso apresenta um conjunto de questões fechadas que correspondem a campos de escolha múltipla relacionados com cada actividade de vida, os quais deverão ser assinalados com uma cruz.

Na descrição dos dados relativos a cada actividade de vida, há ainda espaço para texto livre para registo de dados não contemplados nos campos fechados, sendo apresentadas algumas sugestões para a documentação de informações nesses espaços. Os campos estão ordenados de modo que a colheita de dados contemple as 12 Actividades de Vida que integram o modelo de Roper, Logan e Tierny (1995):

O **promover ambiente seguro** engloba as actividades fundamentais para a pessoa se manter viva, nomeadamente a prevenção de acidentes. Neste impresso, estão contemplados os seguintes campos para documentação: estado emocional (calmo, irritabilidade, agitado); infecções (defesas inadequadas, doenças crónicas), imunizações (BCG, A.tetânica, A.hepatite) e acidentes. No espaço para texto livre sugere-se que sejam feitas referências: ao tipo de casa, saneamento, acesso, órgãos dos sentidos, inc. de autoprotecção, recusa de cuidados de saúde.

A actividade **comunicar** consiste nas acções que promovem a interacção interpessoal e relacionamento humano, englobando a linguagem verbal (falada e escrita) e não verbal (expressões faciais, expressão corporal, toque). No espaço relativo ao preenchimento de dados relativamente a esta actividade, o enfermeiro tem à sua disposição os campos: recusa comunicar, afasia e disartria. Em texto aberto: a incapacidade de adaptação, solidão, hostilidade, desejo de mais contacto, medo.

Em relação ao **respirar**, actividade considerada vital para a manutenção da vida, de acordo com o modelo, inclui não só os mecanismos envolvidos na captação de oxigénio (sistema respiratório), mas também os envolvidos no seu transporte (sistema cardiovascular). Neste impresso, no espaço destinado à colheita de dados em relação a esta actividade, o enfermeiro tem à sua disponibilidade os campos: características (eupneia, dispneia, ortopneia); reflexos deprimidos (tosse, deglutição); tosse (seca persistente ou produtiva); características das secreções (escassas, abundantes, médias); hábitos tabágicos; hipotenso; hipertenso; edemas; varizes e má perfusão periférica. Em relação ao texto aberto há a sugestão para registar: Capacidade para o exercício, tubos traqueais, dispneia de esforço, fadiga, excesso de líquidos.

A actividade de vida **comer e beber** é também essencial à manutenção da vida. Relativamente a esta actividade de vida existem os campos fechados: estado nutricional (obeso, desnutrido, magro, desidratado), hábitos alcoólicos (quantidade/ dia); anorexia (disfagia, náuseas, vómitos). Em texto aberto pode-se documentar informação relativa a perdas de líquidos, disfunções metabólicas, diuréticos, sedentarismo, forma de alimentação.

O **eliminar** conforme alertam as autoras do modelo, é uma actividade que ao contrário de outras (por exemplo comer e beber) é vista como absolutamente privada. Por este motivo, a abordagem dos hábitos de eliminação exige algum tacto e sensibilidade para evitar constrangimentos. No espaço para o registo destes dados há os campos: eliminação intestinal (frequência, características, data da última dejectação) e eliminação vesical (frequência e características, urgência urinária, algaliado). Em texto aberto pode-se registar as medidas habituais, retenção de fezes e urina, ruídos intestinais, distensão abdominal.

No **promover higiene e arranjo pessoal** estão incluídos dados decorrentes da observação da realização destas actividades como forma de conhecer os hábitos do utente (frequência da higiene oral e corporal, tipo de banho); observação do vestuário e calçado (limpo, sujo, não adequado). Em texto aberto poderá ser registado a observação do estado da pele e mucosas, unhas, cabelo e dentes, drenos, catéteres.

No que concerne ao **controlar a temperatura corporal** existiam os campos: hipotermia, apirético, sub-febril, hipertermia. Em texto livre poder-se-iam registar: medidas de controlo, palidez, tremores, calafrios, debilidade, rubor cutâneo.

Na actividade de vida **mover-se**, havia a possibilidade de se registar a ausência ou presença de problemas relativamente a esta actividade: limitações articulares, atrofias, diminuição da força muscular, alteração do tónus e discriminar a sua localização. Em texto livre poder-se-iam registar: Incoordenação motora, alteração da postura, deformações músculo-esqueléticas, intolerância à actividade astenia, imobilização mecânica, incapacidade / impossibilidade de mover-se intencionalmente, posicionamento preferido.

A colheita de dados relativos ao **trabalhar e distrair-se** inclui dados relativos à natureza do vínculo laboral (emprego estável ou instável); ao período de trabalho (diurno ou nocturno); riscos profissionais; e hábitos de lazer (leitura, música, Tv, jogos, desportos). Em texto livre poder-se-á documentar: preocupações com o trabalho, protecção laboral, hipo/hiperactividade, motivação.

Em relação ao **expressar a sexualidade**, existem os campos doenças (hereditárias, sexualmente transmissíveis, alterações do aparelho reprodutor), uso de contraceptivo, imagem corporal (alteração; recusa olhar/ tocar a parte afectada; cuidada). O enfermeiro poderá ainda descrever em texto livre: a expressão de virilidade/feminilidade, pudor, auto-estima, costumes, hábitos, limitação sexual.

O **dormir** engloba o estado de consciência (consciente, sonolento, inconsciente); hábitos de sono (horas de sono, dificuldade para adormecer ou permanecer dormindo);

rituais (bebidas, almofadas, posição), ansiedade, medos, convulsões, ambiente (estranho, ruídos,...) fadiga ao despertar.

Na actividade de vida **morrer** existem os campos relativos ao conhecimento da doença (diagnóstico/ prognóstico); as vontades (assistência religiosa, visitas, acompanhamento). Em texto livre existe a possibilidade de haver referências a: desânimo, desespero, lugar de eleição para morrer, práticas religiosas.

No fim do impresso existe também um espaço para que o enfermeiro possa registar em texto livre os “problemas/diagnósticos de enfermagem a considerar na planificação de cuidados” face aos dados colhidos. Na maioria das apreciações, este espaço encontrava-se em branco ou apenas estavam mencionadas as actividades de vida mais afectadas sem descrição explícita do diagnóstico de enfermagem.

Os impressos de apreciação inicial embora estivessem incluídos em todos os processos analisados apresentavam muitas lacunas no preenchimento. Verificamos que os enfermeiros raramente documentam dados relativos às actividades de vida *trabalhar e distrair-se; expressar a sexualidade e morrer*. Só num dos processos consultados haviam dados relativos a esta última actividade de vida.

Neste hospital existem um conjunto de **Planos de cuidados** (Anexo 3) disponíveis para utilização nos diferentes serviços. Cada plano está direccionado para a abordagem de apenas um diagnóstico de enfermagem.

Foi elaborado um impresso (plano horizontal) para cada um dos diagnósticos mais frequentes, onde está descrito face a cada diagnóstico quais os “factores etiológicos”, “objectivos/resultados esperados” e intervenções possíveis. Verificámos que os “objectivos/ resultados esperados”, foram o tipo de enunciado menos documentado pelos enfermeiros, havendo alguns planos onde a coluna destinada a este parâmetro não tinha nada assinalado (98 objectivos/resultados para 119 diagnósticos).

Pelo facto de haver um conjunto de intervenções para cada diagnóstico, verificámos que por vezes algumas intervenções apareciam duplicadas no mesmo doente. Isto acontecia porque haviam intervenções que são adequadas para diferentes diagnósticos, por exemplo “dar líquidos” surge associado ao diagnóstico “limpeza ineficaz das vias aéreas” e “défice de volume de líquidos”.

Existiam ainda espaços em branco para que os enfermeiros pudessem especificar as intervenções ou acrescentá-las numa tentativa de promover a personalização de cuidados.

Por altura da colheita de dados haviam disponíveis na instituição 40 diferentes

planos de cuidados (Anexo 4). Em alguns serviços os enfermeiros criaram outros enunciados diagnósticos além dos standartizados pelo hospital, quer porque achavam que os diagnósticos eram insuficientes para descrever as situações que exigiam cuidados quer devido ao início da implementação da linguagem da CIPE® (por exemplo: “autocontrolo ansiedade ineficaz”, “dependência para o autocuidado higiene em grau elevado”).

Não foram encontrado planos de cuidados para todos os doentes, o que poderá estar de acordo com a perspectiva de Leal (2006) de que poucos são os enfermeiros que continuam a conceber e utilizar planos de cuidados no seu dia-a-dia apesar do grande investimento nesta área na formação inicial.

Conforme referimos, estes impressos não integravam o processo clínico do doente pelo que eram arquivados no serviço ou destruídos quando o doente tinha alta.

Na **Folha de monitorização** (Anexo 5) os enfermeiros tinham a possibilidade de registar sob a forma de gráfico os valores dos sinais vitais (temperatura, respiração, pulso, dor). Existiam tabelas para registo numérico de outros parâmetros por exemplo glicémia, diurese, T.A. Neste impresso fazia-se também o agendamento de exames complementares de diagnóstico e/ou análises, o exame agendado com maior frequência foi o Rx (3 doentes). Em alguns serviços os enfermeiros ainda registavam a administração de oxigenoterapia e perfusões.

O impresso de **Notas de enfermagem** (Anexo 6) é composto por três partes distintas: uma parte inicial, estruturada em que os enfermeiros registam a data, hora, posição do utente e estado emocional/ consciência no início do turno.

A segunda parte contém campos onde os enfermeiros podem seleccionar e/ou preencher um conjunto de dados de modo relativos às actividades de vida *Higiene, Alimentação, Mobilização e Eliminação* e os cuidados de enfermagem prestados relativamente a estas áreas. De acordo com a equipa que construiu este impresso, a opção pelos espaços fechados relativamente a estas actividades de vida resultou da análise dos aspectos mais frequentemente documentados pelos enfermeiros e teve como objectivo diminuir o tempo despendido na documentação dos cuidados.

Conforme se poderá observar na figura 3, no espaço correspondente à actividade de vida “Higiene”, o enfermeiro tem a possibilidade de documentar o nível de dependência do doente/ necessidades de cuidados (por exemplo: “*tomou banho só*” ou “*com supervisão*”); e os cuidados prestados, por exemplo (“*prestei cuidados de*

higiene"; “na cama”).

Figura 3 - Campos para preenchimento de dados relativos à actividade de vida *Higiene* no impresso notas de enfermagem

HIGIENE	
Tomou banho:	
☐ só	☐ com supervisão
☐ prestei cuidados higiene	
☐ geral	☐ parcial
☐ na cama	☐ no duche
☐ ut. não colaborou	
☐ ut. lavou _____	

higiene oral _____ X Turno	

A última parte deste impresso é um espaço para o texto livre onde os enfermeiros registam outros aspectos inerentes à execução dos cuidados e que não estão contemplados na parte estruturada (por exemplo “*esteve ansioso*”; “*mantém cateter permeável*”, “*recebeu visitas*”).

Quando iniciámos o estudo, estava a ser introduzida a folha de **Resumo: Diagnósticos de Enfermagem/ Resultados** (Anexo 7). A necessidade de criação deste impresso já tinha sido explicada no Guia dos Impressos de Registo de Enfermagem (2003):

“o actual impresso advém da necessidade (Norma 51.13 do King’s Fund) de se manter registo de enfermagem de cada doente em relação ao diagnóstico de enfermagem, plano individual de cuidados e avaliação dos resultados. Assim dadas as dificuldades de arquivo dos actuais planos, solicita-se uma síntese dos mesmos e dos seus resultados. Esta síntese revelar-se-á útil também na produção do relatório de alta e/ou investigação.” (p.5)

Neste impresso, há um conjunto de dados já documentados noutros impressos: existem duas colunas para onde os enfermeiros transcrevem os *diagnósticos de enfermagem/ problemas colaborativos e resultados obtidos*, documentados no plano de cuidados durante o internamento, classificando-os em resolvido, mantido ou minimizado.

Quando efectuámos a consulta dos processos no arquivo verificámos que poucos serviços utilizavam regularmente este impresso para o qual transcreviam os mesmos diagnósticos documentados nos planos de cuidados. Em nenhum dos impressos

consultados havia qualquer registo de “resultados”. Optámos por não incluir os dados deste impresso no *corpus* de análise uma vez que toda a informação aqui documentada está replicada nos outros impressos analisados, portanto não iria acrescentar nada de novo à investigação.

3.2 – Constituição do *corpus*

O estudo reflecte a análise e interpretação da informação documentada pelos enfermeiros, decorrente da prestação de cuidados a 28 pessoas em fim de vida no hospital. Incluímos no *corpus* da análise os registos efectuados pelos enfermeiros nos impressos: folha de apreciação, folha de monitorização, notas de enfermagem, que integravam os processos seleccionados e respectivos planos de cuidados, .

Relativamente às notas de evolução e de modo a analisarmos a descrição dos cuidados prestados ao doente nas últimas 24 horas, transcrevemos de cada processo as notas dos últimos 3 turnos.

Interessava-nos também que no resultado final estivessem dados documentados pelo maior número de enfermeiros de cada serviço pelo que, para além dos registos elaborados pelos enfermeiros nas últimas 24 horas, transcrevemos também as notas de evolução até aos 5 dias que antecederam o óbito. Atendendo à rotatividade do trabalho por turnos foi este o período definido de modo a contemplar os registos efectuados por todos os enfermeiros de cada serviço (Silva, 2001; Sousa, 2006).

Contemplámos no *corpus* da análise os registos de alguns doentes cujo período de internamento foi inferior a 6 dias mas no mínimo de 3 dias, uma vez que respeitavam o critério de inclusão pré-definido (tempo de internamento superior a 48 horas).

O *corpus* da análise foi constituído pelos registos de enfermagem relativos aos cuidados de enfermagem prestados a 28 doentes na fase final da vida, correspondendo a 442 turnos de trabalho dos enfermeiros. Do total de notas de evolução analisadas, 358 turnos referiam-se aos 5 dias anteriores ao dia em que ocorreu a morte dos doentes e 84 turnos referiam-se à descrição de cuidados nas últimas 24 horas de vida.

3.3 – O modelo de análise

Embora tivéssemos analisado em pormenor os dados de cada processo, não foi nossa pretensão explorar os dados de cada doente ou serviço isoladamente mas sim realizar uma análise global da informação documentada pelos enfermeiros relativamente às pessoas em fim de vida.

Numa primeira fase da análise, recorrendo a estratégias utilizadas em estudos centrados na análise de sistemas de informação de enfermagem (Silva, 2001; Sousa, 2006), classificámos separadamente os dados recolhidos nos diferentes impressos em 3 grandes categorias definidas à priori:

– **Diagnósticos de enfermagem**

Situações que exigem cuidados autónomos, representam a decisão do enfermeiro relativamente a focos de atenção, por exemplo “*dependência no autocuidado comer*”

– **Intervenções de enfermagem**

Acções iniciadas pelo enfermeiro em resposta a um diagnóstico de enfermagem. Foram excluídas desta categoria as expressões que correspondem a dados do estado do utente em que estão apenas implícitas intervenções de enfermagem, por exemplo “*TA 150/85 mmHg*” está implícita a intervenção “*monitorizar TA*”

– **Prescrições médicas**

Acções de enfermagem que se iniciam na prescrição do médico, por exemplo administração de terapêutica, colheita de espécimens para análises

Os dados que não se enquadravam em nenhuma das categorias anteriores, por exemplo: “*não gosta de peixe*”, “*tem antecedentes de AVC*”, foram alvo de classificação à posteriori. Neste caso, tal como já referimos, procedeu-se à codificação e agrupamento progressivo resultando as diferentes subcategorias, cujo título conceptual somente foi definido no final.

Verificámos que relativamente aos *diagnósticos e intervenções de enfermagem*, os enfermeiros documentavam com diferentes expressões o mesmo diagnóstico ou a mesma intervenção, o que acontece naturalmente por não se utilizar uma linguagem classificada. Procedemos à transposição dos enunciados documentados pelos enfermeiros para a linguagem classificada (CIPE®).

Passaremos a descrever a estrutura e funcionamento da versão beta da CIPE® para melhor explicitarmos o modelo de análise.

A versão beta da CIPE® é composta por duas classificações multiaxiais: de fenómenos e de acções. Os fenómenos de enfermagem correspondem a *aspectos de*

saúde com relevância para a prática de enfermagem e estão organizados em oito eixos, sendo definidos da seguinte forma (quadro1):

Quadro 1 - Classificação dos fenómenos de Enfermagem

Eixos	Descrição
Eixo A - Foco da prática de enfermagem	Área de atenção, tal como foi descrito pelos mandatos sociais e pela matriz profissional e conceptual da prática de enfermagem. Exemplos: dor, auto-estima, pobreza.
Eixo B - Juízo	Opinião clínica, estimativa ou determinação feita da prática profissional de enfermagem sobre o estado de um fenómeno de enfermagem, incluindo a qualidade relativa da intensidade ou grau da manifestação do fenómeno de enfermagem. Exemplo: reforçado, inadequado, melhorado
Eixo C - Frequência	Número de ocorrências ou repetições de um fenómeno de enfermagem durante um intervalo de tempo. Exemplo: intermitente, frequente.
Eixo D - Duração	Período de tempo durante o qual o fenómeno de enfermagem ocorre. Exemplo: agudo, crónico
Eixo E - Topologia	Região anatómica em relação a um ponto mediano ou extensão da área anatómica de um fenómeno de enfermagem. Exemplo: direito, esquerdo, parcial, total.
Eixo F – Localização anatómica	Posição ou localização no organismo de um fenómeno de enfermagem. Exemplo: olho, dedo.
Eixo G - Probabilidade	Possibilidade de ocorrência de um fenómeno de enfermagem. Exemplo: risco de, oportunidade
Eixo H - Portador	Entidade relativamente à qual se pode dizer que possui o fenómeno de enfermagem. Exemplos: indivíduo, família, comunidade

Fonte: CIPE[®] versão Beta 2, p.2

A classificação de fenómenos de enfermagem pode ser usada para a composição de enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem.

Um diagnóstico de enfermagem constitui “a designação atribuída por uma enfermeira à decisão sobre um fenómeno que representa o foco das intervenções de enfermagem”, deve obedecer às seguintes regras (CIPE[®], 2002, p.xvi):

1. Incluir um termo do eixo do Foco da prática de Enfermagem
2. Incluir um termo do Eixo do Juízo ou do Eixo da Probabilidade
3. O recurso a termos provenientes de outros eixos para expandir ou reforçar o diagnóstico é opcional
4. Somente um termo de cada eixo pode ser usado para a construção de um diagnóstico

Note-se que estão incluídos no eixo do juízo qualificadores que podem ter uma conotação negativa (por exemplo *ineficaz*) ou positiva (exemplo *recuperado, atingido*), isto significa que os enfermeiros não precisam centrar-se apenas em situações problemáticas dos seus clientes. O Eixo da *probabilidade* indica-nos que os enfermeiros podem actuar preventivamente, quando há possibilidade de ocorrência de um fenómeno

de enfermagem indesejável (*risco*) ou no desenvolvimento de potencialidades do cliente quando há probabilidade de um acontecimento desejável (*oportunidade*).

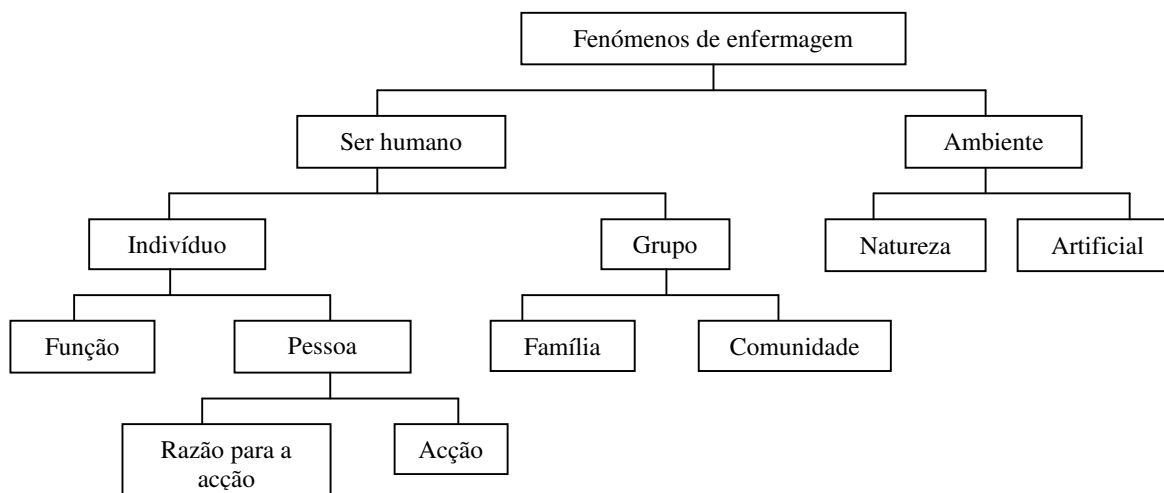
Os resultados de enfermagem correspondem a uma “*medição ou condição de um diagnóstico de enfermagem a intervalos de tempo após uma intervenção de enfermagem*” (CIPE®, 2002, p.xvii), pelo que em termos sintácticos a sua construção obedece às mesmas regras que os diagnósticos de enfermagem. É recomendado ainda que deve ser estabelecido num ponto no tempo, após ter sido realizada uma intervenção.

Para o ICN não faz sentido construir uma outra classificação para os resultados de enfermagem, na medida em que um resultado que reflectisse o trabalho específico dos enfermeiros poderia ser medido por dois ou mais juízos diagnósticos.

Os conceitos de cada um dos eixos foram hierarquizados de forma a que o termo de topo correspondesse a um conceito mais genérico, que se subdividia noutros conceitos cada vez mais específicos, obtendo-se assim uma organização em forma de pirâmide.

Na figura 4 podemos observar a estrutura hierárquica da classificação de fenómenos de enfermagem que constituem o *foco da prática de enfermagem*. Esta organização reflecte que o ser humano possui um conjunto de *funções* mas que também é um *agente intencional* (conceito de *pessoa*) que está integrado em *grupos* e pode ser influenciado pelo *ambiente* em que vive, podendo os enfermeiros focalizar a sua atenção em qualquer uma destas áreas.

Figura 4- Estrutura hierárquica da classificação dos fenómenos de enfermagem do eixo do Foco da Prática



Como podemos observar no excerto seguinte, as características que estão presentes nos conceitos mais genéricos estão-no, também, necessariamente, nos conceitos mais específicos que são suas subdivisões:

1A SER HUMANO

Ser humano é um tipo de Fenómeno de enfermagem com as características específicas: qualidade da espécie humana no âmbito da enfermagem.

1A.1.1 Indivíduo

Indivíduo é um tipo de ser humano com as características específicas: qualidades e características intrínsecas de um ser humano que o distinguem de um grupo de seres humanos.

1A.1.1.1 Função

Função é um tipo de Fenómeno de Enfermagem do Indivíduo com as características específicas: processo corporal e operação não intencional relacionada com a manutenção e obtenção da melhor qualidade de vida possível.

1A.1.1.1.1 RESPIRAÇÃO

Respiração é um tipo de Função com as características específicas: processo contínuo de troca molecular de oxigénio e dióxido de carbono dos pulmões para oxidação celular, regulada pelos centros cerebrais da respiração, receptores brônquicos e aórticos bem como por um mecanismo de difusão.

1A.1.1.1.1 Ventilação

Ventilação é um tipo de Respiração com as características específicas: deslocar o ar para dentro e para fora dos pulmões com frequência e ritmo determinados, profundidade inspiratória e volume expiratório

1A.1.1.1.1.1 Hiperventilação

Hiperventilação é um tipo de Ventilação com as características específicas: aumento da frequência respiratória, aumento da profundidade da inspiração e do volume da expiração corrente com hipocápnia e alcalose respiratória, acompanhada de vertigens, desfalecimento, entorpecimento dos dedos das mãos e dos pés

No nosso estudo utilizámos a estrutura hierárquica da classificação, agrupando os focos nos domínios superiores mais abstractos, do agrupamento dos domínios obtivemos as áreas de atenção (Silva, 2001 e Sousa, 2006), por exemplo “*desidratado*” → *Desidratação* (CIPE®) → *Volume de líquidos* → *Função*.

As acções de enfermagem são definidas genericamente como o comportamento dos enfermeiros na prática, estando igualmente organizadas em oito eixos (quadro 2):

Quadro 2 – Classificação das Acções de Enfermagem

Classificação das acções de Enfermagem	
Eixo A – Tipo de acção	Realizações levadas à prática por uma acção de enfermagem. Exemplo: Ensinar, inserir, monitorizar.
Eixo B - Alvo	Entidade que é afectada ou que confere à acção de enfermagem. Exemplos: Dor, lactente, serviços domiciliários
Eixo C - Recursos	Entidade utilizada no desempenho da acção de enfermagem. Inclui os instrumentos utilizados como ferramentas e serviços, ou seja, trabalho ou plano específicos usados ao executar a acção de enfermagem. Exemplos: Ligaduras, técnica de treino vesical, radioterapia.
Eixo D - Momento	Orientação temporal da acção de enfermagem. Momento, inclui quer momentos temporais definidos (eventos), quer intervalos de tempo (episódios) definidos como a duração entre dois eventos. Exemplo: na alta, pré-operatório.
Eixo E - Locais	Orientação espacial e anatómica de uma acção de enfermagem. Inclui quer partes do corpo enquanto locais anatómicos, quer sítios no espaço onde a acção de enfermagem ocorre. Exemplo: Cabeça, centro de saúde.
Eixo F – Topologia	Região anatómica relativa ao ponto ou à extensão da área anatómica abrangida pela acção de enfermagem. Exemplo: Direito, total, parcial.
Eixo G - Via	Via através da qual a acção de enfermagem é realizada. Exemplo: Oral, intravenosa, intramuscular.
Eixo H - Beneficiário	Entidade que lucra com a acção de enfermagem. Exemplo: Pessoa, doente, família.

Fonte: CIPE[®], versão Beta 2, p.137

Os termos incluídos na classificação das acções podem ser usados para a construção de intervenções de enfermagem, que são definidas como “*uma acção realizada em resposta a um diagnóstico de enfermagem, com a finalidade de produzir um resultado de enfermagem*” (CIPE[®], 2002, p. xx). A sua construção deve obedecer às seguintes regras:

- 1 – Deve incluir um termo do Eixo do Tipo de Acção
- 2 – O recurso a termos provenientes de outros eixos para expandir ou reforçar a intervenção é opcional
- 3 – Somente um termo de cada eixo pode ser usado para a construção de uma intervenção.

A estrutura da classificação das acções é idêntica à da classificação dos fenómenos de enfermagem.

A figura 5 pretende ilustrar o modelo de análise adoptado. Numa primeira análise procurámos conhecer que dados emergem dos registos de enfermagem efectuados em cada impresso, classificando-os de acordo com as categorias criadas *a priori*. Os dados que não se enquadravam em nenhuma das categorias pré-definidas foram inicialmente denominados “dados” e foram alvo de classificação *a posteriori*.

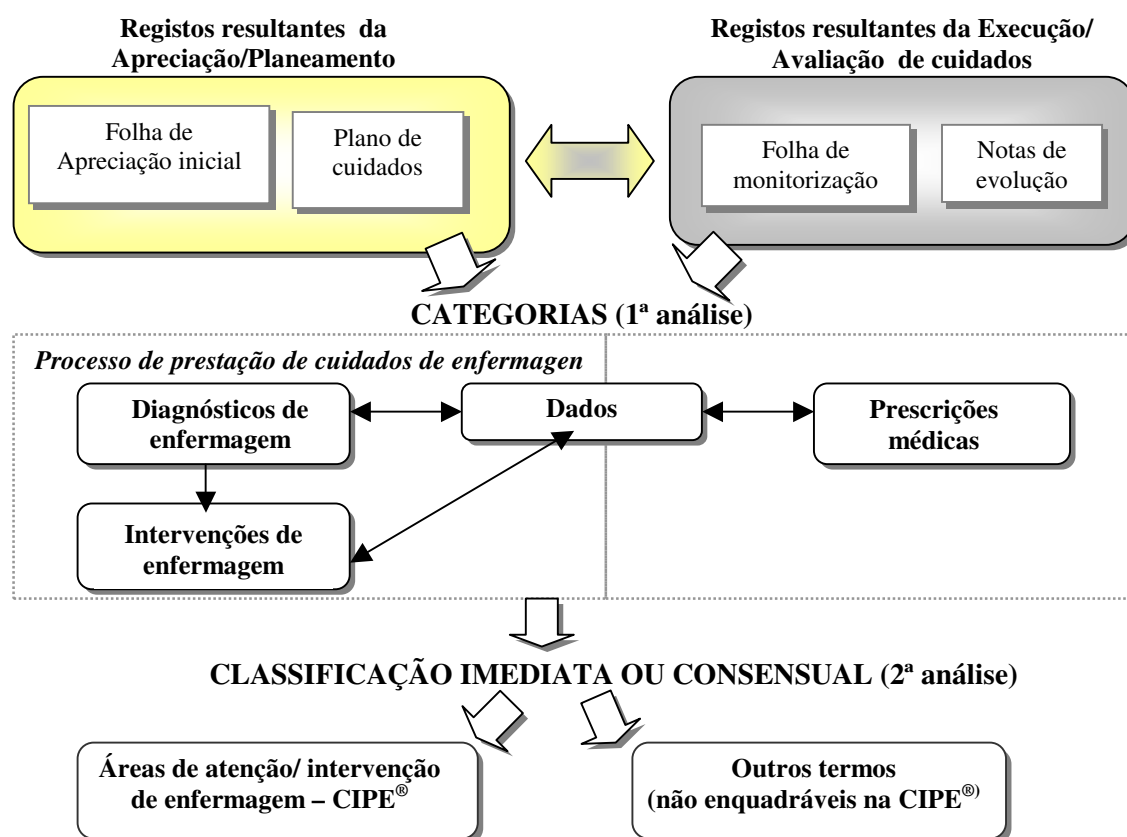
Numa segunda análise, procedemos à transposição dos enunciados documentados pelos enfermeiros para a linguagem classificada (CIPE®) utilizando recursos consensuais entre a equipa de validação. Utilizámos critérios de estudos anteriores (Silva, 2001, Sousa, 2006):

- *classificação imediata* (termos exactamente iguais aos utilizados na CIPE®);
- *classificação consensual* entre a equipa de análise de conteúdo (termos muito semelhantes no significado atribuído);
- *outros termos* (não enquadráveis na CIPE®).

Como referimos anteriormente, embora o processo de prestação de cuidados seja um contínuo, em que as etapas não são sequenciais, os impressos utilizados nesta instituição reflectem distintamente os dados documentados pelos enfermeiros em dois momentos do processo de prestação de cuidados: *apreciação/planeamento* e *execução/avaliação de cuidados*, ao longo do processo de análise procurámos comparar os cuidados planeados com os cuidados executados.

Da análise e tratamento dos dados procurámos inferir as principais áreas de atenção/intervenção dos enfermeiros à luz dos modelos de cuidados teóricos expostos na literatura.

Figura 5 - Modelo utilizado na análise de conteúdo à documentação de enfermagem



3.4 – Dados de caracterização dos doentes

Antes de iniciarmos a apresentação dos dados relativos à análise de conteúdo propriamente dita achámos pertinente caracterizar os 28 doentes cujos processos foram incluídos no estudo.

Os dados que constituíram o *corpus* da análise são relativos a doentes maioritariamente do sexo feminino (56,1%). Os doentes tinham idades compreendidas entre os 47 e os 105 anos. A média de idades foi de 85,4 anos e o desvio padrão 10,7 anos.

O tempo médio de internamento foi de 11 dias, com um máximo de 29 dias de hospitalização.

Verificámos que os óbitos destes doentes ocorreram em grande parte durante o turno da manhã – das 8-15:30h (42,9%), 32,1% no turno da tarde (15-22:30h) e 25,0% no turno da noite (22-8:30h).

3.5 – Análise de conteúdo à documentação de enfermagem

Passaremos a apresentar os dados resultantes da análise de conteúdo à documentação de enfermagem, nos diferentes impressos: apreciação inicial, planos de cuidados, folha de monitorização e notas de enfermagem. Conforme já referimos, iniciámos a análise com três categorias de dados criadas à priori: *diagnósticos de enfermagem*, *intervenções de enfermagem* e *prescrições médicas*. Os dados que não se enquadravam nestas categorias foram categorizados à posteriori.

3.5.1 - Prescrições médicas

A documentação de dados que reportam actividades de enfermagem resultantes da prescrição médica foi classificada em três sub-categorias, tal como noutros estudos sobre documentação de enfermagem realizados anteriormente (Silva 2001, Sousa, 2006): *Medicação*; *Atitudes terapêuticas* e *procedimentos auxiliares de diagnóstico*, com a seguinte descrição:

Medicação

Dados relativos à administração de terapêutica (ex: “administrei insulina prescrita”, “fiz paracetamol”, “soro em curso”, “tem aminofilina em curso”)

Atitudes terapêuticas

Reportam actividades de enfermagem decorrentes de procedimentos terapêuticos iniciados pela prescrição médica. Por exemplo entubação naso-gástrica, algaliação, oxigenoterapia.

Procedimentos auxiliares de diagnóstico

Dados relativos à *preparação para exames*, por exemplo: “fiz preparação para colonoscopia”, “fica pronto para realização de clister opaco” e dados relativos a *colheitas de produtos para análise*, por exemplo: “fiz colheita de sangue para hemograma”, “colhi zaragatoas”, “fiz colheita de sangue”

Importa referir que na realização de qualquer uma destas actividades está implícito um conjunto de procedimentos de optimização e vigilância cujo desempenho é da responsabilidade do enfermeiro.

O quadro 3 traduz as actividades de enfermagem resultantes das prescrições médicas cuja realização foi documentada nos diferentes impressos de enfermagem. Realçamos a intensidade com que os enfermeiros documentaram as actividades de enfermagem resultantes da prescrição médica, embora o registo da sua implementação estivesse já documentada noutra parte do processo. Por exemplo, a administração terapêutica apesar de ser habitualmente documentada na folha terapêutica, voltou a ser documentada nos planos de cuidados (por exemplo: “administrar insulina às...”) e nas notas de enfermagem (por exemplo: “fiz tramal”).

Foi particularmente notória a documentação de medidas de optimização/implementação de atitudes terapêuticas (67,3%) em todos os impressos analisados, sendo estas na maioria referentes a: oxigenoterapia, catéter periférico, sonda nasogástrica (por exemplo: “permeabilizei catéter”, “coloquei sonda em drenagem”, “tem o2 por catéter nasal”).

A análise das referidas atitudes terapêuticas nas últimas 24 horas de vida permitiu-nos constatar que em relação à entubação nasogástrica, dos 28 doentes incluídos no estudo, 16 estavam entubados no dia do óbito e em 8 deles a inserção de sonda nasogástrica foi realizada nas últimas 24 horas de vida.

Quadro 3 – Actividades de enfermagem resultantes de *prescrições médicas* documentadas nos diferentes impressos

Actividades de enfermagem resultantes de prescrições médicas	Apreciação inicial	Planos	Notas de evolução	Total	
				n	%
Medicação	-	8	186	194	24,8
Atitudes terapêuticas	20	19	487	526	67,3
Procedimentos auxiliares de diagnóstico	-	-	61	61	7,9
Total				781	100

3.5.2 – Dados que reportam actividades diagnósticas

Esta categoria criada à posteriori, emergiu da análise dos dados documentados no impresso de apreciação inicial e notas de enfermagem e *reporta dados decorrentes da actividade de vigilância/observação contínua do doente mas que não constituem nem diagnósticos nem intervenções de enfermagem*.

Algumas das actividades de vigilância/observação das quais resultaram os dados incluídos nesta categoria foram iniciadas por decisão dos enfermeiros, outras por decisão médica. Esta categoria emergiu do agrupamento progressivo dos dados por critérios analógicos, não se distinguindo o sujeito que prescreveu as actividades de vigilância no âmbito das quais foram produzidos este conjunto de dados.

No processo de análise emergiram 3 subcategorias de *actividades diagnósticas*:

Dados que reportam focos

Dados que reportam áreas de atenção do enfermeiro (classificação imediata ou consensual) mas que não constituem diagnósticos de enfermagem *ex* *defecou fezes moldadas – eliminação (CIPE®); tolerou a alimentação – nutrição (CIPE®)*

Dados que não reportam focos

Dados de observação/vigilância que não reportam áreas de atenção do enfermeiro *ex: está em decúbito lateral direito, recebeu visita da filha*

Dados que reportam detecção de complicações

Refere as situações em que o enfermeiro detectou complicações do estado do utente e que solicitou a intervenção médica, por exemplo: *“convulsão tónico clónica generalizada, contactei médico ”*

A tabela 1 refere-se às diversas subcategorias de dados que reportam *actividades diagnósticas*, os dados documentados pelos enfermeiros evidenciam que a maioria das actividades diagnósticas reportam *focos de atenção* da CIPE® (88,5%) .

Em relação às actividades diagnósticas cujos dados documentados *não reportam focos* (9,7%), verificámos que se referiam frequentemente à *posição/localização do doente* (61,6%), por exemplo: “está em decúbito lateral direito”, “fica no leito”; ou à *recepção de visitas* (20,8%), por exemplo: “teve visita da filha”, “não recebeu visitas”.

A última subcategoria de *dados que reportam actividades diagnósticas* coloca em evidência as situações em que o enfermeiro no decorrer da actividade de vigilância/observação contínua do utente, identificou complicações do estado de saúde do utente e decidiu solicitar a intervenção médica – são os *dados que reportam a detecção de complicações* (1,8%). Constatámos que a maioria destes dados que indicavam *complicações* (62,5%) foram documentados nas notas de enfermagem das últimas 24 horas de vida do utente. Verificou-se que neste período o enfermeiro solicitou aproximadamente duas vezes a intervenção médica por cada doente.

Tabela 1– Subcategorias de dados que reportam actividades diagnósticas

Actividades diagnósticas (subcategorias)	N	%
Dados que reportam focos	3952	88,5
Dados que não reportam focos	435	9,7
Detecção de complicações	80	1,8
Total	4467	100,0

3.5.2.1 - Dados que reportam focos

Foram incluídos nesta subcategoria os *dados decorrentes de actividades diagnósticas* que através do processo de classificação (imediata ou consensual) *reportavam focos de atenção* do enfermeiro da CIPE® .

Estes dados corresponderam essencialmente a características ou evidências que reportavam focos de atenção do enfermeiro, por exemplo “apirético” – Foco

temperatura corporal; “expele secreções” – Foco *limpeza das vias aéreas*. Foram também incluídos nesta subcategoria os dados resultantes da monitorização de determinados parâmetros, como por exemplo a frequência cardíaca ou valores de TA.

As *actividades diagnósticas*, no âmbito das quais foram produzidos os *dados que reportam focos* serviram para sustentar a decisão clínica do enfermeiro no processo de identificação das situações que exigiam cuidados autónomos e prescrição de intervenções de enfermagem, ou constituíram evidências da evolução de um determinado diagnóstico ou resultado de enfermagem. Por exemplo, o dado “lavou a face e membros superiores” resultou da observação do enfermeiro, reporta o foco de atenção *autocuidado higiene* e indica uma evolução relativamente ao diagnóstico: *dependência para o autocuidado higiene*.

Noutros casos, as *actividades diagnósticas* não foram iniciadas pela prescrição do enfermeiro mas sim do médico (Por exemplo a monitorização de TA por vezes resulta da prescrição médica), servindo estes dados essencialmente para “consumo médico”. Houve ainda um conjunto de dados que resultaram da documentação de aspectos habitualmente vigiados/ observados em todos os doentes internados – conhecidos como as “rotinas” do serviço (exemplo monitorização de temperatura e TA).

Como referimos, neste estudo apenas foi nosso propósito identificar as actividades diagnósticas executadas pelos enfermeiros, independentemente de quem as prescreveu.

Após realizarmos o processo de transposição dos *dados que reportam focos* para a linguagem da CIPE[®] constatámos que os enfermeiros centraram a sua atenção em 43 diferentes focos de atenção, documentando maior diversidade de focos no impresso de apreciação inicial (28). A listagem completa destes *focos de atenção* dos enfermeiros decorrentes das *actividades diagnósticas* e os exemplos de expressões utilizadas pelos enfermeiros integram o Anexo 8.

A agregação dos dados decorrentes da documentação das *actividades diagnósticas* nos diferentes impressos de enfermagem, em domínios mais abstractos, hierárquicamente superiores está representada no quadro 4.

Conforme se poderá observar, o domínio mais documentado pelos enfermeiros na **apreciação inicial e notas de enfermagem** foram as *sensações*, com dados relativos essencialmente ao foco *consciência* (por exemplo: “reactivo a estímulos verbais”; “doente consciente”).

Na **folha de monitorização**, a *circulação* – 45,9% (monitorização de T.A. e frequência cardíaca), a *temperatura* (20,8%) e o *metabolismo* – 19,1% (monitorização da glicémia) foram os domínios mais documentados. Neste impresso, verificámos que, os dados incluídos no domínio *sensações* (8,4%) reportaram sempre o foco *dor* (escala de avaliação da dor).

Verificámos ainda que na **apreciação inicial**, 17,6% dos *dados que reportam focos*, eram referentes ao domínio do *autocuidado*, nomeadamente higiene e vestir-se, com igual percentual (40,6%). Contudo nas **notas de evolução** foram escassos os dados referentes à observação/vigilância deste foco de atenção (0,6%).

Nas **notas de evolução**, para além da *sensação*, a *eliminação* (17,5%), a *actividade motora* (16,1%) e a *respiração* (11,4%), também foram domínios bastante documentados. Relativamente à *eliminação*, os enfermeiros documentaram com maior frequência dados decorrentes da vigilância da *eliminação vesical* – 76,0% (por exemplo “urinou” ou “urina amarela”) do que *intestinal* - 23,0 % (por exemplo “não defecou”).

Nas **notas de evolução**, os dados enquadrados no domínio *actividade motora* reportaram essencialmente o foco *agitação* (por exemplo: “arrancou soro”, “apelativo”). O termo “calmo” foi um dos mais utilizados nos registos (304 enumerações) e foi classificado de forma consensual como “ausência de agitação”.

Os domínios *interacção social*, *memória*, *autoconceito* e *cognição* não foram parâmetros documentados nas notas de evolução, e tiveram pouco volume de dados na apreciação inicial.

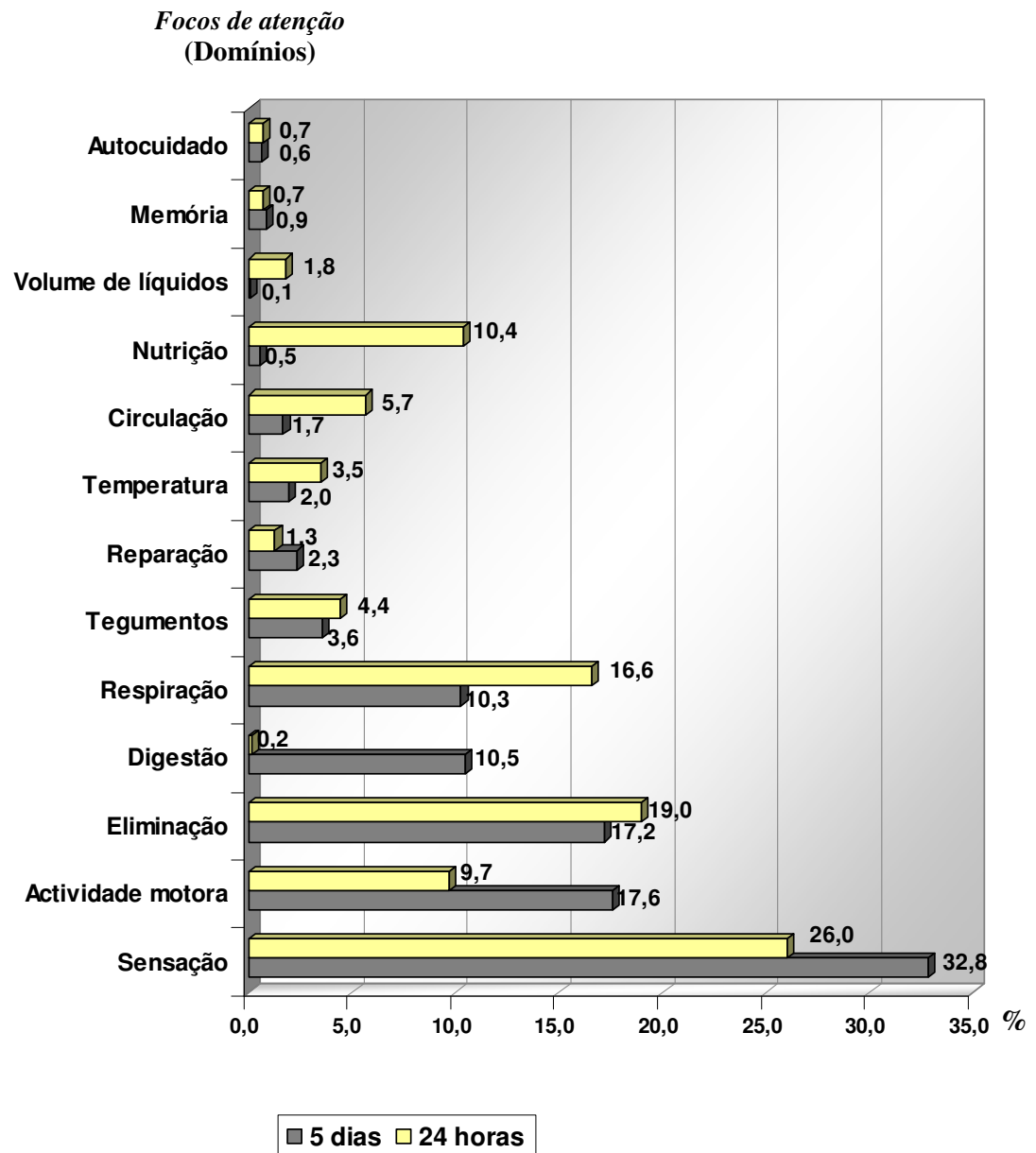
Quadro 4 - Focos de atenção (domínios) do enfermeiro decorrentes da documentação de actividades diagnósticas nos diferentes impressos de enfermagem

Focos de atenção (domínio)	Apreciação		Monitorização		Notas de evolução	
	n	%	n	%	n	%
Sensação	38	20,2	109	8,4	779	31,6
Eliminação	13	6,9	32	2,5	432	17,5
Actividade motora	29	15,4			398	16,1
Respiração	26	13,8	31	2,4	282	11,4
Digestão					212	8,6
Tegumentos	8	4,3	13	1,0	92	3,7
Circulação			594	45,9	60	2,4
Nutrição	5	2,7			58	2,3
Temperatura	19	10,1	269	20,8	56	2,3
Metabolismo			247	19,1		
Reparação					53	2,1
Memória	3	1,6			21	0,9
Autocuidado	33	17,6			16	0,6
Interacção social	8	4,3				
Volume de líquidos	4	2,1			10	0,4
Autoconceito	1	0,5				
Cognição	1	0,5				
Total	188	100,0	1295	100,0	2469	100,0

O gráfico 1 ilustra a comparação entre os *Focos de atenção* (domínios) documentados no impresso de notas de enfermagem, decorrentes de actividades diagnósticas, nos 5 dias anteriores ao óbito e nas últimas 24 horas.

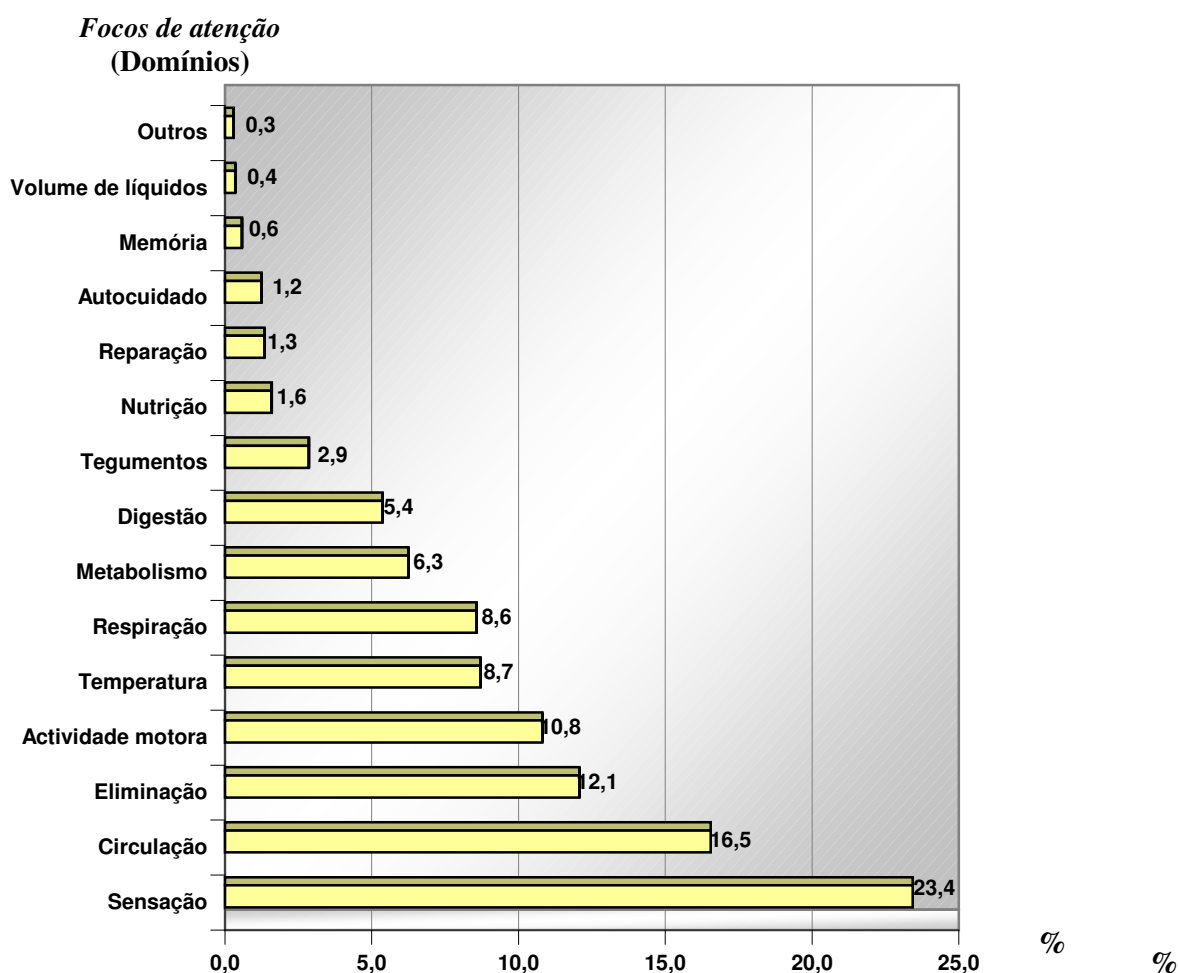
Podemos contatar que, há medida que a morte se tornava mais próxima, ou seja nas notas das últimas 24 horas, houve um aumento (em termos percentuais) da documentação de actividades diagnósticas nos domínios *respiração*, *nutrição*, *circulação* e *eliminação*. Pelo contrário, diminuiu a documentação da *actividade motora*, e da *sensação*.

Gráfico 1 – Comparação entre os *Focos de atenção* (domínios) relativos às actividades diagnósticas documentadas no impresso de notas de enfermagem nos 5 dias anteriores ao óbito e nas últimas 24 horas

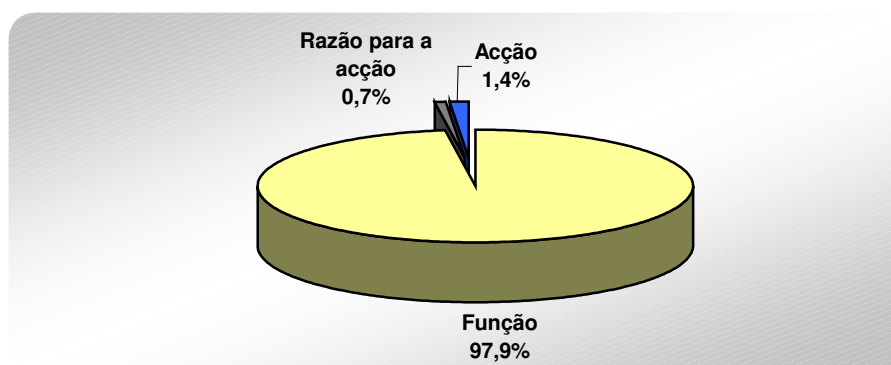


O gráfico 2 pretende ilustrar de uma forma global, os domínios de atenção do enfermeiro decorrentes da documentação de actividades diagnósticas, independentemente do impresso onde foram documentadas. Observámos que as *sensações* (23,4%) foram o domínio que gerou maior documentação de dados de observação/vigilância, seguido da *circulação* (16,5%), *eliminação* (12,1%) e *actividade motora* (10,8%).

Gráfico 2 – Focos de atenção (domínios) resultantes da documentação de actividades diagnósticas



Do agrupamento dos diferentes domínios resultaram as áreas de atenção dos enfermeiros, as quais estão expressas no gráfico 3. Constatámos que os dados reportam *actividades diagnósticas* centradas essencialmente na *função* (97,9%).

Gráfico 3 – Áreas de atenção resultantes da documentação de actividades diagnósticas

3.5.3 - Diagnósticos de enfermagem

Relativamente aos *diagnósticos de enfermagem*, foram definidos como “situações que exigem cuidados autónomos, representam o juízo do enfermeiro relativamente a um foco de atenção”. No processo de análise, começámos por efectuar a transposição das expressões utilizadas pelos enfermeiros para a linguagem da CIPE®, utilizando recursos consensuais tal como referenciámos na descrição do modelo de análise.

Recorde-se que de acordo com as orientações para a composição dos diagnósticos de enfermagem (CIPE®, 2002), estes devem incluir: um termo do **Eixo do Foco**, pelo menos um termo do **Eixo do Juízo** ou do **Eixo da Probabilidade**, termos de outros eixos são opcionais.

O quadro 5 refere-se à utilização dos eixos do juízo/ probabilidade nos diagnósticos de enfermagem documentados pelos enfermeiros nos diferentes impressos.

Na análise dos 1668 enunciados enquadradas na categoria *diagnósticos de enfermagem*, verificámos que os enfermeiros recorreram com pouca frequência (1,3%) ao **Eixo da Probabilidade** (“possibilidade de ocorrência de um fenómeno de enfermagem, como por exemplo o risco, oportunidade” (CIPE®, 2002, p.129)), o que significa a quase ausência de documentação de situações potenciais ou de risco. Em termos proporcionais, os enfermeiros documentaram com maior frequência diagnósticos potenciais nos planos de cuidados (6,7%) do que nas notas de enfermagem (0,6%). Note-se que, nos planos de cuidados de 13 dos 18 doentes incluídos no estudo, os

enfermeiros documentaram diagnósticos potenciais (que incluíam termos da probabilidade). Nas situações em que foi utilizado o Eixo da Probabilidade, o termo escolhido pelos enfermeiros foi o *risco*, nomeadamente o “*risco de traumatismo*” e “*alto risco de alteração da integridade cutânea*”, ou seja apenas foi estabelecida a “*probabilidade de ocorrerem fenómenos de enfermagem indesejáveis*” (CIPE®, p.130), não foi portanto documentada a “*probabilidade de ocorrência de um fenómeno de enfermagem desejável*” (conceito de oportunidade, CIPE®, p.131).

Em relação às notas de enfermagem, os 8 diagnósticos em que foram utilizados termos da probabilidade foram o *risco de úlcera de pressão*.

Registamos o facto de que no impresso de apreciação, não foram documentados diagnósticos correspondentes a situações potenciais ou de risco (não foi utilizado o eixo da probabilidade).

Quadro 5 – Utilização de termos dos *Eixos do Juízo/ Probabilidade* nos diagnósticos de enfermagem nos diferentes impressos

Impressos Eixos	Apreciação		Planos		Notas		Todos	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Probabilidade	-	-	13	6,7	8	0,6	21	1,3
Juízo	99	100,0	182	93,3	1366	99,4	1647	98,7
Total	99	100,0	195	100	1374	100,0	1668	100,0

Ainda relativamente à construção dos diagnósticos de enfermagem, no que respeita ao eixo do **Portador** (“*entidade relativamente à qual se pode dizer que possui o fenómeno de enfermagem*”, CIPE®, 2002, p.133), realçamos que, a família apenas foi referenciada uma vez como *portador*, com a seguinte expressão “*família chorosa perante morte eminente*”. Estes dados indicam que as necessidades de cuidados de enfermagem identificadas foram centradas essencialmente no indivíduo e não no grupo.

Em relação ao **Foco da prática de Enfermagem**, eixo obrigatório na construção dos diagnósticos de enfermagem, verificámos que os enfermeiros centraram a sua atenção num diversificado leque de focos de atenção – 83 (Anexo 9). O impresso de plano de cuidados foi o que teve menor diversidade de focos de atenção nos diagnósticos de enfermagem (36), seguido da apreciação inicial (39).

Em relação às notas de enfermagem identificámos um total de 55 diferentes focos de atenção. Nas 24 horas que antecederam o óbito os enfermeiros centraram a sua atenção num leque mais restrito de fenómenos.

Os diagnósticos mais documentados em ambos os períodos em análise incluíram os focos *dispneia*, *consciência rodar-se*; e *autocuidado higiene*. Constatámos que alguns dos focos de atenção dos enfermeiros contidos nos diagnósticos que estavam documentados nos 5 dias anteriores à morte, deixavam de aparecer documentados nas últimas 24 horas de vida do doente, por exemplo *agitação*, *ansiedade*, *deambular*, *fadiga muscular*.

A *dispneia* foi o foco de atenção contido nos diagnósticos documentado com maior frequência (13,4%) em todos os impressos.

As alterações da *consciência*, a dependência para o *autocuidado: higiene*, *autocuidado: comer e rodar-se*, e a *úlceras de pressão* foram outros diagnósticos bastante documentados em todos os impressos. (Anexo 9).

Tal como procedemos na categoria *dados que reportam focos*, procedemos à agregação dos dados nos domínios mais abstractos, hierárquicamente mais superiores (quadro e gráfico seguintes).

Conforme podemos observar no quadro 6, na apreciação inicial predominaram os diagnósticos do domínio da *respiração* (25,3%), seguidos pelo domínio do *autocuidado* (15,2%) e *actividade motora* (15,2%). No plano de cuidados e notas de evolução, a dependência para o *autocuidado* foi o diagnóstico mais frequente.

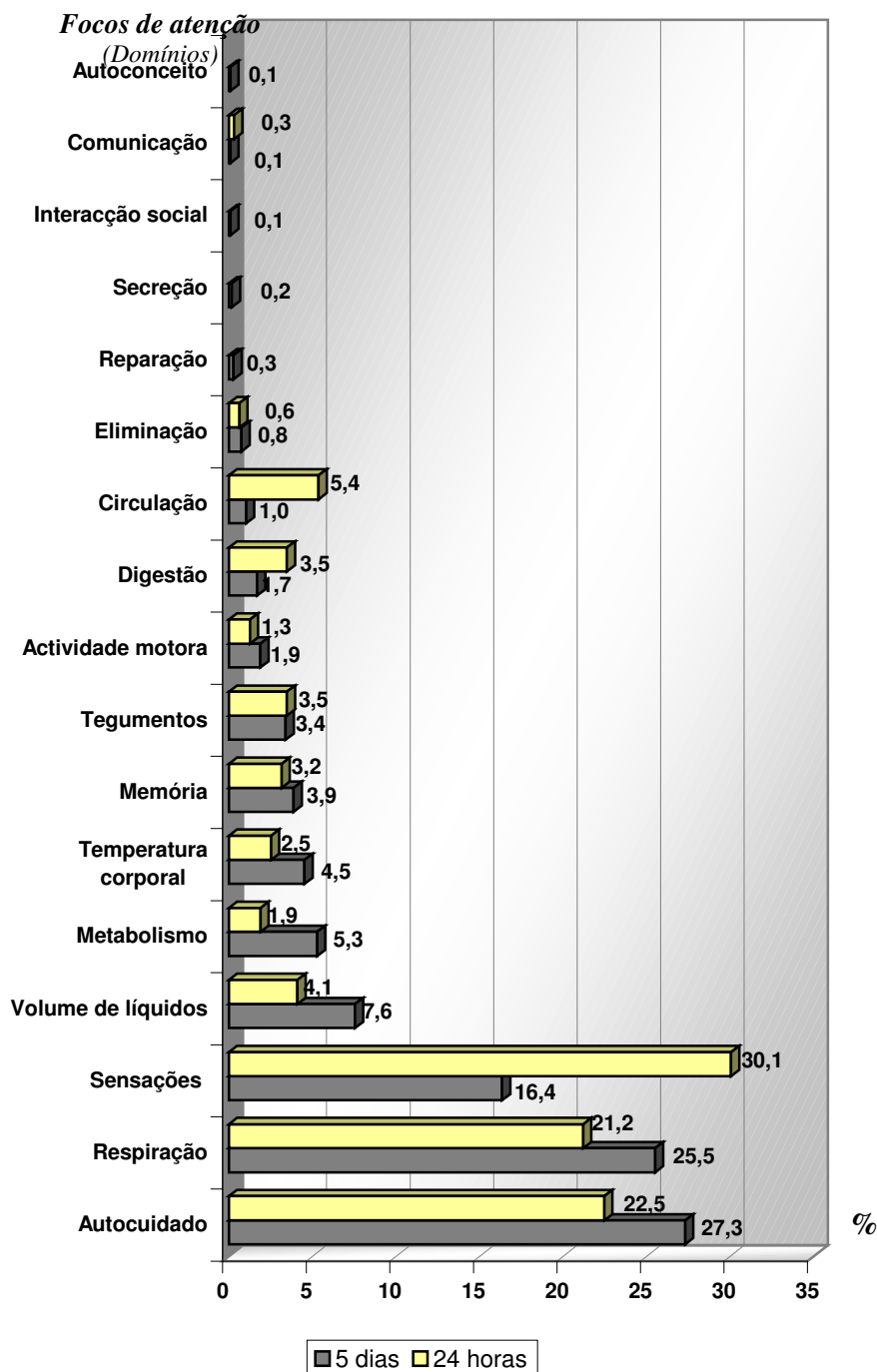
Ainda relativamente aos diagnósticos, constatámos que, em termos percentuais, o domínio da *respiração* obteve o dobro de referências no impresso de notas de enfermagem do que no plano de cuidados. Constatámos que apenas no plano de cuidados foram documentados diagnósticos no domínio da *emoção* (3,1%), com os focos *trabalho de luto* e *ansiedade* em igual percentual.

Quadro 6 - Domínios dos focos de atenção utilizados nos *diagnósticos de enfermagem* documentados nos diferentes impressos

Focos de atenção (domínios)	Apreciação		Plano		Notas de evolução	
	n	%	n	%	n	%
Autocuidado	15	15,2	55	28,2	360	26,2
Respiração	25	25,3	22	11,3	337	24,5
Sensações	5	5,1	22	11,3	268	19,5
Volume de líquidos	5	5,1	3	1,5	93	6,8
Tegumentos	7	7,1	30	15,4	47	3,4
Metabolismo			6	3,1	62	4,5
Temperatura corporal	3	3,0	1	0,5	56	4,1
Memória	6	6,1	3	1,5	51	3,7
Actividade motora	15	15,2	20	10,3	24	1,7
Digestão	3	3,0	1	0,5	29	2,1
Circulação	4	4,0			28	2,0
Eliminação	8	8,1	1	0,5	10	0,7
Energia			18	9,2		
Emoção			6	3,1		
Nutrição	2	2,0	2	1,0		
Reparação					3	0,2
Comunicação			1	0,5	2	0,1
Secreção					2	0,1
Interacção social	1	1,0			1	0,1
Adaptação			2	1,0		
Cognição			2	1,0		
Autoconceito					1	0,1
Total	99	100,0	195	100,0	1668	100,0

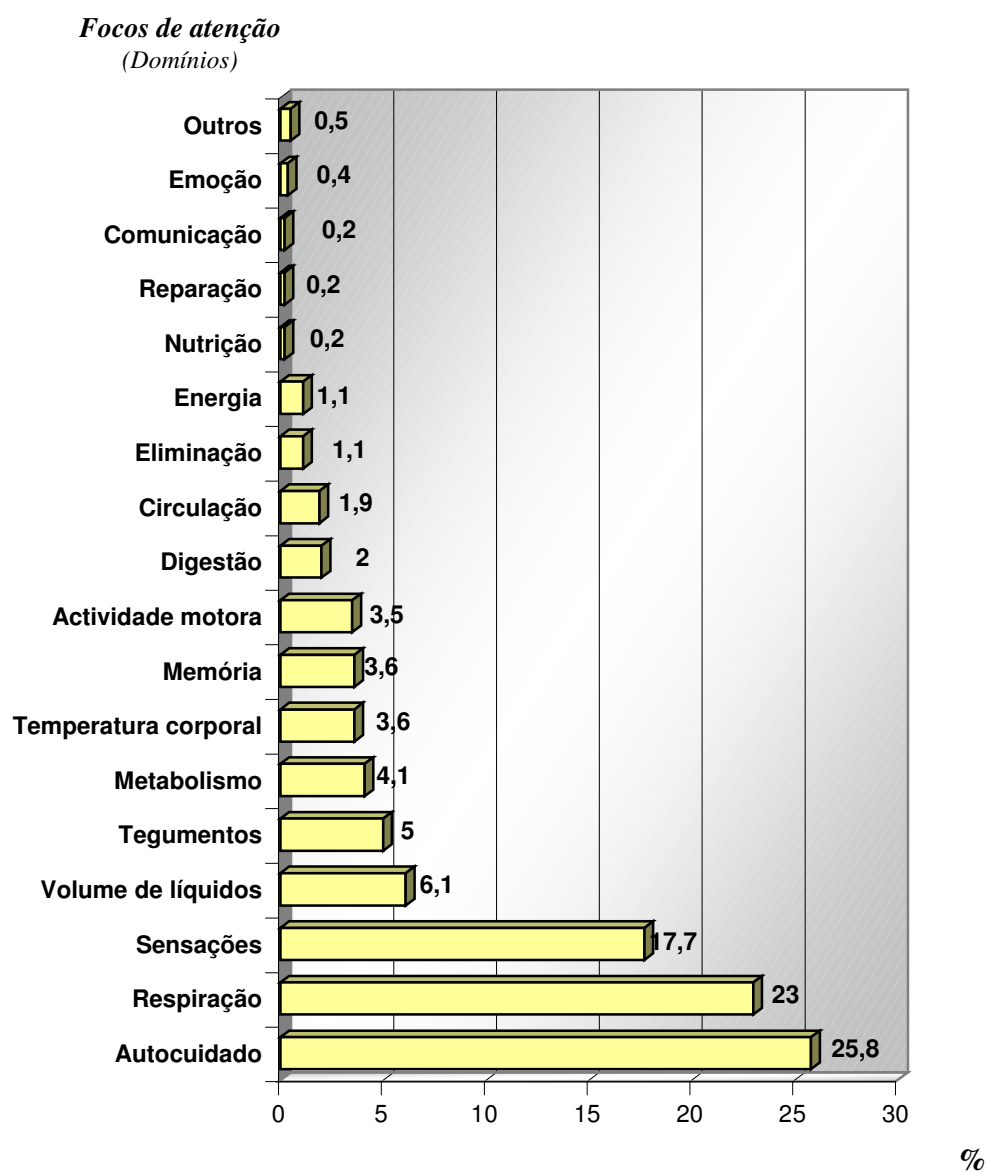
Conforme se poderá observar no gráfico 4, nas últimas 24 horas de vida, houve um aumento em termos percentuais, da documentação de diagnósticos de enfermagem nos domínios *sensações* (através do foco *consciência*) e *circulação*. Também foram frequentes os diagnósticos de enfermagem nos domínios *autocuidado* e *respiração* nas últimas 24 horas, (embora neste período os percentuais tenham sido inferiores relativamente aos 5 dias anteriores ao óbito).

Gráfico 4 – Comparação entre os *Focos de atenção* (domínios) documentados nos diagnósticos de enfermagem no impresso de notas de enfermagem nos 5 dias anteriores ao óbito e nas últimas 24 horas

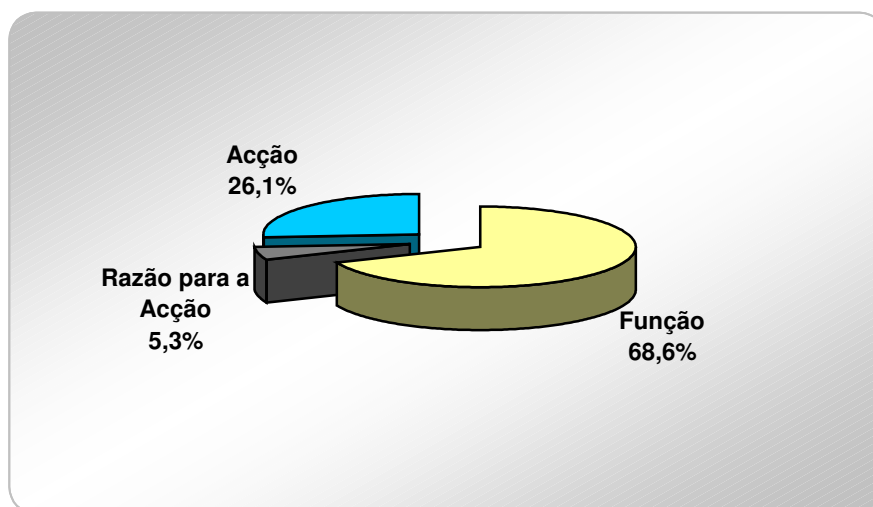


O gráfico 5 ilustra os domínios de atenção do enfermeiro em todos os diagnósticos documentados nos diferentes impressos. Constatámos que 25,8% das situações que os enfermeiros identificaram como necessitando de cuidados autónomos foram do domínio do *autocuidado*, seguido pela função *respiração* (23,0%) e *sensações* (17,7%).

Gráfico 5 - Domínios utilizados nos *diagnósticos de enfermagem* documentados nos diferentes impressos



Pudemos constatar que os diagnósticos documentados em todos os impressos estavam maioritariamente centrados na função (68,6%), conforme ilustra o gráfico 6. Ou seja as situações problemáticas foram relativas aos “*processos corporais e operações não intencionais*” (CIPE®, 2002, p.17) Este facto foi menos evidente no plano de cuidados uma vez que neste impresso havia quase o mesmo percentual de dados centrados na *função* (48,7%) e na *acção* (47,1%).

Gráfico 6 – Áreas de atenção do enfermeiro nos diagnósticos documentados

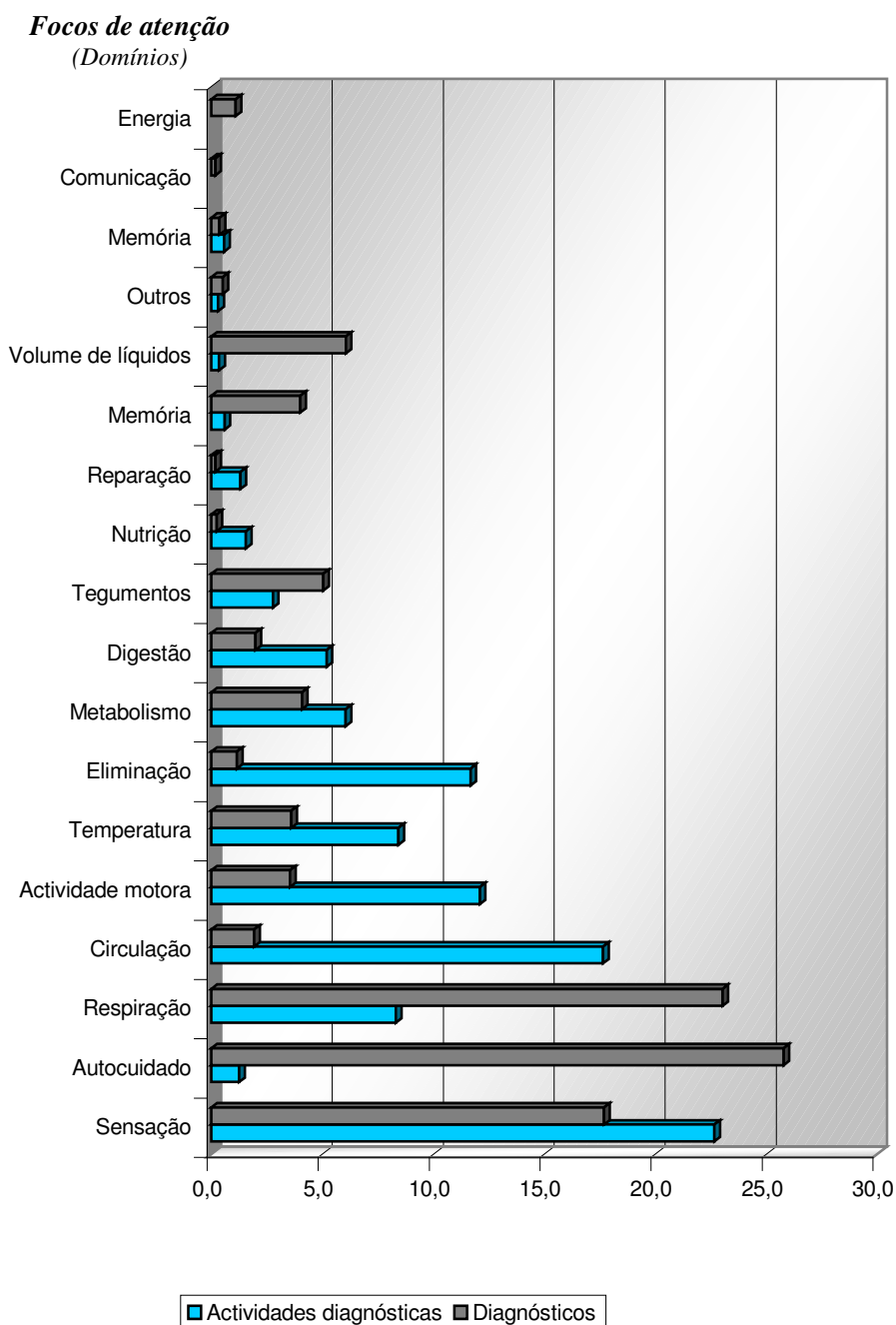
3.5.4 - Focos de atenção nas actividades diagnósticas e nos diagnósticos de enfermagem

Após termos descrito separadamente os domínios de atenção dos enfermeiros decorrentes da documentação de actividades diagnósticas e diagnósticos de enfermagem, optámos por compará-los, o que se pode observar no gráfico 7.

A análise do referido gráfico permite-nos distinguir três cenários:

- Há domínios que os enfermeiros preferencialmente documentam apenas quando são problemáticos: *autocuidado, respiração, volume de líquidos, energia*.
- Pelo contrário, há outros domínios em que os enfermeiros documentam muitas actividades diagnósticas mas poucos diagnósticos de enfermagem – referimo-nos à *circulação, eliminação, actividade motora*.
- Por fim, há domínios que onde os enfermeiros documentam muitas actividades diagnósticas e diagnósticos de enfermagem: *sensação*

Gráfico 7 - Comparação entre os domínios de atenção do enfermeiro nas *actividades diagnósticas e diagnósticos de enfermagem*



3.5.5 - Intervenções de enfermagem

Relativamente às intervenções de enfermagem: *acções iniciadas pelo enfermeiro em resposta a um diagnóstico de enfermagem* - verificámos que à semelhança do que acontece relativamente aos diagnósticos, os enfermeiros documentam com diferentes enunciados a mesma intervenção, o que acontece naturalmente devido ao facto de ainda não se utilizar uma linguagem classificada.

Assim, numa primeira fase seleccionamos as expressões que se enquadravam nesta categoria predefinida, depois procedemos à transposição das mesmas para a utilização de termos da CIPE[®] utilizando recursos consensuais tal como já explicámos anteriormente. Por exemplo: “*Imobilizei os membros superiores*” e “*fiz contenção física dos membros*” foram classificadas da mesma forma: “*Imobilizar doente*” ou “*fiz reforço hídrico oral*” e “*dei água*” foram classificadas como: “*Dar líquidos*” (CIPE[®]).

Da nossa experiência no projecto de implementação da CIPE[®] verificámos que mesmo utilizando esta linguagem classificada, diferentes enfermeiros podem construir diferentes enunciados para a nomear a mesma intervenção. Por este facto, e para facilitar o consenso na reconversão destes enunciados na linguagem da CIPE[®], apoiámo-nos também na listagem de intervenções construída pela Equipa de Coordenação da implementação dos registos electrónicos no Serviço Regional de Saúde que engloba o hospital.

As intervenções de enfermagem documentadas em planos de cuidados estão listadas no Anexo 10 e as executadas pelos enfermeiros (notas de enfermagem) encontram-se no Anexo 11.

Foi maior a diversidade de intervenções de enfermagem documentadas nos planos de cuidados (140) do que as implementadas (92).

Relativamente às intervenções de enfermagem planeadas, as mais frequentes foram: *assistir no autocuidado: higiene*, (26); *Executar técnica de posicionamento* (18), *lavar o corpo* (17), *trocar fralda* (16) e *cortar as unhas* (14) (Anexo 10). Foi notória a focalização dos cuidados em torno do corpo, do assegurar as funções fisiológicas e a manutenção da vida.

Pelo contrário, as intervenções mais relacionadas com os aspectos psico-espirituais como por exemplo *confortar o doente*; *disponibilizar-se para escuta activa* (1); *encorajar a comunicação expressiva de emoções*(3); *explicar à família processo de dignificação da morte* (1), *facilitar a comunicação expressiva da ansiedade* (6), foram muito pouco documentadas.

Em relação ao beneficiário/alvo das intervenções, em termos percentuais, da totalidade de intervenções planeadas (n=464), apenas 4,3% foram dirigidas à família, as restantes foram direccionadas para o doente.

Em relação às intervenções de enfermagem cuja execução foi documentada em notas de enfermagem (Anexo 11), verificámos que em ambos os períodos (5 dias e

últimas 24 horas), as intervenções que os enfermeiros documentaram com maior frequência foram: *Posicionar a pessoa; Dar banho na cama; Alimentar a pessoa através de sonda nasogástrica*. À semelhança do plano de cuidados, foi notório a centralização dos cuidados em torno do corpo, do assegurar as funções fisiológicas, ou conforme referencia Hesbeen (2001)- “os cuidados de base”.

No período dos 5 dias anteriores ao óbito a intervenção *Imobilizar doente na cama* também foi bastante documentada (n=90). A necessidade desta intervenção foi justificada pelos enfermeiros pelas frequentes alterações na consciência/ agitação dos doentes, associada à necessidade de fazer cumprir determinadas procedimentos terapêuticos.

Nas últimas 24 horas de vida a intervenção “*Informar família sobre morte*” teve 20 unidades de enumeração o que indica que na maioria dos casos foi o enfermeiro que transmitiu a notícia do óbito aos familiares. Neste hospital, tradicionalmente os médicos transmitem a notícia do óbito apenas quando a família e médico estão presentes no serviço no momento do morte. Realçamos ainda, nas últimas 24 horas de vida, as referências dos enfermeiros relativamente aos cuidados com o cadáver.

Tal como já referimos, a família esteve “ausente” dos diagnósticos de enfermagem (como Foco ou Portador) pelo que não é de estranhar que tenha sido o beneficiário ou alvo de apenas de 4,4% das 140 intervenções implementadas e documentadas em notas de enfermagem.

De acordo com as regras de construção de diagnósticos da CIPE[®], é obrigatório a inclusão de um termo do eixo acção para a construção de uma intervenção de enfermagem. À semelhança do realizado para os focos de atenção, procedemos à agregação dos dados nos domínios mais abstractos, hierárquicamente superiores, tal como ilustramos no quadro 7.

O tipo de acção documentado com maior frequência pelos enfermeiros nos dois períodos em análise foi o *executar* (79,3% nos 5 dias anteriores ao óbito e 79,6% nas últimas 24 horas). Estes dados estão em consonância com dois dos estudos realizados em contexto hospitalar em Portugal embora com outros grupos de doentes (Silva, 2001 e Jesus & Correia, 2001). O ênfase dado pelos enfermeiros à documentação das acções do tipo executar põe em evidência uma sobrevalorização da documentação do desempenho das tarefas técnicas o que está possivelmente relacionado com o estado geral dos doentes na proximidade da morte .

O tipo de acção documentado com menor frequência foi o *observar*. Noutros

estudos mais recentes, igualmente realizados em âmbito hospitalar, foi dado maior ênfase à documentação de acções do tipo observar (Sousa, 2006 e Leal, 2006). Durante a análise constatámos que efectivamente os enfermeiros documentam com muita frequência dados resultantes de intervenções do tipo *observar* mas não a acção subjacente, por exemplo registam com frequência os valores de Tensão Arterial mas raramente a intervenção *Monitorizei TA*.

Nas últimas 24 horas intensificaram-se as acções do tipo *informar* o que está relacionado com as informações à família relacionadas com o óbito.

A implementação de acções do tipo *atender* (“*estar atento a, de serviço a ou a tomar conta de alguém ou alguma coisa*”) onde se incluem termos como por exemplo: *apoiar* (inclui por exemplo a intervenção: *apoiar a família*), *encorajar* (por exemplo: *encorajar comunicação expressiva de emoções*), *confortar* (confortar a pessoa), *segurar a mão* foram documentadas com pouca frequência (4,6% nos 5 dias anteriores ao óbito e 4,1% nas últimas 24 horas).

Quadro 7 - Tipos de acção planeadas e implementadas pelos enfermeiros

Tipos de acção	Planeadas (Plano de cuidados)		Implementadas (Notas evolução)			
			5 dias anteriores		últimas 24 horas	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Observar	42	9,1	6	0,6	4	1,3
Gerir	73	15,7	128	12,5	20	6,4
Executar	186	40,1	810	79,3	250	79,6
Atender	120	25,9	47	4,6	13	4,1
Informar	43	9,3	31	3,0	27	8,6
Total	464	100,0	1022	100,0	314	100,0

3.5.6 – Outras categorias de dados

Na processo de análise dos dados documentados nos diferentes impressos surgiu um conjunto de informação que não se enquadrava em nenhuma das categorias anteriores. Da análise dessa informação emergiram 5 categorias cuja descrição passamos a apresentar:

Informação organizacional

Foram incluídos dados de natureza não-clínica mas importantes para a eficácia organizacional, por exemplo: “desce para a consulta às 8h”; “aguarda marcação de TAC”

Não realização de intervenções

Referem-se a actividades de enfermagem que não foram implementadas, por exemplo: “não foi necessário imobilizar neste turno”

Hábitos

Referem-se a padrões habituais do comportamento do indivíduo, por exemplo “higiene duche uma vez por dia” ou “cuidava dos animais domésticos”

Dados sócio demográficos

Relativos à idade, estado civil, profissão, coabitação

Antecedentes Pessoais

Dados relativos à história clínica do doente, por exemplo “antecedentes de AVC” ou “antecedentes de diabetes”

Princípios

Atitudes próprias do exercício profissional e não uma intervenção de enfermagem planeada face a um diagnóstico de enfermagem identificado ex: “Atender á privacidade do utente” ou “arrumar os objectos sempre no mesmo local”, evitar trocas permanentes de pessoal”

Preferências

Foram incluídos as vontades expressas pelo doente/família, preferências/ aversões alimentares, por exemplo “não gosta de peixe”, “vontade de assistência religiosa”

Outros dados

Dados que não se enquadram em nenhuma das subcategorias anteriores, por exemplo “mantém estado geral”, “família ficou a acompanhar o corpo”

Como podemos verificar através do quadro 8, a categoria *informação organizacional*. adquiriu especial relevância, pelo elevado volume de dados. Nas últimas 24 horas houve um aumento em termos percentuais da documentação desta natureza nomeadamente os aspectos burocráticos relacionados com o óbito, por exemplo: “médico já certificou o óbito”; “médico ainda não preencheu a certidão”. Os enfermeiros também documentaram aspectos organizacionais relacionados com exames complementares de diagnóstico: “aguarda observação de Rx”. Foram ainda incluídas nesta subcategoria as referências à existência de valores dos utentes falecidos e seu destino: “tem valores no cofre do serviço”; “entreguei valores ao familiar” e ao momento de remoção do cadáver para a morgue, por exemplo: “corpo desceu para a morgue por volta das...”

Foi notória a escassez de informação que poderia ser relevante no processo de

prestação de cuidados, como por exemplo *preferências* (n=9). Os enfermeiros documentaram dados relativos a preferências relacionadas com os aspectos espirituais: “vontade de assistência religiosa”; “filha solicitou presença de padre”, sociais: “vontade de receber visitas”, ou relativas à transmissão da notícia do óbito: “filha quer que lhe comuniquem má notícia a qualquer hora” .

Foram documentados com maior frequência outros dados que já são documentados noutra parte do processo clínico como por exemplo os *antecedentes pessoais* (n=16), *dados sócio demográficos* (n=18) e *diagnóstico médico* (n= 12).

Quadro 8 – Outras categorias de dados que emergiram da análise da informação documentada nos diversos impressos

Categorias	Apreciação	Plano de cuidados	Notas de evolução		Total (todos os impressos)	
			5 dias anteriores	últimas 24h	n	%
Informação organizacional			75	60	135	50,6
Não realização de intervenções			15	14	29	10,9
Hábitos	27				27	10,1
Dados sócio-demográficos	14		4		18	6,7
Antecedentes pessoais	14		2		16	6,0
Princípios		15			15	5,6
Diagnóstico médico		5	7		12	4,5
Preferências	7		2		9	3,4
Outros dados			3	3	6	2,2
Total					267	100,0

3.3.7 - Visão geral das categorias

Após termos descrito os diversos tipos de dados documentados pelos enfermeiros no âmbito da prestação de cuidados às pessoas em fim de vida e seus familiares, passaremos a apresentar as respectivas frequências de cada categoria de dados (quadro 13).

Ao analisarmos o quadro 9, verificamos que os dados que os enfermeiros documentaram com maior frequência foram as *actividades diagnósticas* (49,7%). Realçamos que a frequência de intervenções de enfermagem documentadas é quase idêntica à dos diagnósticos, o que significa que em média por cada diagnóstico de enfermagem os enfermeiros documentaram aproximadamente uma intervenção.

As prescrições médicas foram a 4ª categoria mais documentada (8,7%), seguida pela informação organizacional (1,5%).

Quadro 9 – Categorias de dados que emergiram da documentação de enfermagem

Categorias	n	%
Actividades diagnósticas	4467	49,7
Intervenções de enfermagem	1800	20,0
Diagnóstico enfermagem	1668	18,6
Prescrições médicas	781	8,7
Informação organizacional	135	1,5
Não realização de intervenções	29	0,3
Hábitos	27	0,3
Dados sócio-demográficos	18	0,2
Antecedentes pessoais	16	0,2
Princípios	15	0,2
Diagnóstico médico	12	0,1
Preferências	9	0,1
Outros dados	6	0,1
Total	8983	100,0

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Atingida esta etapa do nosso percurso, impõe-se uma reflexão sobre os resultados obtidos, de modo a produzirmos inferências válidas sobre o seu significado. Para Bardin (2004), esta etapa consiste em “*realizar uma análise de conteúdo sobre análise de conteúdo*” (p.131).

Tendo em conta que o nosso percurso de investigação foi alicerçado em torno de duas questões orientadoras, procurámos organizar esta discussão em torno desses dois pólos.

Como descrevem os enfermeiros os cuidados a pessoas em fim de vida hospitalizadas e às suas famílias?

Uma vez que o nosso trabalho incidiu sobre a documentação dos cuidados de enfermagem a pessoas em fim de vida, pareceu-nos pertinente iniciar esta discussão com uma reflexão sobre a estrutura dos suportes de documentação de enfermagem utilizados nas unidades hospitalares onde se realizou o estudo. Não é nossa pretensão avaliar a qualidade ou adequabilidade do formato dos impressos, mas realçar algumas das características que poderão contextualizar os resultados alcançados e aumentar a sua compreensibilidade.

Constatámos que os modelos de documentação estão organizados de acordo com as etapas do processo de enfermagem de Roper, Logan e Tierney (1995), o que poderá ser um factor favorável à ilustração do processo de decisão dos enfermeiros.

Todos os suportes de documentação utilizam campos de preenchimento fechados, o que torna mais rápido o registo e evita nos enfermeiros o sentimento de “roubar tempo assistencial”.

Relativamente ao impresso de apreciação inicial, o facto de estar estruturado de acordo com as actividades de vida do modelo adoptado, poderá sistematizar a colheita de dados. A estruturação dos registos foi defendida por Björvell et al (2003) como factor favorável ao distanciamento do modelo biomédico.

Uma das vantagens do impresso estar estruturado de acordo com este modelo teórico reside no facto de incluir um espaço para a colheita de dados sobre a “*actividade de vida morrer*”, o que em nosso entender constitui um incentivo à documentação deste tipo de informação. A inclusão da morte como “*actividade de vida*” pode parecer paradoxal, mas a pertinência da sua inclusão no modelo é justificada pelas autoras pelo facto da sua inevitabilidade conferir significado à vida dos seres humanos, e pela importância dos processos de luto no contexto da prestação de cuidados de enfermagem.

No impresso de apreciação, os campos disponíveis referem-se apenas ao conhecimento sobre o diagnóstico/prognóstico e vontades (assistência religiosa, visitas, acompanhamento), o que está aquém do tipo de dados que deverão ser colhidos no âmbito desta actividade de vida de acordo com o modelo supracitado. Na perspectiva das autoras deste modelo teórico, é importante o enfermeiro colher e documentar um conjunto de informações nomeadamente: desejos pessoais (e da família) relacionados com a morte, os factores que influenciam o processo de morrer, os conhecimentos do doente/família sobre o prognóstico, as crenças individuais sobre a morte, efeitos do processo de morrer na família e como é que isso afecta o doente, questões relativas à doação de órgãos, etc.

Quill (citado por Forest, 2004) sugere ainda algumas questões chave que devem ser utilizadas para abordar a temática da morte em pessoas em fim de vida: “*O que é que ficaria por fazer se estivesse para morrer mais cedo ou mais tarde?*” ; “*Tendo em conta a gravidade da sua doença, o que é mais importante para si alcançar?*” “*Para si, o que significa ter qualidade de vida neste momento ?*” (p.271)

Foi evidente a escassez de preenchimento dos campos relativamente a esta actividade de vida – apenas num processo (acontecendo o mesmo com *trabalhar e distrair-se; expressar a sexualidade*). Apercebemo-nos que a escassez de dados nestas áreas está relacionada com diversos factores. Sentimos um certo constrangimento por parte dos enfermeiros na colheita de dados desta natureza (em especial nas primeiras 24 horas, quando ainda não foi estabelecida uma relação de confiança com o utente).

Outro aspecto que condiciona a colheita de dados é a falta de condições nas enfermarias que assegurem privacidade do doente (distância escassa entre camas) para se abordar temas mais íntimos. Em determinados hospitais existem espaços específicos onde os enfermeiros fazem habitualmente o acolhimento de doentes e familiares. Porém nos serviços onde foi realizado este estudo tal não se verifica.

Os enfermeiros manifestaram ainda algumas reservas em relação à pertinência e oportunidade de intervenção nestas actividades de vida no âmbito do internamento hospitalar (ver nota de campo).

*“É complicado falar dessas coisas com os doentes... Da morte ninguém fala, a não ser que o doente puxe o assunto. E também não vem a propósito andar a perguntar sobre a actividade sexual do doente com os outros todos ali a ouvir.”*NC20

Em relação ao *trabalhar e distrair-se*, os enfermeiros justificaram a escassez de dados com a falta de disponibilidade e de recursos para intervir nesta actividade de vida:

“E depois, vamos fazer o quê? Sejamos realistas: no hospital não há tempo nem recursos para isso...” NC27

Ainda relativamente à estrutura do impresso de apreciação inicial, verificámos que, apesar de incluir espaço para texto livre, há áreas relevantes para continuidade e personalização de cuidados que não estão expressas. Por exemplo os hábitos e preferências que apareceram muito pouco documentados no presente estudo.

Na perspectiva dos enfermeiros é dispensável a documentação de determinados dados que não vão ser utilizados durante a prestação de cuidados. Na realidade, sentimos que a personalização dos cuidados compete por vezes com a pressão do cumprimento das rotinas e da organização do trabalho, o que se reflecte nos registos como se pode perceber pela seguinte nota de campo:

“De que serve perguntar ao doente a que horas costuma ou gosta de tomar banho se depois damos banho a todos mais ou menos à mesma hora?!” NC54

Os enfermeiros destes serviços elaboram planos de cuidados, os quais, na perspectiva de Silva (2001) são *centrais no Sistema de Informação em Enfermagem na medida em que constituem o repositório principal de dados referentes ao processo de tomada de decisão do enfermeiro*”(p.78). Contudo, nesta instituição a informação documentada neste impresso permanece “invisível”, uma vez que não integra o processo clínico e por isso não tem qualquer validade legal. A importância atribuída pela instituição a estes impressos e o facto da informação lá documentada não ser reciclada, provoca descontentamento nos enfermeiros conforme ilustra a expressão seguinte:

“É sempre a mesma coisa, aquilo depois vai para o lixo. Sabes, é frustrante mesmo!” NC28

A elaboração do plano de cuidados é percebido actualmente como algo acessório, burocrático, que consome muito tempo, mas surge simultaneamente como algo “obrigatório”. Esta situação decorre da pressão institucional - inclusivamente porque o modo como é efectuada a elaboração de registos pode ter repercussões sobre a avaliação do desempenho: “*O incumprimento do dever de efectuar registos dos cuidados prestados pode levar à atribuição da menção qualitativa de “não satisfaz.”*” (Torres e Reis, 2002, citados por Leal, 2006, p.43), bem como se deve ainda à sua utilidade para a gestão através do SCD/E, o que está patente na seguinte expressão de um dos enfermeiros:

“Se vem a auditoria e não fizemos o plano lá vem a nota de não-conformidade e a chefe vai logo ver quem foi....” NC32

Face ao que acabámos de descrever, constatamos que a actividade de elaboração de planos (pelo menos com o actual formato) não é percebida pelos enfermeiros como uma necessidade de documentar o processo de decisão clínica e promover a continuidade de cuidados. Os enfermeiros parecem atribuir pouca relevância à documentação de “resultados” dada a escassez deste tipo de enunciados, havendo alguns planos em que não havia qualquer registo de “*resultados esperados*”. Este facto é explicado pela seguinte nota de campo:

“ Sabes, os resultados não são importantes para as auditorias da classificação de doentes, para quê perder tempo? Servem para quê?” NC52

O facto de os enfermeiros não terem documentado nenhum enunciado de “resultado” na folha de resumo de diagnósticos/resultados (embora ainda numa fase de implementação) é também um indicador da pouca relevância atribuída pelos profissionais de enfermagem à documentação do resultado das suas intervenções. Basto e Portilheiro (2003) também verificaram que os enfermeiros portugueses verbalizavam pouco as consequências dos cuidados de enfermagem ou resultados esperados.

Por outro lado, conforme explica a nota de campo que se segue, é complexa a “contabilização” de resultados em pessoas gravemente doentes e que frequentemente apresentam agravamento da sua situação:

“Já sabemos que não vamos melhorar a dependência, não vamos ter resultados... estes doentes têm uma evolução complicada....” NC37

Corner e Halliday (2003) pretenderam verificar os resultados decorrentes da intervenção de enfermeiros especialistas em cuidados paliativos (“*Macmillan specialist*

palliative care nurses”) e também concluíram que é muito complicado contabilizar resultados neste contexto, uma vez que os resultados muito positivos tinham sido encontrados apenas na resolução de “pequenos problemas” difíceis de descrever.

Na nossa perspectiva, no contexto do fim da vida, há questões que por não estarem directamente relacionadas com a evolução da doença, cuja resolução não depende da implementação de medidas terapêuticas invasivas e cuja descrição é complexa - são denominados de “pequenos problemas”. Referimo-nos por exemplo aos sentimentos e emoções muito fortes vivenciadas pelo doente e familiares decorrentes da proximidade da morte (Kubler Ross, 1981), às questões relacionadas com o sentido da vida e a “despedida da vida” (Hennezel, 2001, Neto, Aitken & Paldrön, 2004; Byock, 2004).

Conforme já referimos no enquadramento teórico, a promoção de um fim de vida digno, repleto de significado e uma morte serena implicam que o enfermeiro realize uma “*imensidão de pequenas coisas*” difíceis de descrever (Hesbeen, 2000).

O relato dos acontecimentos significativos em cada turno de trabalho do enfermeiro, ou seja, a execução de cuidados foi documentada em *notas de enfermagem* ou *notas de evolução*. Um dos aspectos que devem ser registados é o desempenho das actividades de vida ou necessidades do doente (Jesus, 1995).

Verificamos que os enfermeiros documentaram maior volume de dados na parte estruturada do impresso, referente à *actividades de vida higiene, comer e beber, mover-se e eliminar*. Desta constatação pensamos que o formato do impresso poderá ter tido alguma influência na documentação de determinados parâmetros realçando determinadas áreas de atenção/ intervenção dos enfermeiros.

Após esta breve análise crítica à estrutura dos suportes de documentação de enfermagem, passaremos à discussão dos dados que emergiram da análise de conteúdo dos registos elaborados pelos enfermeiros.

A categoria mais documentada foram os **dados que reportam actividades diagnósticas**, os quais decorreram da actividade de vigilância/observação contínua do doente.

O elevado volume de dados de *actividades diagnósticas* poderá, em nosso entender, constituir um sinal da importância atribuída pelos próprios enfermeiros à realização desta actividade, a qual decorre da iniciativa do enfermeiro, de prescrições médicas ou apenas do cumprimento de “*rotinas*”. Por outro lado, evidencia o elevado

volume de informações que o enfermeiro processa em cada turno de trabalho. Tal como descreve Jesus (2006), os enfermeiros “*procuram de modo permanente informação, interagindo com as utentes e seus familiares, observando, escutando, tocando, questionando (...) é neste conhecimento que assentam grande parte das suas decisões ou intervenções*” (p.194).

Uma das subcategorias que emergiu das actividades diagnósticas foi a *detecção de complicações*, o que pode ter sustentação no estado destes utentes. A atenção do enfermeiro e as suas decisões neste contexto de prestação de cuidados podem ter implicações na ténue linha que separa a vida da morte. Nestes serviços, o enfermeiro é o único profissional de saúde com uma presença contínua junto do doente. Através da actividade de vigilância obtém um conjunto de informações que servem para consumo médico e/ou sustentam a sua decisão relativamente ao momento em que deve ser contactado o médico.

Efectivamente, a referenciação das situações problemáticas identificadas para outros profissionais é um dos elementos importantes para a prevenção de complicações. De acordo com os Enunciados Descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, “*na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes*” (OE, 2001, p.12).

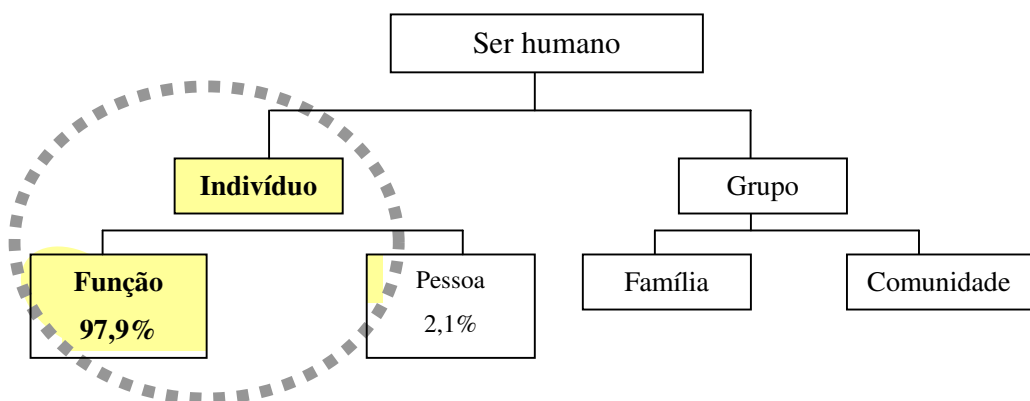
Uma vez que a actividade de vigilância requer presença do enfermeiro junto do doente, o elevado número de dados decorrentes da realização destas actividades (4467) poderá também indicar múltiplas interacções enfermeiro-doente, embora não se possa inferir a qualidade das mesmas. Por outro lado, a realização destas actividade poderá constituir um argumento para a presença contínua do enfermeiro junto da pessoa em fim de vida e manifestar-lhe assim uma atenção constante, segurança e tranquilidade. O acompanhamento e a comunicação com a pessoa em fim de vida têm sido defendidos na literatura como uma das áreas chave de intervenção, para que o tempo que antecede a morte seja vivido com o mínimo de sofrimento e o máximo de significado. “Estar com o doente” (“*being there*”) foi considerado por Forest (2004) “*a essência dos cuidados de enfermagem a pessoas em fim de vida*”.

A maioria dos dados decorrentes de *actividades diagnósticas* reportaram *Focos da Prática de Enfermagem* (classificados na CIPE[®]), ou seja, os enfermeiros centraram a sua atenção em “*aspectos de saúde com relevância para a prática de enfermagem*” (CIPE[®], 2002, xv) e que fazem parte na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

A figura 6 permite ilustrar na estrutura hierárquica da CIPE® as áreas de atenção dos enfermeiros na realização das *actividades diagnósticas* (dentro do círculo, áreas coloridas). Conforme podemos observar, os dados documentados reportam actividades de observação/vigilância centradas no domínio da **Função** ou seja “*processos corporais e operações não intencionais*” - (CIPE®, 2002, p.17).

Isto revela uma escassez de dados de vigilância/observação relativos à *Pessoa* (“*indivíduo como agente intencional desempenhando acções motivadas por razões baseadas em crenças e desejos de ser humano individual, isto é racionalidade*”, CIPE®, 2002, p.43) – ou seja, dados relativos aos aspectos psicológicos, sociais, culturais e espirituais – fundamentais à intervenção nestas áreas. Hegarty et al (2005) também verificaram a escassez deste tipo de dados na documentação de cuidados a pessoas em fim de vida. Nesse estudo, apenas em 30% dos casos havia referências aos aspectos psicológicos, 10% de referências a aspectos espirituais e 5% culturais.

Figura 6 – Áreas de atenção do enfermeiro nos dados que reportam actividades diagnósticas



Um dos domínios em que os enfermeiros mais documentaram actividades de observação/vigilância foram as *sensações* com os focos *consciência* e *dor*. Avaliar o nível de consciência ou de resposta das utentes foi uma das estratégias frequentemente utilizadas pelos enfermeiros e referenciadas também no estudo de Jesus (2006). Para a SFACP (2000), dada a frequência das alterações cognitivas nestes doentes, a vigilância da consciência em pessoas em fim de vida deve ser regular, tal como a vigilância da temperatura, da tensão arterial e do pulso.

Constatámos que, além das *sensações*, os enfermeiros procuraram documentar dados relacionados com a vigilância/observação de funções vitais (*respiração, circulação, temperatura*). Além destas funções, foi particularmente notória, na proximidade da morte, a documentação de outras como por exemplo a *nutrição, volume de líquidos, eliminação*. Esta maior atenção dos enfermeiros com estas funções específicas está relacionada com a vigilância dos sinais de aproximação da morte, nomeadamente: alterações do padrão da respiração (dispneia, apneias); alterações da consciência, recusa alimentar, edemas, incontinência intestinal e vesical (Hospice Patients Alliance, 2007).

Conforme descreve o modelo de Kubler-Ross (1981), é elevada a carga emocional do ser humano que constata que a morte se aproxima e a separação dos entes queridos é eminente. Numa primeira análise, surpreendeu-nos o facto do termo “*calmo*” ter sido o mais utilizado nos registos (304 enumerações). Contudo, atendendo às elevadas frequências de documentação de dados relativos a focos na área da *consciência, confusão e agitação*, inferimos que os enfermeiros utilizam a expressão “*calmo*” como sinónimo de “*não está agitado*”, reportando-se mais à avaliação do estado de consciência e/ou actividade psicomotora do que propriamente ao estado emocional.

A descrição na documentação do envolvimento da família no processo de cuidados foi muito reduzida, limitando-se à descrição da recepção ou não de visitas (largamente documentada). Esta descrição não dá visibilidade à atenção dos enfermeiros às famílias e às intervenções realizadas neste contexto, facto sublinhado oralmente por exemplo nesta expressão:

“nem imaginas o tempo que se gasta com as visitas..” NC35

Hegarty et al (2005), na sua investigação realizada na Austrália, também verificaram que os enfermeiros referenciavam com muita frequência a presença de visitas a pessoas em fim de vida, mas raramente documentavam o seu envolvimento nos cuidados.

No processo de tomada de decisão, o enfermeiro analisa e interpreta os dados colhidos, de forma a **identificar os problemas do doente/família** e prescrever intervenções de enfermagem que possibilitem a:

“prevenção da doença e promoção de processos de readaptação, a satisfação das necessidades humanas fundamentais, a máxima independência na realização das actividades de vida, a adaptação funcional aos défices e a

adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente” (OE, 2001, p. 8).

Esta “etapa” é fundamental, na medida em que dela dependem o estabelecimento de prioridades para os cuidados (defenida sempre que possível em colaboração com o doente/ família) e a prescrição de intervenções de enfermagem que permitem “*evitar riscos, detectar precocemente problemas potenciais e resolver ou minimizar os problemas reais identificados*” (OE, 2001, p.10).

As áreas consideradas, com mais frequência, problemáticas pelos enfermeiros e que necessitavam portanto de cuidados autónomos - **diagnósticos de enfermagem** - foram relativamente restritas, quando comparadas com a vastidão de *Focos da Prática de Enfermagem* contemplados na estrutura hierárquica da CIPE®, conforme podemos observar na figura 7.

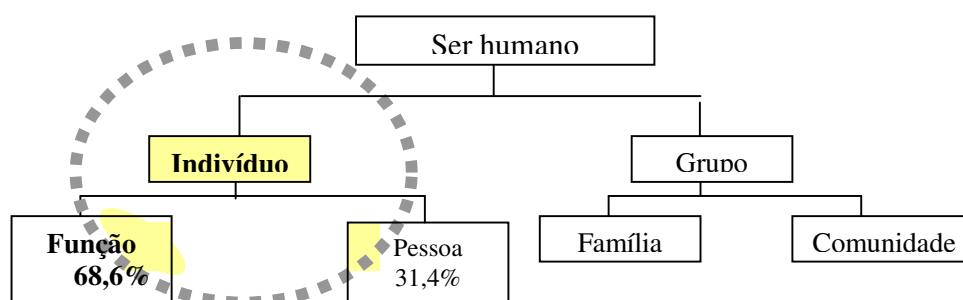
Na realidade, as necessidades de cuidados identificadas nos registos de enfermagem reportam-se apenas ao *indivíduo* doente. Através da documentação, os enfermeiros não deram qualquer visibilidade à identificação de necessidades de cuidados à *família*. Contudo, os dados recolhidos em notas de campo ilustram uma realidade diferente, com um foco de atenção mais alargado, alcançando as famílias. Os enfermeiros identificam e descrevem oralmente que a família frequentemente necessita e solicita cuidados de enfermagem:

“ Há tardes que são uma loucura, às vezes entramos numa enfermaria e parece que nunca mais saímos, a família pergunta tudo, quer saber tudo... às vezes até querem apenas desabafar... O problema é o tempo!” NC58

“A família anda sempre atrás de nós, ansiosos para saber se o doente está melhor ou vai melhorar...” NC40

À semelhança das actividades de observação/vigilância, os enfermeiros quando elaboraram os diagnósticos de enfermagem centraram a sua atenção (embora de forma menos intensa) na **Função**, conforme se poderá observar na figura 7.

Figura 7 – Áreas de atenção do enfermeiro nos diagnósticos de enfermagem



A *função* documentada com maior frequência nos diagnósticos de enfermagem foi a *respiração*, sendo a *dispneia* o foco de atenção mais documentado neste domínio, tanto nos 5 dias que antecederam o óbito, como nas últimas 24 horas. De acordo com a literatura, esta sensação de desconforto com crescente falta de ar é um dos problemas mais frequentes em doentes no fim da vida (Onrubia, 2000, Twycross, 2003; Neto, 2003, Macmillan et al, 2005, entre outros). De acordo com Twycross (2003) a dificuldade subjectiva e desagradável em respirar ocorre em 70% dos doentes com cancro durante as últimas semanas de vida e é grave em 25% dos doentes durante a última semana de vida. Numa pessoa dispneica a angústia está muitas vezes presente, pois a ideia de morte está sempre subjacente (SFCP, 2000). Quando o doente teme a crise, a ansiedade predomina, exacerbada por um sentimento de impotência e de invasão – é o chamado “*ciclo de agravamento da ansiedade e da dispneia*” (Davis, 1997, citado por SFCP, 2000).

Nas últimas 24 horas de vida, houve um aumento da frequência de documentação dos diagnósticos que incluíam o foco *consciência*. As alterações do estado de consciência, nomeadamente a sonolência e o coma são características dos últimos momentos de vida (Macmillan et al, 2005; Hospice Patients Alliance, 2007).

A ênfase dos enfermeiros na dimensão física do ser humano tem sido descrita em vários estudos de documentação de enfermagem realizados a nível nacional (Jesus & Correia, 2001; Silva, 2001; Sousa, 2006; Leal, 2006) e internacional (Juntilla et al 2000; Ehrenberg, 2001, Björvell et al 2003, Hegarty, 2005). O ideal seria a “*ampliação*” do foco de atenção do enfermeiro de modo a que haja congruência entre aquilo que é valorizado pelo cliente que está a morrer, sua família e o profissional de saúde. É evidentemente desejável o desenvolvimento das concepções de cuidados que ampliam o foco de atenção e promovem a “*pessoalização*” dos cuidados. No entanto, esse é um processo relacionado com o próprio desenvolvimento pessoal (Silva, 2001).

Por outro lado, a recolha de dados centrada no domínio da *função* permite a identificação de diagnósticos de enfermagem relevantes numa das áreas chave em cuidados paliativos - o alívio de sintomas. No contexto de cuidados paliativos, Neto (2003) defende que os profissionais de saúde devem esforçar-se para identificar e priorizar necessidades, nunca negligenciando o controlo sintomático. Contudo, a mesma autora acrescenta que não nos podemos esquecer que a proximidade da morte pode modificar profundamente um ser humano, alterando a sua hierarquia de necessidades. Há aspectos que adquirem especial relevância neste contexto, “*a fase final da vida é*

vivida pelos doentes e famílias muito mais como uma experiência psicossocial e espiritual que biomédica” (Neto, 2003, p.17).

Atendendo à frequência com que foram documentadas as diferentes áreas de atenção dos enfermeiros (figura 8) podemos dizer que a sua representação esquemática assemelha-se a uma pirâmide que nos faz lembrar a hierarquia de necessidades de Maslow. Será que os enfermeiros centram a atenção predominantemente no domínio da “função”, porque percebem como utópica a satisfação das necessidades de topo quando a morte é eminente?

Figura 8 – Pirâmide representativa das áreas de atenção do enfermeiro nos diagnósticos de enfermagem



A literatura descreve situações em que doentes com as funções corporais bastante degradadas, referem uma sensação de bem-estar e conseguiram atingir satisfação de necessidades do topo como por exemplo a auto-realização. Breitbart e Brady (citados por Neto, 2004) descreveram que na proximidade da morte os doentes podem experimentar uma elevada sensação de bem-estar que pode inclusivamente funcionar como factor de protecção para outros sintomas como por exemplo a fadiga.

Embora o modelo que emerge dos registos seja centrado nos aspectos da *função*, gostaríamos de frisar que os estudos sobre documentação de enfermagem têm apontado uma maior dificuldade dos enfermeiros em documentar alterações na esfera psicoemocional e espiritual. (Davis et al, 1994, Silva, 2001, Hegarty, 2005, Sousa, 2006). Portanto, o facto de os enfermeiros não documentarem a área psico-emocional e espiritual, não significa que na prática não estejam atentos a estes aspectos da pessoa e que não desenvolvam cuidados nesse sentido, porque, conforme refere Silva (2001), *“há aspectos na Enfermagem que são difíceis de nomear”*.

Ainda no que se refere aos *diagnósticos de enfermagem*, gostaríamos de referir que a análise dos planos de cuidados revelou aspectos extremamente importantes que não estão documentados no processo clínico, apesar do contexto em que foram elaborados e à forma como os enfermeiros percebem o processo de planeamento. Os planos evidenciaram que, em cerca de metade dos doentes, os enfermeiros diagnosticaram diversas situações que constituíam uma ameaça à integridade do doente (ex: “risco de traumatismo”, “risco de úlcera de pressão”). No processo clínico do doente estes diagnósticos foram pouco documentados, o que dá pouca visibilidade à identificação de “problemas potenciais” por parte do enfermeiro.

Relativamente às acções realizadas pelos enfermeiros, da análise da informação documentada em notas de enfermagem, emergiu informação centrada em duas grandes áreas: *área autónoma* - intervenções iniciadas com a prescrição do enfermeiro - e *área interdependente* - intervenções do enfermeiro iniciadas por outros técnicos da equipa – por exemplo, prescrições médicas (OE, 2001, p.9).

Neste estudo, tal como já fizemos referência, as *intervenções de enfermagem* foram as acções iniciadas pelos enfermeiros em resposta a um diagnóstico de enfermagem - correspondem portanto à área de intervenção autónoma. Na análise de conteúdo aos enunciados enquadrados nesta categoria emergiu uma maior visibilidade dos cuidados ao corpo, relacionados com a satisfação das necessidades humanas básicas e a manutenção da vida (alimentar, dar banho, posicionar).

Num estudo realizado por Ferreira et al (2007), intitulado “*Quais os cuidados de enfermagem valorizados pelo doente oncológico em fase terminal de modo a promover uma morte digna e humana?*”, os cuidados de higiene, conforto e protecção dos tegumentos - os quais englobavam o alívio do prurido – foram os cuidados mais valorizados. A importância dos cuidados de higiene e conforto não se restringe apenas à sensação de bem-estar que podem proporcionar, mas também à interacção que se estabelece, decorrente da proximidade entre o doente e o enfermeiro. Conforme descreve Niblett (2001) “*a limpeza é só a parte humilde do banho na cama. A proximidade interpessoal permite-me utilizar todas as minhas capacidades de cura, desde verificar a incisão a ouvir o meu doente expressar os seus medos mais profundos*” (p.63).

Para a SFACP(2000), “*os cuidados de higiene são dos mais significativos do cuidar no contexto paliativo*” (p.153). Face à situação de dependência e incapacidade, Thomas (citado por Mercadier, 2004) acentua a importância dos cuidados corporais a

quem está a morrer, recomendando que “*o doente mais do que ser cuidado deve ser mimado, mais do que esfregado, acariciado; mais do que agarrado, abraçado. Deve ser mexido com ternura, purificado, perfumado, por vezes até arranjado como se de uma noiva se tratasse*” (p.150). Na sequência de uma investigação, Pierce (2000), também concluiu que a higiene do doente em fim de vida era “crucial”.

O *toque*, em especial a massagem, foi um dos aspectos bastante valorizados pelos doentes inquiridos no estudo de Ferreira et al (2007), contudo esta área foi pouco documentado na nossa pesquisa (apenas 2,0% das intervenções documentadas).

Foi notório nos dados documentados uma preocupação relativamente ao *posicionar*. Esta intervenção pode ser fundamental não só para prevenir efeitos da imobilidade (por exemplo úlceras de pressão) mas em pessoas em fim de vida pode constituir um alívio para o desconforto, diminuir a dor ou até melhorar a respiração (Barros, 1988). A satisfação da necessidade de mobilização e manutenção de uma postura correcta foi o segundo cuidado mais valorizado pelos doentes oncológicos, no estudo de Ferreira et al (2007).

Outra das intervenções bastante documentadas pelos enfermeiros foi o *alimentar*. De acordo com a SFACP(2000), a alimentação é extremamente importante, pois lembra àquele que nós cuidamos que está bem vivo aos nossos olhos.

Uma das intervenções documentada com alguma frequência foi o “*imobilizar o doente na cama*”, o que revela uma preocupação em documentar a implementação de medidas que garantam a segurança e integridade física do doente. A aplicação da contenção física levanta questões de natureza ética, nomeadamente o limitar da autonomia e liberdade do doente. Tem grande impacto emocional no doente, família e também em quem a executa. A aplicação da contenção física em especial em pessoas em fim de vida, é uma medida de último recurso. Twycross (2003) recomenda que em cuidados paliativos a agitação deve ser controlada à custa da sedação.

Há autores que postulam que a imobilização é uma medida extrema, e que em determinados situações, “*utilizada como medida de segurança impõe-se e é benéfica, na medida em que preserva a vida e a dignidade humana*” (Fernandes, Serrão & Martins, 2007). Um estudo realizado por estes autores no Hospital Central do Funchal revelou que foi nos serviços de medicina que se verificou uma maior predominância desta intervenção (55,9%). A maioria dos doentes estavam confusos (83,1%) e os motivos mais referenciados para a contenção tinham como objectivo a prevenção de quedas, (80,5%) seguido do cumprimento de prescrições médicas (63,6%). No nosso

estudo, a análise da documentação aponta os mesmos motivos para a implementação da intervenção, facto traduzido pela seguinte nota de campo:

“Os doentes ficam agitados, confusos e arrancam o soro, a sonda nasogástrica... O que é que vamos fazer? Ninguém gosta de imobilizar um doente mas se calhar é mais traumatizante estar sempre a ser entubado e picado do que estar imobilizado. O que tentamos fazer é: quando está a família nós aliviamos a imobilização.” NC50

Esta nota de campo também põe em relevo outros aspectos que merecem a nossa reflexão. Assistir à perda da autonomia e dignidade de um ente querido, que está a viver os últimos momentos de vida é extremamente angustiante. O aliviar as imobilizações quando os familiares estão presentes demonstra sensibilidade perante o impacto emocional que esta medida poderá acarretar nos familiares e é uma tentativa de atenuá-lo.

Por outro lado, o aliviar a imobilização quando estão os familiares leva-nos a pensar que possivelmente com maior dotação de enfermeiros haveria maior permanência junto dos doentes e seria menos frequente a necessidade de implementar medidas tão extremas.

A imobilização por necessidade de cumprimento de atitudes terapêuticas levanta-nos ainda a questão da pertinência destes procedimentos no contexto dos últimos dias de vida. As decisões sobre a manutenção de procedimentos terapêuticos *versus* imobilização deverão ser tomadas em equipa, são complexas e nem sempre pacíficas conforme ilustra a seguinte nota de campo:

“Nalguns doentes pedimos ao médico para tirar o soro mas nem sempre eles aceitam...” NC51

Das diversas atitudes terapêuticas realçamos a entubação nasogástrica pelo desconforto e alteração na auto-imagem que poderá provocar. Não nos esqueçamos que pelo menos oito doentes foram alvo do procedimento de inserção da sonda nas últimas 24 horas de vida (a maioria deles para alimentação). De acordo com Monteiro & Costa (2003), a colocação de sonda nasogástrica em doentes terminais deve ser limitada ao alívio sintomático nas seguintes situações:

- 1 – Quando a necessidade imediata de descompressão ou drenagem do conteúdo intestinal está em causa*
- 2 – Quando os vómitos são de difícil controlo com tratamento farmacológico*
- 3 – Quando a obstrução é alta*
- 4 – Num período prévio que antecede a cirurgia (p.50)*

Ainda de acordo com o autor supracitado, fora destas situações a entubação deve ser evitada pelo desconforto que provoca.

É difícil estabelecer com exactidão o prognóstico de vida e decidir quando se deve ou não entubar. Os profissionais deparam-se com grandes dilemas éticos quando têm que optar entre a qualidade ou quantidade da vida, por isso estas decisões devem ser alvo de profunda reflexão e ponderadas em equipa para evitar a obstinação terapêutica. Atendamos à seguinte nota de campo:

“Se um doente não come e está bastante mal, daqueles que nós pensamos que vai morrer, nós normalmente esperamos um turno, por vezes esperamos um dia, mas depois temos que entubar... Mas às vezes é muito difícil, também não podemos deixar os doentes a morrer à fome...”NC55

As questões que acabámos de descrever, relacionadas com a implementação/manutenção de atitudes terapêuticas ilustram a importância de uma das áreas chave defendidas na literatura de cuidados paliativos – a comunicação e as decisões partilhadas na equipa de saúde.

Foram pouco documentadas as intervenções junto da família. Da análise da documentação é notória a intervenção do enfermeiro no fornecimento de informações, sobre a condição do doente, tratamentos ou encaminhamento para outros técnicos. Corner & Halliday (2003) também descreveram que as enfermeiras tinham tido um importante papel fornecendo informação e actuando como intermediárias dos médicos (clarificando a informação, ajudando os utentes a tomar decisões) e proporcionando apoio aos familiares e doentes. Twycross (2003), médico de cuidados paliativos aconselha aos familiares que quando a morte se aproxima *“é importante escutar os enfermeiros”* (p.196)

Ainda no que se refere à comunicação com a família, os registos de enfermagem dão visibilidade a uma intervenção extremamente complexa - a comunicação de más notícias. Atendendo à frequência com que foi documentada esta intervenção, verificámos que na maioria das situações foi o enfermeiro que transmitiu a notícia do óbito aos familiares. De acordo com Twycross (2003) a pessoa que transmite a má notícia deve estar preparada para enfrentar uma reacção emocional intensa, por exemplo, lágrimas e cólera. No contexto do nosso estudo, na maioria das vezes, a notícia do óbito foi transmitida telefonicamente. Talvez por esse facto, os enfermeiros não fizeram referência às reacções da família nem ao apoio dado após a morte do doente.

“Há coisas que nós normalmente não escrevemos... se eu não escrever que conversei com o doente ou com a família ninguém nota, enquanto que há outras coisas que se eu não registrar...! (expressão facial apreensiva) Normalmente o que temos sempre cuidado a escrever é quando planeamos ensinios e preparação para a alta, isso sim conta para a classificação (de doentes) e eles vêm ver (os auditores)” (NC37)

Esta nota de campo põe em evidência a importância e utilidade atribuídas pelos enfermeiros aos registos. É notória a preocupação com os aspectos legais, de monitorização e auditoria, avaliação do desempenho profissional e alguns aspectos relacionados com a continuidade de cuidados. Contudo, não percebem os registos como forma de dar visibilidade às suas intervenções. Por exemplo, os enfermeiros parecem sentir que a sua intervenção junto da família permanecerá invisível independentemente da documentação em notas de enfermagem, uma vez que o tempo dedicado a estes cuidados actualmente não é “quantificável”. Por outro lado, parece-nos que há aspectos que os enfermeiros acham tão natural e inerente ao *ser bom enfermeiro* que não fazem sentido ser documentados. O documentar determinados cuidados nomeadamente relacionados com o suporte emocional ao doente e família constitui inclusivamente um risco de crítica por parte da equipa, conforme reforçam as notas de campo:

“Os colegas acham que nos queremos evidenciar” NC40

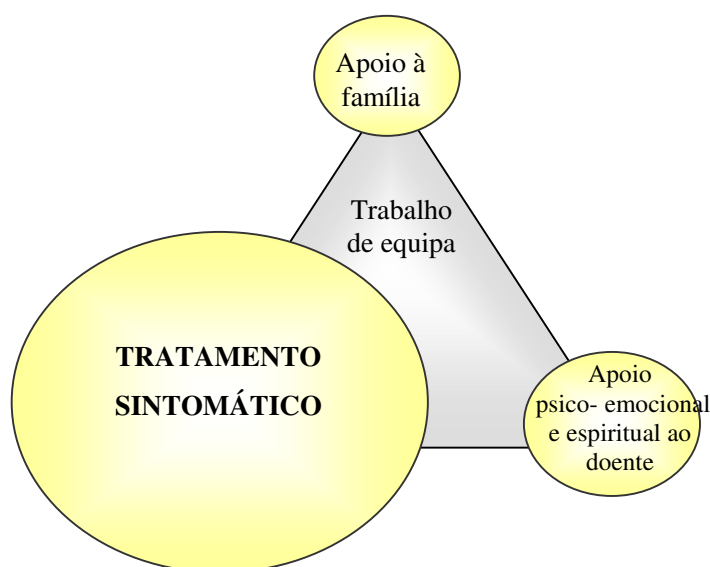
“Achamos natural, é o que as pessoas esperam de nós... assumimos como inerente à cultura de enfermagem” NC41

Da análise global das intervenções documentadas pelos enfermeiros, efectuámos um paralelismo com as áreas tradicionalmente consideradas fundamentais em cuidados paliativos. Tal como referimos no enquadramento teórico, a actuação dos profissionais de saúde deve ser centrada em três grandes áreas: alívio sintomático, apoio psicológico, emocional e espiritual, apoio à família, cimentadas pelo trabalho em equipa (Neto, 2004).

A figura 9 representa as áreas fundamentais em cuidados paliativos, o tamanho dos círculos pretende ilustrar a importância atribuída pelos enfermeiros a cada uma delas e decorre da análise da documentação de enfermagem. Em nosso entender a intensidade de actividades diagnósticas e a focalização nos aspectos relativos à função traduzem uma sobrevalorização dos sinais e sintomas associados ao tratamento

sintomático. A escassez de documentação de diagnósticos e intervenções relacionadas com a família bem como a escassez de documentação relativa aos aspectos psico-espirituais traduzem uma sub-valorização destas áreas, conforme se observa na figura.

Figura 9 - Áreas fundamentais em cuidados paliativos e importância atribuída na documentação de enfermagem



Conforme refere Neto (2004), “estas quatro vertentes devem ser obrigatórias e encaradas numa perspectiva de igual importância, pois não é possível praticar cuidados paliativos de qualidade se alguma delas for subestimada” (p. 18).

Corner e Halliday (2003), verificaram que, embora as enfermeiras não tivessem sido directamente responsáveis pelo tratamento dos sintomas, tinham explicado aos doentes o que provocava o agravamento dos sintomas e como preveni-los. Além disso, tinham encaminhado os doentes para outros técnicos o que também contribuiu para evitar o seu agravamento.

Outro dos aspectos documentados pelos enfermeiros foram os cuidados ao cadáver e o cumprimento dos procedimentos *post-mortem*, por exemplo o transporte para a morgue. Na perspectiva de Mercadier (2004) os cuidados *post mortem* fazem parte dos rituais de passagem. Incluem um conjunto de actividades de purificação do ambiente (desinfecção de objectos, roupa deitada fora) e do cadáver (lavar, vestir). Ainda de acordo com a mesma autora, o acto de vestir o cadáver permitia devolver “*um rosto humano*” ao doente, conferindo-lhe um aspecto que ele por vezes

tinha perdido graças às intervenções terapêuticas (sondas, drenos, pensos...), tornando-o “*humanamente correcto perante a família e sociedade*”

Estes cuidados não têm o mesmo sentido para todos os profissionais. Para uns, trata-se da oportunidade de prestar a última homenagem e manter a dignidade da pessoa que faleceu. Para outros, trata-se de algo incómodo e desagradável, que deve ser feito rapidamente. Mercadier (2004) defende que os cuidados *post mortem* são difíceis de prestar, mas constituem também um ritual que tem uma função de reparação, uma vez que permitem ultrapassar o sentimento de fracasso resultante de uma tentativa falhada de reanimação.

A alínea c) do artigo 87º do Código Deontológico é definido como sendo dever do enfermeiro “*o respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte*” (OE, 2003, p.91). É enfatizado que não basta ao próprio enfermeiro agir de forma respeitosa mas também fazer respeitar o corpo, o que implica a delegação de tarefas ao pessoal funcionalmente dependente do enfermeiro.

Em alguns dos processos, os enfermeiros documentaram a presença da família no acompanhamento do corpo nos momentos que se seguiram ao óbito. Proporcionar o contacto e a visualização do corpo após a morte é extremamente importante para os familiares uma vez que pode constituir um suporte ao processo de luto e de perda (OE, 2003).

Da análise dos dados foi ainda relevante a documentação de informação organizacional. Isto reflecte uma intensa actividade dos enfermeiros de natureza não-clínica, mas importante para a eficácia organizacional dos serviços.

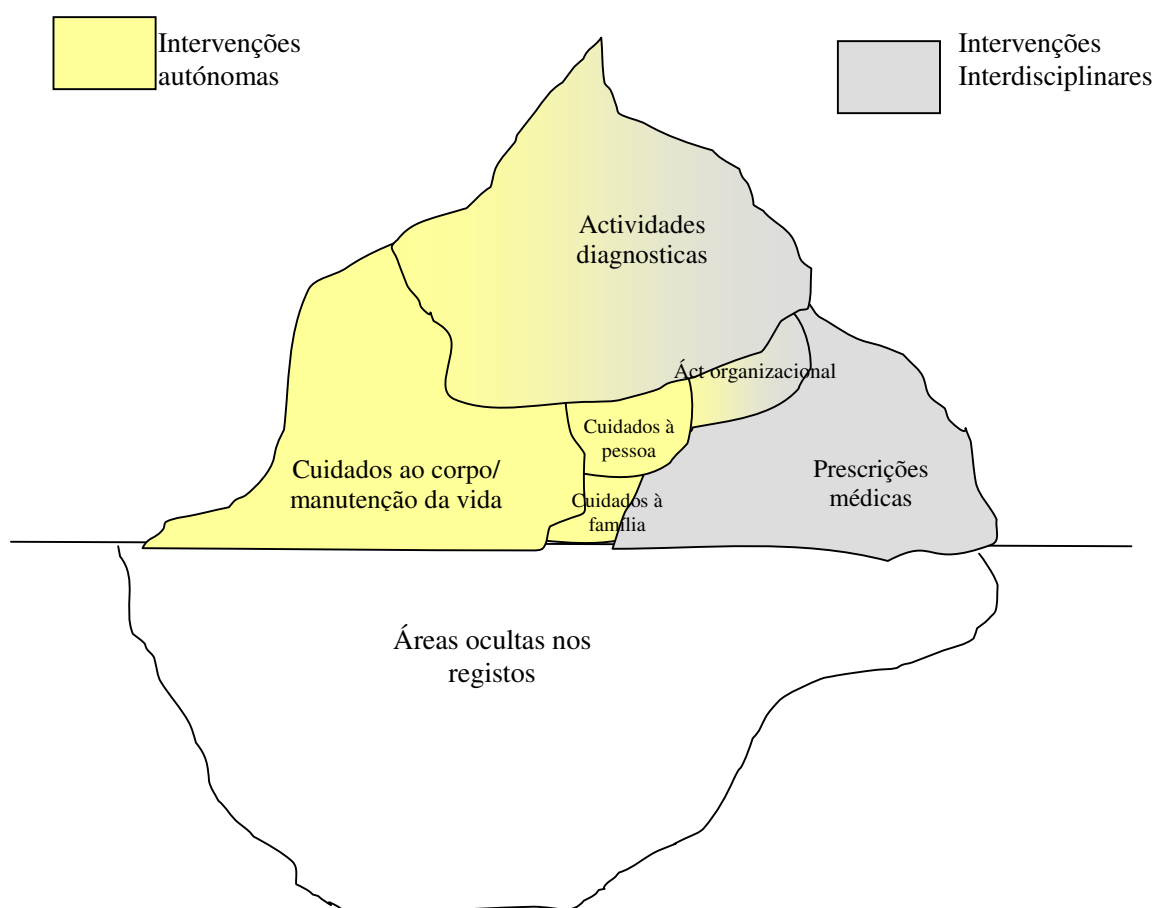
Foram documentados com alguma intensidade dados relacionados com as prescrições médicas, embora a maioria desta informação já estivesse documentada noutra parte do impresso clínico (folha terapêutica, folha de monitorização). Romano e Silva (citados por Leal, 2006, p.35) também constataram que os registos de enfermagem apresentavam algumas lacunas, mas eram substancialmente completos no que se referia às prescrições médicas e aos dados de observação do doente.

Em jeito de síntese, assumindo a visibilidade como uma das utilidades dos registos de enfermagem (Leal, 2006), recorreremos ao simbolismo de um “iceberg” para ilustrar os aspectos particularmente visíveis na informação documentada pelos enfermeiros no processo clínico (figura 10). A parte superior corresponde às áreas documentadas pelos enfermeiros no processo clínico, destacando-se as actividades

diagnósticas e os cuidados ao corpo, que correspondem aos “*cuidados de manutenção da vida*” conforme denomina Collière (2003) ou também chamados de “*cuidados de base*” (Hesbeen, 2000). Os cuidados dirigidos à pessoa e à família ocupam uma pequena parcela da parte superior do “iceberg”, ao contrário das prescrições médicas.

As notas de campo revelaram uma realidade um pouco diferente, em que os enfermeiros demonstraram uma preocupação com o envolvimento da família e com a realização de “pequenas coisas” que por serem difíceis de documentar permaneceram invisíveis, na parte inferior do “iceberg”- são as áreas ocultas nos registos.

Figura 10 - Áreas intervenção do enfermeiro que adquiriram visibilidade através dos registos



Acreditamos que há uma grande variedade de “pequenas coisas” que, apesar de não estarem documentadas, são realizadas diariamente pelos enfermeiros, são extremamente importantes para a qualidade de vida do doente que está a morrer e para diminuir o sofrimento dos seus familiares. Embora não tenhamos conhecimento de nenhum estudo de satisfação de doentes em fim de vida ou familiares realizados neste contexto, há algumas evidências de reconhecimento da sociedade do importante papel

do enfermeiro, nomeadamente o aumento de artigos e notas de agradecimento publicadas nos meios de comunicação social.

De acordo com Sousa (2006) “*a dificuldade de enunciar as situações que requerem cuidados e os próprios cuidados de enfermagem acentua uma diminuta visualização da qualidade dos cuidados prestados*” (p.146). Em nosso entender, esta dificuldade é um dos factores que explica o facto das notas de campo decorrentes de conversas informais com os enfermeiros ilustrarem uma realidade diferente da que emerge dos registos, revelando uma prática muito mais abrangente, mais direccionada para os aspectos psico-emocionais do doente e apoio familiar.

Após a discussão sobre a forma como os enfermeiros descrevem os cuidados a pessoas em fim de vida, passaremos à discussão sobre os modelos de cuidados que emergem da descrição dos enfermeiros.

Que modelos de enfermagem emergem da informação documentada pelos enfermeiros relativamente ao processo de cuidados a pessoas em fim de vida?

Para iniciarmos a nossa discussão impõe-se o clarificar a terminologia que vamos utilizar quando se aborda a temática dos modelos conceptuais em enfermagem - os quais constituem “*uma série de conceitos sistematicamente construídos, cientificamente baseados e logicamente relacionados, que orientam os enfermeiros e população em geral na identificação do propósito e esfera de acção de enfermagem*” (Jesus, 1995, p.39).

Silva (2001) refere dois tipos de modelos de enfermagem: os utilizados na formação de enfermeiros - os chamados *modelos expostos* e os *modelos em uso* no contexto da prática profissional. Na perspectiva deste investigador, há uma dissociação entre os modelos expostos e os modelos em uso uma vez que “*a fase de desenvolvimento em Enfermagem não possibilitou ainda que as práticas reflectam o que é ensinado na formação em enfermagem*” (Silva, 2001, p.308). Basto (1998) também havia chegado a idêntica conclusão, mas preferiu utilizar a expressão “*modelos adoptados*” como sinónimo de “*modelos em uso*”. No contexto deste estudo utilizaremos preferencialmente a segunda expressão quando nos referirmos aos modelos de cuidados utilizados no contexto da prática.

A instituição onde foi realizado o estudo estruturou os suportes de documentação de acordo com o modelo de Roper, Logan e Tierney (1995), por este facto considerámos

que este foi o *modelo adoptado pela instituição*. Contudo isto não significa, conforme veremos, que seja o *modelo em uso* pelos enfermeiros.

Modelo adoptado pela instituição

Num primeiro momento tentámos analisar a utilização deste modelo como quadro de referência no contexto dos cuidados a pessoas em fim de vida. O modelo de enfermagem de Roper, Logan e Tierney (1995) tem sustentação na escola das necessidades. Do nosso ponto de vista, a opção por este modelo reúne um conjunto de vantagens relativamente à documentação dos cuidados a pessoas no final da vida. A adopção de um modelo de enfermagem, qualquer que seja, é benéfico não só em termos de visibilidade da área autónoma de intervenção do enfermeiro como para a qualidade dos cuidados (Jesus, 1995), o que já documentamos ao longo do presente relatório.

Este modelo enquadra-se num paradigma (integração) que concebe a pessoa como ser bio-psico-social-espiritual o que pode favorecer uma percepção mais abrangente do ser humano.

A componente principal deste modelo teórico são as 12 actividades de vida, sendo a morte uma delas. Esta concepção da morte como um acontecimento natural, e uma parte integrante da vida é muito importante para os profissionais que acompanham as pessoas em fim de vida (Sousa, 1995, Hennezel, 1999, 2000), na medida que, quando os profissionais de saúde concebem a morte como um erro, um fracasso da medicina, têm maior tendência em adoptar mecanismos de defesa que podem variar entre o afastamento e a obstinação terapêutica.

Gostaríamos de referir que há aspectos relativos ao modelo de Roper, Logan e Tierney (1995) que embora não constituindo desvantagens propriamente ditas merecem algumas considerações relativamente à sua utilização no contexto do fim da vida.

Este modelo foi inspirado na pirâmide das necessidades de Maslow, à luz desta teoria só è possível atingir necessidades de topo (autorrealização) quando estão satisfeitas as de um nível mais baixo (necessidades fisiológicas).

É discutível no contexto dos cuidados em fim de vida a hierarquização das necessidades de acordo com a percepção do enfermeiro. Na prática poderá resultar na sobrevalorização da condição física do ser humano, minimizando os aspectos psico-emocionais-espirituais. Isto contrasta com algumas descrições da literatura, referentes ao final da vida. Houve doentes que descreveram um grau de felicidade plena perante uma extrema degradação física e morte eminente por exemplo Yvan Amar (Hennezel, 2006). Há medida que a vida se aproxima do fim são maiores as vivências internas, ou

Seja, ao deparar-se com a proximidade da morte, o ser humano pode encontrar um sentido para a sua vida, pode amar e ser amado, pode realizar-se como pessoa, mesmo debilitado fisicamente.

A crítica à “ausência” da componente espiritual no modelo de Roper, Logan, & Tierney já tinha sido apresentada pelos juízes que validaram o instrumento de colheita de dados de Jesus (1995), o qual tinha sido estruturado de acordo com as actividades de vida que compõem este modelo.

Consideramos também que o objectivo principal dos cuidados neste modelo teórico - a recuperação da independência ou da capacidade de autocuidado, pode ser um pouco incongruente com a proximidade da morte.

À luz do paradigma no qual está integrado este modelo, a pessoa é percepcionada com alguma passividade, alguém a quem o enfermeiro ajuda naquilo que não pode fazer. Ou seja, é ao enfermeiro que compete a decisão sobre o tipo de ajuda a prestar ao cliente embora o cliente valide essa decisão. Ora, o doente em final de vida deverá ser um parceiro activo na tomada de decisão relativamente aos cuidados que deseja que lhe sejam prestados.

Modelos em uso versus modelos expostos

De acordo com Silva (2001), “*o exercício profissional é consequência do modelo em uso e a documentação de enfermagem reporta aspectos do exercício profissional dos enfermeiros: não todos os aspectos e frequentemente negligenciando a documentação respeitante à tomada de decisão*”. Nesta perspectiva, após termos efectuado a análise da documentação de enfermagem produzida no contexto onde foi realizado o estudo, procurámos identificar os *modelos em uso* que emergiram da descrição dos cuidados efectuada pelos enfermeiros.

Para identificarmos os *modelos em uso* procurámos através dos resultados obtidos, realizar inferências sobre os conceitos de: *pessoa como sujeito de cuidados e cuidados de enfermagem*. Os dados obtidos foram insuficientes para caracterizarmos os conceitos de *saúde e ambiente* no contexto do final da vida. Estes quatro conceitos foram considerados centrais nos estudos de enfermagem ao longo do tempo e determinam o sentido que o enfermeiro dá à sua prática (Basto & Portilheiro, 2003). Procuraremos ainda compará-los com alguns modelos teóricos que parecem estar mais de acordo com o contexto do final da vida.

Conceito de pessoa como sujeito de cuidados

A análise de conteúdo aos registos de enfermagem no processo clínico revelou uma focalização da atenção do enfermeiro predominantemente no domínio da *função*, o que traduz o paradigma emergente, centrado no modelo biomédico (Silva, 2001; Sousa, 2006). Contudo, a documentação de dados relativos a aspectos psico-sociais-espirituais do ser humano (embora muito menos frequentes) e o facto dos enfermeiros terem maiores dificuldades em documentar estas áreas leva-nos a inferir que o conceito de pessoa, perspectivado pelos enfermeiros, é um pouco mais abrangente do que o modelo biomédico.

Outro dado que nos parece significativo no âmbito da análise do conceito de pessoa é a questão da imobilização dos doentes. Esta medida insere-se num paradigma que concebe a pessoa doente como um ser passivo, que deve aceitar sem questionar as medidas terapêuticas implementadas pelos profissionais que são considerados os detentores do saber e do poder de decisão, o que está mais de acordo com o paradigma da categorização.

A baixa documentação de intervenções dirigidas à família denota uma concepção de alvo de cuidados confinada ao sujeito doente, contudo as notas de campo evidenciaram uma preocupação dos enfermeiros pelo envolvimento da família.

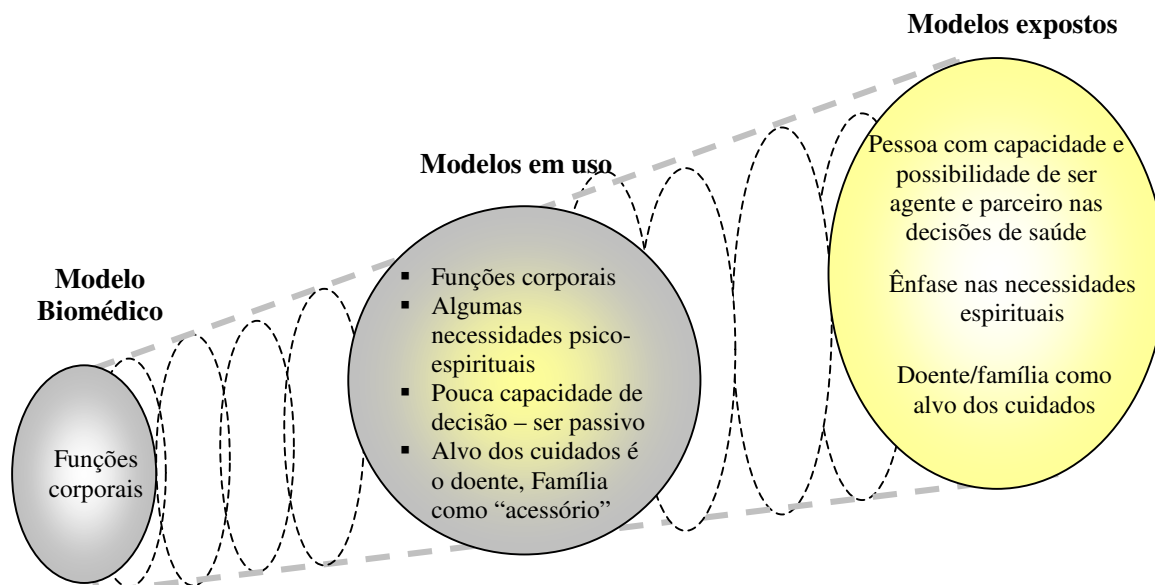
Os Canadian Hospice Palliative Care Nursing Standards (CHPCNS, 2002) referenciam o doente em fim de vida como uma pessoa cuja “ *importância reside no facto de tu seres tu e tu és importante até ao último momento da tua vida. Nós faremos tudo para ajudar-te, não só para morreres em paz mas para viveres até à tua morte*” (p.9). Para esta organização a pessoa e família constituem uma unidade terapêutica que têm o direito à informação mais completa possível de modo a poderem participar em todas as decisões relativas aos cuidados.

Efectivamente, a filosofia dos cuidados paliativos apela a uma maior implicação do doente e família nas decisões sobre os cuidados, o que está mais de acordo com os modelos de enfermagem que se enquadram no paradigma da transformação - em que a pessoa é concebida como agente e parceiro nas decisões de saúde.

Do nosso ponto de vista, tendo em conta que na literatura tem sido cada vez mais enfatizado a importância da espiritualidade nos cuidados de enfermagem, possivelmente a adopção de um modelo que enfatize esta dimensão do ser humano (Watson, 2002) estaria mais de acordo com o cuidar nesta fase da vida (*modelo exposto*).

A figura 11 situa o conceito de pessoa como sujeito de cuidados, nos *modelos em uso* no contexto da prática, comparando-o com o modelo biomédico e os *modelos expostos*. O tamanho crescente dos círculos pretende ilustrar o progressivo alargamento do foco de atenção desde o modelo biomédico até aos *modelos expostos*. As linhas a tracejado pretendem representar a diversidade de conceitos de pessoa que podem coexistir num grupo de enfermeiros.

Figura 11 – Comparação do **conceito de pessoa** em fim de vida do modelo biomédico com os *modelos em uso* e *modelos expostos*



Conceito de cuidados de enfermagem

Passaremos a descrever os resultados obtidos que nos permitem fazer inferências relativamente ao conceito de cuidados de enfermagem – consideradas por Basto e Portilheiro (2003) centrais na orientação para a prática.

Quando analisámos os diagnósticos de enfermagem documentados, verificámos que embora a área de atenção mais documentada tivesse sido a *função*, o domínio mais frequente foram os *autocuidados*. A prestação de cuidados a uma pessoa com dependência no autocuidado tem implícito como objectivo principal dos cuidados a promoção/recuperação da independência, o que coincide com o objectivo principal dos cuidados de enfermagem do *modelo adoptado pela instituição*.

Este objectivo parece-nos utópico quando se cuida pessoas com dependência progressiva (que culminará com a morte) e poderá agravar nos enfermeiros o sentimento

de fracasso uma vez que permanecerão “invisíveis” os resultados das suas intervenções. Por exemplo uma pessoa em fim de vida, com o diagnóstico de “*dependência parcial no autocuidado higiene*” possivelmente evoluirá para “*dependência elevada para o autocuidado higiene*”.

Parece-nos que por vezes os próprios enfermeiros sentem-se “derrotados” perante a inevitabilidade da morte dos doentes e demonstram dificuldade em transpor para a documentação aquilo que o doente e família beneficiaram com os cuidados de enfermagem, conforme ilustra a nota de campo:

“ Nós já sabemos que seja qual for o diagnóstico que a gente ponha no plano, não vamos conseguir resultados... Sabemos que é assim mesmo, nestes doentes pouco se pode esperar... NC25

A subvalorização dos resultados de enfermagem no contexto das pessoas em fim de vida poderá traduzir por parte dos profissionais uma concepção da morte como um fracasso. Em nosso entender, os próprios enfermeiros não valorizam os ganhos em saúde decorrentes dos cuidados de enfermagem, visto que o horizonte da sua actuação é a manutenção da vida e da autonomia. Com este horizonte, a morte de cada doente poderá constituir um insucesso.

A par das elevadas frequências de diagnósticos no domínio do autocuidado, o tipo de acção mais documentado nas intervenções de enfermagem foi o executar. Este tipo de acção inclui intervenções de carácter predominantemente técnico, traduzindo um ênfase no “fazer por” – substituir o doente naquilo que ele não pode fazer.

Na realidade, quando estamos perante doentes com alguma dependência no autocuidado, substituí-los naquilo que ainda têm alguma capacidade para fazer pode agravar a sua dependência. Logo, inicialmente pareceram-nos incongruentes estes dois resultados: frequências elevadas de autocuidados e acções do tipo executar.

Do nosso ponto de vista, o que acontece é que os enfermeiros consideram como sinónimos a dependência de cuidados de enfermagem (SCD/E) e a dependência dos utentes no autocuidado, conforme ilustra a nota seguinte:

“A maioria dos doentes são idosos, dependentes, a quem é preciso nós darmos banho. Nesses já sabemos: é logo pôr défice no autocuidado higiene” (no plano de cuidados”) NC48

O que diferencia os cuidados do final de vida, a sua especificidade reside na forma como se fazem as “tarefas” e no sentido que se lhe atribui e não propriamente naquilo que fazemos. Por exemplo o “dar banho na cama” pode ter múltiplos objectivos de acordo com cada doente: promover o conforto, criar um momento de relaxamento, aumentar a dignidade, diminuir o prurido... O importante não é o acto mas sim a disponibilidade que o enfermeiro manifesta quando o realiza, o significado que lhe atribui, o ambiente que cria, os pormenores com que o realiza. Todos estes aspectos permaneceram quase invisíveis na documentação.

As necessidades de cuidados documentadas pelos enfermeiros (diagnósticos de enfermagem) não reportaram a probabilidade de ocorrências de fenómenos de enfermagem desejáveis. Isto traduz uma orientação dos cuidados de enfermagem centrada apenas na resolução de problemas, limitações de incapacidades, (próxima do paradigma de categorização) e não evidencia uma actuação no sentido de aumentar o potencial de saúde dos clientes (paradigma da integração) ou manter o bem-estar tal como a pessoa o define (paradigma da transformação).

O grande volume de informação relativo a actividades decorrentes de prescrições médicas (medicação, atitudes terapêuticas, vigilância) denota a importância atribuída à documentação das actividades relacionadas com a manutenção da vida e o tratamento da doença traduzindo a influência do modelo biomédico.

No presente estudo, deparámo-nos também com um elevado volume de dados relativamente à área de intervenção autónoma, os quais descrevem de uma forma sistematizada a colheita de dados, diagnóstico, prescrição e execução de cuidados – que denotam a adopção de um modelo de enfermagem (paradigma da integração).

Relativamente aos *modelos expostos*, tendo em conta a diversidade de modelos conceptuais na literatura era quase impossível descrever exaustivamente todos os conceitos de cuidados de enfermagem. Nesta perspectiva, abordámos a orientação principal/essência dos cuidados de enfermagem de teóricos cujas teorias/modelos se referem à enfermagem de uma forma geral, mas que têm particular aplicabilidade no contexto do fim de vida (por exemplo Collière, 2003; Watson, 1985; Hesbeen, 2001) – quadro 10.

Procurámos ainda identificar os conceitos que apareciam associados a cuidados de enfermagem a pessoas em fim de vida na literatura específica desta área (*modelos expostos*). Verificámos a existência de uma variedade de conceitos interligados, passaremos a referir apenas os mais mencionados:

- *Qualidade de vida* - Couvreur (2001); CHPCNS (2002); Seymour (2004); SFACP (2000); entre outros. De acordo com o CHPCNS (2002) os enfermeiros têm uma responsabilidade primária e única na defesa do direito das pessoas à manutenção do máximo de qualidade de vida possível.

- *Dignidade* - conceito aplicado muitas vezes como sinónimo de “boa morte”, inclui o respeito pelas pessoas e pelos seus corpos. Num estudo realizado por Walsh & Kowanko (2002) a manutenção da dignidade foi considerado pelos doentes o aspecto mais importante nos cuidados em fim de vida. Manifestado em “pormenores” como por exemplo ser tratado com discrição e consideração, ter tempo para decidir, ser visto como uma pessoa. A dignidade como objectivo dos cuidados de enfermagem às pessoas em fim de vida também foi mencionada por CHPCNS (2002); Seymour, 2004; Australian Palliative Residential Aged Care (2006).

- *Conforto* - SFACP (2000); McIlveen & Morse (1995); Seymour (2004), entre outros. O conceito de conforto estava tradicionalmente associado à dimensão física nomeadamente o alívio da dor, contudo e de acordo com McIlveen & Morse (1995), os desenvolvimentos na formação de enfermagem e as mudanças culturais produziram um ênfase na comunicação e em estratégias psicológicas para a promoção do conforto.

- *Alívio do sofrimento* – Introduzido no conceito da OMS de 2002, surge praticamente em toda a literatura de cuidados paliativos e/ou cuidados a pessoas em fim de vida. Para a Australian Palliative Residential Aged Care (2006), o alívio do sofrimento passa pela identificação, avaliação e tratamento da dor e das necessidades psicológicas, culturais, sociais e espirituais. Para Hesbeen (2001), a intervenção do enfermeiro permite à pessoa em sofrimento evoluir para o seu próprio bem estar, sinónimo da sua harmonia pessoal, singular, não comparável a qualquer outra.

No quadro 10 apresentamos a comparação entre a orientação principal/essência dos cuidados nos modelos em uso e modelos expostos e a comparação entre as áreas chave de intervenção nos dois modelos. Podemos constatar que há ainda um grande hiato entre o conceito de cuidados de enfermagem dos *modelos em uso* e dos *modelos expostos*.

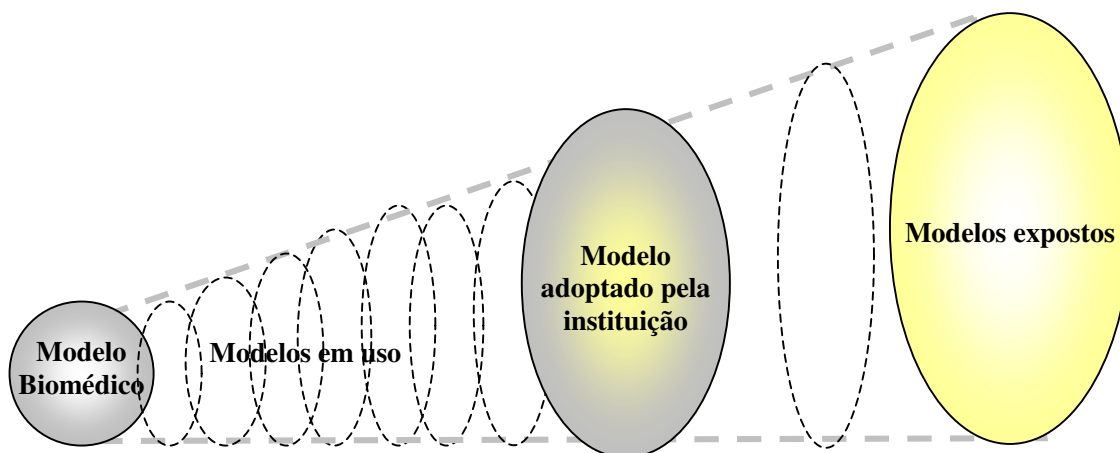
Quadro 10 – Comparação entre o conceito de cuidados de enfermagem a pessoas em fim de vida nos *modelos em uso* e nos *modelos expostos*

Dimensões do conceito	Modelos em uso	Modelos expostos
Orientação principal dos cuidados/essência	- Promoção da autonomia - Prevenir e detectar complicações - Fazer por, substituir naquilo que o doente não pode fazer - Promover o conforto - Trabalhar em equipa	- Ajudar o indivíduo nas actividades que contribuem para uma morte serena (Henderson, 1978) - Ajudar a pessoa na última grande passagem da vida (Collière, 2003) - Assistir e facilitar o processo de transição do doente e família (Meleis & Trangenstein, 1994, citados por Kralik, Visentin & Loon, 2006) - Uma arte e uma ciência humana do cuidar, um ideal moral e um processo transpessoal que visam a promoção da harmonia entre “corpo-alma-espírito” (Watson, 1985) - “Estar presente” (Forest, 2004) - Encontro e uma caminhada com o outro, tendo a saúde como horizonte (Hesbeen, 2001) - Qualidade de vida (Couvreur, 2001; CHPCNS, 2002; Seymour, 2004; SFACP, 2000; American Nursing Leaders, 2004, entre outros) - Dignidade (Walsh & Kowanko (2002), Canadian Hospice Palliative Care Nursing Standards, 2002; Seymour, 2004; Australian Palliative Residential Aged Care (2006) - Conforto (SFACP, 2000; McIlveen & Morse, 1995; Seymour, 2004, entre outros) - Alívio do sofrimento (Australian Palliative Residential Aged Care, 2006; WHO, 2002)
Áreas chave de intervenção do enfermeiro	- Cuidados de manutenção da vida - Observar/ vigiar continuamente o doente - Executar prescrições médicas - “Pequenas coisas” que não são necessárias documentar	- Cuidados ditos de “base”, uma presença contínua, mundo de ações de carácter mais ou menos técnico, uma imensidão de “pequenas coisas” (Hesbeen, 2001) - Cuidados de acompanhamento – incluem cuidados de compensação, manutenção da vida, estimulação, confortação, parecer e apaziguamento (Collière, 2003) - Validar, criar relação, capacitar, fazer por, ajudar a encontrar sentido, preservar a integridade (Canadian Hospice Palliative Care Nursing Standards, 2002) - Estar presente, estabelecer empatia, promover conforto, instilar esperança, conhecimento continuo, apoio e suporte (Seymour, 2004)

Tendo em conta o conceito de pessoa e o conceito de cuidados de enfermagem que emergiu da descrição dos enfermeiros, concluímos que os *modelos em uso* revelam uma progressão relativamente ao modelo biomédico, mas ainda se situam aquém do *modelo adoptado pela instituição*, o qual difere ainda dos modelos teóricos que parecem estar mais de acordo com o contexto do final de vida (*modelos expostos*). – figura 12. Queremos realçar que o para Silva (2001) “*não há uma prática de enfermagem: há práticas de enfermagem. Portanto, não há um modelo em uso: há vários modelos em uso*” (p.308), o que significa que podem existir enfermeiros cuja descrição dos cuidados se situe próxima dos *modelos expostos*.

O tamanho crescente dos círculos da figura 12 pretende ilustrar o aumento do foco de atenção dos enfermeiros, desde o modelo biomédico em que a atenção se situa predominantemente no órgão doente, passando pela valorização de alguns aspectos psico-espirituais-sociais do doente, até aos modelos expostos que percebem o doente e a família como unidade terapêutica, valorizando os aspectos que otranscendem.

Figura 12 – Esquema representativo dos *modelos em uso* versus modelo biomédico, *modelo adoptado pela instituição* e *modelos expostos*



Os resultados confirmam de certa forma, a opinião do Professor Abel Paiva e Silva, o qual afirmou numa entrevista à OE (2006) que “*em Portugal a Enfermagem está muito centrada no modelo biomédico, nas actividades de diagnóstico e de tratamento das doenças, e portanto, o papel dos enfermeiros ainda é muito orientado para essa actividade global das instituições de saúde*” (p.21). De acordo com Basto (1998), estes valores não estão de acordo com o conteúdo oficialmente ensinado nos cursos de enfermagem.

Volvida uma década, com o investimento feito nos últimos anos na formação dos enfermeiros, por exemplo com os Cursos de Complemento de Formação, questionamo-nos sobre os factores que condicionam a documentação dos cuidados de enfermagem a pessoas em fim de vida e a aproximação entre os modelos em uso e os modelos os expostos. Embora este não fosse um objectivo inicial do nosso trabalho, gostaríamos de tecer algumas considerações a este propósito, decorrentes do trabalho de campo no hospital e da comparação sistemática com a literatura.

Basto (1998) aponta como um dos factores condicionantes na adopção de um modelo de enfermagem o facto dos valores médicos dominarem a cultura hospitalar. Efectivamente os enfermeiros também verbalizaram essa percepção, quando perante doentes em fase final da vida questionaram o cumprimento de determinadas prescrições:

“ Às vezes tentamos explicar que se calhar já não se justifica estarmos sempre a picar aquele doente, mas eles nem ligam... (referindo-se à glicémia capilar)” NC34
“ Se nós não assinarmos na folha terapêutica a administração de determinado medicamento ou se não justificarmos porque não administrámos, levamos logo uma nota de não conformidade. Mas se eu não escrever determinadas coisas ninguém dá por isso...”NC19

Sweeney (1998) aponta a falta de tempo como um problema que coloca os enfermeiros perante o dilema de decidirem se elaboram registos dos cuidados prestados ou se prestam cuidados aos seus clientes. Este factor poderá ter especial peso no contexto em que realizámos o estudo, uma vez que os serviços se encontram quase sempre sobrelotados e com doentes com elevado nível de dependência. As seguintes expressões dos enfermeiros ilustram esta situação:

“Damos prioridade a cuidar o doente, quase nem temos tempo para respirar, a burocracia fica para o fim”. NC50
“Por vezes estamos exaustos, temos falta de tempo, ficamos revoltados. Então mal registamos, é a maneira de verem que não temos tempo para tudo”NC51

Realçamos ainda que a falta de tempo pode ser um factor condicionante dos registos, mas também da qualidade dos cuidados. Num estudo realizado nos Estados Unidos (Beckstrand, Callister & Kirhhoffet, 2006), os enfermeiros apontaram a falta de tempo como a barreira mais frequente na promoção de uma morte digna. Conforme refere Lopes (2005) *“a falta de recursos humanos para cumprir cuidados em tempo útil*

a um número alargado de doentes, fomenta a pressa e causa indisponibilidade interior do enfermeiro” (p. 8).

Além das dificuldades de gestão do tempo, verificamos que os enfermeiros não possuem espaços favoráveis à reflexão e elaboração de registos. Esta actividade é realizada geralmente no gabinete de enfermagem, espaço exíguo e com constantes interrupções. Sweeney (1998) também tinha apontado a questão do espaço como um factor dificultador da elaboração dos registos de enfermagem. Esta limitação de espaço, conforme já referimos, pode ser também um entrave ao estabelecimento de uma relação mais profunda que permita a expressão de sentimentos e partilha de aspectos mais íntimos com o doente.

Nos contactos que mantivemos com os enfermeiros foram também evidentes as dificuldades de reflexão sobre a prática e a forma “mecanizada” como são feitos os planos, como se pode compreender pela seguinte nota de campo:

“Não fizemos planos com diagnósticos relacionados com a família porque não deve haver nenhum plano tipo desses e perdia-se imenso tempo a pensar para fazer uma coisa dessas!

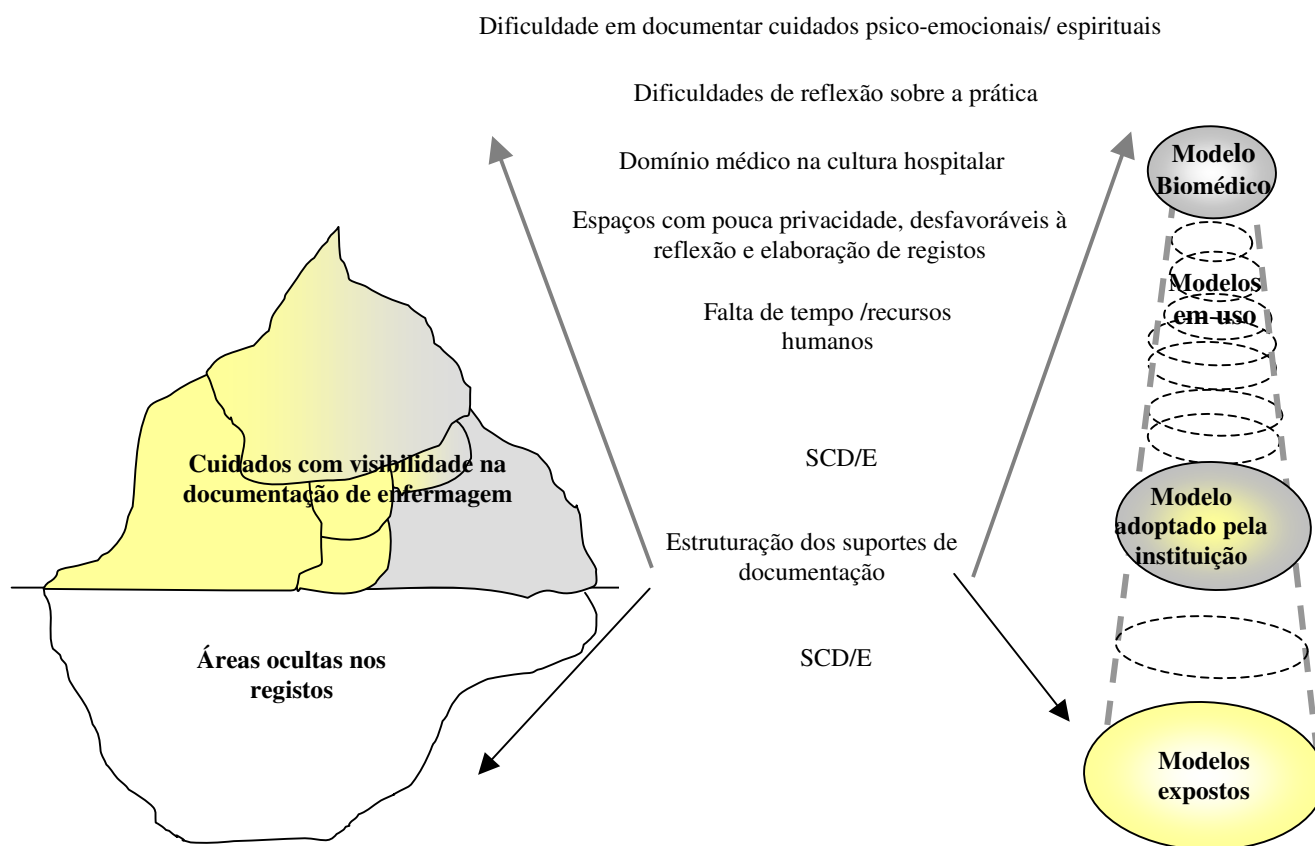
“A gente quando se senta para escrever é sempre a correr... Os outros(planos) já se faz automaticamente! NC31

Em relação à estruturação dos suportes de documentação podemos considerá-los um factor favorável à adopção do modelo de enfermagem (opinião que já sustentámos atrás noutros estudos), na medida em que pode ser um contributo à sistematização por exemplo da colheita e registos de dados. Por outro lado pode aumentar a rapidez de execução dos registos e diminuir a sensação de roubar tempo assistencial.

Outro facto que nos pareceu relevante na documentação dos cuidados foi a utilização do SCD/E e as auditorias a ele associadas. Do nosso ponto de vista a utilização deste sistema poderá ser benéfico na medida em que poderá promover maior rigor nos registos e “pressiona” os enfermeiros a documentar o planeamento de cuidados, desse ponto de vista é um factor favorável à documentação dos cuidados e à adopção de um modelo de enfermagem. No entanto, o facto de não valorizar determinados cuidados, nomeadamente o apoio à família, ou os “tempos” reduzidos atribuídos ao genérico item “apoio emocional” podem, em nosso entender, constituir um facto condicionante à documentação de determinadas intervenções.

Na figura 13 procurámos ilustrar o contexto de elaboração dos registos nos serviços onde foi realizado o estudo, mencionando os factores que influenciaram a documentação de enfermagem e a adopção dos modelos expostos. As setas pretendem representar o sentido da influência se no sentido de condicionar (setas para cima), se no sentido de facilitar (setas para baixo) a adopção de modelos mais próximos dos expostos e uma documentação mais vasta relativamente à área autónoma de enfermagem.

Figura 13 – Factores que influenciam a documentação de enfermagem e a adopção de modelos expostos nos serviços onde se realizou o estudo



Conforme ilustra a figura, os enfermeiros deparam-se com um lote de factores que dificultam a documentação de determinadas práticas. Os contextos dificultam implementação de estratégias que conduzam à adopção de modelos de prestação de cuidados que vão ao encontro da filosofia de cuidados paliativos preconizada pela OMS.

O ritmo acelerado de trabalho dos profissionais, a sua atenção com os aspectos relacionados com a doença, com o cumprimento de rotinas e actividades organizacionais contrasta com a necessidade de serenidade, conforto e bem-estar dos doentes para quem a vida está a chegar ao fim.

Alguns estudos têm alertado para alguns aspectos centrais na prestação de cuidados a doentes em fase final de vida e suas famílias:

- a despersonalização do ambiente hospitalar (Cerqueira, 2005; Brites et al, 2006):
- a falta de tempo e disponibilidade (Moreira, 2001; Brites, 2006), como obstáculos à prestação de cuidados adequados à fragilidade e o sofrimento de quem enfrenta a proximidade da morte.

Conforme referimos no enquadramento teórico, o Plano Nacional de Cuidados Paliativos, apresentado pelo Ministério da Saúde (2004), reconhece que os meios hospitalares raramente estão preparado para tratar e cuidar do sofrimento do doente que se aproxima inexoravelmente da morte. Por isso, é necessário que as instituições invistam na criação de ambientes favoráveis à prestação de cuidados a pessoas em fim de vida, para que os hospitais não sejam tal como descreve Salazar (2003), *lugares onde a dignidade não é um aspecto quotidiano. Não porque as pessoas estejam diminuídas, dependentes, mas porque quem deve cuidar delas está estafado e pouco valorizado no seu trabalho, acabando por tratá-los sem nenhuma atenção, humilhando-os, infantilizando-os, retirando-lhes a autonomia* (p.10).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A forma como as sociedades ocidentais lidam com o fenómeno da morte foi mudando de acordo com o local onde a maioria das pessoas morria. Outrora, a morte ocorria na maioria das vezes no leito de nascença, em que a pessoa que estava a morrer mantinha-se rodeada dos seus haveres, despedia-se dos seus entes queridos e expressava os seus últimos desejos. Progressivamente, o fim da vida foi transferido para o espaço público do hospital, onde a pessoa que está a morrer é rodeada de estranhos, moderna tecnologia e perdeu a capacidade de controlar os acontecimentos.

Nestas instituições, o enfermeiro é o profissional de saúde que acompanha permanentemente a pessoa que está a morrer e os seus familiares, ajudando, apoiando, confortando, substituindo, defendendo, aliviando – de modo a reduzir o sofrimento da “última grande despedida da vida” e promover uma morte digna.

Muitas pesquisas têm abordado a temática da morte em contexto hospitalar, enfatizando particularmente as vivências e necessidades dos doentes, familiares e profissionais de saúde. No entanto, pouco se tem investigado sobre os cuidados prestados às pessoas em fim de vida e os modelos de enfermagem que orientam a prática dos enfermeiros.

Os hospitais são instituições concebidas para curar a doença, com ritmos acelerados, neste contexto, adquire especial relevância a questão da filosofia de cuidados, pois as necessidades e prioridades de uma pessoa cuja vida está a chegar ao fim diferem das de alguém “potencialmente curável”.

No presente estudo, procurámos através da análise de conteúdo à documentação de enfermagem e recorrendo às notas de campo, identificar os modelos de cuidados a pessoas em fim de vida no hospital, que emergem da documentação do processo de cuidados de enfermagem.

Constatámos que a documentação de enfermagem apresentou-nos um cenário de cuidados relativamente diferente das notas de campo.

Nos registos, os enfermeiros deram ênfase à dimensão física do ser humano, focalizando a sua atenção essencialmente no domínio da *função*, o que está mais de acordo com o modelo biomédico. Foram documentados com frequência os cuidados ao

corpo e à manutenção da vida mas foram pouco mencionados os aspectos relativos à personalização e continuidade destas intervenções, bem como o seu significado para o enfermeiro, doente e família. Os registos quase não evidenciam dados relacionados especificamente com o processo de morrer, nas últimas 24 horas de vida os enfermeiros documentaram uma particular atenção com a vigilância das funções vitais.

Nas conversas informais (notas de campo) apercebemo-nos que os enfermeiros têm dificuldade em documentar os aspectos psico-emocionais-espirituais, considerando-os como boas práticas, inerentes ao exercício profissional. Por outro lado a documentação de intervenções a este nível têm pouca relevância no Sistema de Classificações de Doentes por Níveis de Dependência, dado a sua documentação dar uma reduzida importância à carga de trabalho e ao tempo dedicado a estas actividades.

Os enfermeiros referiram-se às condições físicas da instituição como um factor condicionante ao estabelecimento de relações mais próximas com o doente e família. Conforme observámos, a falta de privacidade pode tornar ainda mais difícil a expressão de sentimentos num momento tão íntimo como a despedida da vida. Efectivamente, é constrangedor emocionarmo-nos em público quando estamos de partida para um local diferente, a morte significa uma partida definitiva, a passagem para o desconhecido e por isso, todos os seres humanos deveriam ter a possibilidade de viver esses momentos longe dos olhares de estranhos partilhando sentimentos e emoções com quem lhes é querido.

Os enfermeiros verbalizaram uma constante solicitação das famílias, o que tem acontecido especialmente após o alargamento do horário de visitas. O tempo dedicado ao fornecimento de informações aos familiares (e outras visitas) e o apoio perante a carga emotiva inerente à proximidade da morte foram largamente expressos pelos enfermeiros. Conforme descreveram, a disponibilidade para escutar e apoiar a família compete por vezes com o cumprimento de rotinas. Contudo, a atenção do enfermeiro relativamente à família e as suas intervenções foram muito pouco documentadas, é como se o alvo dos cuidados fosse apenas o doente. Um dos aspectos que teve mais visibilidade nos registos foi a complexa missão de informar as famílias da morte do seu ente querido. Os enfermeiros também documentaram um conjunto de procedimentos organizacionais relacionados com o óbito nomeadamente a entrega de valores aos familiares.

Na análise da documentação de enfermagem a categoria com mais unidades de enumeração foram as *actividades diagnósticas*, confirmando que o enfermeiro é o profissional que acompanha constantemente o doente, observando-o, recolhendo e

gerindo um conjunto de informações que lhe permitem decidir intervir autonomamente ou solicitar a intervenção médica.

Por vezes, durante o processo de observação/vigilância, o enfermeiro detecta complicações no estado de saúde dos utentes. A sua decisão relativamente ao momento em que deve ser solicitada a intervenção médica pode ter impacto na ténue linha que, neste contexto, separa a vida da morte.

Na documentação de enfermagem foi evidente um elevado volume de informação relativo ao cumprimento de *prescrições médicas* (a maioria já documentada noutra parte do processo clínico), o que nos remete para uma perspectiva de documentação centrada no modelo biomédico, o que de certa forma infere o domínio médico da cultura hospitalar. As notas de campo salientaram uma perspectiva do enfermeiro face à pessoa em fim de vida que questiona a pertinência de determinadas medidas terapêuticas. Contudo, nem sempre tiveram sucesso na sua intervenção, o que os colocou por vezes perante o dilema ético de ter que imobilizar doentes agitados e/ou confusos para cumprir prescrições médicas, como por exemplo manter o doente imobilizado para não retirar o soro. Esta postura, em nosso entender revela também da parte dos profissionais uma concepção de pessoa como ser passivo, que difere significativamente dos modelos conceptuais de cuidados a pessoas em fim de vida, os quais postulam o doente e família como parceiros nas decisões de saúde.

Os enfermeiros manifestaram alguma dificuldade em identificar resultados decorrentes da sua intervenção, facto evidente nos registos e confirmado nas conversas informais, com expressão da sensação de fracasso e impotência. Em nosso entender, esta “sensação de insucesso” está relacionada com dois factores: o horizonte da cura/recuperação da independência do doente e a concepção de morte como um fracasso dos cuidados.

Neste estudo, a concepção de pessoa e de cuidados de enfermagem fazem emergir um *modelo de cuidados em uso* que se situa para além do modelo biomédico mas que não se enquadra ainda *no modelo adoptado pela instituição* e está muito aquém dos *modelos expostos* na literatura que enfatizam o alívio do sofrimento, a manutenção da dignidade, a promoção do conforto e da qualidade de vida definida pelo próprio como corolários para uma morte serena.

Do nosso ponto de vista, neste ambiente hospitalar é difícil aos profissionais de saúde um acompanhamento adequado e uma atenção com as “pequenas coisas” essenciais à manutenção da dignidade de quem está dependente, perdeu a beleza física e o estatuto social.

São necessárias melhores condições físicas e mais recursos humanos para atendermos às necessidades das pessoas cuja vida está a chegar ao fim. Mas é necessário também que os enfermeiros reflectam sobre as suas práticas, de modo a *“desenvolverem dimensões no seu exercício que respondam, com maior grau de profissionalização, a estas necessidades”* (Silva, 2006). É importante que no acelerado ritmo hospitalar sejam criados e valorizados os espaços de discussão, de modo a que os profissionais tenham oportunidade de reflectir, expressar sentimentos e apoiarem-se mutuamente evitando o desgaste e a “rotinização” dos cuidados.

Estamos conscientes que a introdução de uma linguagem uniforme não vai alterar, só por si, as concepções de cuidados (Silva, 2001). Contudo, acreditamos que a introdução da terminologia da CIPE® poderá ser uma excelente oportunidade para reflectir sobre as práticas e mudar progressivamente a filosofia de prestação de cuidados fazendo emergir modelos centrados na manutenção e aumento do bem-estar da pessoa e não apenas no tratamento da doença. A introdução de uma linguagem classificada pode ajudar os enfermeiros a descrever melhor a sua prática mas é necessário uma reflexão sobre o que deve ser documentado. Concordamos em absoluto com Leal (2006): *“A CIPE® pode ser uma poderosa ferramenta para dar visibilidade à enfermagem. Compete às enfermeiras saberem qual a visibilidade que lhe querem dar!”* (p.199).

A informatização do registo dos cuidados de enfermagem, prevista para breve nestas unidades hospitalares, poderá ser um factor decisivo na actividade de documentação, na medida em que irá facilitar o processo de reciclagem da informação, o que poderá contribuir para a consensualização da utilidade dos registos como forma de dar visibilidade às intervenções dos enfermeiros. Isto poderá constituir uma oportunidade e um desafio à reflexão sobre o que deve ser documentado em especial no contexto de prestação de cuidados à pessoa em fim de vida.

Só com o desenvolvimento pessoal de cada enfermeiro poderão ser desenvolvidas novas concepções de cuidados que se irão reflectir na forma como os enfermeiros documentam a sua prática. Desta forma os enfermeiros poderão através dos sistemas de informação em saúde dar visibilidade a uma imensidão de “pequenas coisas” que ajudam o outro na sua última grande passagem.

Relativamente à formação, queríamos realçar o importante papel das famílias na “educação para a morte” de modo a evitar concepções da morte como um fracasso da medicina. Os profissionais são pessoas, transportam valores incutidos precocemente e que podem condicionar a forma como perspectivam a morte. É importante que na

infância, a morte lhes seja apresentada de forma natural e adequada à sua fase de desenvolvimento.

Na nossa opinião, na formação profissional dos enfermeiros dever-se-iam aprofundar os conteúdos relativos ao cuidar em fim de vida. Cuidar de quem está a morrer será uma realidade com que os profissionais se irão defrontar directa ou indirectamente em qualquer contexto da prática e no qual a solidez de conhecimentos pode revelar-se uma vantagem perante determinadas adversidades.

Gostaríamos ainda de reforçar que o facto de na maioria das vezes ter sido o enfermeiro a informar a família sobre a ocorrência do óbito justifica um forte investimento na formação de enfermeiros sobre a técnica de transmissão de más notícias.

Ao finalizar este estudo envolve-nos um agradável sentimento de cumprimento dos objectivos traçados inicialmente. Procurámos manter presente que este era um trabalho académico, com determinado limite temporal e esses factos condicionaram algumas das nossas opções e impuseram algumas limitações não na validade, rigor ou profundidade do estudo mas na sua amplitude. Em nosso entender, se incluíssemos outra fonte de dados, nomeadamente a entrevista, poderíamos ter colhido dados que nos permitissem identificar os conceitos de ambiente e saúde dos enfermeiros e a relação entre eles, o que aumentaria a compreensão do modelo de cuidados em uso.

Em relação a sugestões para futuras investigações, este trabalho abre diversas perspectivas, em nosso entender pertinentes:

- Identificar e descrever as áreas de intervenção dos enfermeiros a pessoas em fim de vida que permanecem ocultas nos registos, com recurso à observação participante.
- Investigar os “tempos” dedicados a intervenções de carácter psico-espiritual de modo a reformular o SCD/E.
- Conhecer os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, na perspectiva do doente, família e próprio enfermeiro decorrentes da intervenção em pessoas em fim de vida.
- Conhecer a satisfação dos doentes em fim de vida e familiares face aos cuidados de enfermagem prestados.

O empenho e o entusiasmo que colocamos na realização desta pesquisa dá-nos neste momento a satisfação do “dever cumprido”, mas deixa-nos o desejo de numa próxima oportunidade irmos mais longe.

Uma das maiores dificuldades que nos surgiu foi o controlo da nossa “gula livresca”, alimentada pela vasta bibliografia relativa a esta temática. O pouco domínio inicial da técnica de análise de conteúdo aliado ao elevado volume de dados desafiaram a nossa persistência e capacidade de organização. Por outro lado, o conciliar a realização deste trabalho, com as crescentes solicitações profissionais e familiares, e a luta para vencer o desgaste pessoal foram concertiza o maior desafio que enfrentámos.

Ao finalizar este relatório sentimos que é importante não só o resultado final da nossa caminhada, apresentado neste documento, mas é igualmente importante a experiência acumulada e as capacidades desenvolvidas durante a sua elaboração.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abusabha, R. (2003). Qualitative vs quantitative methods: two opposites that make a perfect match. *Journal of the American Dietetic Association*. May 2003 [Consulta: 25 Setembro 2004] URL: http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0822/is_5_103/ai_101796918.
- Alfaro-Lefevre, R. (1977). *El pensamiento crítico en enfermería: um enfoque práctico*. Barcelona: Masson.
- American Nursing Leaders. (2004). *Advanced practice nurses role in paliative care: a position Statement from American Nursing Leaders* [Consulta: 10 Abril 2006]. URL: <http://www.dyingwell.com/downloads/apnpos.pdf>; -04-15.
- Ariés, P. (1977). *O Homem perante a Morte*. 2 tomos, (2ªed). Mem Martins: Publicações Europa América.
- Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006). *Cuidados paliativos: o que são?* [Consulta: 10 Abril 2006]. URL: <http://www.apcp.com.pt/index.php?n=cuidados-paliativos&cod=79&subCat=79>.
- Atkinson, L. D. & Murray, M. (1989). *Introdução ao processo de enfermagem*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Australian Palliative Residential Aged Care (May 2006). *Guidelines for a Palliative Approach in Residential Aged Care*. [Consulta 27 de Julho de 2007] URL: <http://www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/Content/palliativecare-pubs-workf-guide.htm>
- Bardin, L (2004). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barón, G & Féliu, J. (1996). El Enfermo Terminal. In *Tratado de Medicina paliativa y Tratamiento en el enfermo con Cancer*. Madrid. Editorial Panamericana.
- Barros, M. I. M. (Set./ Out. 1988). Cuidar de um doente moribundo é antes de mais assistir um doente em vida, *Servir*. 36, (5), 232-239
- Basto, M. L. (1998) *Da intenção de mudar à mudança. Um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa: Rei dos Livros.
- Basto, M. L. & Portilheiro, C. (Fev 2003) Concepção de cuidados de enfermagem: o que dizem os enfermeiros. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 7, 42-51

- Beckstrand, R.; Callister, L; & Kirhhoff, K. (Jan 2006) *American Journal of Critical Care*. 15 (1). [Consulta: 12 de Julho de 2007]. URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?vid=4&hid=3&sid=61ecec7e-6d87-4eab-a239-5eebeb0f9c31%40sessionmgr9>
- Berger, M. & Hortala, F. (1982). *Morir en el hospital*. (1ªed). Barcelona: Ediciones Rol.
- Björvell, C., Wredling, r. & Thorell-Ekstrand, I. (2003) Improving documentation using a nursing model. *Journal of Advanced Nursing*, 43 (4) 402-410.
- Bogdan, R. & Biklen, Sari (1994). *Investigação qualitativa em educação*. Porto: Porto Editora.
- Brites, B et al. (Jan/ Março 2006). A pessoa em fim de vida – Reflectir para ajudar. *Enfermagem*, 41 (2ª série), p.5-10
- Buresh, B. Gordon; S. (2004) . *Do silêncio à voz*. Coimbra: Ariadne Editora.
- Byock, I (Dec. 2002). Sens et valeur de la mort: Faits, philosophie et réflexions sur la responsabilité sociale et clinique. *Médecine Palliative*. Vol 1: 103-112. [Consulta 9 de Fevereiro, 2006]. URL: <http://www.dyingwell.com/mp1202.htm>.
- Byock, I. (2004). *The Four Things That Matter Most*. [Consulta: 3 Abr. 2006]. URL: <http://www.thefourthings.org/>.
- Canadian Hospice Palliative Care Nursing Standards Committee (2002). *Hospice palliative care nursing standards of practice*. [Consulta 20 de Julho de 2007]. URL: http://www.chpca.net/interest_groups/nurses/Hospice_Palliative_Care_Nursing_Standards_of_Practice.pdf
- Carter, J. (2004). *The players: getting nurses into the equation*. [consulta: 4 Jan 2007]. Canadian Nurses Association. URL: <http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/>.
- Castelo Branco, M. Z. (2004). *Necessidades dos cuidadores familiares dos doentes oncológicos em fase terminal*. [Tese de mestrado]. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
- Cerqueira, M. M. (2005). *O cuidador e o doente paliativo. Análise das necessidades/dificuldades do cuidador para o cuidar do doente paliativo no domicílio*. Coimbra: Formasau.
- Clark, A. M. (1998). The qualitative-quantitative debate: moving from positivism and confrontation to post-positivism and reconciliation. *Journal of Advanced Nursing*. 27. 1242-1249.
- Collière, M.-F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida*. (2ªed.). Loures: Lusociência. Conselho de Enfermagem. (2001 b). *Padrões de Qualidade dos*

- Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos.*
Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Conselho Internacional de Enfermagem. (2002). *Classificação Internacional para a prática de Enfermagem (CIPE/ICNP®) versão beta 2.* Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (2005) .*Relatório sobre o estado vegetativo persistente.* [Consulta 20/10/2006]. URL: http://www.cneqv.gov.pt/NR/rdonlyres/422FD00A-8B59-4700-9F99-6890C135199B/0/P045_RelatorioEVP.pdf
- Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (2005) . *Parecer sobre o estado vegetativo persistente.* URL: http://www.cneqv.gov.pt/NR/rdonlyres/4CE3FCA5-7DBC-474C-B037-6BFE79102D01/0/P045_ParecerEVP_versaoFinal.pdf
- Corner, J. & Halliday, D. (Jun. 2003). Exploring nursing outcomes for patients with advanced cancer following intervention by Macmillan specialist palliative care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 41(6) Oxford: Blackwell Publishing, (561-574).
- Costa, L. F (2000). Qual o local privilegiado para a prestação de cuidados a doentes terminais? In *Cuidados Paliativos: Dossier Sinais Vitais.* (p.29-39). (1ªed), Coimbra: Edições Formasau.
- Dias, A. et al. (Jun. 2001). Registos de Enfermagem. *Servir*, 49 (6), p.267-271
- Davis, B. (1994). Evaluation of nursing process documentation. *Journal of Advanced Nursing. Oxford* 19: Blackwell Publishing
- Ehrenberg, A., Ehnfors, M & Smedby, B. (Jun 2001) Auditing nursing content in patient records [Full Text]. *Scandinavian Journal Of Caring Sciences*, 15 (2) 133-141. [Consulta: 10 Dez. 2006]. MEDLINE. URL: http://web.ebscohost.com/ehost/detail?estudos/ficha.asp?x_estudoid=288#event_partner_apr04_equation_e.pdf
- Fericka, J. M. (Dez. 2003). La experiencia de la muerte: Antídoto para el miedo de la muerte. *Rol*, 26(12), 12-20.
- Fernandes, M., Serrão, S. e Martins, T., (2007). Contenção física: Das características dos doentes às de contenção. [Monografia de Licenciatura]. Funchal: Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny.
- Ferreira, L et al (2007). Só acredito em Deus e em vocês. In *Aprendendo o cuidado de enfermagem: Entre a prática e a escrita a construção da competência clínica.* Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende

- Fielding, N. Schreier, M. (Fev 2001). *On the Compatibility between qualitative and qualitative reseach methods*. Forum Qualitative Social Research (Online Journal, 2(1). [Consulta 26/09/2004]. URL: <http://qualitative-research.net/fqs/fqs-eng.html>
- Figueiroa-Rêgo, S. (2003). Século XXI: Novas e velhas problemáticas em enfermagem: sistemas de informação e documentação em enfermagem e modelos de cuidados em uso. *Pensar Enfermagem*, 7 (2), 34-48.
- Flick, U. (2005). *Métodos Qualitativos na Investigação Científica*. (1ªed). Lisboa: Monitor.
- Forest, P (Aug 2004). Being There: The Essence of End-of-life Nursing Care. *Urologic Nursing*. 24 (4). [Consulta 21 Julho, 2007]. URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=5&hid=5&sid=7feaf681-16d4-48e4-bd5536e82d7c5d8c%40sessionmgr8>
- Fortin, M. F. (1999). *O processo de investigação da concepção à realização*. (1ªed). Loures: Lusociência.
- Frias, C. F. (2003). *A aprendizagem do cuidar e a morte: um desígnio do enfermeiro em formação*. Loures: Lusociência.
- Ghezzi M. (1991). *Convivendo com o ser morrendo*. Porto Alegre. Sagra
- Garcia, T. R. & Nóbrega, M. M. (2000) *Sistematização da assistência de enfermagem: reflexões sobre o processo*. In: 52º Congresso Brasileiro de Enfermagem,. [Consulta 29 Junho, 2007]. URL:<http://www.virtual.unifesp.br/cursos/enfnegro/restrito/download/sistematizacaodaassistencia.pdf>
- Goossen, W. (Abril/Junho 2000). Uso dos registos electrónicos dos pacientes para colher conjuntos mínimos de dados baseados numa terminologia unificada de enfermagem. *Enfermagem*. 18, 5-22
- Hegarty, M et al. (Dec 2005). *Nursing documentation: non-physical dimensions of end-of-life care in acute wards*. [Consulta 6 de Julho de 2007]. URL: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez?Db=pubmed&Cmd=ShowDetailView&TermToSearch=16415756&ordinalpos=1&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVMedline
- Hennezel, M., & Leloup, Jean-Yves (1998). *A arte de Morrer*. (1ªed) Lisboa: Editorial Notícias.
- Hennezel, M. (1999). *Diálogo com a morte*. (3ªed). Lisboa: Editorial Notícias.
- Hennezel, M. (Mar.2000). *Acompanhar os últimos instantes da vida*. Comunicação apresentada no Simpósio de Enfermagem “A Pessoa em risco de vida”. Lisboa.
- Hennezel, M. (2001). *Nós não nos despedimos. Uma reflexão sobre o fim da vida* (1ªed). Lisboa: Editorial Notícias.

- Hennezel, M. (2006). *Morrer de olhos abertos*. (1ªed). Lisboa: Casa das Letras/Editorial Notícias.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). *Qualidade em enfermagem: pensamento e acção na perspectiva do cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hospice Patients Alliance (2007). Signs and symptoms of approaching death. [Consulta 20 de Abril de 2005] URL:<http://www.hospicepatients.org/hospic60.html>
- Instituto de Gestão Informática e financeira na Saúde (2007) *Sistema de Classificação de Doentes Baseado em Níveis de Dependência de Cuidados de Enfermagem (SCD/E)* [Consulta 20 de Abril de 2005] URL:http://www.acss.min-saude.pt/Projectos/Proj_Implem/SCD-E.htm
- Instituto Nacional de Estatística. (2002). *Aspectos económicos e sociais da população nos Censos 2001*. [Consulta: 12 de Maio de 2004]. URL: <http://www.ine.pt/prodserv/>
- Jesus, M. (1995). *Modelos de enfermagem e intervenções independentes de enfermagem* [Tese de mestrado]. Lisboa: Universidade Católica, Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde.
- Jesus, E. & Correia, M.C. (Mar. 2001). *A CIPE e os termos utilizados pelos enfermeiros da RAM*. Comunicação apresentada na 3ª Conferência Europeia da ACENDIO. Berlim.
- Jesus, E. H. (2006). *Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica de enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Juntilla, K & all (Nov/ 2000). Perioperative documentacion in Finland. [versão electrónica]. *AORN Journal*. URL: http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSL/is_5_72?pnun=15&opg=67709239
- Kralik, D.; Visentin, K & Loon, A. Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55 (3), 320-329
- Kubbler-Ross, E. (1981). *Sobre a morte e o morrer*. (1ªed). S. Paulo: Livraria Martins Fontes Editora.
- Lalanda, P. (Outubro de 1996). Espaço sociocultural da morte. *Cadernos de Bio-Ética*, Coimbra: Centro de estudos de Bioética, 19-31
- Latimer, J. (2005). *Investigação Qualitativa Avançada para Enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget.

- Leal, M. T. (2006). *A CIPE e a visibilidade da enfermagem. Mitos e realidades*. Loures: Lusociência.
- Lopes, M. J. (1999). *Concepções de Enfermagem e desenvolvimento sócio-moral. Alguns dados e implicações*. [Tese de mestrado]. Lisboa, s.l.: Universidade Católica, Faculdade de Ciências Humanas.
- Lopes, A. J. M. (2004). *Experiência de cuidar da pessoa em fase terminal*. [Tese de mestrado]. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Lopes, M. A. P. (1º Semestre/2005). Dificuldades ocultas na Interacção dos Cuidados de Enfermagem ao Corpo da Pessoa Idosa. *Pensar Enfermagem*, 9 (2), 2-11.
- Macmillan, K. Et al (2005). *Como cuidar dos nossos*. Lisboa: Associação pela Dignidade na Vida e na Morte e Escola Superior de Enfermagem de Calouste Gulbenkian
- Martins, L. (1997). *Cuidados de Enfermagem Paliativos: O enfermeiro e o doente terminal*. Instituto de Formação em Enfermagem, 7-25
- McIlveen, K. H. & Morse, J. (1995). The role of comfort in nursing care: 1900-1980. *Clinical Nursing Research*, 4 (2), p.48-127).
- Mercadier, C. (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar: O corpo, âmbito da interacção prestador de cuidados-doente*. Loures. Lusociência
- Ministério da Saúde (2004). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Despacho Ministerial de 15-06-2004.
- Monteiro, C. & Costa, I. (2003). Oclusão intestinal: Sintomas e tratamento. In Marques, A. L. & Neto, I. G. *Dor e Cuidados paliativos*. (p.47-53).
- Moreira, I. M. P. B. (2001). *O doente terminal em contexto familiar. Uma análise da experiência de cuidar vivenciada pela família*. Coimbra: Formasau
- Morin, E. (1997). *O Homem e a Morte*. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Neto, I. Aitken, H. H., Paldrön, T (2004) A dignidade e o sentido da vida. Uma reflexão sobre a Nossa existência. (1ªed). Cascais: Pergaminho
- Neto, I. G. (2003). Cuidados paliativos nas doenças não oncológicas. In Marques, A. L. & Neto, I. G. *Dor e Cuidados paliativos*. (p.15-21)
- Neto, I. (8 Out 2005). Aliviar a dor até à morte só para 3000. [Entrevista realizada por Rei, J.]. In: *Diário de Notícias*. [versão electrónica]. URL: http://dn.sapo.pt/2005/10/08/sociedade/aliviar_a_ate_a_morte_para_3000.html

- Neves, C. (2000). A morte, a sociedade e os cuidados paliativos. In *Dossier Sinais Vitais Cuidados Paliativos*. (1ªed), Coimbra: Edições Formasau, 7-20
- Neves, M. P. (Outubro de 1996). Morte e Morrer. *Cadernos de Bio-ética.*, 7-17
Coimbra: Centro de Estudos de Bioética.
- Niblett, V.(2001). Um ritual para todas as estações. *Pensar Enfermagem*, 5 (2), p.63-64.
- Olsen, P. S. (Mar. 2001). *Classificatory review of ICNP*. [consulta: Jan. 2007].Danish Nurses' Organisation. URL: <http://www.icn.ch/ICNPreview.pdf>
- Olson, H. (2004) Quantitative “versus” qualitative research: The wrong question. [Consulta: 25 Set. 2004]. URL: : <http://www.Ualberta.ca/dept/slis/cais/olson.htm>.
- Onrubia, M. (2000). Controlo de sintomas na fase terminal: Aspectos de Enfermagem. In *Dossier Sinais Vitais Cuidados Paliativos*. (1ªed), Coimbra: Edições Formasau, 115-120
- Ordem dos Enfermeiros (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Lisboa: Autor.
- Ordem dos Enfermeiros (2003).Divulgar: Competências dos Enfermeiros de cuidados gerais. Lisboa: Autor
- Ordem dos Enfermeiros. (Abr. 2006). Cerimónia de lançamento reúne em Lisboa mais de 100 de enfermeiros: Secretária de Estado elogia CIPE e defende a sua informatização. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 21, 10-12.
- Osswald, W. (Out. 1996). A morte anunciada. *Cadernos de Bio-Ética*. Coimbra: Centro de Estudos de Bioética, 12, 54-59.
- Pacheco, S. (2002). *Cuidar a pessoa em fase terminal: Perspectiva ética* (1ªed). Loures: Lusociência.
- Pereira, F. (2004). Dos Resumos Mínimos de Dados de Enfermagem aos indicadores de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem: o caminho percorrido. *Revista Ordem dos Enfermeiros*. 13 (Supl.), 13-21.
- Pereira, F. M. S. (2001) *Teor e valor da informação para a continuidade nos cuidados*. [Tese de mestrado]. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Pierce, S. (Jul/Ago 2000). Para melhor Cuidar dos doentes no fim da vida: Colheita de sugestões dos familiares: *Servir* 48, (4).193-202
- Pignatelli, C. (Abr. 2006). A CIPE vai ser utilizada em todos os aplicativos em que haja a prática de Enfermagem. [Entrevista realizada por Ordem dos Enfermeiros]. In *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 21, 4-9

- Pires, M. H.(1995). *Cuidar em Fim de Vida*. [Dissertação apresentada para provas públicas de professor Coordenador]. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Francisco Gentil.
- Pires, A. M. (Abr. 2001). Cuidar em fim-de-vida: aspectos éticos. *Cadernos de Bio-Ética*, 25, 86 – 94
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. (3ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Portugal, Ministério da Saúde. *Decreto-lei nº104/98* de 21 de Abril.
- Portugal, Ministério da Saúde. *Decreto-lei nº161/96* de 4 de Setembro.
- Portugal, Ministério da Saúde. *Decreto-lei nº437/91* de 8 de Novembro.
- Reed, P. (1995). A treatise on nursing knowledge development for the 21st century : beyond postmodernism. *Advances in nursing science*, 17 (3), 70-84.
- Região Autónoma da Madeira. (2003). *Plano de Saúde*. [Consulta 19-5-2005] Secretaria Regional dos Assuntos Sociais. URL: http://sras.madinfo.pt/pdfs/Plano_Saude.pdf.
- Ribeiro, M., C., (2004). *O cuidador principal do doente terminal*. [Tese de mestrado]. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
- Roper, N., Logan, W., & Tierney, A., J. (1995). *Modelo de enfermagem* (3ªed.). Alfragide: McGraw Hill.
- Salazar, H. (2003). A natureza do sofrimento em cuidados paliativos. In Marques, A. L. & Neto, I. G. *Dor e Cuidados paliativos*. (p.9-14)
- Santos, C. S. V., Gomes, I.C. C., Leça, S. P. F. S. (2007). *Atitude do Enfermeiro face ao toque afectivo na pessoa em fase terminal*. [Monografia de Licenciatura]. Funchal: Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny.
- Serviço Regional de Saúde, EPE (2003). *Guias dos impressos de registo de enfermagem*. Funchal.
- Silva, A. P. (2000) *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: estudo de implementação*. [Relatório apresentado para a prestação de provas públicas no concurso para professor coordenador]. Porto: Escola Superior de Enfermagem de S. João.
- Silva, A. P. (2001). *Sistemas de Informação em Enfermagem uma teoria explicativa de mudança*. [Tese de doutoramento]. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Silva, J. F. (2005). *Quando a vida chega ao fim: expectativas do idoso hospitalizado e família no regresso a casa e a prática do enfermeiro*. [Relatório apresentado para

- a prestação de provas públicas no concurso para professor coordenador]. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Calouste Gulbenkian
- Silva, A. P. (Abr. 2006). Abordagem correcta da CIPE, segundo o Prof. Abel Paiva. Uma parte para ler, outra para consultar. [Síntese de comunicação apresentada na Sessão de lançamento da versão1 da CIPE]. Lisboa. In *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 21, 18-19.
- Silva, A. P. (Abr. 2006). Prof. Abel Paiva defende parcimónia na produção e utilização de indicadores Participação no ICN Strategic Advisory Group permite maior domínio conceptual da CIPE. [Entrevista realizada por Ordem dos Enfermeiros]. In *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 21, 20-21.
- Sociedade Francesa de Acompanhamento e de Cuidados Paliativos (2000) *Desafios da Enfermagem em Cuidados paliativos: “Cuidar”: ética e práticas*, Loures: Lusociência.
- Sousa, P. A (1995) *As representações da morte no ensino de enfermagem*. [Dissertação de Mestrado]. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Sousa, P. A. (Abril 1997). A morte e o processo de morrer. *Enfermagem Oncológica*. nº2., 23-28
- Sousa, P. A (2006) *Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde : um modelo explicativo*. [Tese de doutoramento]. Porto: Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Streubert, H. J. & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: Avançando o Imperativo humanista*. Loures: Lusociência.
- Sweeney, M. (1998). Registo dos Cuidados. In Bolander, V. B. *Enfermagem fundamental: abordagem psicofisiológica*. (p.579-619). Lisboa: Lusodidacta.
- Taylor, C. et al (2004). *Fundamentals of nursing : the art and science of nursing care*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Tourville, C & Ingalls, K (Fev. 2004). A árvore viva das teorias de enfermagem. *Servir*. 52 (2). 82-92.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. (2ªed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Vieira, M (2000). M. Aspectos Ético-Legais dos Cuidados Paliativos: - Qual o papel do enfermeiro. In *Cuidados Paliativos: Dossier Sinais Vitais*. (p.29-39). (1ªed), Coimbra: Edições Formasau.
- Walsh, K & Kowanko, I (2002). Nurses and patients perceptions of dignity. *Internacional Journal of Nursing Practice*, 8 (1) p.51-143

- Watson, J. (2002). *Enfermagem Pós-Moderna e Futura. Um novo paradigma de enfermagem*. Loures: Lusociência.
- World Health Organization Europe. (2004). *Better Palliative Care for Older People*. [Consulta: 18/10/2006]. URL: http://www.apcp.com.pt/uploads/Better_Palliative_Care_for_Older_People.pdf
- World Health Organization Europe. (2004). *The Solid Facts*. [Consulta: 10/2/2006]. URL: http://www.ancp.pt/uploads/Palliative_Care_The_Solid_Facts.pdf
- World Health Organization Europe. (2002) *National Cancer Control Programmes : Policies and managerial guidelines*. [Consulta: 6/7/2007] URL: <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1: Autorização para aplicação do instrumento de colheita de dados



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
SERVIÇO REGIONAL DE SAÚDE, E.P.E.

Serviço Regional de Saúde, E.P.E.
SAÍDA
S.0504315 / 5 2005/04/14

Exm^a. Senhora
Enf^a. Rita Maria Sousa Abreu
Figueiredo
A/C da Escola Superior de
Enfermagem de São José de Cluny
Rampa da Quinta Sant'Ana
9050-FUNCHAL

Sua referência

Sua comunicação

N/Ofício

Data

Assunto: REALIZAÇÃO DE TRABALHO

Relativamente ao solicitado por V. Ex^a. informo que por deliberação do Conselho de Administração foi autorizada a realização do trabalho subordinado ao tema "Cuidados de enfermagem às pessoas em fim de vida".

Para tal o trabalho terá, como é do V/conhecimento, de ser submetido a parecer prévio da Comissão de Ética.

Com os melhores cumprimentos.

O Vogal do Conselho de Administração

Luís Adelino Gonçalves Fragoeiro



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
SERVIÇO REGIONAL DE SAÚDE, E.P.E.

Serviço Regional de Saúde, E.P.E.

SAÍDA
S.0602111 / 5 2006/02/20

Exm^a. Senhora
Prof^a. Rita Maria Sousa de Abreu de
Figueiredo
A/C da Escola Superior de
Enfermagem de São José de Cluny
Rampa de Quinta Sant'Ana, n.º 22
9050-282 FUNCHAL

Sua referência

Sua comunicação

N/Ofício

Data

**Assunto: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA CONSULTA DE PROCESSOS DE ARQUIVO
DOS DOENTES QUE FALECERAM NOS SERVIÇOS DE MEDICINA EM 2005 E
REALIZAÇÃO DE ENTREVISTAS**

Relativamente ao pedido formulado por V. Ex^a., em 12.01.2006, subordinado ao assunto acima mencionado, informo que o mesmo foi autorizado nos termos do Parecer n.º 06/06, da Comissão de Ética para a Saúde, que abaixo se transcreve:

“A CES/SRS,EPE, organizada e a funcionar de acordo com os requisitos das Normas da Boa Prática Clínica (ICHGCP *Guidelines*) e da legislação nacional em vigor (Dec. Lei n.º 97/95, de 10 de Maio), composta por Dr. Edward Richard Maul, Médico e Presidente, Dr. Ricardo Jorge Santos, Médico, Dr. Carlos Miguel Pestana, Médico, Dr. José Manuel Freitas, Teólogo, Enfermeira Isabel Santos e Dr^a. Inês Ribeiro, Farmacêutica, na sua reunião de 01 de Fevereiro de 2006, decidiu por unanimidade dar parecer favorável ao pedido acima identificado por não levantar qualquer problema de ordem ética.”

Com os melhores cumprimentos.

O Presidente do Conselho de Administração



Filomeno Paulo Gomes

ANEXO 2: Impresso de apreciação inicial

SERVIÇO REGIONAL DE SAÚDE, E.P.E.

IDENTIFICAÇÃO
(etiqueta)

Hospital Central do Funchal

Serviço de: _____

Nome Preferido/Título: _____

Pessoa a contactar: _____ Tel. _____

APRECIAÇÃO DAS ACTIVIDADES DE VIDA

NOTA: incluir os dados sobre DOR e TERAPEUTICA em cada A.V.

1 - PROMOVER AMBIENTE SEGURO

- 1.1 Estado emocional ☐ Calmo ☐ Irritabilidade ☐ Agitado
- 1.2 Infecções ☐ Defesas inadequadas ☐ Doenças crónicas
- 1.3 Imunizações ☐ BCG ☐ A. Tetânica ☐ A. Hepatite
- 1.4 Acidentes ☐ Falta de precaução
- 1.5 Outros: Tipo de casa, saneamento, acesso, órgãos dos sentidos, inc. de autoprotecção, recusa de cuidados de saúde, ...

Obs _____

Dependência 1 2 3 4

2 - COMUNICAR

- 2.1 ☐ Recusa comunicar ☐ Afasia ☐ Disartria
- 2.2 Outros: Incapacidade de adaptação, solidão, hostilidade, desejo de mais contacto, medo, ...

Obs _____

Dependência 1 2 3 4

3 - RESPIRAR

- 3.1 Características ☐ Eupneia ☐ Dispneia ☐ Ortopneia
- 3.2 Reflexos deprimidos ☐ Tosse ☐ Deglutição
- 3.3 Tosse ☐ Seca persistente ☐ Produtiva
- 3.4 Secreções ☐ Abundantes ☐ Médias ☐ Escassas
- 3.5 ☐ Dep. tabaco ☐ N.º de dia
- 3.6 ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso
- 3.7 ☐ Edemas ☐ Varizes ☐ Má perfusão periférica
- 3.8 Outros: Capacidade para o exercício, tubos traqueais, dispneia de esforço, fadiga, excesso de líquidos, ...

Obs _____

Dependência 1 2 3 4

4 - COMER E BEBER

- 4.1 Estado nutricional ☐ Desnutrido ☐ Desidratado ☐ Obeso ☐ Magro
- 4.2 Hábitos alcoólicos Quantidade / dia _____
- 4.3 Anorexia ☐ Disfagia ☐ Náuseas ☐ Vômitos
- 4.4 Outros: Perdas de líquidos, disfunções metabólicas, diuréticos, sedentarismo, forma de alimentação, ...

Obs _____

Dependência 1 2 3 4

5 - ELIMINAR

- 5.1 El. Intestinal *Frequência* ☐ x dia ☐ x semana
- 5.1.1 Características ☐ Pastosas ☐ Líquidas ☐ Duras
- 5.1.2 Data da última dejectação ____/____/____
- 5.2 El. Vesical
- 5.2.1 Características ☐ Suígeneris ☐ Concentrada ☐ Oligúria
- 5.2.2 ☐ Urgência Urinária ☐ Algaliado
- 5.3 Outros: Medidas habituais, retenção de fezes e urina, ruídos intestinais, distensão abdominal, ...

Obs _____

Dependência 1 2 3 4

6 - PROMOVER HIGIENE E ARRANJO PESSOAL

- 6.1 Corporal *Frequência* ☐ x dia ☐ x semana
- Tipo ☐ Duche ☐ Imersão
- 6.2 Oral *Frequência* ☐ x dia ☐ x semana
- 6.3 Vestuário e calçado ☐ Limpo ☐ Sujo ☐ Não adequado
- 6.4 Outros: Estado da pele e mucosas, unhas, cabelo e dentes, drenos, cateteres, ...

Obs _____

Dependência 1 2 3 4

Mod. IC-3004.05

7 - CONTROLAR A TEMPERATURA CORPORAL

7.1 ☐ Hipotermia ☐ Apirético ☐ Sub-febril ☐ Hipertermia

7.2 Outros: Medidas de controlo, palidez, tremores, calafrios, debilidade, rubor cutâneo, ...

Obs

Dependência 1 2 3 4

8 - MOVER-SE

8.1 ☐ Limitações articulares ☐ Atrofias ☐ Diminuição força muscul. ☐ Alt. tônus

Especificar

8.2 Outros: Incoordenação motora, alteração da postura, deformações músculo-esqueléticas, intolerância à actividade astenia, imobilização mecânica, incapacidade / impossibilidade de mover-se intencionalmente, posicionamento preferido, ...

Obs

Dependência 1 2 3 4

9 - TRABALHAR E DISTRAIR-SE

9.1 Emprego ☐ Estável ☐ Instável

9.2 Período de trabalho ☐ Dia ☐ Noite

9.3 ☐ Riscos profissionais

9.4 Distracção ☐ Leitura ☐ Música ☐ TV ☐ Jogos ☐ Desportos

9.5 Outros: Preocupações com o trabalho, protecção laboral, hipo/hiperactividade, motivação, ...

Obs

Dependência 1 2 3 4

10 - EXPRESSAR A SEXUALIDADE

10.1 Doenças ☐ Hereditárias ☐ Sexualmente transmissíveis

10.2 ☐ Alt. ap. reprodutor ☐ Uso contraceptivo

10.3 ☐ Alt. imagem corporal ☐ Recusa olhar/tocar parte afectada ☐ Imagem cuidada

10.4 Outros: Expressão de virilidade/feminilidade, pudor, auto-estima, costumes, hábitos, limitação sexual, ...

Obs

Dependência 1 2 3 4

11 - DORMIR

11.1 Estado de consciência ☐ Consciente ☐ Sonolento ☐ Inconsciente

11.2 Horas de sono

11.3 ☐ Dificuldade para adormecer ☐ Dific. permanecer dormindo

11.4 Outros: Costumes (bebidas, almofadas, posição), ansiedade, medos, convulsões, ambiente (estranho, ruídos,...) fadiga ao despertar, ...

Obs

Dependência 1 2 3 4

12 - MORRER

12.1 Conhecimento ☐ Diagnóstico ☐ Prognóstico

Especificar

12.2 Vontades ☐ Assistência religiosa ☐ Visitas ☐ Acompanhamento

Especificar

12.3 Outros: Desânimo. Desespero, lugar de eleição para morrer, práticas religiosas, ...

Obs

Dependência 1 2 3 4

PROBLEMAS IDENTIFICADOS

INDICAR: Problemas / Diagnósticos de Enfermagem a considerar na planificação escrita de cuidados

PROBLEMAS / DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

.....

.....

OUTROS DADOS RELEVANTES

.....

.....

.....

Apreciação efectuada por	Data 20 ____/____/____ às ____h:____m	
	Enf. _____	Enf. Responsável _____
	(Carimbo/Rúbrica)	(Carimbo/Rúbrica)

Nota: Usar tinta escura. Não usar corrector. Não rasurar. Ressalvar emendas. Data (AAAA/MM/DD).

ANEXO 3: Plano de cuidados

SERVIÇO REGIONAL DE SAÚDE, E.P.E.

Hospital Central do Funchal

Serviço de _____

IDENTIFICAÇÃO

(etiqueta)

Data Início ____/____/____

Diagnóstico: DÉFICE DE AUTOCUIDADO PARA COMER E BEBER

FACTORES ETIOLÓGICOS	RESULTADOS ESPERADOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (assinalar as válidas)	DATA AVAL.	Nº MEC.
r/c ☐ Dor ☐ Prostração ☐ Desorientação ☐ Alterações: - neuromusculares - músculoesqueléticas ☐ Tratamento: Especificar _____ ☐	☐ cumpra regime alimentar estabelecido ☐ consiga cortar os alimentos até____ ☐ consiga alimentar-se sózinho até____ ☐	☐ Posicionar em _____antes das refeições ☐ Administrar analgésico às_____ ☐ Dispor os alimentos e utensílios no tabuleiro de forma acessível ☐ Cortar os alimentos ☐ Dar a refeição na boca ☐ Ajudar o utente no início das refeições e, em seguida, se possível deixá-lo continuar sózinho ☐ Completar o movimento de levar os alimentos á boca ☐ Incentivar o uso da mão_____ ☐ Completar a refeição ☐ ☐		

Nota: Usar tinta escura. Não usar corrector. Não rasurar. Ressalvar emendas. Data (AAAA/MM/DD)

Não arquivar após alta – transcrever a informação relevante para a folha mod IC3004.25

IMPRESSO ON-LINE Nº E2

**ANEXO 4: Listagem de diagnósticos cujos planos padronizados estão
disponíveis na instituição**

PLANOS DE CUIDADOS TIPO

1	Alimentação inadequada por defeito
2	Défice de auto - cuidado para comer e beber
3	Défice de volume de líquidos
4	Alteração da integridade cutânea
5	Alteração da mucosa oral
6	Défice de auto - cuidado na higiene
7	Défice de auto - cuidado para o arranjo pessoal
8	Alto risco de alteração da integridade cutânea
9	Incontinência urinária por urgência
10	Retenção urinária
11	Obstipação
12	Diarreia
13	Limpeza ineficaz das vias aéreas
14	Alto risco de aspiração
15	Padrão respiratório ineficaz
16	Inatensão para o lado afectado
17	Detoriação da mobilidade física
18	Alto risco de infecção
19	Risco de traumatismo
20	Medo
21	Controlo ineficaz do regime terapêutico
22	Resposta disfuncional ao desmame do ventilados
23	Risco de acidentes
24	Ansiedade moderada
25	Comunicação verbal ineficaz
26	Sufrimento relativo á situação de morte iminente

27	Alto risco de lesão
28	Auto - estima perturbada
29	Hiperglicemia
30	Desequilíbrio Hidroelectrolítico
31	Aumento da pressão intracraniana
32	Hemorragia Gastrointestinal
33	Efeito adverso do tratamento hipertensivo: Bloqueadores dos canais de cálcio
34	Efeito adverso do tratamento hipertensivo: Enzimas conversora da angiotensina
35	Hipertermia
36	Diminuição do volume de líquidos(choque hipovolémico)
37	Atelectasia / Pneumonia
38	Hipoxemia
39	Pneumotorax
40	Trombose venosa profunda

ANEXO 5: Folha de monitorização

ANEXO 6: Impresso de notas de enfermagem

Serviço: _____

IDENTIFICAÇÃO

(continued)

Data / / **Hora** : Local Posição Est.Emoc./Consc.

HIGIENE	ALIMENTAÇÃO	MOBILIZAÇÃO	ELIMINAÇÃO
Tomou banho: ☐ só ☐ com supervisão ☐ prestei cuidados higiene ☐ geral ☐ parcial ☐ na cama ☐ no duche ☐ ut. não colaborou ☐ ut. lavou _____ 	☐ comeu só _____ ☐ dei alim. _____ ☐ oral ☐ sonda ☐ espec. ☐ ajudei a _____ ☐ incentivei _____ ☐ comeu tudo ao _____ ☐ deixou _____ 	☐ mobilizei _____ X/Turno posicionei/mobilizei _____ X/Turno ☐ utente _____ ☐ massagei _____ ☐ fiz transf. cama/cadeira/cama ☐ andou ☐ apoiei na marcha ☐ incentivei _____ ☐ moveu-se no leito ☐ deixei utente posicionado em _____ às _____ h. 	☐ urinou ☐ defecou ☐ na fralda ☐ na sanita ☐ no urinol ☐ arrastadeira ☐ no bacio alto ☐ cad. Sanita <i>referiu ter:</i> ☐ urinado ☐ defecado caract. fezes _____ caract. urina _____ ☐ incentivei _____ ☐ ajudei a _____
higiene oral _____ X Turno			

ENF.

N.º MEC.

Data ____ / ____ / ____ **Hora** ____ : ____ **Local** ____ **Posição** ____ **Est.Emoc./Consc.** ____

HIGIENE	ALIMENTAÇÃO	MOBILIZAÇÃO	ELIMINAÇÃO
Tomou banho: ☐ só ☐ com supervisão ☐ prestei cuidados higiene ☐ geral ☐ parcial ☐ na cama ☐ no duche ☐ ut. não colaborou ☐ ut. lavou _____ 	☐ comeu só _____ ☐ dei alim. _____ ☐ oral ☐ sonda ☐ espec. ☐ ajudei a _____ ☐ incentivei _____ ☐ comeu tudo ao _____ ☐ deixou _____ 	☐ mobilizei _____ X/Turno posicionei/mobilizei _____ X/Turno ☐ utente _____ ☐ massajei _____ ☐ fiz transf. cama/cadeira/cama ☐ andou ☐ apoiei na marcha ☐ incentivei _____ ☐ moveu-se no leito ☐ deixei utente posicionado em _____ às _____ h.	☐ urinou ☐ defecou ☐ na fralda ☐ na sanita ☐ no urinol ☐ arrastadeira ☐ no bacio alto ☐ cad. Sanita <i>referiu ter:</i> ☐ urinado ☐ defecado caract. fezes _____ caract. urina _____ ☐ incentivei _____ ☐ ajudei a _____

Nota: Usar tinta escura. Não usar corrector. Não rasurar. Ressalvar emendas. Data (AAAA/MM/DD)

Mod. IC-3004 .03

(Continuação no verso)

ANEXO 7: Impresso de Resumo: Diagnósticos de Enfermagem/ Resultados

Resumo: Diagnósticos de Enfermagem / Resultados

SERVIÇO REGIONAL DE SAÚDE, E.P.E.

IDENTIFICAÇÃO

(etiqueta)

Hospital Central do Funchal

Serviço de: _____

DIAGNÓSTICOS ENFERMAGEM	RESULTADOS OBTIDOS

PROBLEMAS COLABORATIVOS	RESULTADOS OBTIDOS

Enfermeiro(a)

Data: ____ / ____ / ____

(Carimbo/Rúbrica)

Nota: Usar tinta escura. Não usar corrector. Não rasurar. Ressalvar emendas. Data (AAAA/MM/DD).

A preencher aquando da alta do doente.

ANEXO 8: *Focos de atenção* do enfermeiro decorrentes da documentação de *actividades diagnosticas* nos diferentes impressos de enfermagem

Focos de atenção	Apreciação	Monitorização	Notas enfermagem		Exemplos de expressões utilizadas pelos enfermeiros
			5 dias	24 horas	
1. Agitação	x		x	x	calma
2. Andar com dispositivo auxiliar de marcha	x				Deambula com bengala
3. Autocuidado actividade física	x				Mobiliza-se só
4. Autocuidado comer	x		x	x	Come só
5. Autocuidado higiene	x			x	tomava banho só
6. Autocuidado vestuário	x			x	vestuário limpo e adequado
7. Autocuidado: ir ao sanitário	x				urina no urinol
8. Autoestima	x				tem autoestima elevada
9. Circulação		x	x	x	Frequência cardíaca 80 p/m
10. Conhecimento	x				tem conhecimento do prognóstico
11. Consciência	x		x	x	desperto
12. Convulsão			x		Não observei nenhuma convulsão
13. Deambular	x				Deambula sem ajuda
14. Digestão			x	x	tolerou alimentação
15. Dor		x	x		Sem queixas dolorosas
16. Edema		x	x		Perímetro maleolar
17. Eliminação intestinal	x	x	x	x	defecou
18. Eliminação vesical	x		x	x	urina amarela
19. Estado nutricional	x				magro
20. Fala	x				verbaliza poucas palavras
21. Ferida			x		pensos limpos e secos
22. Hidratação	x				pele e mucosas hidratadas
23. Ingestão de alimentos	x			x	comeu tudo
24. Ingestão de líquidos			x	x	bebeu 120 ml de água
25. Limpeza das vias aéreas	x		x	x	elimina poucas secreções amarelas
26. Medo	x				tem medo de morrer sozinha
27. Metabolismo		x			Glicémia 120mg/dl
28. Mobilidade			x	x	moveu-se no leito
29. Movimento muscular	x				força muscular mantida
30. Orientação	x		x		orientado no tempo e no espaço
31. Paralisia	x				desvio da comissura labial
32. Pressão sanguínea		x	x	x	Tensão arterial
33. Perfusão dos tecidos			x	x	Membros inferiores cianóticos
34. Respiração	x	x	x	x	Eupneico
35. Sono			x		estava a dormir
36. Suporte	x				tem apoio domiciliário
37. Tegumentos	x		x		pele e mucosas íntegras
38. Temperatura corporal	x	x	x	x	Temperatura axilar 36,5
39. Tosse	x		x		não observei acessos de tosse
40. Transpiração			x	x	Sudorese
41. úlcera de pressão		x			Escala de Braden 15
42. Ventilação	x			x	pieira
43. Vômito			x	x	Características do vômito
Número de Focos identificados	28	9	24	20	

**ANEXO 9: *Focos de atenção* nos diagnósticos documentados nos diversos
impressos**

Focos de atenção	Apreciação		Planos		Notas enfermagem				Todos	
					5 dias		Últimas 24h			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Dispneia	10	10,1	11	5,6	154	14,6	49	15,5	224	13,4
Rodar-se		0,0			170	16,1	44	13,9	214	12,8
Consciência	3	3,0	9	4,6	120	11,3	76	24,1	208	12,5
Autocuidado higiene	5	5,1	23	11,8	90	8,5	20	6,3	138	8,3
Edema	3	3,0	2	1,0	81	7,7	13	4,1	99	5,9
Tosse	9	9,1			72	6,8	4	1,3	85	5,1
Metabolismo			6	3,1	56	5,3	6	1,9	68	4,1
Febre	3	3,0			45	4,3	7	2,2	55	3,3
Dor			1	0,5	34	3,2	11	3,5	46	2,8
Hipóxia			1	0,5	27	2,6	11	3,5	39	2,3
Ferida	2	2,0	20	10,3	5	0,5	7	2,2	34	2,0
Confusão	3	3,0			25	2,4	5	1,6	33	2,0
Autocuidado atividade física	3	3,0			22	2,1	6	1,9	31	1,9
Zona de pressão					19	1,8	3	0,9	22	1,3
Autocuidado comer	3	3,0	17	8,7			1	0,3	21	1,3
Orientação	3	3,0	3	1,5	11	1,0	4	1,3	21	1,3
Sonolência	2	2,0			12	1,1	7	2,2	21	1,3
Vômito			1	0,5	15	1,4	5	1,6	21	1,3
Perfusão dos tecidos	1	1,0			6	0,6	12	3,8	19	1,1
Intolerância para a actividade			18	9,2					18	1,1
Úlcera de pressão	4	4,0	10	5,1	1	0,1	1	0,3	16	1,0
Paralisia	1	1,0			11	1,0	3	0,9	15	0,9
Expectorar					14	1,3			14	0,8
Fadiga muscular			10	5,1	4	0,4			14	0,8
Mobilidade			13	6,7					13	0,8
Deglutição	3	3,0			3	0,3	6	1,9	12	0,7
Agitação	2	2,0	2	1,0	6	0,6			10	0,6
Ansiedade			3	1,5	5	0,5			8	0,5
Autocuidado: arranjar-se			6	3,1					6	0,4
Movimento muscular	1	1,0	5	2,6					6	0,4
Obstipação			1	0,5	5	0,5			6	0,4
Ventilação					3	0,3	3	0,9	6	0,4
Aspiração			5	2,6					5	0,3
Hipertensão	2	2,0			2	0,2	1	0,3	5	0,3
Limpeza das vias aéreas			5	2,6					5	0,3
Maceração					5	0,5			5	0,3
Afasia	4	4,0							4	0,2
Apetite			2	1,0	2	0,2			4	0,2
Hipertermia			1	0,5	2	0,2	1	0,3	4	0,2
Incontinência	4	4,0							4	0,2
Membrana mucosa seca					4	0,4			4	0,2
Trabalho de luto			3	1,5			1	0,3	4	0,2

(Continuação)

Focos de atenção	Apreciação		Planos		Notas enfermagem				Todos	
					5 dias		Últimas 24h			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Transferir-se					4	0,4			4	0,2
Autocuidado rodar-se	1	1,0	2	1,0					3	0,2
Autocuidado: ir ao sanitário			3	1,5					3	0,2
Comunicação			1	0,5	1	0,1	1	0,3	3	0,2
Deambular	1	1,0			2	0,2			3	0,2
Dispneia funcional	3	3,0							3	0,2
Eliminação	3	3,0							3	0,2
Fala	1	1,0			2	0,2			3	0,2
Hemorragia					1	0,1	2	0,6	3	0,2
Hipotensão	1	1,0			1	0,1	1	0,3	3	0,2
Insónia					3	0,3			3	0,2
Movimento articular	3	3,0							3	0,2
Precaução de			3	1,5					3	0,2
Retenção urinária	1	1,0			1	0,1	1	0,3	3	0,2
Agressão	1	1,0			1	0,1			2	0,1
Autocuidado vestuário	1	1,0	1	0,5					2	0,1
Conhecimento			2	1,0					2	0,1
Desidratação	2	2,0							2	0,1
Discurso lentificado	2	2,0							2	0,1
Fecaloma					2	0,2			2	0,1
Hematoma					1	0,1	1	0,3	2	0,1
Obesidade	2	2,0							2	0,1
Ortopneia	2	2,0							2	0,1
Pele seca	1	1,0			1	0,1			2	0,1
Secreção					2	0,2			2	0,1
Autocontrolo ansiedade			1	0,5					1	0,1
Autocuidado	1	1,0							1	0,1
Convulsão							1	0,3	1	0,1
Diarreia							1	0,3	1	0,1
Dispneia em repouso	1	1,0							1	0,1
Equilíbrio corporal					1	0,1			1	0,1
Erguer-se					1	0,1			1	0,1
Eritema					1	0,1			1	0,1
Estado nutricional			1	0,5					1	0,1
Hipotermia					1	0,1			1	0,1
Ingestão nutricional			1	0,5					1	0,1
Nausea							1	0,3	1	0,1
Personalidade lábil					1	0,1			1	0,1
Rigidez articular	1	1,0							1	0,1
Stress por mudança de ambiente			1	0,5					1	0,1
Volume de líquidos			1	0,5					1	0,1
Total	99	100	195	100	1058	100	316	100	1668	100,0

ANEXO 10: Intervenções de enfermagem planeadas (plano de cuidados)

Intervenções de enfermagem planeadas (Utilizando a terminologia CIPE®)	nº	%
1. Aconselhar família sobre vestuário do utente	3	0,6
2. Aconselhar mastigação eficaz	1	0,2
3. Alimentar a pessoa	11	2,4
4. Alimentar a pessoa através de seringa	1	0,2
5. Alimentar a pessoa através de sonda nasogástrica (procedimento)	6	1,3
6. Aliviar imobilização	2	0,4
7. Aplicar creme	1	0,2
8. Aprontar dispositivo urinário	3	0,6
9. Aspirar secreções	9	1,9
10. Assistir a pessoa a deambular	1	0,2
11. Assistir a pessoa no posicionamento	12	2,6
12. Assistir no autocuidado: comer	12	2,6
13. Assistir no autocuidado: higiene	26	5,6
14. Assistir no autocuidado: vestir-se	1	0,2
15. Assistir no autocuidado:arranjar-se	1	0,2
16. Avaliar conhecimento	1	0,2
17. Avaliar estado nutricional	2	0,4
18. Barbear	2	0,4
19. Comunicar através de linguagem gestual	1	0,2
20. Confortar doente	1	0,2
21. Cortar as unhas	14	3,0
22. Dar banho na cama	1	0,2
23. Dar líquidos	5	1,1
24. Diminuir tom de voz	1	0,2
25. Disponibilizar-se para escuta activa	1	0,2
26. Disponibilizar-se para escuta activa do doente/ família	1	0,2
27. Educar sobre medidas preventivas úlcera pressão	1	0,2
28. Elevar parte superior do corpo	6	1,3
29. Elogiar adesão ao regime terapêutico	3	0,6
30. Elogiar progresso no autocuidado: vestir-se	2	0,4
31. Encorajar a comunicação expressiva de emoções	3	0,6
32. Encorajar o autocontrolo ansiedade	1	0,2
33. Ensinar técnicas de posicionamento facilitadoras da ventilação	5	1,1
34. Enxaguar boca	2	0,4
35. Escutar a pessoa	3	0,6
36. Estimular eliminação intestinal	1	0,2
37. Estimular eliminação intestinal através de massagem abdominal	1	0,2
38. Estimular resposta visual	1	0,2
39. Estimular sensação táctil	1	0,2
40. Evitar aspiração através da técnica de posicionamento	10	2,2
41. Executar técnica de 1º levante	6	1,3
42. Executar técnica de posicionamento (procedimento)	18	3,9
43. Executar terapia inalatória com aerossol	2	0,4
44. Executar terapia inalatória com inalador	1	0,2

(Continuação)

Intervenções de enfermagem planeadas (Utilizando a terminologia CIPE®)	nº	%
45. Executar tratamento à ferida	10	2,2
46. Explicar à família processo de dignificação da morte de utente	1	0,2
47. Explicar a importância da hidratação	1	0,2
48. Explicar ao membro da família a importância da comunicação expressiva com doente	1	0,2
49. Explicar o modo de respirar durante as actividades	5	1,1
50. Facilitar a escolha de vestuário	2	0,4
51. Facilitar a comunicação expressiva da ansiedade	6	1,3
52. Facilitar ingestão de alimentos trazidos pela família	1	0,2
53. Facilitar suporte de pessoas com autocontrolo ansiedade eficaz	1	0,2
54. Facilitar suporte familiar	1	0,2
55. Facilitar uso de roupa própria	1	0,2
56. Facilitar visitas	2	0,4
57. Gerir a analgesia	1	0,2
58. Gerir ambiente físico	4	0,9
59. Gerir oxigenoterapia	1	0,2
60. Gerir temperatura do ambiente	1	0,2
61. Identificar com a pessoa fontes ansiogénicas	1	0,2
62. Identificar com o doente estratégias de adaptação eficaz	1	0,2
63. Imobilizar doente na cama	1	0,2
64. Imobilizar membros através de dispositivo de imobilização	2	0,4
65. Informar acerca do seu tratamento: (Mudança, suspensão)	1	0,2
66. Informar da importância das mobilizações	1	0,2
67. Informar família sobre complicação	1	0,2
68. Informar sobre prevenção de obstipação	1	0,2
69. Informar sobre tratamento	1	0,2
70. Instruir a pessoa a andar com auxiliar de marcha	1	0,2
71. Instruir sobre as técnicas respiratórias	1	0,2
72. Instruir sobre técnica de exercício muscular	1	0,2
73. Instruir sobre técnica de relaxamento	1	0,2
74. Instruir técnica da tosse	4	0,9
75. Instruir técnica respiratória	5	1,1
76. Lavar a cabeça	3	0,6
77. Lavar boca	5	1,1
78. Lavar o corpo	17	3,7
79. Lavar parte do corpo	13	2,8
80. Limitar a ingestão de líquidos	1	0,2
81. Limpar períneo	3	0,6
82. Manter grades da cama	5	1,1
83. Manter repouso na cama	1	0,2
84. Massajar partes do corpo	1	0,2
85. Massajar proeminências ósseas	4	0,9
86. Massajar zona de pressão através de procedimento (área circundante)	4	0,9
87. Monitorizar frequência respiratória	1	0,2

(continuação)

Intervenções de enfermagem planeadas (Utilizando a terminologia CIPE®)	nº	%
88. Monitorizar glicémia capilar	7	1,5
89. Monitorizar TA	1	0,2
90. Motivar a pessoa a alimentar-se	1	0,2
91. Motivar a rodar-se	4	0,9
92. Motivar para a ingestão de líquidos	1	0,2
93. Motivar para o autocuidado: vestuário	1	0,2
94. Optimizar a ventilação através de técnica de posicionamento	1	0,2
95. Optimizar o ambiente físico	2	0,4
96. Orientar a pessoa no ambiente	5	1,1
97. Planear a dieta	2	0,4
98. Planear actividade	6	1,3
99. Planear autocuidado actividade física	1	0,2
100. Planear dieta	5	1,1
101. Planear ensino com família	10	2,2
102. Planear ingestão de líquidos	3	0,6
103. Planear repouso/ actividade	8	1,7
104. Posicionar a pessoa	1	0,2
105. Posicionar extremidades com recurso a almofadas	5	1,1
106. Posicionar o corpo	8	1,7
107. Prevenir asfixia através do posicionamento da língua com tubo de Mayo	3	0,6
108. Prevenir dor através de técnica de posicionamento	2	0,4
109. Promover conforto através de posicionamento com almofada	9	1,9
110. Promover distracção	1	0,2
111. Promover envolvimento da família na orientação do doente	2	0,4
112. Promover envolvimento da família no autocuidado: comer e beber	1	0,2
113. Providenciar ambiente calmo	3	0,6
114. Providenciar arrastadeira	1	0,2
115. Providenciar vestuário	2	0,4
116. Referir agitação ao médico	1	0,2
117. Remover fezes impactadas no recto	1	0,2
118. Remover materiais perigosos	1	0,2
119. Requerer dieta hepática+ diabética à dietista	1	0,2
120. Restringir actividade motora	2	0,4
121. Supervisionar dieta	2	0,4
122. Transferir o doente para a cadeira sanitária	1	0,2
123. Treinar técnica respiratória	2	0,4
124. Trocar algália	1	0,2
125. Trocar fralda	16	3,4
126. Trocar sonda nasogástrica	3	0,6
127. Vestir a pessoa	3	0,6
128. Vigiar actividade motora	2	0,4
129. Vigiar expectoração	1	0,2
130. Vigiar mucosas	1	0,2
131. Vigiar perfusão tecidual periférica	4	0,9

(continuação)

Intervenções de enfermagem planeadas (Utilizando a terminologia CIPE®)	nº	%
132. Vigiar pulso	3	0,6
133. Vigiar reflexo da tosse	1	0,2
134. Vigiar respiração	4	0,9
135. Vigiar resposta verbal	1	0,2
136. Vigiar sensação tátil	1	0,2
137. Vigiar sinais de coma hiperosmolar	1	0,2
138. Vigiar sinais e sintomas de cetoacidose	4	0,9
139. Vigiar sinais e sintomas de hipertermia	1	0,2
140. Vigiar sinais neurológicos	2	0,4
Total	464	100,0

ANEXO 11: Intervenções de enfermagem implementadas(notas de enfermagem

Intervenções notas (CIPE)	5 dias	24 horas
1. Advogar adesão ao regime terapêutico	1	
2. Agasalhar a pessoa	1	1
3. Alimentar a pessoa	2	25
4. Alimentar a pessoa através de seringa	2	
5. Alimentar a pessoa através de sonda nasogástrica	86	20
6. Aliviar imobilização	13	2
7. Aplicar creme	1	
8. Aplicar creme no corpo	3	
9. Aplicar creme nos lábios	3	
10. Aplicar ligadura	1	
11. Apoiar a família	6	
12. Apoiar processo de luto da família	1	
13. Aprontar dispositivo urinário	1	
14. Aspirar secreções	19	18
15. Assistir a pessoa ao deambular	1	
16. Assistir no autocuidado: comer	17	2
17. Assistir no autocuidado uso do sanitário		2
18. Confortar a pessoa	1	1
19. Confortar família		1
20. Cortar unhas	2	
21. Dar banho na cama	99	20
22. Dar banho no chuveiro	2	
23. Dar líquidos	8	2
24. Dar líquidos através de sonda nasogástrica	17	2
25. Descrever ao médico condição da utente	2	
26. Descrever à família complicação da condição da doente	5	
27. Disponibilizar-se para família		1
28. Drenar conteúdo gástrico através de sonda nasogástrica	3	
29. Drenar secreções através de posicionamento	1	
30. Elevar as pernas	3	
31. Elevar o corpo	1	
32. Elevar parte superior do corpo	18	7
33. Encorajar comunicação expressiva de emoções		1
34. Ensinar sobre oxigenoterapia		1
35. Ensinar família sobre alimentação por sonda nasogástrica	3	
36. Envolver membro	4	6
37. Enxaguar a boca	1	1
38. Estimular eliminação intestinal através de massagem	1	
39. Executar a técnica de arrefecimento natural	36	3
40. Executar técnica de movimento articular passivo	33	3
41. Executar técnica do 1º levante	1	
42. Executar tratamento à úlcera de pressão	6	
43. Executar tratamento da pele	6	

(Continuação)

Intervenções notas (CIPE)	5 dias	24 horas
44. Executar tratamento de ferida	37	10
45. Explicar à família sobre condição do doente	3	
46. Explicar importância do tratamento	1	
47. Facilitar adaptação ao serviço de saúde	1	
48. Gerir ambiente físico		1
49. Gerir inaloterapia		1
50. Gerir oxigenoterapia		1
51. Imobilizar doente na cama	90	12
52. Informar família sobre condição do doente	9	4
53. Informar família sobre tratamento	1	
54. Informar família sobre alta	1	
55. Informar família sobre morte		20
56. Instalar colchão de pressão alterna	1	
57. Interromper a ingestão de alimentos	3	1
58. Irrigar o intestino	3	
59. Lavar a boca	71	19
60. Lavar cabeça	1	
61. Lavar partes do corpo na cama	5	3
62. Limpar o períneo	3	
63. Limpar olhos	2	
64. Massajar partes do corpo	44	8
65. Massajar zonas de pressão	8	11
66. Monitorizar a consciência através da escala de comas de Glasgow	1	1
67. Monitorizar TA	2	1
68. Monitorizar Temperatura	2	1
69. Motivar a rodar-se	1	1
70. Motivar comunicação	1	
71. Motivar envolvimento da família		1
72. Orientar família sobre hidratação da mucosa oral		1
73. Orientar a família para serviços médicos	1	
74. Orientar a família para serviços sociais	1	
75. Orientar a pessoa no ambiente	4	
76. Palpar ânus		1
77. Posicionar a pessoa	278	79
78. Posicionar membro com almofadas		1
79. Preparar cadáver através de posicionamento de Bopart		5
80. Promover o conforto através da técnica de posicionamento	3	
81. Promover conforto através de massagem		1
82. Proteger zona de pressão		1
83. Prevenir asfixia através do posicionamento da língua com tubo de Mayo		1
84. Remover algália	1	
85. Remover cadáver		2

(continuação)

Intervenções notas (CIPE)	5 dias	24 horas
86. Remover fezes impactadas do intestino	4	
87. Remover imobilização	3	
88. Requerer serviços nutricionais	1	1
89. Requerer serviços religiosos	1	
90. Transferir a pessoa	19	3
91. Trocar roupa de cama	3	2
92. Vigiar sinais neurológicos	1	
Total	1022	314