

Dignidade em fim de vida: Perspetiva da Equipa Prestadora de Cuidados

Marlene Filipa Almeida Azevedo

Relatório de estágio apresentado na Escola Superior de
Saúde de Bragança para obter o grau de mestre em
Cuidados continuados

Orientado por: Professora Doutora Helena Pimentel

Bragança, 2015

Dignidade em fim de vida: Perspetiva da Equipa Prestadora de Cuidados

Marlene Filipa Almeida Azevedo

Relatório de estágio apresentado na Escola Superior de
Saúde de Bragança para obter o grau de mestre em
Cuidados continuados

*(Estágio realizado na Santa Casa de Misericórdia de Resende- Unidade de
Cuidados Continuados de Longa Duração)*

Orientado por: Professora Doutora Helena Pimentel

“Todas as pessoas nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência e devem agir em relação umas às outras com espírito de fraternidade.”

Art. 1 Declaração Universal dos Direitos Humanos

Relatório de Estágio na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

II- Resumo

O presente relatório reflete o estágio por mim realizado na Santa Casa de Misericórdia de Resende, onde a minha intervenção se deu na Unidade de Cuidados Continuados.

O estágio teve a duração de 24 horas por semana durante dois meses. No decurso do mesmo tive oportunidade de: conhecer a Lei Orgânica da Rede e a filosofia desta tipologia de cuidados; desenvolver comunicação funcional, pedagógica e terapêutica com a equipa e com os utentes/família; participar em atividades de ocupação lúdico/cognitivas baseadas numa prática educativa. Ainda, aplicar a metodologia científica pela realização de um estudo empírico com o tema “Dignidade em fim de vida: perspetiva da equipa prestadora de cuidados”. Objetivos do estudo: conhecer as perspetivas dos profissionais de saúde da Unidade de Cuidados Continuados no que diz respeito à temática; perceber se as vivências estão diretamente ligadas à forma como o profissional reage a uma situação complexa analisando o papel da experiência profissional e da formação académica, bem como a mobilização de recursos pessoais para melhor lidar com a situação. Dos 24 profissionais de saúde foram inquiridos, através de um questionário com questões abertas, 8 cuidadores formais: 4 Enfermeiros, 1 Educador Social, 1 Gerontólogo, 1 Neuropsicóloga e 1 Técnica de Motricidade, que correspondem à amostra estudada de cariz não probabilístico, intencional.

Os resultados obtidos indicam a importância atribuída à formação para melhor adequar os cuidados ao doente e à sua família. No entanto, a experiência profissional é considerada pelos inquiridos como uma mais-valia para lidar com esta problemática. Alguns profissionais dão mais importância ao controlo sintomático da dor, enquanto outros, dão grande importância à manutenção dos gostos e desejos do doente. Os recursos pessoais mais mobilizados na assistência em fim de vida são o respeito, a prática da humanidade, o cuidado individualizado e a religião.

Palavras-Chave: Dignidade em fim de vida, cuidados continuados

Relatório de Estágio na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

III- Abstract

The present report reflects the internship for me carried out at the Holy House of Compassion of Resende, where my intervention happened in the Unity of Continued Care.

The traineeship had the duration of 24 hours weekly during two months. In the process of the same thing I had opportunity of: to know the Organic Law of the Net and the philosophy of this typology of cares; develop a functional, pedagogic and therapeutic communication with the team and with the users/ family; participate in activities of occupation playfully / cognitive based in educative practice. Still, to apply the scientific methodology for the realization of an empirical study with the subject “ Dignity in end of life: perspective of the team providing the care ”. Objectives of the study: to know the perspectives of the professionals of health of the Unity of Cares Continued what concerns the theme; know if the existences are straightly connected with the way the professional reacts to a complex situation analysing the paper of the professional experience and of the academic formation, as well as the mobilization of personal resources better to deal with the situation. Of 24 professionals of health they were cross-examined, through a questionnaire with open questions, caregivers 8: 4 Nurses, 1 Social worker, 1 Gerontologist, 1 Neuropsychologisty and 1 Human Kinetics Technician, which correspond to the studied sample not of nature probabilistic, intentional.

The obtained results indicate the importance attributed to the formation better to adapt the cares to a patient and to his family. However, the professional experience is considered by the cross-examined a surplus value to deal with this problematicsSome professionals attach more importance to the symptomatic control of the pain, while others, they attach great importance to the maintenance of the tastes and wishes of a patient. The personal resources most mobilized in the presence in end of life are the respect, the practice of the humanitude, the individualized care and the religion.

Key words: Dignity in end of life, continued cares.

Relatório de Estágio na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

IV- Dedicatória

Dedico aos meus pais que sempre me deram força para nunca desistir dos meus sonhos e dos meus objetivos. Foram eles que me ajudaram é que tivesse terminado mais uma meta nesta fase da minha vida.

Por tudo que fazem por mim e pelo esforço que fazem para eu ser feliz, dedico a eles, que são e sempre serão as pessoas mais importantes da minha vida.

Relatório de Estágio na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

V- Agradecimentos

O meu primeiro agradecimento é dirigido aos meus pais, pois sem eles nada seria possível, agradeço pela força, apoio, dedicação e amor que me deram. Foi sem dúvida o meu grande pilar no decorrer desta caminhada.

Á minha irmã e ao meu cunhado pela hospitalidade, força e coragem cedida durante o meu estágio, um muito obrigado.

Agradeço também à professora Helena Pimentel por me orientar e pelas dicas fulcrais que me deu no decorrer deste trajeto. Foi sem dúvida fundamental para o resultado final deste relatório de estágio.

Sem esquecer, gratifico o Srº. Provedor Horácio Assemblano da Santa Casa de Misericórdia de Resende por ter aceitado a realização do meu estágio. Agradeço a todos os profissionais que trabalham na UCC, Enfermeiros, Educador Social, à Dr.^a Arminda Zita Ramos por ter consentido ficar responsável por mim, e a toda a equipa que me acompanhou no decorrer do meu estágio.

A todos os meus amigos e pessoas especiais que me deram força para nunca desistir e pela coragem e ajudas que me cederam neste percurso.

A todos um muito, OBRIGADO.

Relatório de Estágio na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

VI- Lista de abreviaturas e siglas

UCC- Unidade de Cuidados Continuados

RNCCI- Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCC- Rede Nacional de Cuidados Continuados

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

Índice Geral

ÍNDICE	I
RESUMO	II
ABSTRACT.....	III
DEDICATÓRIA.....	IV
AGRADECIMENTOS.....	V
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	VI
Introdução	3
Parte I- Relatório de Estágio	7
1. Unidade de Cuidados Continuados de Resende	8
1.1 Caracterização.....	8
1.2 Atividades Desenvolvidas.....	8
Parte II- Estudo Empírico : “Dignidade em fim de vida: Prespetiva da equipa Prestadora de Cuidados	10
Capítulo I - Enquadramento Teórico.....	11
1.Dignidade Humana	11
1.1 Conceitos éticos e filosóficos	11
1.2. Espiritualidade	16
1.3 – Recursos Pessoais.....	19
2. Pessoa em Fim de Vida	21
2.1 – O cuidar da pessoa em fim de vida.....	21
2.2- Equipa multidisciplinar na prestação de Cuidados Continuados	23
2.3 Comunicação terapêutica como base na comunicação de más notícias	26
2.4 Luto nos profissionais de saúde	31
Capítulo II- Aspetos Metodológicos	34
3.1 Objetivos	34
3.2Tipo de Estudo	34
3.3 População em Estudo	35
3.4 Amostra	35
3.5 Procedimentos Éticos	36
3.6 Instrumento de Colheita de Dados	36

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

4. Apresentação dos dados	38
5. Conclusões	44
Bibliografia	47
Anexos	52
Anexo I - Pedido de autorização para aplicação do questionário	54
Anexo II - Guião do questionário.....	56

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

Introdução

O presente relatório reflete o estágio por mim realizado na Santa Casa de Misericórdia de Resende, onde a minha intervenção se deu na Unidade de Cuidados Continuados.

O estágio teve a duração de 24 horas por semana durante dois meses. No decurso do mesmo tive oportunidade de: conhecer a Lei Orgânica da Rede e a filosofia desta tipologia de cuidados; desenvolver comunicação funcional, pedagógica e terapêutica com a equipa e com os utentes/ família; participar em atividades de ocupação lúdico/cognitivas baseadas numa prática educativa. Ainda, aplicar a metodologia científica pela realização de um estudo empírico com o tema “Dignidade em fim de vida: perspetiva da equipa prestadora de cuidados”. Neste contexto entendemos relevante falar sobre o tema Dignidade em final de vida, dado que muitos dos doentes que se encontram institucionalizados numa Unidade de Cuidados Continuados estão numa fase final de vida, onde têm consciência que a morte poderá estar próxima.

Entende-se como sendo Dignidade Humana a forma como se trata o indivíduo, independentemente do seu estado de saúde, estatuto social ou faixa etária. Ninguém é mais merecedor de dignidade humana do que outro, este direito é igual para todos os indivíduos da mesma maneira sem qualquer tipo de restrição. A dignidade humana não está na pessoa, mas sim da forma como se trata outro indivíduo. Um indivíduo deve ser portador de dignidade desde o seu nascimento até á sua morte (Oliveira, 2007).

A fase final de vida de uma pessoa pode ser caracterizada como sendo uma etapa frágil e vulnerável, mas é aqui que o doente tem de ter consciência que este percurso é irreversível e inevitável. Sendo a morte um acontecimento com que todos os seres humanos são deparados, cada indivíduo tem uma visão diferente sobre este facto e devido a isto exige-se uma forma diferenciada e específica de abordagem para cada pessoa, no que diz respeito à forma de ser tratada, de ser falada tendo em atenção todas as suas características pessoais e culturais.

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

Este ponto é importante ser focado, pois sendo uma pessoa um ser individual e característico, é correto ser visto como um todo, com as suas próprias limitações, os seus próprios defeitos e qualidades, tendo a sua visão pessoal do mundo e de tudo aquilo que o rodeia.

Como foi acima referido cada individuo é um ser único, tem de ser visto como um todo e por sua vez adaptado o tipo de cuidado consoante a pessoa que está doente e o método como é tratado. Cada pessoa é diferente da outra, logo precisa de cuidados específicos, porque o que numa pessoa pode resultar, noutra pode não ter um resultado benéfico.

É visível que o doente acaba por sofrer nesta fase da sua vida, mas o profissional de saúde também acompanha este processo e então é importante que exista uma preocupação em falar sobre o que o cuidador sente ao acompanhar a pessoa em fim de vida. É importante que o profissional de saúde faça um luto saudável, para que não haja repercussões negativas no seu íntimo. Cabe ao profissional de saúde a árdua tarefa de comunicar as más notícias tanto aos familiares e pessoas próximas do doente, como ao próprio doente.

Com isto levantam-se as seguintes questões: Estarão os profissionais de saúde preparados para informar os familiares do estado crítico do doente e da notificação da morte? A experiência profissional está diretamente ligada ao correto processo de assistência de um doente numa situação agónica? Qual a importância que os profissionais de saúde dão à dignidade em fim de vida durante a sua prestação de serviços? E por fim, Que significância dão os profissionais de saúde a uma prestação de cuidados que preserve a dignidade humana numa fase final da vida?

Com o presente estudo pretendemos **conhecer as perspetivas dos profissionais de saúde de uma Unidade de Cuidados Continuados perante a assistência e dignidade em final de vida**. Ainda, perceber se as vivências estão diretamente ligadas à forma como o profissional

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

reage a uma situação complexa analisando o papel da experiência profissional e da formação académica, bem como a mobilização de recursos pessoais para melhor lidar com a situação.

Um dos princípios do acompanhamento e dignidade em final de vida é que para continuar a caminhar ao lado de um doente é necessário lutar tanto ou mais do que ele. Esta realidade remete para naturais emoções negativas, mas é fulcral saber lidar corretamente com elas e como se manifestam.

Se as pessoas que acompanham o doente não tiverem consciência daquilo que se está a passar e do ponto em que se encontra a doença, não será possível agir na altura correta e de forma eficaz.

Para que o doente seja da melhor forma tratado é importante que seja acompanhado por uma equipa multidisciplinar para que existam várias perspetivas da doença e uma troca de ideias acerca do ponto de situação da doença e do doente. É esta equipa multidisciplinar, que em conjunto irá trabalhar para um melhor tratamento e proporcionar uma maior qualidade de vida ao doente, para que este tenha uma fase final da sua vida com dignidade. A equipa multidisciplinar vai permitir o tratamento do doente em diversas vertentes e a terapia em vários níveis.

Uma primeira fase deste relatório abordará a minha experiência enquanto estagiária numa unidade de cuidados continuados. Numa segunda fase desenvolve-se o estudo empírico sobre a temática dignidade humana, onde se aprofundam temas como: conceitos éticos e filosóficos, espiritualidade e recursos pessoais. De seguida aborda-se o fim de vida, onde se realça a importância da equipa multidisciplinar na prestação de cuidados a pessoas dependentes, a comunicação terapêutica e o luto vivenciado pelos profissionais de saúde.

O capítulo dos aspetos metodológicos descreve os objetivos e o tipo de estudo, a população e a amostra estudada, os procedimentos éticos utilizados e o tratamento estatístico dos dados.

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

Por fim, analisadas as respostas ao questionário aplicado aos profissionais de saúde extraídos os resultados e conclusões.

Parte I – Relatório de Estágio

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

1. Unidade de Cuidados Continuados de Resende

1.1. Caracterização

O presente estudo foi desenvolvido na Santa Casa de Misericórdia de Resende, nomeadamente na Unidade de Cuidados Continuados de Longa duração, situada em Resende, distrito de Viseu.

A Santa Casa de Misericórdia de Resende é constituída pelas seguintes valências: Creche, Ensino pré-escolar, Lar de Infância e Juventude, Lar Residencial, Lar Hotel, Lar de Idosos, Lar de Grandes Dependentes Acamados e Unidade de Cuidados Continuados de Longa Duração.

A UCC de Resende é destinada a pessoas que se encontram numa situação mais frágil e dependente, de modo a fornecer todos os cuidados e tratamentos necessários para os doentes.

Esta unidade tem capacidade para 15 doentes e conta com a colaboração de 24 Profissionais de Saúde. Trata-se de uma Unidade relativamente pequena, sendo constituída por 8 quartos, 1 sala de visitas e 2 gabinetes técnicos.

No decorrer do estágio foi possível a observação de certos procedimentos habituais no quotidiano na UCC de Resende. Presenciei diversas situações de morte durante o meu estágio e reparei que os profissionais tentaram ao máximo gerir estas situações difíceis com distanciamento de maneira a não se perturbarem emocionalmente e com a intenção também de não destabilizar os restantes doentes. O facto de os profissionais trabalharem todos em equipa e em entreatajuda, promove a resolução de problemas.

1.2 Atividades Desenvolvidas

Ao longo do estágio constatei a importância que é dada às vontades do doente e ao peso que o conceito de dignidade humana tem para cada sujeito. Com estas observações tentei ir ao encontro dos gostos deles e das suas vontades. Tanto eu como a restante equipa,

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

realizávamos atividades com o intuito de proporcionar melhor bem-estar ao doente e ajudar a passar o dia. Estas atividades incluem jogos da preferência dos doentes, como, jogo de cartas, dominó e o xadrez.

Com os doentes mais independentes realizava passeios da parte de tarde ao ar livre. Estes passeios eram muito apreciados pelos doentes.

Ao longo do meu estágio foi possível notar que a própria instituição estipulou diversas atividades semanais. Todos os dias uma técnica de reabilitação motora realizava exercícios aos doentes de forma a combater o sedentarismo e melhorar a capacidade funcional, atividade que acompanhava como colaboradora no seu desenvolvimento e encaminhamento dos doentes. Semanalmente, a UCC de Resende recebia a visita de um padre para que os doentes interessados pudessem realizar a comunhão e a confissão. Quase todos os utentes ansiavam por esse dia.

Era também habitual a visita quinzenal de uma cabeleireira. Esta profissional tinha como função os cortes de cabelo dos doentes e para as senhoras o arranjo das unhas. Esta ideia no meu ponto de vista é fundamental para que os doentes se sintam bem e cuidados. As senhoras davam mais importância a esta prática, gostavam de ser cuidadas e “mimadas” desta forma.

Da minha parte tentei sempre realizar atividades e escuta ativa. As conversas remetiam ao passado e às memórias mais marcantes relacionadas com a família e a profissão. O facto de terem ali uma pessoa a ouvi-los e a entendê-los transmitia-lhes confiança.

**Parte II – Estudo Empírico: “Dignidade em Fim de Vida: Perspetivas da
Equipa Prestadora de Cuidados**

Capítulo I – Enquadramento Teórico

1. Dignidade Humana

1.1 Conceitos éticos e filosóficos

A evolução histórica de dignidade fundamenta-se em três aspetos fundamentais, sendo o primeiro entre a humanidade e Deus, o segundo entre o indivíduo e a sociedade e por último entre o determinismo e a liberdade. Pode também afirmar-se que este conceito se desenvolveu em cinco momentos históricos: Antiguidade (Clássica Sec. II a.C. – Sec. V D.C); Cristianismo da Idade Média (Sec. IV-XIII D.C.); Humanismo do Renascimento (Sec. XIV-XV); Iluminismo e Filosofia da Razão (1648-1789) e final do século XVIII- meados do séc. XX. (Julião, 2014).

A dignidade humana pode ser vista em três prismas diferentes: filosófico, biológico e psicológico. Do ponto de vista filosófico, dignidade humana envolve o valor intrínseco do sujeito. É deste valor intrínseco que emerge o próprio interesse do indivíduo como ser único. Este valor não tem preço. A qualidade do indivíduo resulta das suas características humanas que cada pessoa possui.

Do ponto de vista biológico o ponto primordial é o reconhecimento de que não existe qualquer determinismo biológico que possa avaliar a dignidade humana. Todos os seres humanos independentemente da sua raça, da sua classe social ou faixa etária todos são igualmente dignos. A qualidade biológica nada altera a sua dignidade.

Por último, consoante o ponto de vista psicológico, dignidade humana é perceptível à existência, ao percurso de vida de cada pessoa e às suas próprias experiências. O quotidiano de cada indivíduo, a reação da restante comunidade em relação a nós, a interação social e as interiorizações que cada indivíduo faz dessas experiências delimitam a identidade pessoal dos indivíduos (Pereira, 2013).

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

A necessidade da reflexão acerca da dignidade humana vai de encontro ao conceito de comunidade, onde os indivíduos estão inseridos e onde existe a dificuldade da adequada articulação entre o próprio conceito e as questões da biologia. (Pereira, 2013)

A noção de dignidade que varia consoante as épocas e os locais é um conceito que abrange todos os seres humanos, sendo assim difícil defini-la senão como um reconhecimento coletivo de uma herança histórica da civilização. O conceito da dignidade humana é uma noção evolutiva, dinâmico e abrangente. Contudo, trata-se ainda de uma expressão com um significado indeterminado, extensível às mais diferentes áreas dos direitos individuais.

Todos os indivíduos têm de ser tratados de igual forma em relação às outras pessoas, têm o direito de ser reconhecidos como tal (pessoa digna) e direito a decidir acerca da sua vida sem qualquer interferência do Estado. A dignidade da pessoa humana insere-se entre os “valores supremos” (Pietro & Zanella, 2014).

Percebe-se então que a interface entre a bioética e os direitos humanos precisa de ser mais explorada por meio de conceitos teóricos com o intuito de consolidar o conceito.

Para a bioética o primordial princípio da dignidade humana é o reconhecimento da bioética internacional. Partindo do facto que a bioética e os direitos humanos partilham a dignidade humana enquanto centro axiológico, então existe uma conceção ontológica de dignidade, pois considera-se que tal conceção é essencial para o fortalecimento da ideia da proteção geral da pessoa humana (Oliveira, 2007).

O desenvolvimento da bioética está vinculada em diversos princípios: autonomia, beneficência e justiça. A autonomia está ligada ao respeito e à vontade do doente se auto governar, beneficiando o doente o direito de participar ativamente nos cuidados da sua vida. Contudo, só se pode participar no tratamento e decisões acerca do seu tratamento quando existe informação por parte da equipa de saúde para o doente, dando informações cruciais

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

numa linguagem acessível a todos os indivíduos, para que assim seja possível uma tomada de decisão garantindo a competência e o parecer de todos os membros envolvidos na doença (Kovács, 2003).

Quando se descreve o direito da autonomia é importante salientar que é essencial que entre o doente e o profissional de saúde exista uma relação simétrica, em que o doente participa de modo ativo nas decisões do seu tratamento, bem como a interrupção do mesmo (Kovács, 2003).

O princípio da beneficência tem como principal objetivo o impedir o sofrimento adicional e a promoção do bem-estar do doente. Muitas das vezes é a instituição que quer tomar estes juízos, decidindo questões fundamentais do doente julgando que sabe o que será melhor para ele (Kovács, 2003).

Outro princípio da bioética é o da justiça tendo como ideal o decorrer natural das coisas, a liberdade contratual e social e o bem-estar coletivo. Cada indivíduo deve ser atendido nas suas necessidades reconhecendo as diferenças e as singularidades das pessoas.

Outro dos direitos associados à dignidade do indivíduo é a autodeterminação na continuidade da sua autonomia, isto é, a capacidade de criar as regras da sua própria vida. Está no dever dos profissionais de saúde salvaguardar a dignidade da pessoa numa fase terminal da sua doença, pois no estado de deterioração do doente é o profissional que tem mais conhecimento e mais capacidade de ação perante a pessoa doente que se expõe num estado mais vulnerável e submisso (Gonçalves, 2013).

A dignidade ética tem como referência o atuar do indivíduo, não o seu ser. Essa dignidade é analisada pelo comportamento humano, quando é orientado naquilo que se entende como ser o “bem”, acabando por estar relacionado ao comportamento de alguém que agiu bem. As pessoas humanas não perdem nem ganham dignidade, assim sendo, não há como medi-la ou classificá-la. A dignidade é intrínseca ao ser humano (Oliveira, 2007).

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

Outro ponto que provoca bastantes discussões no ramo da bioética é o desenvolvimento da tecnologia médica, o facto de um profissional de saúde prolongar a vida a um paciente. Muitas vezes este prolongamento não tem limite e é aí que se dá o dilema entre a QDV e a duração da mesma. Muitos profissionais de saúde vêem a vida como sendo um valor absoluto, então esta deve ser mantida a todo o custo e nada poderá ser feito a abreviação da mesma, pelo contrário a vida deve ser mantida. Foi com o desenvolvimento tecnológico que se deu o prolongamento da vida e se levantaram questões acerca do investimento no tratamento ou de quando interrompê-lo. Estes são os dilemas relativos à eutanásia, à distanásia, ao suicídio assistido e ao morrer com dignidade (Kovács, 2003).

O fundamento da atribuição dos direitos humanos assentam na “eminente dignidade da pessoa humana”. A civilização dos direitos é visível aos olhos do homem de hoje. Existe uma transação da comunidade sociopolítica, uma sociedade de deveres para uma comunidade de direitos. Neste domínio o traço relevante foi a conceito do progresso do conceito de dignidade e direito. Falar de dignidade sem que se coloque no panorama de uma ética e antropologia filosófica, resulta lançar o valor que ela mostra no vazio dos discursos políticos e jurídicos (Ascensão & Oliveira, 2008).

O valor e a dignidade do corpo é igual em todos os momentos da vida do homem. Um corpo jovem tem a mesma dignidade que um corpo inferiorizado, fragilizado e perturbado pela doença. As atitudes que demonstram respeito por aqueles que se apresentam mais vulneráveis, o contacto de uma mão, os olhares, a forma de estar, tratar e cuidar, devem devolver à pessoa o sentimento da sua dignidade atenuando assim a sua angústia.

Todos os seres humanos têm direito ao respeito enquanto ser humano, sendo assim, a dignidade do humano significa que o homem é um fim em si mesmo e não pode servir de meio ou de instrumento para outros fins.

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

Uma pessoa que esteja numa situação vulnerável deve obrigar a uma atenção redobrada e um cuidado suplementar, no sentido de salvaguardar qualquer delito à sua dignidade. Existem valores em relação à pessoa assistida que nunca devem ser postos em causa, tais como, a Dignidade Humana, o Respeito pelos Direitos Humanos, Cidadania e Excelência no Cuidar. A Dignidade Humana permite respeitar a integridade da pessoa em todas as suas vertentes com uma visão holística das suas necessidades e gostos. O objetivo primordial não é a doença, mas sim o doente. O verdadeiro cuidar é a atenção global à pessoa abordando os cuidados físicos, psicológicos ou espirituais para além dos cuidados de saúde.

A dignidade humana é cada vez mais reconhecida como núcleo dos direitos humanos. O significado de dignidade tem-se expandido e está no cerne do valor da humanidade como um todo, incluindo já as gerações futuras. Com isto todo o indivíduo tem intrinsecamente dignidade e as restantes pessoas pertencentes à sociedade são de igual modo, portadoras dessa mesma dignidade (Oliveira, 2007).

O profissional deve demonstrar perícias éticas a partir do momento em que se preocupa verdadeiramente com o que se está a passar no que diz respeito ao doente e ao seu meio envolvente, neste há que destacar a família. Isto quer dizer que adquirir uma prática ético-racional significa responder a situações para as quais os profissionais preparados profissionalmente devem responder.

A constante afirmação de autonomia e auto realização do doente é um princípio ético central e fundamental da dignidade humana, que deverá estar sempre presente. O indivíduo pode adquirir o estatuto de doente, mas não deixa de ser pessoa, cidadão, membro de uma família e portador de uma dignidade que exige respeito.

Um indivíduo no aproximar da morte necessita igualmente de ter uma morte digna. Morte digna implica a vontade, o desejo, o propósito de morrer na plenitude concebida para si próprio. Morte digna, em qualquer fase do desenvolvimento humano exige reflexão na

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

diferença do recém-nascido, do adulto e do idoso. A dignidade humana deve estar presente desde o nascimento até a morte de um indivíduo. Em qualquer circunstância esta não deve ser esquecida (Marengo, Flávio, & Silva, 2009)

Em suma, a dignidade do ser humano, fundada nesta capacidade e neste dever da autoconstrução, características que o distinguem e o superiorizam, então o homem é digno porque é pessoa. A dignidade não é atribuída por características externas, mas sim é intrinsecamente resultante das próprias características de ser pessoa. Então, o homem é digno porque é ele que constrói um projeto a realizar.

Deve então afirmar-se que o homem é um ser único e irrepetível, com a sua própria liberdade e potencialidade de autorrealização (Ascensão & Oliveira, 2008).

1.2.Espiritualidade

Toda a doença que causa sofrimento ou dor torna-nos mais vulnerável. Muitos doentes necessitam de encontrar força para que lhe ajude a ultrapassar um momento crítico e com isto melhorar consideravelmente o seu dia-a-dia e a sua qualidade de vida. Numa fase agónica a espiritualidade e a religião estão presentes no quotidiano dos doentes de forma a amenizar a dor e a ter uma visão da vida mais positiva e esperançosa. Com isto, a fé constitui uma das maiores fontes de ajuda dos doentes.

Na sociedade atual, muitas pessoas pensam que a espiritualidade não está ligada à vida diária e excepcionalmente se percebe que tudo aquilo que acontece no quotidiano se insere consoante a visão do mundo de cada indivíduo (Neto, Aitken, & Paldron, 2004).

Na velhice e no término da vida, o que mais predomina num doente é a religiosidade. Todos os indivíduos necessitam de um sentido para viver e para morrer. A dor espiritual surge quando, com a perda da esperança, deixa de ter sentido o significado da vida. Seja qual

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

for a religião do doente, este deve ser respeitado e integrado numa prestação de cuidados digna e de qualidade.

Por norma, associa-se a espiritualidade à religião, todavia estas duas palavras não são sinónimas. A espiritualidade está unida ao reconhecimento e primazia do espírito em todas as ações humanas.

A associação espiritualidade\religião não é imprescindível. O simples desejo que todos os indivíduos têm em obter a felicidade e de não sofrer, constitui o melhor e mais simples suporte para fortalecer o sentimento de solidariedade e de compaixão (Neto, Aitken, & Paldron, 2004). Assim sendo, a espiritualidade não é uma matéria apenas reservada a algumas pessoas, mas uma necessidade tão básica como o comer e beber, para criar um mundo mais harmonioso e um dia-a-dia mais feliz e ainda, a visão de uma vida com mais sentido.

A espiritualidade é intrínseca ao indivíduo e esta é reconhecida quando surge como necessidade. Quando se reúnem as condições positivas e se cultiva o espírito, as emoções negativas tendem a diminuir de intensidade, tornando-se mais raras, acabando por desaparecer. Este processo não é imediato e é de maior relevância lidar diretamente com as emoções negativas quando estas se manifestam (Neto, Aitken, & Paldron, 2004).

Como já foi referido anteriormente é fulcral ter determinação para saber lidar com estas emoções e é igualmente vital ter em atenção os nossos estados de espírito. Se não houver consciência daquilo que se está a passar com o interior do indivíduo, não será possível agir de forma correta e na altura certa. Todas as emoções negativas nascem de um só pensamento. O sentimento mais frequente neste tipo de emoções é a cólera.

No final da vida, o doente expõe algumas carências especiais que podem ser satisfeitas. Estas necessidades dizem respeito ao facto de muitas das vezes o doente não ser reconhecido como pessoa, à reconciliação com a própria vida e à busca de um novo sentido para a sua vida independentemente das suas dependências.

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

Estas necessidades podem ser satisfeitas através dos cuidados espirituais como sendo um encontro com aqueles que podem ajudar a reaproximar-se das ideais, dos princípios e das práticas. Isto vai fazer com que exista uma forte ligação entre quem ajuda e quem necessita da ajuda (Gomes, 2011).

Assim sendo, o sentido da vida não pode ser só avaliado em termos temporais. Quando se aprende a viver no presente (independentemente das suas limitações), a vida tornar-se-á numa comemoração de cada instante e o seu sentido é encontrado em cada pormenor. Contudo, quando um doente faz a retrospectiva da vida, este pode sentir-se capaz de alcançar os objetivos e de lutar por causas (Neto, Aitken, & Paldron, 2004).

A vivência de uma doença grave em fim de vida vai gerir sentimentos de ameaça, perda de capacidades e impossibilidade da realização de atividades básicas. Estes sintomas vão dar origem a um desconforto e sofrimento, podendo ter como consequência a perda do sentido de vida e a incapacidade de pensar no futuro. O avançar da doença, vai afetar a vida pessoal do indivíduo em todas as dimensões. Alguns doentes em fase agónica gostariam que os profissionais de saúde estivessem mais atentos às suas necessidades espirituais.

Os profissionais de saúde devem saber avaliar as necessidades espirituais dos doentes com uma visão “aberta” sobre o tema e têm de ser capazes de ajudar os enfermos, religiosos ou não, a refletir sobre estas necessidades de um modo mais abrangente.

A interveniência do cuidador formal, consoante os princípios éticos, exige que identifique as suas próprias capacidades para que consiga responder a determinadas situações que possam surgir e o reconhecimento do profissional sobre si próprio é fulcral para a dimensão espiritual dos seus doentes (Caldeira, Branco, & Vieira, 2011).

A doença vai impor a sua fragilidade sobre o doente e consequentemente as perdas a nível físico, profissional e relacional. Esta fase final de vida vai requerer que exista uma

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

readaptação do doente e da sua família pela fundamentação do aumento gradual da sua incapacidade e uma possível dependência até ao fim da sua vida (Nicolau, 2013).

A espiritualidade é uma dimensão do cuidar e o profissional de saúde deve constatar que os doentes manifestam necessidades espirituais de forma subtil e por vezes o sofrimento afigura-se num contexto da doença (Caldeira, Branco, & Vieira, 2011).

Em suma, neste contexto o cuidado com o sofrimento espiritual entende-se como sendo uma atividade que faz com que sejam necessários alguns passos como o controlo dos sintomas físicos e a presença para o apoio à pessoa doente. É necessário que exista um estímulo para uma revisão positiva da vida e um reconhecimento do seu valor e do valor da própria vida.

A espiritualidade em fim de vida vai ajudar a que os doentes sejam capazes de trabalhar a culpa, o remorso, o perdão e a reconciliação. Vai encorajar a meditação e a prática religiosa, para que surja um alívio dos sintomas. A espiritualidade vai ajudar a que exista uma fé através das suas experiências, princípios e convicções.

O profissional de saúde não deve alterar ou influenciar as crenças dos doentes e deve acreditar naquilo que ele encara como sendo a verdade com o intuito de alcançar o equilíbrio e bem-estar (Gomes, 2011).

1.3 – Recursos Pessoais

Nos dias de hoje vive-se numa sociedade onde o reconhecimento humano e as suas capacidades são vistas como fatores de competência no mercado de trabalho e não como valorização do trabalho exercido em diversas áreas do mercado de trabalho, ou seja, muitas vezes o que importa é a competência do profissional ao cuidado físico do doente e não à QDV do doente.

Não só no ramo da saúde, mas também noutras áreas, é importante que se utilizem recursos pessoais, isto porque, o doente tem de ser visto como um ser holístico que precisa

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

não apenas de cuidados clínicos, mas também de cuidados psicológicos. A utilização de recursos pessoais vai conduzir a um maior bem-estar do doente, com a sensação de acompanhamento e não de abandono e solidão (Sovienski & Stigar, 2008).

Em diversos casos muitos dos doentes preferem um pouco de companhia e apoio, ao invés do tratamento farmacológico. Apesar de o tratamento farmacológico ser importante para a recuperação da pessoa doente, muitas vezes este indivíduo valoriza mais a companhia e apoio do que o tratamento farmacológico.

O cuidar implica uma interação entre o profissional de saúde e o doente e é necessário que este seja realizado através da comunicação, com isto, considera-se que comunicar é um modo de satisfazer as necessidades dos doentes (Almeida, et al., 2010).

Dado que a comunicação é tida como vital na experiência humana, através do diálogo, as estratégias de intervenção podem ser aferidas entre o cuidador e utente. Na maior parte dos casos, é necessário recorrer aos recursos pessoais para satisfazer o utente e proporcionar-lhe melhor bem-estar consigo próprio e com o próximo.

Toda a pessoa humana é moldada pela relação física e palpável com as coisas, mas também pela espiritualidade, pelas experiências vividas, pela sua aprendizagem e pelo seu interior. Destas composições variadas constrói-se um reportório interno, apto a conduzir cada indivíduo nas respostas às oportunidades, às crises e à destabilização que a doença provoca. Assim sendo, o sofrimento e a capacidade individual para o gerir podem ser entendidos através da apreciação dos recursos e do tal reportório individual do conceito de dignidade em fim de vida de cada um (Julião, 2014).

Em síntese, muitas vezes os recursos pessoais que são mobilizados têm mais relevo do que os recursos profissionais, isto porque, os pessoais são tidos como sendo mais humanos e mais compreensivos para com os sentimentos de sofrimento do doente por parte do profissional de saúde.

2. Pessoa em fim de vida

2.1 – O cuidar da pessoa em fim de vida

A doença crónica e grave é também dominada como doença terminal e está associada a um próximo fim de vida, mais próximo do que alguma vez se pensou (Pazes, Nunes, & António, 2014).

Quando uma pessoa sente que está no fim do seu ciclo vital, acaba por ter um misto de sentimentos. A pessoa em fim de vida é encarada como sendo aquele individuo que não tem cura com consciência de que a morte está próxima (Nicolau, 2013).

Tendo noção que o individuo não é apenas um organismo biológico, mas também um resultado de influências externas adquiridas, vindo de um ambiente que lhe é confortável, por exemplo de uma família, sociedade, de uma história, entre outros (Rossa, 2012).

A fase final de vida de uma pessoa pode ser caracterizada com sendo uma etapa de fragilidade e vulnerabilidade, mas é fundamental que o doente tenha consciência de que a morte é algo inevitável e irreversível. Quando um individuo adocece, este processo carrega problemas como a sensação de abandono, isolamento e dependência para as necessidades básicas (Rossa, 2012).

Muitos indivíduos numa fase final de vida pedem para morrer. Este pedido é o resultado de uma vida insuportável, sentindo-se muitas vezes uma sobrecarga para a família. Na maioria dos casos nesta fase da vida, os doentes encontram-se em hospitais, solitários, abandonados e impotentes perante a vida e a morte.

A expressão de “Pessoa em fase terminal” é dirigida a todas as pessoas com doença crónica e incurável. Com isto, esta fase é tida como sendo irreversível e com o passar do tempo um agravamento dos sintomas e um tempo de vida limitado (Nicolau, 2013).

Quando se aborda um individuo em fim de vida existe um foco no propósito de um alívio do sofrimento de forma a manter um maior bem-estar possível e que se deixe de parte a

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

possibilidade da cura. A pessoa em fim de vida apresenta uma série de sintomas que vão surgindo no processo da doença e que mexem com a pessoa portadora de uma doença incurável (Nicolau, 2013).

Doentes em fase agónica vão precisar acima de tudo de conforto e não de tratamentos dolorosos e cansativos. Os sintomas notórios de alguém que se encontra em fase de agonia são a agitação, confusão, ruído respiratório, alucinações, debilidade intensa, entre outros. Quando se dá o aparecimento destes sintomas é fulcral que se mantenha a medicação, com o intuito de os aliviar e proporcionar o conforto ao doente. É da mesma importância manter estes cuidados tanto no domicílio como em paliativos ou hospitalares (Kovács, 2014).

Sendo a dignidade um conceito bastante complexo, não existe uma definição consensual, apesar de muito abordada e estudada em artigos científicos. Isto deve-se à complexidade do tema em questão e das questões éticas que muitas vezes são levantadas.

As situações da vida e da morte envolvem vários indivíduos: pacientes, familiares e equipa de saúde. Qualquer decisão deve ser tomada em consenso em torno de todos, discutindo os prós e contras de cada uma das opções. Contudo, é a instituição hospital que continua a ter um papel acima dos restantes indivíduos, decidindo o que é melhor para o doente e o método de tratamento (Kovács, 2003).

É neste sentido que os direitos humanos são centrados na pessoa cujo abandono não está inserido na prática de prestação de cuidados, nem numa fase terminal da doença (Oswaldo, 2008).

Com isto a ato mais importante do cuidador formal, é o facto de colocar o doente no centro do problema, favorecendo a dignidade humana e a autonomia das escolhas do doente. Isto faz com que o enfermo sinta valorizado o seu problema e se considere a sua participação na doença e do seu procedimento (Kovács, 2014).

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

Em suma, a morte é uma parte importante na existência do ser humano, portanto é relevante que seja planeada e autodeterminada. Alguns têm desejos diferentes, então, uns preferem ter a proximidade de amigos e familiares, enquanto outros têm necessidade de se isolar não tanto preocupação de se alimentar ou descansar. É importante que exista uma conversa sobre a morte para saber dos seus desejos e informar da sua situação (Kovács, 2014).

A prestação de cuidados globais e humanizados reforçam um apoio emocional e fornecimento de informação, direcionando e assistindo a tomada de decisão, tendo no centro que cada caso precisa de ser tratado individualmente, segundo o próprio doente (idade, estatuto, experiência vivida e sofrida) (Pereira M. G., 2005).

É importante que o profissional de saúde tenha consciência do significado do termo Humanização, que tem como princípio todo o relacionamento com o doente (psicológico, dimensão familiar e social, vivências religiosas, entre outras).

2.2- Equipa multidisciplinar na prestação de Cuidados Continuados

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) é formada por um conjunto de instituições, cujo objetivo principal é a prestação de cuidados de saúde e de apoio social de forma contínua e integrada a indivíduos que independentemente da sua idade, se encontram numa situação de dependência.

A Rede Nacional de Cuidados Continuados foi criada no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho. O artigo.1 refere: *“1- É criada, pelo presente decreto-lei, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, no âmbito dos Ministérios da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade Social, adiante designada por Rede.*

2- O presente decreto-lei aplica-se às entidades integradas na Rede”.

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

Os cuidados Continuados Integrados estão focados na recuperação geral da pessoa propagando assim a sua autonomia e melhorando a sua funcionalidade (Ministério da Saúde, 2015).

Outros objetivos da RNCCI vão de encontro à:

- Prestação de cuidados individualizada e humanizada;
- Continuidade dos cuidados prestados anteriormente em diversos serviços, tais como sectores, níveis de diferenciação e mobilidade das unidades;
- Avaliação individual das necessidades de cada pessoa de forma diferente consoante o íntimo de cada indivíduo;
- Promoção e manutenção da funcionalidade e autonomia do doente;
- Disponibilização de uma equipa multidisciplinar na prestação de cuidados ao doente;
- Qualidade e eficácia nos serviços prestados;
- Reflexão dos sintomas e necessidades físicos, espirituais e psicológicos.

Dada a importância da RNCCI, devem existir equipas multidisciplinares para que a prestação de cuidados numa UCC, seja a mais digna e correta para os doentes que estão institucionalizados e que necessitam continuamente de cuidados de profissionais de saúde. Esta equipa vai proporcionar aos doentes, uma maior qualidade na prestação de cuidados e um maior bem-estar no quotidiano destas pessoas. O objetivo principal do trabalho multidisciplinar é o cuidado variado e diversificado, de forma a tratar a pessoa dependente em vários níveis de maneiras diferentes.

Entende-se por equipa multidisciplinar a que é constituída por uma serie de profissionais de diversas áreas, com formações académicas diferentes, fazendo com que partilhem vários saberes, com o intuito de trabalhar para um único objetivo. Esta equipa vai permitir a partilha

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

de informação para que a partir de diversos ângulos construíram uma resposta mais integradora à situação em questão.

Ao contrário de outras equipas com as mesmas formações académicas, as equipas multidisciplinares vão ter diferentes olhares de acordo com a sua experiência para o problema, mas com a intenção de chegar a um maior bem-estar do doente e ter diversas opiniões sobre o problemática e chegar a um ponto em comum.

Segundo Matos & Pires (2005-2006), interdisciplinaridade caracteriza-se pelas sucessivas trocas entre as disciplinas, no interior de um só projeto. A diversidade de uma equipa multidisciplinar no ramo da saúde, com a incorporação de várias áreas profissionais, faz com que exista um tratamento de um problema muito mais complexo. Para que o trabalho em equipa resulte é necessário que exista boa relação entre os profissionais e estes partilhem as suas ideias, opiniões e visões do problema. A perspetiva interdisciplinar tem como ênfase compreender melhor a multidisciplinaridade e daí resultarem melhores resultados no trabalho (Matos & Pires, 2005-2006).

Cada vez mais é adotada esta equipa para trabalhar em UCC, hospital e Lares Residenciais. Com a integração desta equipa, o serviço geral de uma instituição vai obter melhores resultados e o objetivo geral acaba por ser bem-sucedido, facultando QDV ao doente e uma maior confiança e segurança à família.

O significado de interdisciplinaridade não usufrui ainda de um sentido exclusivo e firme, no entanto pode ser considerado como sendo um dos princípios das distinções terminológicas (Vilela & Mendes, 2003).

Segundo Matos & Pires (2005-2006), as reuniões das equipas multidisciplinares têm um lugar privilegiado para a construção da democracia interna favorecendo assim um cuidado mais integral.

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

Neste sentido, o sofrimento humano e a dor têm de ser humanizadas pela equipa de trabalho para que assim haja a interação entre o doente e o profissional e o reconhecimento da doença e do enfermo (Marengo, Flávio, & Silva, 2009).

2.3 Comunicação terapêutica como base na comunicação de más notícias

A comunicação terapêutica é o instrumento base na prestação de cuidados. Esta está sempre presente em todas as ações do profissional\doente. O papel do profissional de saúde não se restringe somente à prestação de cuidados, mas também ao desenvolvimento da comunicação, para que em todas as ações realizadas diretamente ao paciente sirvam para orientar, informar, apoiar, confrontar ou atender a problemas no seu quotidiano. É através da comunicação que os indivíduos se exprimem e dão face aos seus problemas.

O profissional de saúde a partir da comunicação desenvolvida com o doente identifica as necessidades sentidas, informa sobre os procedimentos ou situações, promove o relacionamento e permite que exista uma troca de experiências e mudança de comportamentos (Pontes, Leitão, & Ramos, 2008).

Por mais que a palavra “comunicação” esteja presente em diversos contextos da área da saúde, estudos comprovam que no quotidiano hospitalar alguns profissionais não têm qualquer habilidade comunicativa, o que causa impacto negativo nas relações existentes entre profissional de saúde e doente/familiar (Bertachini, 2012).

É notória a importância que a sociedade dá à comunicação interpessoal. Os profissionais de saúde estão incluídos num contexto onde o ato de comunicar vai muito além do informar, devendo o profissional saber lidar com possíveis reações emocionais dos doentes, optando por utilizar uma linguagem clara, simples evitando códigos, abreviaturas e o discurso demasiado técnico.

Um facto importante e que nenhum profissional deve esquecer é o sigilo e confidencialidade de todas as informações pessoais relativas ao doente, bem como a história

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

da vida deste e o seu diagnóstico/prognóstico. No seguimento desta perspetiva a comunicação terapêutica é tida como sendo uma atividade distinta da comunicação da área de saúde, apta para a identificação das extensões cognitivo-afetivas, emocionais e culturais.

Outro ponto fulcral para um bom relacionamento destes dois sujeitos é a escuta ativa e atenta. Esta escuta torna-se num instrumento fundamental que têm como objetivo valorizar o outro. O facto de um sujeito escutar ativamente o outro implicar que exista uma partilha de momentos e emoções não só à mensagem recebida, mas também a busca de significados que a informação contém, bem como a relação de ajuda (Bertachini, 2012).

Quando existe uma comunicação terapêutica o profissional deve estar preparado para proporcionar determinadas informações com as quais não é fácil lidar. A comunicação de más notícias, apesar de serem normais no trabalho dos profissionais de saúde são caracterizadas como sendo tarefas extremamente difíceis. Entende-se por más notícias a revelação de diagnósticos que têm um impacto negativo na vida dos pacientes e nas pessoas que o rodeiam. A forma de como é dada a notícia de doenças graves tem um impacto relevante não apenas na perceção do doente, mas também na relação a longo prazo com o profissional de saúde (Nonino, Magalhães, & Falcão, 2012).

No quotidiano dos profissionais de saúde as relações interpessoais existem para atender às necessidades dos doentes. Nesta relação importa realçar que o cuidador e o doente são indivíduos que interagem e neste contexto é fulcral que os profissionais sejam reconhedores em relações humanas, tornando assim a comunicação o instrumento fundamental dos cuidados em saúde (Pereira, 2005).

Habitualmente é o profissional de saúde que está responsável pelo doente, com quem estabeleceu uma relação de confiança, que está disponível para responder a questões colocadas após o conhecimento do diagnóstico. A informação deve ser coordenada e

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

transmitida a um ritmo em que o doente/familiar possa acompanhar e fomentar a informação fornecida.

Na prática dos cuidados de saúde são várias as questões éticas com que os profissionais de saúde se deparam.

Na relação profissional/doente a comunicação de más notícias continua a ser uma das situações mais difíceis e delicadas, quer pela fragilidade do assunto, quer pela controvérsia existente na maneira como falar e a quem falar.

A confrontação da pessoa doente com uma má notícia, pode suceder também no decorrer da doença como por exemplo a informação dos efeitos secundários dos tratamentos (Gonçalves, 2013).

O momento da comunicação é uma circunstância dolorosa tanto para a sujeito que recebe como para a pessoa que dá a notícia, pois existe um aglomerado de sentimentos como a dor, a ansiedade, medo e vulnerabilidade.

Segundo (Pereira, 2008), não é correto pensar apenas no ato de informar/comunicar, mas também nos efeitos que esta perda trás para o indivíduo. Ou seja, uma perda está sempre associada a um processo de luto, contudo é necessário entender se esse procedimento foi bem gerido pela pessoa enlutada.

Na realidade, as competências para saber lidar e informar sobre essas más notícias e a gestão do luto, têm um lugar pouco significativo na formação inicial e contínua. Com isto, verifica-se que este tema continua a ficar um pouco aquém no processo de formação dos profissionais de saúde porque a maior parte das vezes não é dado o devido valor à problemática anteriormente falada (Pereira, 2008).

A maioria dos doentes deseja saber informação acerca do seu prognóstico, sintomas, efeitos secundários e opções de tratamento. É importante realçar o quanto é fulcral que os

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

doentes encontrem no profissional de saúde uma pessoa de confiança e que lhes transmita segurança.

É importante determinar quanto é que o doente quer saber. Embora a maioria dos doentes expressem a vontade de querer saber toda a informação acerca do seu diagnóstico e detalhes da doença, alguns preferem não o saber. É fulcral reconhecer que a recusa da informação é um mecanismo psicológico de coping válido e manifesta-se frequentemente nas fases iniciais e avançadas da doença.

Numa fase terminal da doença, deve-se levar em conta a qualidade de vida e não a quantidade da mesma. A maioria dos doentes desejam que os profissionais sejam honestos, diretos, sensíveis e que valorizem a esperança.

Uma das piores realidades com que os profissionais de saúde são deparados é o facto de se esforçarem pela continuidade de vida de um enfermo e este acaba por morrer. A morte é um acontecimento impossível de ser alterado, portanto, é possível ter um efeito positivo na forma de como um doente falece (Marengo, Flávio, & Silva, 2009).

A aceitação incondicional da pessoa doente está na atitude de disposição interior de abertura, perante a pessoa que sofre. É uma postura de escuta ativa, de compreensão, de atenção, ou seja, é o sair de si e entrar no outro. Com isto, é necessário que exista uma compreensão empática em relação ao doente. Se for permitido comunicar e tentar entrar no mundo do doente, percebem-se melhor as suas experiências e o seu sofrimento e assim uma atitude de compreensão.

Empatia significa ajudar o doente a entender a sua realidade com a própria capacidade compreensiva para tentar ver as coisas sob o ponto de vista da pessoa submissa.

Muitas das vezes o profissional de saúde preocupa-se em medicar o doente para lhe consiga salvar a vida. A atenção fica virada no procedimento na tecnologia e não na pessoa que precisa do tratamento. Quando o cuidador formal diz que fez tudo o que era possível e

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

que nada mais havia a fazer, ele tenta encontrar o conforto no seu paciente. É necessário humanizar a morte, de forma a viver o processo de morte com uma equipa multidisciplinar (Soavinsky, 2009).

Nos Cuidados Continuados, a dignidade é um conceito tão intrínseco que questionar o seu significado seria contestar alguns dos princípios básicos da prestação de cuidados (Julião, 2014).

A dignidade está associada às qualidades intrínsecas de cada indivíduo, à própria visão que tem do mundo que o rodeia.

Sendo assim, pode afirmar-se que este tema abrange as propriedades espirituais e psicológicas de cada um, devido a isto, não é correto hierarquizar características de igual forma para todos os doentes, pois um indivíduo tem de ser visto como um todo, com as suas distintas características, qualidades, defeitos e ideais (Julião, 2014).

A doença terminal não está somente associada a um diagnóstico, mas também ao impacto negativo que esta provoca no doente e na sua família.

O processo de morrer por parte da doente e da sua família está relacionado com diversos fatores, nomeadamente os seus recursos, o contexto a sobrecarga e responsabilidade de cuidar de uma pessoa doente.

Contudo, é necessário adequar a informação ao nível de compreensão e vocabulário do doente/família. É de relevância falar com franqueza, evitando assim, os termos técnicos e a ausência de afeto. Ao fornecer a informação em pequenas mensagens faz com que o doente/família perceba claramente a informação e favorece o silêncio e as lágrimas.

O final de vida dependente de uma doença incurável e prolongada envolve sofrimento das pessoas envolvidas no decorrer do processo. As doenças incuráveis estão ligadas a perdas importantes, tendo como consequência o processo de luto e a dor.

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

O processo de luto vai então ser bastante complexo e diferentes em todos os casos, em todos os contextos e em todas as pessoas (Pazes, Nunes, & António, 2014).

A comunicação terapêutica entre profissional\doente tem como finalidade identificar e atender às necessidades de saúde do doente e melhorar a prática do cuidado (Pontes, Leitão, & Ramos, 2008).

2.4 Luto nos profissionais de saúde

É importante que os profissionais de saúde tenham tempo para fazer a gestão do luto e perceber a tempo as necessidades dos doentes. O tempo é o fundamental para que consigam lidar com certas situações, criando assim um ambiente propício para que os doentes e as suas famílias possam manifestar os seus sentimentos e emoções.

Os profissionais de saúde devem ser os primeiros a ter consciência que o processo de luto é doloroso e instável, dado que as emoções vão variando consoante o tempo.

O período mais doloroso na intervenção do cuidador formal num processo de luto é a situação imediata após a morte. Esta fase caracteriza-se como sendo a mais complexa e difícil de ser ultrapassada por todos os membros exigindo disponibilidade, atenção e afeto para todos (Pereira M. G., 2005).

Segundo Gama (2013), a relação entre os profissionais de saúde e um doente agónico, traz a oportunidade para um desenvolvimento pessoal e profissional.

Se a morte for vista como fracasso vai provocar no profissional o sentimento de derrota e perdedor. Esta pode igualmente ser vista como sendo um evento solitário sem ter tempo para a expressão do sofrimento ou qualquer tipo de rituais (Kovács, 2014).

O constante contato que os profissionais de saúde têm com a morte nas suas vivências profissionais, tem sido visto muitas vezes de uma forma negativa devido á carga emocional que reporta num profissional e pela sobrecarga que provoca.

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

Contudo esta sobrecarga e exposição do luto e da morte pode traduzir-se num crescimento pessoal e profissional dos cuidadores formais (Gama, 2013).

Para lidar corretamente e eficazmente com a morte é necessário que exista um conforto no que diz respeito a perdas. A forma como os profissionais de saúde lidam com a morte vai de encontro às diversas variáveis sociodemográficas, sendo estas pessoais, situacionais, experiência e formação profissional e vivências pessoais e profissionais (Gama, 2013).

É habitual que o profissional evita o contacto direto com a morte sentindo alívio quando a morte não acontece no seu turno.

Quando um profissional de saúde encara a morte de um paciente existe uma agudização e perceção dos seus limites, tendo como consequência um melhor conhecimento do seu íntimo e uma mais-valia na sua formação profissional proporcionando um crescimento em várias vertentes (Gama, 2013).

O facto de o cuidador não conseguir aliviar, adiar ou evitar a morte vai fazer com que vivencie e conheça os seus limites e impotência (Kovács, 2014).

Face a um doente em fim de vida o profissional reage de forma diferentes nestas situações delicadas, ou seja, têm manifestações próprias (Rossa, 2012).

É a forma de como se aceita os limites no que diz respeito á capacidade de controlar o incontrolável e da conformação como as perdas pessoais são mal resolvidas que se trabalha de um modo mais sensível com os dilemas das famílias que estão sob os cuidados dos enfermeiros (Poles & Bousso, 2006).

Existem fatores que podem interferir na forma de como se vive o luto. Estes fatores são:

- a) A forma de como a morte acontece, ou seja se foi inesperada ou não;
- b) O tipo de relação que existia entre o cuidador e o defunto;
- c) O tipo de apoio que o enlutado recebe por parte dos amigos, família ou pelo contrário ultrapassada esta difícil fase fica sozinho sem qualquer tipo de auxílio;
- d) Se houve um luto antecipado, ou seja, se os indivíduos que acompanharam

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

a fase final de vida do doente tiveram a capacidade e a oportunidade de criar planos para o futuro e de partilhar sentimentos; e) A forma como o enlutado encara a vida, se existe muito *stress*, se continua a acompanhar pessoas em fase agónica e se dispõe tempo e espaço para o luto; f) As perdas sofridas anteriormente; g) A história clínica do falecido, se este já tinha indícios de demência física ou psicológica (Pazes, Nunes, & António, 2014). Percebe-se que o luto é uma fase de grande complexidade e de grandes sentimentos e realidades

Como ainda existe um certo tabu criado pela sociedade acerca do tema da morte, cabe ao profissional de saúde criar um processo de interação acerca do tema, para assim abrir um espaço para expressar o sofrimento e a dor.

Capítulo 2- Aspetos Metodológicos

Para situar a problemática da “Dignidade em Fim de Vida: Perspetiva da Equipa Prestadora de Cuidados” recorri à metodologia qualitativa, utilizando como técnica de análise para este tipo de estudo a análise de conteúdo.

3.1 Objetivos de Estudo

Como objetivos de estudo pretendo: Conhecer as perspetivas dos profissionais de saúde da Unidade de Cuidados Continuados no que diz respeito à temática; Perceber se as vivências estão diretamente ligadas à forma como o profissional reage a uma situação complexa analisando o papel da experiência profissional e da formação académica, bem como a mobilização de recursos pessoais para melhor lidarem com a situação.

Estes objetivos vão de encontro à problemática do tema para assim dar respostas à investigação.

3.2 Tipo de Estudo

O estudo tem como objetivo, como já foi referido anteriormente, Conhecer as perspetivas dos profissionais de saúde da Unidade de Cuidados Continuados no que diz respeito à temática; Perceber se as vivências estão diretamente ligadas à forma como o profissional reage a uma situação complexa analisando o papel da experiência profissional e da formação académica, bem como a mobilização de recursos pessoais para melhor lidarem com a situação.

O presente estudo caracteriza-se como sendo um Estudo Descritivos de natureza Qualitativa.

Escolhi a metodologia qualitativa porque me possibilitou um conhecimento da experiência dos profissionais de saúde no seu ambiente de trabalho a partir das suas próprias

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

vivências. É um tipo de análise que permite conhecer as opiniões da amostra em estudo tendo como ponto de partida o conhecimento que estes têm sobre si próprios.

Segundo (Fortin 2009) “a investigação qualitativa introduz uma nova dimensão, que consiste em procurar compreender a significação das descrições que as pessoas fazem da sua experiência”.

O estudo qualitativo ajudou-me a ter um conhecimento mais profundo no que diz respeito às significâncias e vivências que os profissionais de saúde dão à dignidade em fim de vida.

3.3 População em Estudo

A população alvo é constituída por 24 profissionais de saúde que integram a equipa multidisciplinar da UCC de Resende. Esta equipa é composta por uma enfermeira chefe, 8 enfermeiros, 1 Assistente Social, 1 Educador Social, 1 Animadora Social, 1 Gerontologia, 1 Neuropsicóloga, 1 Técnica de Motricidade, 2 Fisioterapeutas e 8 Ajudantes de Lar.

Para a realização do questionário foi necessária uma amostra que não foi decidida previamente, pois a mesma dependeu dos dados a recolher tendo em conta a disponibilidade dos inquiridos.

3.4 Amostra

A amostra estudada é de 8 profissionais de saúde, sendo inquiridos 4 Enfermeiros, 1 Educador Social, 1 Gerontólogo, 1 Neuropsicóloga e 1 Técnica de Motricidade.

Tem uma idade compreendida entre os 23 e os 40 anos, sendo maioritariamente do sexo feminino (7 mulheres e 1 homem).

Esta amostra é de cariz Não Probabilístico, Intencional.

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

Segundo Monteiro (2012), as Amostras Intencionais enquadram-se em vários casos onde o investigador escolhe propositadamente a amostra, por julgar que são aqueles os elementos corretos que representam bem a população geral.

A seguinte amostra foi escolhida por mim considerando a carga horária dos profissionais de saúde e a sua disponibilidade para responder ao questionário aplicado, uma vez que a maioria dos profissionais trabalha por turnos, logo selecionei profissionais com horário compatível para responderem ao inquérito.

3.5 Procedimentos Éticos

Os Procedimentos Éticos utilizados para a realização do meu estudo foi uma autorização permitida pelo Ex^o. Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Resende para a aplicação dos questionários, que se encontra em anexo.

Após esta autorização os participantes foram informados da finalidade e objetivo do estudo, da confidencialidade da sua identidade e das suas respostas de modo a obter a sua colaboração voluntária.

3.6 Instrumento de Colheita de Dados

Para a realização deste estudo o instrumento de recolha de dados foi o inquérito por questionário.

O questionário, elaborado por mim, é constituído por 7 questões de resposta aberta, que procuram ir de encontro às vivências dos profissionais e às significâncias que estes atribuem à temática da dignidade em fim de vida (Anexo II).

A realização do questionário decorreu no mês de Abril, em contexto laboral dos profissionais e tendo decorrido num ambiente sereno.

Este questionário teve como objetivo perceber com clareza o que os profissionais de saúde da UCC de Resende pensam e reagem quando são deparados com determinados

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

acontecimentos delicados que precisam de ser dirigidos da melhor forma possível e com profissionalismo.

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

4. Apresentação dos dados

Uma vez recolhidos os dados procedeu-se à organização e tratamento dos mesmos. Tendo em conta a quantidade de dados recolhidos foi necessário agrupá-los e resumi-los, com o objetivo de serem melhor interpretados.

Foi necessária a codificação da informação obtida, aplicando um código a cada questão de maneira a obter uma descrição exata das respostas pertinentes dos profissionais de saúde.

- *Questão 1 - Formação para lidar com a morte*

Todos os profissionais afirmam que é importante a formação para lidar com a morte, para assim adequar os cuidados ao doente e à sua família. Segundo estes profissionais a formação seria posteriormente crucial para um melhor desempenho no seu percurso profissional e entender melhor e mais rapidamente os sentimentos vividos pelo doente/família.

“(...) A necessidade de ajudar e de compreender a falta de alguém junto da família (...)”

Reforçam também a ideia de que é com a formação que se adquire um conjunto de procedimentos necessários a junto da pessoa doente e a entender esta fase mais vulnerável. Estes cuidadores afirmam que é com aceitação que se lida melhor com a doença e os seus procedimentos. Os profissionais de saúde têm consciência de que o contacto com a morte é inevitável tanto a nível profissional como pessoal.

“(...) a formação pode revelar-se importante pois pode ajudar-nos a lidar de uma forma mais cordial e a entender esta fase com aceitação (...)”

Os A1 e A8 referem que apesar da formação ser importante é a experiência que os prepara melhor para lidar com este problema. Reforçam também a ideia que em alguns cursos, a formação para lidar com a morte é bastante escassa.

“(...) contudo na formação superior que fiz, pouca ou nenhuma formação me foi dada sobre esta área.”

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

“(...) apesar de achar que é com a experiência que se adquire as formas corretas para assim lidar melhor (...)”

- *Questão2- Experiência profissional e contacto com a morte*

Sendo a experiência profissional uma mais-valia para uma melhor preparação para lidar com problemáticas como a morte, ao longo das respostas reforça-se essa ideia. Os inquiridos A1, A4, A5, A6, A7 e A8, dizem que é com a experiência profissional que melhor se preparam para trabalhar com a morte e colaborar com a família.

“ Ao longo do percurso profissional ao tomar mais contacto com essa realidade vamos adquirindo conhecimentos (...)”

“(...) só com este contacto laboral é que começamos a lidar e a ajudar melhor o grupo com a falta de alguém.”

“É com a experiência profissional e com o contacto direto com a morte que sabemos como agir e lidar com a morte e com outros problemas que passam aparecer ao longo da nossa carreira profissional (...)”

Contudo o A3 e A7 referem que nunca se está preparado para lidar com a morte e receiam que devido à experiência profissional ser ainda pequena, não se sintam ainda suficientemente preparados para contactar diretamente com esta fase da vida.

“(...) surge a experiência do contacto com a morte, mas nunca ficamos preparados para lidar com ela (...)”

“ A experiência profissional ainda não é muita, mas sinto-me um pouco reticente à questão de contactar com a morte, pois penso que serão criados “laços” com os doentes (...)”

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

- *Questão3- Assistência em fim de vida*

Numa assistência em fim de vida existem valores e práticas que não devem ser deixadas de lado por parte dos profissionais de saúde. Alguns profissionais dão mais importância ao controlo sintomático da dor, como é o caso dos questionários A1, A5 e A6, reforçam a ideia que uma das práticas mais relevantes, é o doente passar esta fase final de vida sem dor.

“(...) minimizando as dores que pode sentir.”

“O controlo sintomático (dor, etc...) (...)”

“(...) a ausência da dor do doente.”

Para os restantes profissionais, o mais fulcral nesta fase final da vida é o doente ser tratado com a máxima dignidade, com o apoio da família e dando ênfase aos seus gostos, crenças e valores.

“ Sem dúvida o mais importante é o doente pois este deve ser assistido de forma mais digna possível”.

“(...) ambiente de paz e serenidade. Apoio da família.”

“(...) é a QDV do doente, a concretização dos seus desejos, crenças e dar importância aos seus valores.”

“(...) o que mais conta será a dignidade da pessoa, tento respeitar o máximo possível e tratar o corpo com a máxima dignidade (...)”

- *Questão 4- Recursos pessoais e profissionais*

Todos os profissionais frisam que os recursos pessoais mais mobilizados na assistência em fim de vida são o respeito, a valorização dos desejos do doente, a prática da humanidade, compreensão, acompanhamento e a religião.

“(...) é a prática da humanidade (toque, olhar, sorriso), para que o doente não se sinta sozinho nem desamparado (...)”

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

“(...) os recursos pessoais que qualquer pessoa deve ter como o respeito pela pessoa e os seus desejos até ao fim (...)”

“Promover o acompanhamento familiar. A privacidade do doente e da família. Promover o respeito pela dignidade da pessoa em fim de vida (...)”

É importante que profissionalmente alguns recursos sejam também mobilizados tais como o controlo sintomático, a técnica e prática de como saber lidar com uma pessoa dependente.

“(...) são as técnicas aprendidas para proporcionar um alívio da dor e uma melhor QDV (...)”

“(...) realizar a técnica de escuta ativa com o doente/família.”

- *Questão 5- Importância de uma equipa multidisciplinar*

Uma equipa multidisciplinar é importante não só na área da saúde, como em qualquer outra área. Com isto, todos os profissionais de saúde referem que a multidisciplinaridade na prestação de cuidados é de extrema importância, salientando que nesta fase da vida o doente tem de ser tratado em todas as suas vertentes e não só a nível físico.

“(...) para que todas as necessidades da pessoa sejam supridas, é importante que seja tratada a todos os níveis: físico, psicológico, social, biológico (...)”

“Necessidade de acompanhamento do utente/família por várias áreas de intervenção, nomeadamente: enfermagem, médico, psicologia, serviço social, nutrição, etc. (...)”

“É essencial uma equipa multidisciplinar em qualquer contexto (...)”

“(...) a multidisciplinaridade faz com que se trate o doente em diversas vertentes (...)”

- *Questão 6- Religião e bem-estar*

Na maioria dos profissionais de saúde consideram que a religião é uma prática importante numa situação agónica. Julgam que a fé e a crença alivia a dor e proporciona um maior bem-

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

estar consigo próprio e com os restantes indivíduos. O A1, A3, A4, A5, A6 e A7 afirmam que:

“(...) é uma atividade que ajuda os doentes a encarar a dor, o seu estado e mesmo a morte de uma forma diferente.”

“Há quem diga que a religião é essencial no fim da vida do doente (...) a nível profissional penso que se deve respeitar a vontade do doente (...)”

“Sim, por norma numa situação mais vulnerável, os doentes têm tendência a dar bastante importância á religião. Vêm como sendo um valor que lhes proporciona um alívio da dor (...)”

Pelo contrário o A2 e A7 referem que muitas vezes a religião é imposta pelas instituições e que se um indivíduo não tinha religião anteriormente, não é obrigado a praticá-la agora.

“(...) se este nunca teve qualquer relação com a religião não devemos impô-la numa fase destas.”

“Não. (...) Devem-se atender aos aspetos específicos de cada religião, mas não fazer disto uma diferença ou discriminação”.

- *Questão 7- Dignidade em Fim de Vida*

Dignidade em fim de vida é entendida e interiorizada de diferentes maneiras. É uma definição que ainda não tem um só significado, cada indivíduo dá a importância e o significado que lhe parece primordial. Com isto, os diversos profissionais de saúde da UCC de Resende têm diferentes perspetivas acerca da definição de Dignidade em Fim de Vida. O A1, A6 e A8, entendem por dignidade humana o valor dado ao doente, o respeito e cuidado permanente. Refletem sobre esta questão e chegam a conclusão que sem respeito pelo doente este nunca irá ter uma morte digna.

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

“ (...) dignidade humana é dar valor a isso mesmo, a tratar a pessoa com valor e não a pôr de parte das restantes pessoas.”

“(...) entendo como dignidade ser respeitado em todos os seus parâmetros (...)”

“(...) ser respeitado como um ser humano (...)”

Para o inquirido A4, dignidade vai de encontro à recusa pela distanásia e pela informação correta à família/doente. A recusa da distanásia, na perspetiva do inquirido, confere aos doentes um final de vida mais digno e com maior qualidade.

“Evitar a distanásia. Informação e explicação correta á família. Acompanhamento multidisciplinar e em pleno á família e principalmente ao doente.”

Para os restantes profissionais refletem sobre a questão e chegam á conclusão que dignidade é:

“(...) é fornecer á pessoa que se encontra nesta fase todos os recursos para que possa viver sem sofrimento e realizar os seus objetivos ainda que sejam pequenos (...)”

“ Dignidade em fim de vida é o bem-estar do doente, a valorização do doente como sendo um ser holístico (...)”

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

5. Conclusões

Dignidade humana é um tema que ainda tem de ser bastante trabalhado e em muitos dos casos ser falado entre equipa e doentes. A dignidade é um direito humano que nunca deve ser esquecido seja qual for a situação do ser humano. Muitos indivíduos chegam a um certo ponto na sua vida que se deparam com uma realidade que não é aquela que se esperava. Muitas julgam que quando chegam à velhice, ou quando se encontram numa situação mais vulnerável, têm direito a todo o tipo de cuidados, com a máxima dignidade.

Com o passar dos anos, esta temática tem vindo a ser trabalhada e a evoluir positivamente.

No decorrer deste trabalho de investigação, retive através das respostas obtidas que dignidade humana tem diversas vertentes e é entendido como um direito independentemente da idade, classe social ou estilo de vida. Em todos os momentos no ciclo vital o indivíduo é merecedor de todo o respeito e bem-estar.

É importante realçar que um doente quando necessita de cuidados contínuos e permanentes não deixa de ter gostos, valores e crenças que têm de ser respeitados e satisfeitos. Solicitar um pedido ou conhecer uma informação importante que tenha relação consigo próprio ou com a sua doença faz parte deste processo.

Sempre que o doente estiver lúcido deverá (se for do seu interesse) ser informado de todo o seu percurso e evolução, da forma mais apropriada para o seu tratamento e daquilo que o futuro lhe reservar.

Os profissionais de saúde são cada vez mais preparados para lidar com situações agónicas e críticas, logo durante o seu percurso profissional estão prontos para lidar corretamente com estas situações de maneira a minimizar a dor e aumentar o conforto diário do doente. Esta preparação para lidar quotidianamente com a morte, deve ser implementada desde o seu curso académico, para que posteriormente seja mais fácil e compreensível o convívio com doentes

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

em situações agónicas. A amostra refere que é com a experiência que conseguem gerir melhor as emoções e sentimentos perante uma situação de morte.

Há princípios e valores que proporcionam uma melhoria no dia-a-dia do doente. Em muitos casos, a religião é uma prática diária nas instituições. Por regra, uma pessoa quando se encontra numa situação dependente, dá bastante importância a esta prática, pois acaba por lhe aliviar o seu sofrimento diário e proporciona maior bem-estar. Cabe aos profissionais exercer a prática da escuta ativa e serem capazes a ajudar o doente em todos os níveis para que se sinta amparado, apoiado e acompanhado, evitando a sensação de abandono e solidão.

Para que estes sentimentos sejam transmitidos aos doentes é importante que exista uma equipa multidisciplinar pronta para o ajudar a viver com os novos entraves na sua vida. Esta equipa vai facultar o tratamento dos doentes em vários graus e não só a nível físico. Muitas vezes a componente psicológica doente necessita igualmente de tratamento e de acompanhamento diário, resposta que pode encontrar na equipa multidisciplinar e interdisciplinar. A equipa deve trabalhar em conjunto, com objetivos comuns para o mesmo fim. Isto vai oferecer uma prestação de cuidados diversificada e com qualidade. Nenhuma formação substitui outra, por isso, estes profissionais não se substituem, mas completam-se.

Para os profissionais de saúde da UCC de Resende é importante a mobilização de recursos pessoais no decorrer do seu percurso profissional, para entender melhor o doente não só no papel de profissional, mas também no papel de apoiante e assistente. É importante que ambas as partes saibam separar a relação existente entre estes dois sujeitos, para que não se dê uma aproximação ou um afastamento. São esses recursos pessoais, que vão transmitir uma nova visão do doente e do profissional. Esses recursos vão de encontro ao respeito pela pessoa doente e à humanidade que deve existir entre estes dois sujeitos (o toque, o olhar, o sorriso, entre outros). Os desejos do doente devem ser sempre respeitados. É fulcral que se promova o

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

acompanhamento familiar, a privacidade e o respeito pela dignidade da pessoa em fim de vida.

Os profissionais inquiridos têm a perceção de que Dignidade humana vai de encontro ao conforto, segurança, respeito e vontades do doente. O da dor e do sofrimento pode ser visto também como uma prática de dignidade humana.

O total respeito pelos gostos, crenças e valores do doente, o acesso a todo tipo de cuidados de saúde\controlo sintomático, o acompanhamento familiar\ pessoas significativas, a promoção de conforto e a recusa pela distanásia, vai de encontro a este propósito.

A religião é um ponto fundamental sendo visto como terapia e como desabafo importante na vida do doente.

É com a experiência profissional que se vão adquirir estratégias e aptidões para saber gerir melhor as situações críticas de fim de vida, de desespero e sofrimento por parte do doente ou da família. Apesar de ser importante a formação nesta área, estes profissionais frisam que ainda pouco ou nada se fala deste tema nas formações académicas.

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

Bibliografia

Almeida, A. I., Ferreira, C. S., Lança, M. M., Rebelo, T., Fonseca, C. J., & Rodrigues, M. C. (2010). A comunicação enfermeiro-doente como estratégia para alívio do sofrimento na fase terminal da vida: Uma Revisão da Literatura, *Revista de Investigação em Enfermagem*, 1, pp. 8-17.

Ascensão, & Oliveira, J. (2008). A dignidade da pessoa e o fundamento dos direitos humanos. *Revista da Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo*, pp. 277-299.

Bertachini, L. (2012). A comunicação terapêutica como factor de humanização da Atenção Primária. *O Mundo de Saúde*, 3, pp. 507-520.

Bardin, L. (2007). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Caldeira, S., Branco, Z. C., & Vieira, M. (2011). A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: Revisão da divulgação científica em Portugal. *Artigo Teórico*, 3, pp. 145-152.

Camarrinha, M. D. (2008). Familiares do doente oncológico em fim de vida. Dos sentimentos às necessidades . Dissertação de Mestrado em Oncologia. Porto: Universidade do Porto

Dalfovo, M. S., Lana, R. A., & Silveira, A. (2008). Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. *Revista Interdisciplinar Ciência Aplicada* ,4, pp. 01-13 .

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidata.

Gama, M. G. (2013). *O luto dos profissionais nos enfermeiros*. Dissertação de Doutoramento em Enfermagem. Lisboa : Instituto das Ciências da Saúde.

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

Guerra, S. & Emerique, L. M. (2006). O princípio da dignidade da pessoa humana e o mínimo existencial. *Revista da faculdade de Direito de Campos*, 9, pp. 379-397.

Gomes, A. M. (2011). A espiritualidade no aproximar da morte. *Enfermaria Global*, 22, pp. 1-8.

Gonçalves, Â. C. (2013). *Comunicação de Más Notícias a Pessoas com doença oncológica: A Necessidade de Implementar a (Bio)ética na relação - Estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado em Bioética. Lisboa: Faculdade de Medicina

Julião, M. (2014). *Eficácia da terapia da dignidade no sofrimento psicossocial de doentes em fim de vida seguidos em Cuidados Paliativos: Ensaio Clínico aleatorizado e controlado*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.

Kovács, M. J. (2014). A caminho da morte com dignidade no século XXI. *Revista de Bioética*, 22, pp. 94-104.

Kovács, M. J. (2003). Bioética nas questões da vida e da morte . *Psicologia USP*, 14, pp. 115-167.

Marengo, M. O., Flávio, D. A., & Silva, R. H. (2009). Terminalidade de vida: bioética e humanização em saúde. *Revista Medicina*, 42, pp. 350-357.

Matos, E., & Pires, D. E. (2009). Práticas de cuidado na perspetiva interdisciplinar: um caminho promissor. *Texto Contexto Enferm.*, 18, pp.338-346.

Monteiro, J. (2012). *Amostragens Probabilísticas e não Probabilísticas: técnicas e aplicações na determinação de amostra* . Dissertação de Pós-Graduação em Ciências Florestais. Brasil: Universidade Federal do Espírito Santo.

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

Neto, I. G., Aitken, H.-H., & Paldron, T. (2004). Uma Reflexão sobre a nossa existência. In: I. G. Neto, H.-H. Aitken, & T. Paldron, *A dignidade e o sentido da vida* (pp. 79-105). Lisboa: Pergaminho.

Nicolau, C. V. (2013). Conforto dos doente em fim de vida, no contexto hospitalar. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa

Nonino, A., Magalhães, S. G., & Falcão, D. P. (2012). Treinamento médico para comunicação de más notícias: Revisão da literatura. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 2, pp. 228-233.

Oliveira, A. S. (2007). Interface entre bioética e direitos humanos: o conceito ontológico da dignidade humana e seus desdobramentos. *Revista Bioética* ,15, pp. 170-185.

Oswaldo, G. J. (2008). Sobre direitos humanos na era da bio-política . *Revista de Filosofia*,49, pp. 267-308.

Pazes, M. C., Nunes, L., & António, B. (2014). Fatores que influenciam a vivência da fase terminal e de luto: prespetiva do cuidador principal. *Revista de Enfermagem*, n^o4, pp. 95-104.

Pereira, F. (2013). *Construir a Paz- Visões Interdisciplinares e Internacionais sobre conhecimentos e práticas*. Porto : Edições Universidade Fernando Pessoa.

Pereira, M. A. (2008). *Comunicação de Más Notícias em Saúde e Gestão do luto*. Coimbra: FORMASAU.

Pereira, M. G. (2005). *Comunicação de más notícias em saúde e gestão do luto: Contributos para a formação em enfermagem* . Dissertação de Douturamento em Ciências da Educação Porto: Faculdade de Psicologica e de Ciências da Educação.

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

Pietro, M. S. (2014). Direito Administrativo e Dignidade da Pessoa Humana. *Revista Digital de Direito Administrativo*, 1, pp. 260-279.

Pinto, S. M. (2011). *A espiritualidade e a esperança da pessoa com doença oncológica*. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos. Porto: Faculdade de Medicina.

Poles, K., & Bouso, R. S. (2006). Compartilhando o processo da morte com a família: A experiência dos enfermeiros. *Revista Latino - Enfermagem*, 14, pp. 207-213.

Pontes, A. C., Leitão, I. M., & Ramos, I. C. (2008). Comunicação Terapêutica em Enfermagem: Instrumento essencial do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn*, 61, pp. 312-318.

Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho. Diário da República-I Série B. Ministério da Saúde. Lisboa.

Rossa, M. J. (2007). *Pessoa em fim de vida - Vivência dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Bioética. Lisboa: Faculdade de Medicina.

Administração Central dos Sistemas de Saúde (2015). *Ministério da Saúde*. Portugal. Retirado de:

<http://www.acss.minsaude.pt/DepartamentoseUnidades/DepartamentoGest%C3%A3oRedeServi%C3%A7osRecursosSa%C3%BAdede/CuidadosContinuadosIntegrados/RNCCI/tabid/1149/language/pt-PT/Default.aspx>

Silva, J. N., & Osswald, W. (2003). *Face à transferência do morrer para o Hospital - Ousar fazer-se Próximo*. Porto: Universidade Católica Portuguesa.

Soavinsky, M. A. (2009). *Morrer com dignidade*. Curitiba: Champagnat.

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

Sovienski, F., & Stigar, R. (2008). Recursos Humanos e Gestão de Pessoas . *Revista Científica de Administração e Sistemas de Informação*, 10, pp. 52-60.

Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos nas área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 3, pp. 507-514.

Vilela, E. M., & Mendes, I. J. (2003). Interdisciplinaridade e Saúde: Estudo Bibliográfico. *Revista Latino-am Enfermagem*, 11, pp.525-531.

Anexos

Anexo I

(Requerimento)

Estágio em Cuidados Continuados
Santa Casa de Misericórdia de Resende



*Pedido de Autorização para um trabalho de investigação
Aplicação de questionário*

Bu, Marlene Filipa Almeida Azevedo, estudante de mestrado de Cuidados Continuados na Escola Superior de Saúde de Bragança, veio por este meio pedir a autorização da aplicação de questionários no decorrer do meu estágio curricular na Unidade de Cuidados Continuados de Resende, para que seja possível realizar a minha investigação e o meu estudo. Os questionários serão dirigidos para os profissionais de saúde que trabalham nesta Unidade.

O objetivo destes questionários é encontrar respostas para posteriormente ser realizado um relatório de estágio, onde se vão estudar e analisar as respostas dos profissionais de saúde.

Com os melhores cumprimentos,

Estagiária: Marlene Azevedo

Estagiária: Marlene Filipa Almeida Azevedo

Ex.º, Sr.º Provedor: [Assinatura]

Gratu pela sua atenção.

Anexo II

(Questionário)

Área Profissional: _____

Questionário

1. Considera necessária formação para lidar com a morte? Porquê?

2. De que forma a experiência profissional tem influenciado num contacto com a morte?

3. Numa situação de assistência em fim de vida ao que dá mais importância?

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

4. Quais os recursos pessoais e profissionais que procura mobilizar na assistência em fim de vida?

5. Descreva a importância de uma equipa multidisciplinar, de uma unidade de cuidados continuados, na forma de atuar em situações de fim de vida.

6. Tendo em conta a sua experiência profissional a religião está diretamente ligada à dignidade e bem-estar numa situação agónica de um doente? Porquê?

Relatório de Estágio realizado na Unidade de Cuidados Continuados de Resende

7.O que entende por dignidade em final de vida?
