

PERCURSOS



julho – dezembro
2021

ÍNDICE

A Influência da Hospitalização Domiciliária na Qualidade de Vida da Pessoa com Patologia Crónica – Revisão Scoping 3

Ana Rita Peralta, Mafalda Branco, Ana Isa Bordalo, Marisa Oliveira, Hugo Franco

Implicações da Pandemia por Covid-19 em Cuidados Paliativos 11

Ana Soares, Ricardo Fernandes, Tatiana Fonseca, Hugo Franco

Intervenções de Enfermagem à Pessoa com Dispneia em Cuidados Paliativos 23

Sofia Guerreiro, Hugo Franco

Intervenções de Enfermagem Promotoras da Espiritualidade em Cuidados Paliativos 35

Bárbara Maximino, Bruno Ferreira, Hugo Franco

Intervenções no Processo de Luto: Impacto nos Profissionais de Saúde 50

Beatriz Condeças, Sandra Deodato, Hugo Franco

Luto em Tempo de Covid-19: A Experiência dos Doentes e Familiares em Cuidados Paliativos 60

Inês Patinha, Luiza Bennati, Beatriz Ascensão, Hugo Franco

Media Reports 69

Campanha liga portuguesa contra o cancro – “outubro rosa” 69

Comemoração do dia internacional dos cuidados paliativos 2021 71

FICHA TÉCNICA

Publicação Periódica
Semestral
Ano 2021, Nº 50
ISSN 1646-5067

Editor
António Martins de Freitas
antonio.freitas@ess.ips.pt

Comissão Editorial
Edgar Canais
Fernanda G. da Costa Marques
Hugo Miguel Franco
Lucília Nunes

Os artigos aprovados para esta edição são da exclusiva responsabilidade dos autores.

A INFLUÊNCIA DA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA NA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA COM PATOLOGIA CRÓNICA – REVISÃO SCOPING

THE INFLUENCE OF HOME HOSPITALIZATION ON THE QUALITY OF LIFE OF PEOPLE WITH CHRONIC PATHOLOGY – SCOPING REVIEW

Ana Rita Peralta¹, Mafalda Branco¹, Ana Isa Bordalo¹, Marisa Oliveira¹, Hugo Franco²

Resumo

Introdução: A Hospitalização Domiciliária (HD) é uma tipologia de cuidados recente em desenvolvimento em Portugal. Os resultados são positivos, mas a sua influência na Qualidade de Vida (QV) encontra-se em estudo.

Objetivos: Esta Investigação visa avaliar a influência da HD na QV das pessoas com patologia crónica, aferir os domínios influenciados e analisar as diferenças em relação à Hospitalização Convencional.

Metodologia: Realizou-se uma *Scoping Review* seguindo o Protocolo da Joanna Briggs 2019. A pesquisa foi executada nas bases de dados Medline, Pubmed, Cinahl, Cochrane e Scielo, assim como no RCCAP. Incluíram-se 5 estudos.

Resultados: Avaliaram-se os domínios da QV Angústia, Ansiedade, Depressão, Emoções, Bem-Estar, Capacidade Funcional, Estado Nutricional e Sintomas (Fadiga, Dispneia e Tosse). Analisou-se ainda a sua influência na satisfação, segurança, custos, readmissões, consultas de urgência, aumento de peso, complicações, duração do tratamento e ocorrência de efeitos adversos.

Conclusões: Conclui-se que a HD influencia a QV. Os domínios da QV com maior expressão e melhorias na HD foram a Capacidade Funcional, o Bem-Estar e o Estado Nutricional. A HD influencia ainda os domínios Satisfação, Custos e Readmissões. Sugere-se a realização de novos estudos sobre o tema.

Palavras-Chave: Domínios da Qualidade de Vida; Hospitalização Domiciliária; Modelo de Assistência Hospitalar; Qualidade de Vida.

Abstract

Introduction: Home Hospitalization (HD) is recent in Portugal and is expanding. The results are positive, but its influence on Quality of Life (QV) is being study.

Objectives: This Investigation aims to assess the influence of HD on the QoL of people with chronic pathology, assess the influenced domains and analyze the differences in relation to Conventional Hospitalization.

Methodology: A Scoping Review was carried out following the Joanna Briggs 2019 Protocol. The research was performed in the Medline, Pubmed, Cinahl, Cochrane and Scielo databases, as well as in the RCCAP. 5 studies were included.

Results: The domains of QOL were assessed: Anguish, Anxiety, Depression, Emotions, Well-Being, Functional Capacity, Nutritional Status and Symptoms (Fatigue, Dyspnea and Cough). Its influence on satisfaction, safety, costs, readmissions, emergency consultations,

¹ Estudantes do 4º ano do 17º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal.

² Professor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal; Investigador na NURSE`IN UIESI Unidade de Investigação em Enfermagem do Sul e Ilhas. hugo.franco@ess.ips.pt

weight gain, complications, duration of treatment and the occurrence of adverse effects were also analyzed.

Conclusions: It is concluded that HD influences QOL. The domains of QOL with the greatest expression and improvements in HD were Functional Capacity, Well-Being and Nutritional Status. HD also influences the domains Satisfaction, Costs and Readmissions. It is suggested to carry out further studies on the topic.

Keywords: Domains of Quality of Life; Home Hospitalization; Hospital Assistance Model; Quality of life.

Enquadramento

Na Europa a Hospitalização domiciliária (HD) começou a ser implementada recentemente (Santos M. d., 2016), sendo uma abordagem em estudo para a sociedade (Direcção-Geral da Saúde, 2018).

Define-se como um “modelo de assistência hospitalar que se caracteriza pelo internamento de doentes agudos no domicílio” que cumpram os critérios necessários (Sociedade Portuguesa de Medicina Interna, 2019, p. 1).

Segundo a DGS (2018), a **Hospitalização Domiciliária** constitui-se como “uma alternativa ao internamento convencional, que proporciona assistência clínica de modo contínuo e coordenado” a pessoas que necessitam de hospitalização e que cumprem critérios para prestação de cuidados no domicílio (Direcção-Geral da Saúde, 2018, p. 10).

A HD surgiu em 1947 em Nova Iorque, com o objetivo de libertar camas dos hospitais e de permitir a recuperação em casa. Foi surgindo em outros países. Em Portugal, iniciou-se em 2015 no Hospital Garcia de Orta (SNS, 2019). A grande diferença entre a HD e a HC, é que a HC ocorre no hospital e a HD ocorre no domicílio (Direcção-Geral da Saúde, 2018).

Os objetivos da HD são promover maior acessibilidade aos cuidados, potenciar a valorização do papel do

cuidador e diminuir o risco de infeção (Direcção-Geral da Saúde, 2018).

A população desta investigação é a pessoa com patologia crónica. Segundo Callista Roy, Pessoa é um sistema vivo em constante interação, troca de informações, matéria e energia dentro dos seus ambientes (Pinto, Garanhan, França, & Pierotti, 2017).

Considera-se **Patologia Crónica** todas as patologias que apresentam uma “duração prolongada e progressão lenta” e que necessitam de um tratamento contínuo (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2010, p. 8).

A **Qualidade de Vida** é definida pela OMS como “a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Canavarro, Pereira, Moreira, & Paredes, 2010, p. 1).

Para a avaliação dos domínios da QV na *Scoping Review* foi escolhido como referência o estudo de Cruz (2015). Este considera que a QV pode ser avaliada em 4 dimensões distintas a física, a psicológica, a social e o ambiente (Cruz, 2015).

Cada uma das dimensões apresenta domínios da QV que podem ser avaliados com os sintomas, a anorexia, a ansiedade, a depressão, a satisfação, a fadiga, a capacidade funcional, a interação familiar, o trabalho, o lazer e as relações sociais com os amigos (Cruz, 2015).

Esta temática remete-nos para questões como: Será que a HD tem influência na QV? Será que existe diferença na QV das pessoas com patologia crónica em hospitalização convencional e nas pessoas em HD? Quais os domínios da QV em que a HD tem influência?

Definimos como objetivos para esta revisão:

- Compreender a influência da HD na QV das pessoas com patologia crónica;
- Analisar a diferença na QV das pessoas com patologia crónica em Hospitalização Convencional (HC) e nas pessoas em HD;
- Aferir os domínios da QV em que a HD tem influência.

Metodologia

Foi realizada uma *Scoping Review*, seguindo o Protocolo da JBI (2019).

Iniciou-se com a definição da Questão de Investigação Qual a influência da Hospitalização Domiciliária na Qualidade de Vida das pessoas com patologia crónica?

Foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

Tabela 1- Critérios de Inclusão

Tipo de Participantes	Conceito	Contexto	Tipo de Estudos
Estudos que incluam pessoas com patologia crónica em Hospitalização Domiciliária	Estudos que abordem a qualidade de vida das pessoas com patologia crónica em Hospitalização Domiciliária	Estudos sobre a Hospitalização Domiciliária	Estudos de todos os tipos que tenham sido realizados nos últimos 5 anos (2015-2020), que apresentem texto integral, referências bibliográficas e resumo disponíveis

Foram eliminados todos os estudos que não cumpriam os critérios de inclusão.

A pesquisa foi realizada com as palavras-chave: **home hospitalization AND quality of life.**

Obtiveram-se os seguintes resultados da pesquisa:

Tabela 2: Resultados da Pesquisa

Pesquisa	Termos de Pesquisa	Medline	Pubmed	Cinahl	Cochrane	Scielo	RCC AP	TOTAL
#1	home hospitalization	625	2492	8	0	91	223	3443
#2	quality of life	122428	67964	1133	746	6300	15397	213743
#3	#1 AND #2	64	35	7	0	5	34	145

A seleção da evidência foi realizada de acordo com o PRISMA Flow Chart do protocolo JBI (2019) (Fig. 1)

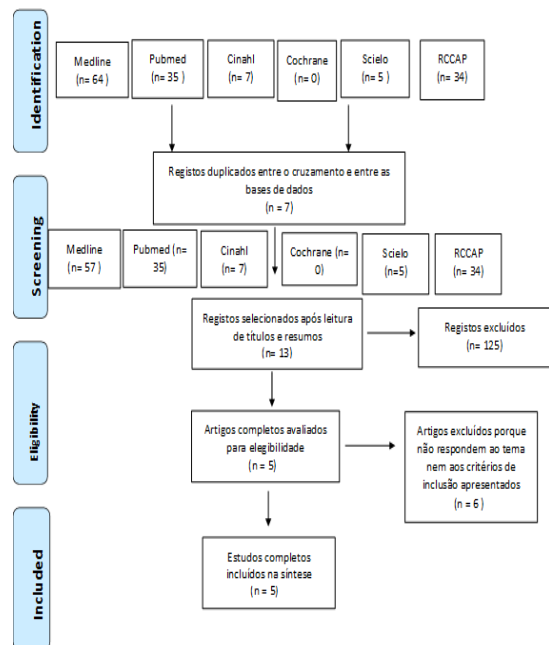


Figura 1 - PRISMA Flow Chart

A pesquisa realizada na literatura cinzenta cingiu-se, devido à qualidade dos aportes, ao RCAAP.

Avaliação da Qualidade Metodológica

A avaliação foi realizada com recurso às grelhas de Avaliação da Qualidade

Metodológica da JBI, tendo sido realizadas por dois revisores independentes.

Extração e Síntese dos Resultados

A Extração de Dados foi realizada de acordo com o instrumento sugerido no Protocolo da JBI (2019) (Briggs J. , 2019). Artigos Incluídos na *Scoping Review*

Tabela 3: Artigos Incluídos na *Scoping Review*

Nome do Artigo	Autor(es)	Ano de Publicação
(E1) Organization, quality and cost of oncological home-hospitalization: A systematic review	Lieselot Cool; Dominique Vandijck; Philip Debruyne; Melissa Desmedt; Tessa Lefebvre; Michelle Lycke; Pieter Jan De Jonghe; Hans Pottel; Veerle Foulon; Koen Van Eygen;	2018
(E2) Efficacy of Hospital at Home in Patients with heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis	Amro Qaddoura; Payam Yazdan-Ashoori; Conrad Kabali; Lehana Thabane; R. Brian Haynes; Stuart J. Connolly; Harriette Gillian Christine Van Spall;	2015
(E3) Home versus hospital intravenous antibiotic therapy for cystic fibrosis	Albert Balaguer; Javier González de Dios	2017
(E4) There's no place like home: Integrating pulmonary rehabilitation into the home setting	Madalina Macrea; Richard ZuWallack; Linda Nici.	2017
(E5) An observational pilot study to evaluate the feasibility and quality of oncological home-hospitalization	Lieselot Cool, Jana Missiaen, Dominique Vandijck, Tessa Lefebvre, Michelle Lycke, Pieter Jan De Jonghe, Philippe Vergauwe, Veerle Foulon, Hans Pottel, Philip Debruyne, Koen Van Eygen.	2019

No primeiro estudo (E1) a população são pessoas com neoplasia em HD. Este estudo avaliou 5 domínios da QV: Angústia, Ansiedade, Depressão, Bem-Estar e Capacidade Funcional. Verificaram-se maiores níveis de capacidade para realização das AVD's em HD. A comparação nos restantes 4 domínios na HD e na HC não demonstrou diferenças significativas, porém observou-se menos situações de depressão e ansiedade. Foram avaliados outros domínios como a Satisfação, a Segurança e os Custos, constatou-se que as pessoas estavam satisfeitas com a HD, que é um modelo seguro e que apesar da realização dos cálculos ser complicada tudo indica que os custos da HD sejam inferiores.

O segundo estudo (E2) teve como população pessoas com insuficiência cardíaca que por descompensação estão em HD. Foram avaliados os domínios Depressão, Estado Nutricional e Capacidade Funcional. Verificou-se que os resultados na QV em HD são visíveis 6 a 12 meses após a integração e constatou-se que esta promove a melhoria do estado nutricional e a redução dos níveis de depressão. Na Capacidade Funcional existem melhorias em HD, mas não significativas. Foram ainda avaliados os domínios readmissões, consultas de urgência, custos e satisfação. Verificou-se que as pessoas se encontram satisfeitas com a HD e que os custos em HD são inferiores. As consultas de urgência e readmissões não têm alterações conclusivas.

No terceiro estudo (E3) a população foram pessoas com Fibrose Cística com exacerbação infecciosa de *Pseudomonas aeruginosa*. Neste estudo avaliaram-se os domínios da QV Dispneia, Fadiga, Bem-estar (inclui o sono, a alimentação e as relações familiares e sociais) e Emoções. Entende-se que, o Bem-estar é mais significativo em pessoas em HD. Na Fadiga, Dispneia e Emoções constatam-se piores resultados em HD, porém a interpretação deve ser cautelosa, dado que fatores como a realização de tarefas domésticas e/ou o sentimento de menor controlo da doença podem estar relacionados com estes resultados. Avaliou-se também a influência da HD no ganho de peso, complicações, readmissões, duração do tratamento, efeitos adversos e não existiram diferenças significativas. O cumprimento de outros tratamentos foi avaliado, porém o resultado não foi descrito.

O quarto estudo (E4) tem como população pessoas em reabilitação pulmonar no domicílio, após internamento por crise aguda de DPOC.

Foram avaliados os domínios da QV dispneia, tosse, fadiga, capacidade funcional, ansiedade e depressão. Verificou-se o favorecimento da capacidade funcional e presença de sintomas, nomeadamente na dispneia em HD. Os restantes resultados não foram descritos. Avaliaram-se ainda os domínios custos, efeitos adversos e internamentos, porém não se verificaram alterações significativas em HD.

No quinto estudo (E5) a população são pessoas com neoplasia, com necessidade de novo tratamento e cuidados paliativos. Neste estudo foi avaliado o bem-estar físico, emocional, funcional, social e familiar destas pessoas. Concluiu-se que a maioria das pessoas em HD relatou scores mais altos na QV, comparativamente aos tratamentos em hospital, o que demonstra melhorias no bem-estar psicológico, afetivo, funcional e familiar em HD. Não foram avaliados outros domínios com relevância.

Discussão dos Resultados

A evidência permitiu-nos a avaliação da influência da HD nos seguintes domínios:

Tabela 4: Domínios da QV avaliados.

Domínios da Qualidade de Vida Avaliados	
Angústia	Ansiedade
Depressão	Emoções
Bem-Estar	Capacidade Funcional
Estado Nutricional	Sintomas (Fadiga, Dispneia e Tosse).

Os resultados são apresentados comparando a HD com a HC.

Na **Dimensão Psicológica**, os domínios avaliados são a Angústia, a Ansiedade, a Depressão e as Emoções.

A **Angústia** avaliou-se num estudo, não se observaram diferenças significativas, pelo que este domínio necessita de estudo (Cool, et al., 2018).

A **Ansiedade**, encontra-se em dois estudos, não existiram alterações significativas, mas um estudo revelou redução da ansiedade em HD (Cool, et al., 2018) (Macrea, ZuWallack, & Nici, 2017).

A **Depressão** foi o domínio mais avaliado (3 estudos). Num verificou-se melhoria dos níveis de depressão 6 a 12 meses após a integração em HD. Os restantes não apresentam alterações significativas, porém um estudo refere melhoria dos níveis de depressão em HD (Cool, et al., 2018) (AmroQaddoura, et al., 2015) (Macrea, ZuWallack, & Nici, 2017).

As **Emoções** foram avaliadas num estudo e observaram-se piores resultados em HD, porém é referido que o resultado pode ser afetado por outros domínios e que o sintoma carece de estudo (Balaguer & Dios, 2015).

Na **Dimensão Física** os domínios avaliados foram os Sintomas e a Capacidade Funcional.

No âmbito dos **Sintomas**, a **Fadiga** foi abordada em dois estudos, um demonstrou maiores níveis em HD mencionando a necessidade de estudo do sintoma, o restante não demonstrou alterações significativas (Balaguer & Dios, 2015) (Macrea, ZuWallack, & Nici, 2017). A **Dispneia** foi avaliada em dois estudos, num deles há diminuição dos episódios e sintomas em HD, porém o outro revela maiores níveis em HD, reforçando a necessidade de estudo do sintoma (Balaguer & Dios, 2015) (Macrea, ZuWallack, & Nici, 2017). A **Tosse** avaliou-se num estudo e verificou-se melhorias em HD (Macrea, ZuWallack, & Nici, 2017).

A **Capacidade Funcional** foi avaliada em 3 estudos. Dois deles demonstram melhorias em HD, o restante não referiu alterações significativas, mas demonstra algumas melhorias em HD (Cool, et al., 2018)

(AmroQaddoura, et al., 2015) (Macrea, ZuWallack, & Nici, 2017).

Foram ainda avaliados os domínios da QV Bem-Estar e Estado Nutricional.

O **Bem-estar** foi referido em 3 estudos, dois demonstraram maior bem-estar em HD, o restante não apresentou alterações significativas (Cool, et al., 2018) (Balaguer & Dios, 2015) (Cool, et al., 2019). A melhoria do **Estado Nutricional** em HD, foi clara em dois estudos (AmroQaddoura, et al., 2015) (Balaguer & Dios, 2015).

Foi também possível obter dados relativamente a outros domínios não englobados na QV como a Satisfação, Segurança, Custos, Readmissões, Consultas de Urgência, Aumento de Peso, Complicações, Duração do Tratamento e Ocorrência de Efeitos Adversos.

A **Satisfação** foi avaliada em dois dos estudos e verificou-se que as pessoas em HD se encontram satisfeitas e preferem que os cuidados sejam prestados no domicílio (Cool, et al., 2018) (AmroQaddoura, et al., 2015). Os **Custos** foram avaliados em 3 estudos, dois concluem que os custos da HD são inferiores, mas um deles refere que o cálculo é complexo. O terceiro estudo não demonstrou alterações significativas (Cool, et al., 2018) (AmroQaddoura, et al., 2015) (Macrea, ZuWallack, & Nici, 2017). As **Readmissões** foram referidas em 3 estudos que concluíram não existirem alterações significativas no nº de readmissões em HD (AmroQaddoura, et al., 2015) (Balaguer & Dios, 2015) (Macrea, ZuWallack, & Nici, 2017). A **Ocorrência de Efeitos Adversos** foi incluída em dois estudos e não se observaram alterações significativas (Balaguer & Dios, 2015) (Macrea, ZuWallack, & Nici, 2017). A **Segurança** da HD foi avaliada num estudo que afirmou que é um modelo seguro de prestação de cuidados (Cool, et al., 2018). As **Consultas de Urgência**,

Aumento de Peso, Complicações e Duração do Tratamento foram avaliados num estudo, que não demonstrou alterações significativas (AmroQaddoura, et al., 2015) (Balaguer & Dios, 2015).

A exploração dos domínios é crucial para esclarecer as dúvidas existentes sobre a HD. Os resultados permitem compreender que há influência da HD na QV das pessoas com patologia crónica, porém existem limitações, dado que há domínios com controvérsia dos resultados. Atendendo a isto, considera-se pertinente a realização de estudos sobre a temática.

Conclusão

A HD é um tema pertinente, atual e frequente. Foi escolhido pela necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre esta tipologia de cuidados

Na investigação, realizou-se uma revisão scoping, seguindo o Protocolo da JBI (2019) e obtivemos 5 artigos. Os estudos obtidos permitiram-nos responder à Questão de Investigação e concluir que sim, a HD tem influência na QV das Pessoas com Patologia Crónica, sendo que foi possível avaliar a sua influência nos domínios da QV Angústia, Ansiedade, Depressão, Emoções, Bem-Estar, Capacidade Funcional, Estado Nutricional e Sintomas (Fadiga, Dispneia e Tosse).

A nível da Dimensão Psicológica a **Depressão** é o domínio com maior expressão (3 estudos), contudo não existe clareza quanto à influência da HD, dado que um dos estudos refere melhoria, porém os restantes não demonstram alterações significativas. Na Dimensão Física a **Capacidade Funcional** é o domínio mais avaliado (3 estudos), em 2 a melhoria em HD foi clara, assim conclui-se que há influência neste domínio. O **Bem-estar** teve uma elevada expressão (3 estudos), em 2

deles verificaram-se melhorias significativas em HD. No **Estado Nutricional** também se demonstraram melhorias significativas em HD em 2 estudos. Conclui-se assim que os domínios da QV com maior expressão e com melhorias em HD são a Capacidade Funcional, o Bem-Estar e o Estado Nutricional.

Constata-se que a HD tem influência em outros domínios como a **Satisfação, os Custos e as Readmissões.**

Apesar dos resultados permitirem responder à questão de investigação, sugere-se a realização de estudos para obtenção de mais resultados sobre o tema, nomeadamente sobre que intervenções de enfermagem são particularmente importantes nas dimensões identificadas por esta revisão scoping.

Como limitações identifica-se o facto de a pesquisa na literatura cinzenta ter sido realizada somente no RCCAP.

Conclui-se que a HD apresenta influência na QV das pessoas com patologia crónica, promovendo melhorias a nível dos domínios da QV destas Pessoas.

Referências Bibliográficas

- AmroQaddoura, PayamYazdan-Ashoori, ConradKabali, LehanaThabane, BrianHaynes, R., StuartJ.Connolly, & Spall, H. G. (2015). *Efficacy of Hospital at Home in Patients with heart Failure: A Systematic Review and Meta Analysis.*
- Balaguer, A., & Dios, J. G. (2015). *Home versus hospital intravenous antibiotic therapy for cystic fibrosis*.
- Briggs, J. (2019). *JBIC Reviewer's Manual- Capítulo 11.* Obtido em 26 de outubro de 2019, de Joanna Briggs Institute: <https://wiki.joannabriggs.org/pages/viewpage.action?pageId=3178748>
- Canavarro, M. C., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (abril de 2010). *Qualidade de Vida e Saúde: Aplicações do WHOQOL.* Lisboa, Portugal. Obtido em 23 de dezembro de 2019, de <https://repositorio.ipl.pt/bitstream/10400.21/770/1/Qualidade%20de%20vida%20e%20sa%20c3%bade.pdf>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2010). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica.* Obtido em 17 de março de 2020, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf
- Cool, L., Missiaen, J., Vandijck, D., Lefebvre, T., Lycke, M., Jonghe, P. J., . . . Eygen, K. V. (2019). *An observational pilot study to evaluate the feasibility and quality of oncological home-hospitalization.*
- Cool, L., Vandijck, D., Debruyne, P., Desmedt, M., Lefebvre, T., Lycke, M., . . . Eygen, K. V. (2018). *Organization, quality and cost of oncological home-hospitalization: A systematic review.*
- Cruz, J. R. (2015). *Doença crónica, qualidade de vida e comprometimento organizacional - estudo comparativo entre sujeitos com e sem doença reumática.* Obtido em 17 de março de 2020, de https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/6018/1/4416_8469.pdf
- Direcção-Geral da Saúde. (2018). *Hospitalização Domiciliária em Idade Adulta.* Obtido em 20 de novembro de 2019, de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202018-de-20122018-pdf.aspx>
- Lousã, U. S. (2019). *Manual de Visitação Domiciliária.* Obtido de <http://www.newsite.usf-serradalousa.com/wp/wp-content/uploads/2016/11/Visita%20Domicili%20Aria-Revis%20Jul16-Dez19.pdf>

- Macrea, M., ZuWallack, R., & Nici, L. (2017). *There's no place like home: Integrating pulmonary rehabilitation into the home setting*.
- Pinto, A., Garanhani, M., França, T., & Pierotti, I. (2017). *Conceito de ser humano nas teorias de enfermagem: aproximação com o ensino da condição humana*. São Paulo.
- Santos, M. d. (2016). *Evolução dos Cuidados Paliativos na Europa: Revisão da Literatura*. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto. Obtido em 29 de setembro de 2019, de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/89668/2/170161.pdf>
- SNS. (2019). *Hospitalização Domiciliária na ULSCB*. Obtido de <http://www.ulscb.min-saude.pt/noticias/hospitalizacao-domiciliaria-na-ulscb/>
- Sociedade Portuguesa de Medicina Interna. (2019). *Núcleo de Estudos de Hospitalização Domiciliária*. Obtido em 20 de novembro de 2019, de <https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/2019/06/Flyer-NEHospDom-04.pdf>

IMPLICAÇÕES DA PANDEMIA POR COVID-19 EM CUIDADOS PALIATIVOS

IMPLICATIONS OF PANDEMIC BY COVID-19 IN PALLIATIVE CARE

Ana Soares¹, Ricardo Fernandes², Tatiana Fonseca³, Hugo Franco⁴

Resumo

O aumento da mortalidade por COVID-19 provocou alterações significativas no sistema de saúde, com resposta imediata e rigorosa dos serviços de saúde que visam prevenir a doença e minimizar os danos face à mesma. Os desafios impostos pela pandemia em Cuidados Paliativos são inúmeros, sobretudo pela restrição de visitas, pela ausência de pessoas próximas no momento da morte, pela impossibilidade de recolher informação necessária a cuidados individualizados e holísticos à pessoa em fase final de vida, entre outros que atentam ao bem-estar da pessoa e seus familiares. Os objetivos principais deste trabalho são: 1) explorar conhecimentos acerca das implicações da presente pandemia em Cuidados Paliativos; 2) identificar e apresentar estratégias ao nível da Enfermagem que permitam reduzir o impacto negativo associado à pandemia; 3) refletir acerca da importância da área da Enfermagem em Cuidados Paliativos, no confronto com a presente situação pandémica. Após o uso de uma estratégia de pesquisa avançada, em três bases de dados distintas, foram selecionados cinco artigos para estudo, com data de publicação entre 2019 e 2022. Os dados extraídos dos presentes estudos foram subdivididos tendo em conta a perspetiva dos vários intervenientes (utentes, familiares e profissionais de saúde), apresentando as implicações e problemas existentes perante a pandemia, bem como diversas estratégias que visam dar resposta a esta problemática. A presente Revisão de Literatura (RL) destaca então a importância de um trabalho multidisciplinar de qualidade em Cuidados Paliativos, bem como de apoio psicossocial e emocional a todos os intervenientes, promovendo assim o bem-estar e qualidade de vida durante todo o processo.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Covid-19; Cuidados de Enfermagem; Família; Cuidados de Fim de Vida

Abstract

The increase of COVID-19 mortality has caused significant changes in the health system, with an immediate and rigorous response from health services that aim to prevent the disease and minimize the damage caused by it. The challenges imposed by the pandemic in Palliative Care are numerous, mainly due to the restriction of visits, the absence of close people at the time of death, the impossibility of collecting information necessary for individualized and holistic care for the person in the final stage of life, among others that that aims for the wellbeing of the person and their family members. The main objectives of this work are: 1) to explore knowledge about the implications of the present pandemic in Palliative Care; 2) identify and present strategies at the nursing level that allow reducing the negative impact associated with the pandemic; 3) reflect on the importance of nursing in Palliative Care, in the confrontation with the current pandemic situation. After using an advanced search strategy, in three different databases, five articles were selected for study, with publication date between 2019 and 2022. The data extracted from the

¹ Estudante do 4º ano do 19º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal.

² Enfermeiro Especialista em Saúde Mental, Assistente Convidado da Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal.

³ Enfermeira da Unidade Cuidados Paliativos do Hospital da Luz Lisboa

⁴ Professor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal; Investigador na NURSE IN UIESI Unidade de Investigação em Enfermagem do Sul e Ilhas. hugo.franco@ess.ips.pt

present studies were subdivided considering the perspective of the various stakeholders (patients, family members and health professionals), presenting the implications and problems facing the pandemic, as well as various strategies that aim to respond to this problem. This Literature Review (RL) highlights the importance of quality multidisciplinary work in Palliative Care, as well as psychosocial and emotional support for all stakeholders, thus promoting well-being and quality of life throughout all the process.

Keywords: Palliative Care; Covid-19; Nursing Care; Family; Terminal Care

Enquadramento

Nos últimos anos, o conhecimento científico sobre o vírus SARS-CoV-2, no âmbito da economia, da saúde pública, bem como dos impactos sociais, tem vindo a desenvolver-se progressivamente (World Health Organization, 2021).

A atual pandemia decorrente da propagação do vírus SARS-CoV-2 teve início com os primeiros casos notificados na cidade de Wuhan, localizada na China, em meados de dezembro de 2019, sendo identificado, na altura, como uma pneumonia grave de causa idiopática. A investigação da doença COVID-19 permitiu detetar uma nova variante do vírus (SARS-CoV-2), que rapidamente se propagou por vários países (Santiago & Silva, 2020).

A Organização Mundial de Saúde declarou a doença por Coronavírus como uma emergência de saúde pública a 30 de janeiro de 2020, de grande preocupação a nível internacional, incentivando a todos os países a adotarem medidas necessárias para permitir o controlo da contaminação do vírus. Rapidamente, o vírus propagou-se pelo mundo, tendo sido declarada situação pandémica a nível global pela OMS a dia 11 de março de 2020 (Laranjeira, Dixe, Valentim, Charepe, & Querido, 2022).

A transmissão do vírus pode ocorrer direta ou indiretamente, através: da exposição próxima a uma pessoa contaminada com SARS-CoV-2; do contacto das mãos com superfícies contaminadas e conseqüente contacto com a boca, nariz ou olhos; da

disseminação de gotículas respiratórias expelidas através da tosse, do espirro ou até mesmo da fala que, por sua vez, podem ser inaladas ou pousar na boca, nariz ou olhos de pessoas a menos de 1,5m de distância; do contacto direto com secreções respiratórias infecciosas, ou fezes (Freitas M. d., 2020).

O período de incubação, que corresponde ao período entre o contacto com o vírus e o aparecimento de sintomas é atualmente de 14 dias (Serviço Nacional de Saúde, 2021). Nas pessoas sintomáticas com suspeita de infeção por SARS-CoV-2, devem ser considerados os seguintes sintomas (Freitas G. , 2022):

- Quadro de **infeção respiratória aguda**, com pelo menos um destes sintomas – febre (temperatura superior ou igual a 38,0°C) sem causa atribuível, tosse recidivante ou com agravamento do padrão habitual, dispneia/dificuldade respiratória sem etiologia conhecida, dores de cabeça ou dores generalizadas do corpo;
- Disgeusia (diminuição ou alteração do paladar), ageusia (enfraquecimento do paladar) e anosmia (perda total ou parcial do olfato), de início súbito.

Atualmente, ainda não existem opções de tratamento disponíveis, no entanto têm sido adotadas e protocoladas diversas estratégias ao nível da saúde pública, como a utilização de equipamentos de proteção individual, que permitem reduzir a propagação do

vírus, compreendendo igualmente medidas de restrição da circulação, instituindo quarentena e isolamento social (Freitas M. d., 2020).

O plano de resposta à atual pandemia por COVID-19 centra-se na supressão da transmissão do vírus, bem como a prevenção de doenças associadas e a redução de mortes. A nível mundial, apresentam-se os seguintes objetivos estratégicos (World Health Organization, 2021):

- **Reduzir a transmissão** através da vacinação equitativa a todas as pessoas; da implementação de recomendações de saúde pública e social; de medidas de prevenção e controlo da infeção; da deteção e testagem precoces de casos suspeitos; de quarentena e isolamento de casos confirmados, bem como da implementação de estratégias de proteção aos grupos de elevado risco;
- **Reduzir a exposição** através da adoção de comportamentos de redução do risco de infeção; da implementação de medidas de prevenção e controlo, tais como: manter a distância de segurança física, praticar frequentemente a higiene adequada das mãos, evitar multidões, promover o uso correto e racional de máscaras e melhorar a ventilação interna;
- **Promover informação** necessária e relevante, de forma a capacitar as comunidades a agir consoante a presente pandemia e a compreender todos os riscos existentes;
- **Garantir a implementação da vacinação** em todos os países e a todas as populações, promovendo a equidade entre todos;

- **Reduzir a mortalidade**, garantindo que todas as pessoas infetadas com SARS-CoV-2 sejam devidamente e precocemente diagnosticadas, permitindo assim cuidados de qualidade.

Apesar das estratégias implementadas contribuírem significativamente para atenuar a propagação de SARS-CoV-2, protegendo a saúde física das pessoas, a presente pandemia conduziu a consequências extremamente negativas e duradouras no que diz respeito à saúde mental e bem-estar das pessoas com COVID-19, promovendo assim um aumento dos níveis de ansiedade, depressão, suicídio, abuso de substâncias, separação de familiares, luto patológico, isolamento social, stress, entre outras complicações a nível psicológico (Laranjeira, Dixe, Valentim, Charepe, & Querido, 2022).

O aumento da mortalidade por COVID-19 provocou alterações significativas no sistema de saúde, com resposta imediata e rigorosa dos serviços de saúde que visaram prevenir a doença e minimizar os danos face à mesma, criando circuitos diferentes para utentes com suspeita de infeção por SARS-CoV-2, pela redução significativa do atendimento presencial, pelas restrições que incluem a limitação de visitas de utentes internados. Assim, o impacto da COVID-19 afetou a saúde a todos os níveis, incluindo os Cuidados Paliativos (Tavares, Rodrigues, & Neto, 2021).

A área dos Cuidados Paliativos apresenta como principal alvo a intervenção ativa dos profissionais de saúde na prevenção e alívio do sofrimento em consequência de patologias graves, irreversíveis e que limitam a vida das pessoas, bem como a promoção do conforto, da qualidade de vida e da dignidade humana. A presente pandemia afetou igualmente a promoção dos últimos dois aspetos referidos, nomeadamente da dignidade humana da

peessoa em processo de doença grave e irreversível, e na busca da qualidade de vida, da pessoa e familiares/cuidadores, dadas a todas as restrições impostas (Tavares, Rodrigues, & Neto, 2021).

A pandemia por SARS-CoV-2 trouxe diversos desafios, entre os quais se sublinha a restrição de visitas e da presença de pessoas próximas no momento da morte, apesar da filosofia dos Cuidados Paliativos antever a possibilidade da presença das pessoas significativas nesse momento. Para além de impossibilitar a obtenção de informações por parte de pessoas mais próximas, para uma prestação de cuidados individualizados e holísticos à pessoa em fase final de vida, a restrição de visitas pode originar, conseqüentemente, processos de luto complexos ou até patológicos, existindo assim igualmente a necessidade de atuar junto da família, de forma a promover a vivência de um luto saudável (Heath, Yates, Carey, & Miller, 2020). Ao longo da presente revisão de literatura, iremos explorar os inúmeros desafios impostos devido à presente pandemia, bem como estratégias que permitam reduzir os impactos negativos associados à mesma.

Metodologia

A presente revisão segue a mnemónica PICo de Joanna Briggs Institute (JBI, 2020), que traduz a população, o fenómeno de interesse e o contexto, como se observa na seguinte tabela (Apóstolo, 2017).

Tabela 1. Método PICo (JBI, 2020)

P	População	Pessoa em fim de vida e suas famílias
I	Fenómeno de Interesse	Identificar implicações das restrições associadas à pandemia por Covid-19
Co	Contexto	Unidade de Cuidados Paliativos

Definimos como questão de pesquisa “Em relação à pessoa em fim de vida e suas famílias, quais as implicações das restrições associadas à pandemia por

Covid-19, em Cuidados Paliativos?” / “what are the implications associated with the Covid-19 pandemic, for the person at the end of life and their families, in Palliative Care?”.

Após compreendermos o impacto das restrições associadas à pandemia, considerámos também relevante identificar estratégias que permitam solucionar determinados obstáculos e reduzir as implicações decorrentes da mesma, formulando uma sub-questão: “Quais as principais estratégias para reduzir os impactos associados à pandemia por COVID-19, nas Pessoas em fim de vida?”.

Estratégia de Pesquisa

De forma a dar resposta à questão de investigação anteriormente identificada, foi inicialmente elaborado um “brainstorming” (Tabela 2), com os vários descritores utilizados nas bases dados, que permitiu assim conduzir a pesquisa.

Tabela 2: Descritores de Pesquisa

P (População)	I (Interesse)	Co (Contexto)
Palliative patients	Covid Covid-19 MH e DeCS Covid-19 pandemic	Palliative care MH e DeCS
Terminally ill MH e DeCS	Coronavirus MH e DeCS Nursing Care MH	End of life care
Family MH	Hospice and Palliative Care Nursing MH e DeCS	Terminal care MH e DeCS
Family support	Nurses MH e DeCS	

Seguidamente, a partir dos descritores acima mencionados, foi aplicada a fórmula de pesquisa ((AB Palliative Patients OR TI Palliative Patients OR AB Terminally Ill OR TI Terminally Ill OR AB Family OR TI Family OR AB Family Support OR TI Family Support) AND (AB Covid-19 OR TI Covid-19 OR AB Covid-19 Pandemic OR TI Covid-19 Pandemic OR AB Coronavirus OR TI Coronavirus) AND (AB Nursing Care OR TI Nursing Care OR AB Hospice and Palliative Care Nursing OR TI Hospice and Palliative Care Nursing OR AB Palliative care OR TI Palliative care OR AB End of Life Care OR TI End of Life Care OR AB Terminal Care OR

TI Terminal Care)) nas seguintes bases de dados: Academic Search Complete, CINAHL e Medline. O termo de pesquisa final, foi refinado pelos seguintes limitadores, em todas as bases de dados: texto integral; data de publicação entre 2019 e 2022; idiomas Português e Inglês.

Elaborada a pesquisa, procedeu-se à eliminação de artigos duplicados, bem como à análise do título e do resumo, de forma a compreender quais os estudos que respondiam à nossa questão de investigação. O processo foi realizado por dois investigadores e validado por um terceiro. Assim sendo, foram selecionados cinco artigos para inclusão, dispostos na seguinte tabela, ordenados por ordem cronológica de publicação (Tabela 3).

Tabela 3. Estudos Selecionados para análise

Base de Dados	Autor/Ano de Publicação	Título	Tipo de Artigo
MedLine	Tavares, P., Rodrigues, C., & Neto, I. G. (2021) [A]	<i>"The Impact of COVID-19 on Palliative Care: Perspective of Healthcare Professionals"</i>	Estudo Qualitativo
PubMed	Hanna, et al. (2021) [B]	<i>"A qualitative study of bereaved relatives' end of life experiences during the COVID-19 pandemic"</i>	Estudo Qualitativo
PubMed	Hugelius, Harada, & Marutani (2021) [C]	<i>"Consequences of visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: An integrative review"</i>	Revisão Integrativa
PubMed	Hill, et al. (2020) [D]	<i>"Palliative care: Essential support for patients with heart failure in the COVID-19 pandemic"</i>	Artigo de Revisão
CINAHL	Pai, Nayak, & N., (2020) [E]	<i>"Palliative Care Challenges and Strategies for the Management Amid COVID-19 Pandemic in India: Perspectives of Palliative Care Nurses, Cancer Patients, and Caregivers"</i>	Artigo de Revisão

Extração de Dados

Os cinco artigos elegidos, foram publicados entre 2020 e 2021, têm uma metodologia qualitativa de base. Em relação à variação geográfica de publicação, esta engloba 2 continentes: Europa e Ásia.

O artigo **"The Impact of COVID-19 on Palliative Care: Perspective of Healthcare Professionals"** (Tavares, Rodrigues, & Neto, 2021) apresenta como principal propósito expor a perspetiva dos profissionais de saúde de uma Unidade de Cuidados Paliativos quanto aos principais desafios impostos pela pandemia na prestação de cuidados paliativos, bem como apresentar estratégias a adotar de forma a solucionar as dificuldades identificadas. Tem uma metodologia qualitativa e possui como foco a análise dos dados recolhidos junto dos profissionais de saúde de uma UCP, incluindo profissionais que tiveram formação básica na área em concreto (entre 18 a 45 horas de formação). Foi realizado um questionário escrito por e-mail, com perguntas abertas, sem limite de palavras a uma amostra de 14 participantes, nomeadamente oito enfermeiros, três médicos, um psicólogo, um farmacêutico e um fisioterapeuta (Tavares, Rodrigues, & Neto, 2021).

O presente estudo aborda diversas dificuldades adicionais no fornecimento de Cuidados Paliativos sob a perspetiva dos profissionais de saúde, nomeadamente ao nível: da relação entre os profissionais e os utentes; da relação entre os profissionais e os familiares; da comunicação com os utentes e com os familiares; da própria dinâmica do serviço; e do uso de recursos de saúde. Foram igualmente apresentadas estratégias que visam solucionar as dificuldades impostas pela pandemia, no sentido de promover conforto, bem-estar e qualidade de vida à pessoa e à família, como: estabelecer contacto telefónico programado; estabelecimento precoce de pessoa de referência para transmissão de informação; conferências familiares regulares; permitir visitas *post-mortem*, entre outras (Tavares, Rodrigues, & Neto, 2021).

O artigo **"A qualitative study of bereaved relatives' end of life**

experiences during the COVID-19 pandemic” (Hanna, et al., 2021) tem como propósito explorar as vivências e necessidades de familiares de utentes em fim de vida durante a pandemia por COVID-19. Constitui um estudo qualitativo interpretativo, através de entrevistas semiestruturadas a um total de 19 familiares que perderam um ente-querido durante a presente pandemia no Reino Unido, entre 2 e 6 meses após a morte, realizadas via Zoom ou chamada telefónica. Os participantes elegíveis apresentavam determinadas condições nomeadamente: a perda de um familiar no decorrer da pandemia; idade superior a 18 anos; e residentes do Reino Unido. O presente estudo aborda três temas essenciais: entrada nas últimas semanas e dias de vida do familiar durante a pandemia; experienciando as últimas semanas de vida do ente-querido durante a pandemia; e por fim, a importância da despedida durante a crise por COVID-19. Foram ainda abordados três subtemas dentro do segundo tema apresentado: a permanência do contacto com o familiar; a disponibilidade de redes de apoio; e a comunicação clara e apoio por parte dos profissionais de saúde (Hanna, et al., 2021).

Foram diversos os desafios apresentados pelas famílias enlutadas, devido à existência de restrições de visitas, aos défices de informação e falta de tempo dos profissionais de saúde para prestarem o devido apoio social e emocional aos familiares, a dificuldade em estabelecer contacto virtual com os familiares ou a inexistência de recursos para tal, e a impossibilidade de momentos de despedida. Ao longo da exposição dos dados, os autores abordaram igualmente algumas estratégias a serem adotadas pelos profissionais de saúde, visando assim uma melhor resposta e vivências mais pacíficas do processo de luto a familiares face à morte dos seus ente-queridos (Hanna, et al., 2021).

A Revisão Sistemática e Integrativa de Literatura **“Consequences of visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: An integrative review”** (Hugelius, Harada, & Marutani, 2021), apresenta como principal finalidade explorar as consequências da restrição de visitas nos serviços de saúde, durante a presente pandemia por COVID-19. A presente revisão engloba artigos em texto completo publicados em inglês, do ano de 2020, nas bases de dados PubMed, CINAHL Plus, PsychInfo, Web of Science, Scopus e Cochrane Library. Como critérios de inclusão, os autores definiram: relatar restrições de visitas em hospital ou casa de repouso durante a pandemia por COVID-19; artigos que adotem uma metodologia qualitativa, quantitativa ou mista; apresentar a perspectiva do utente, da família e dos profissionais de saúde. A seleção dos artigos para análise e posterior extração de dados foi realizada por dois autores, utilizando o software de Revisão Sistemática Covidence (Veritas Health Innovation, Melbourne, Austrália) (Hugelius, Harada, & Marutani, 2021).

A revisão expõe as consequências da restrição de visitas imposta pela pandemia por COVID-19 ao nível da pessoa em processo de doença, da família, das relações sociais familiares, e na própria prestação de cuidados pelos profissionais de saúde, abordando 8 temas essenciais nomeadamente: saúde física; saúde mental; interação entre os utentes e a família; meios técnicos que permitam a interação social; compreensão da família acerca da condição do utente; interação entre os profissionais de saúde e a família; e a sobrecarga dos profissionais de saúde (Hugelius, Harada, & Marutani, 2021).

O artigo de revisão **“Palliative care: Essential support for patients with heart failure in the COVID-19 pandemic”** (Hill, et al., 2020) tem como

objetivo avaliar as práticas de saúde e as mudanças nas políticas decorrentes da presente pandemia por COVID-19 e identificar estratégias que auxiliem os profissionais de saúde a fornecer Cuidados Paliativos e de fim vida de qualidade a utentes com insuficiência cardíaca. O presente artigo aborda diferentes barreiras e mudanças impostas pela pandemia devido à COVID-19, nomeadamente ao nível: da comunicação verbal e não verbal, cuidados de suporte e cuidados paliativos; do alívio de sintomas angustiantes; dos protocolos de ressuscitação e dispositivos implantados; da sobrecarga dos profissionais de saúde; do envolvimento familiar durante o isolamento clínico; e do luto complicado (Hill, et al., 2020).

Foram igualmente identificadas diversas estratégias que permitem reduzir o impacto provocado pela pandemia nos diversos contextos hospitalares como: fornecer encorajamento verbal e segurança à pessoa, adotando abordagens mais centradas na pessoa; adoção de abordagens paliativas no que diz respeito à comunicação de más notícias, combinando objetividade com compaixão e veracidade; garantir a existência de apoio profissional, através do uso de estratégias como o briefing e a prática reflexiva, procurando promover a resiliência e autoconfiança dos profissionais de saúde; promover o alívio de sintomas angustiantes em utente com COVID-19 como a falta de ar, adotando uma abordagem holística multidisciplinar; promover envolvimento real da família através do uso de tecnologia; fornecer informações diárias à família, entre outras.

O artigo **“Palliative Care Challenges and Strategies for the Management Amid COVID-19 Pandemic in India: Perspectives of Palliative Care Nurses, Cancer Patients, and Caregivers”** (Pai,

Nayak, & N., 2020) procura abordar os desafios e as estratégias de Cuidados Paliativos durante a vivência da presente pandemia de COVID-19. Este estudo realizou-se na Índia, no entanto transcende-se para todo o mundo, uma vez que a pandemia acarreta consigo vários desafios face à prestação de cuidados paliativos a nível mundial. O presente artigo aborda então os desafios face aos novos obstáculos enfrentados na pandemia por COVID-19 pelos Enfermeiros – como o medo de adquirir infeção; medo de prejudicar membros da família; alterações do padrão de sono, alimentar e problemas de concentração; agravamento de problemas crónico de saúde; e medo de abandono pela comunidade – e pelos Enfermeiros e seus familiares – nomeadamente diminuição do acesso a serviços de Cuidados Paliativos; tomada de decisão; diretivas antecipadas de vontade e preferências de morte; medo da morte por infeção com Coronavírus; e necessidades espirituais.

Ao longo do presente artigo são igualmente apresentadas diversas estratégias, que permitam aos profissionais de saúde e sobretudo Enfermeiros, gerir os desafios e os obstáculos que emergiram durante a pandemia de COVID-19, abordando os seguintes aspetos: aconselhamento e apoio emocional; valorização e recompensação; rotação de equipas; distribuição racional de recursos médicos; horário de alimentação e descanso; serviços telefónicos; momentos de lazer; educação da pessoa e da respetiva família; consciencialização da comunidade; e trabalho em equipa multidisciplinar.

Discussão de Resultados

Os achados na análise dos artigos anteriormente referidos, destacaram as diversas implicações associadas à pandemia por COVID-19, ao nível dos utentes, da família e dos próprios profissionais de saúde, demonstrando

que todas as restrições referidas na tabela 4 apresentaram e ainda apresentam nos dias hoje um impacto significativamente negativo na vivência da pessoa em fase de doença incurável submetida a internamentos nas unidades de Cuidados Paliativos, bem como da pessoa em fase terminal, e de todos os intervenientes.

Relativamente às vivências dos utentes em Cuidados Paliativos, os estudos [A], [C], [D] e [E] apresentam diversas implicações, a nível da saúde física – como o aumento da dor e dos sintomas físicos, e alterações ao nível do estado nutricional e da atividade física, surgindo a necessidade dos profissionais de saúde intervirem ativamente sobre os mesmos, promovendo o conforto e o bem-estar dos utentes – e sobretudo ao nível da saúde mental – nomeadamente no aparecimento de sintomas depressivos, agressividade, agitação, ansiedade, na diminuição da autoestima, das funções cognitivas, entre outros. As restrições impostas pela pandemia ao nível da saúde pública, contribuíram significativamente para a morte solitária dos utentes, sem possibilidade de despedidas, em diversas áreas hospitalares, bem como a falta de apoio social e familiar comprometendo diretamente a dignidade da pessoa e a sua qualidade de vida (Tavares, Rodrigues, & Neto, 2021). Existem ainda estudos que abordam o impacto da suspensão de ações religiosas bem como a realização de últimos desejos e de reencontro pessoal, contribuindo para um sofrimento psicológico acrescido (Tavares, Rodrigues, & Neto, 2021; Hugelius, Harada, & Marutani, 2021; Hill, et al., 2020; Pai, Nayak, & N., 2020).

A promoção da realização de reuniões por vídeo ou telefone, bem como reuniões físicas e seguras, por parte dos profissionais de saúde, entre os utentes e os familiares, contribuem significativamente para a redução de

ansiedade de ambas as partes, promovendo a socialização e proporcionando momentos de qualidade que permitem aumentar o conforto e o bem-estar dos utentes. Adotar medidas seguras para a realização de ações religiosas e realização de últimos desejos dentro da possibilidade da situação clínica da pessoa e tendo em atenção as próprias restrições associadas à pandemia, de forma a promover o respeito pela pessoa e a valorização do seu eu (Tavares, Rodrigues, & Neto, 2021; Hanna, et al., 2021; Hugelius, Harada, & Marutani, 2021; Hill, et al., 2020).

No que diz respeito à família, os dados obtidos na análise de todos os artigos, demonstraram igualmente uma crescente necessidade de apoio social e emocional aos familiares, destacando o desejo e a necessidade de manterem um vínculo com os seus ente-queridos nas últimas semanas e dias de vida, de forma a vivenciarem experiências de luto saudáveis. Sentimentos de impotência, culpa, abandono e angústia acompanham significativamente os familiares durante o decorrer da presente pandemia por COVID-19, dadas as restrições de visitas, as dificuldades em estabelecer a comunicação com os ente-queridos por videochamadas ou chamadas telefónicas, a falta de rede de apoios disponíveis para auxiliar os familiares durante o processo de luto, a necessidade acrescida de receber informações atualizadas e regulares acerca do ente-querido, a dificuldade em obter informações dada a sobrecarga das instituições, o medo de contaminar o ente-querido com o vírus, entre outros desafios apontados pelos estudos analisados (Tavares, Rodrigues, & Neto, 2021; Hanna, et al., 2021; Hugelius, Harada, & Marutani, 2021; Hill, et al., 2020; Pai, Nayak, & N., 2020).

As estratégias implementadas em relação à família, obtidas nos artigos A,

B, C e D, que permitem redução dos impactos da pandemia centram-se no estabelecimento de contacto com os familiares, dando informações relevantes aos mesmos sobre os utentes e prestando apoio psicossocial, bem como na promoção da socialização dos utentes com os familiares, tanto através de sistemas informáticos, como de reuniões físicas e seguras que proporcionam momentos de despedida, facilitando assim processos de luto e a redução da ansiedade associada às restrições de visitas e ao distanciamento dos entes queridos. A permissão de vistas *post-mortem* contribuem igualmente para experiências de luto saudável, promovendo momentos de despedida (Tavares, Rodrigues, & Neto, 2021; Hanna, et al., 2021; Hugelius, Harada, & Marutani, 2021; Hill, et al., 2020)

Os Cuidados Paliativos constituem uma área de especialização clínica direcionada para a prevenção e alívio do sofrimento resultante de doenças limitantes da vida ou incuráveis, procurando melhorar a qualidade de vida e promover o conforto, tanto da pessoa em processo de doença grave, como da família (Tavares, Rodrigues, & Neto, 2021). No entanto, a presente pandemia trouxe igualmente implicações de extrema negatividade para os profissionais de saúde que necessitaram de ser realocados das suas áreas de serviço para outros serviços dedicados a COVID, de assumir novas rotinas e novas tarefas que trouxeram sentimentos como ansiedade e medo tanto pela segurança do outro, bem como pela sua própria. O aumento da sobrecarga profissional, pela falta de pessoal, pela agitação e intensidades dos horários de trabalho, e pela necessidade de dar resposta a todas as exigências impostas pela pandemia, ao nível dos utentes em processo de doença grave, das famílias e da própria instituição. O uso obrigatório de equipamentos de proteção individual, a falta de habilidade na comunicação e a

falta de preparação por parte dos profissionais para a transmissão de más notícias constituem-se como barreiras à comunicação, dificultando a resposta às necessidades da família. Todas as implicações referidas proporcionam o aparecimento de problemas psicológicos, como sintomas depressivos, problemas do sono, stress pós-traumático e ataques de pânico (Tavares, Rodrigues, & Neto, 2021; Hanna, et al., 2021; Hill, et al., 2020; Pai, Nayak, & N., 2020; Hugelius, Harada, & Marutani, 2021).

Assim, e segundo os artigos A, B, D e E surge a necessidade de implementar estratégias que permitam melhorar inclusive o bem-estar dos profissionais de saúde e consequentemente a prestação de cuidados, aos utentes e às famílias. Sublinha-se a importância de formação acerca da prestação de cuidados durante a presente pandemia, e em habilidades de comunicação, contribuindo significativamente para a qualidade dos cuidados. Devem igualmente respeitar as suas próprias necessidades participando de momentos de *debriefing* e prática reflexiva, promovendo a resiliência e autoconfiança, identificar fatores indutores de stress, redefinir horários de trabalho e descanso, construir bons relacionamentos dentro da equipa multidisciplinar e gerir períodos de alimentação e de lazer. Enquanto profissionais de saúde, perante a pandemia, devem igualmente consciencializar a comunidade e promover a educação das pessoas acerca das ofertas existentes nas instituições e como lidarem com a própria doença no domicílio (Tavares, Rodrigues, & Neto, 2021; Hanna, et al., 2021; Hill, et al., 2020; Pai, Nayak, & N., 2020).

É de realçar que a presente pandemia por COVID-19 apresentou um impacto significativamente negativo a nível mundial, e em todas as áreas hospitalares, não só devido às

implicações na saúde física, mas também na saúde mental sobretudo para a pessoa em processo de doença e a requerer de internamento hospitalar. No entanto, consideramos importante reforçar o impacto das restrições associadas à propagação do vírus ao nível dos Cuidados Paliativos, tratando-se, como já referido, de uma área específica da saúde, onde se visa o conforto, a promoção do bem-estar e da qualidade de vida, dos utentes e das suas famílias, que maioritariamente experienciam processos de luto, sendo crucial estarem presentes nos últimos dias/horas de vida dos seus ente-queridos. Dado o facto da Família se constituir um dos principais pilares dos Cuidados Paliativos existe uma necessidade acrescida no que diz respeito ao apoio à mesma, no sentido de promover lutos saudáveis e permitir à pessoa e à família momentos de despedida que transmitam paz a ambas as partes.

Implicações para a prática de Enfermagem

Com resumo da evidência apresentada foi possível identificar um conjunto de diagnósticos e intervenções de enfermagem (Tabelas 4,5,6), relativamente às implicações associadas à pandemia por COVID-19 em Cuidados Paliativos.

Tabela 4. Implicações para a Prática: Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem (Utentes)

Família	Luto Familiar Atual	<ul style="list-style-type: none"> - Apoiar no processo de luto; - Prestar apoio psicossocial; - Promover realização de conferências familiares; - Solicitar encaminhamento para Psicologia e Serviço Social; - Permitir que um familiar esteja presente nos últimos dias e horas de vida; - Promover despedidas e visitas <i>post-mortem</i>; - Validar coragem.
	Preocupação Atual	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer relação terapêutica com base na confiança; - Incentivar a partilha de emoções; - Estabelecer contacto telefónico diariamente; - Mostrar disponibilidade.
	Stress Atual	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar <i>coping</i> familiar; - Promover relação de ajuda; - Incentivar a expressar sentimentos e emoções.
	Tristeza Atual	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a expressar emoções; - Mobilizar técnica do toque e da escuta ativa; - Mostrar disponibilidade e respeito pelas emoções expressas; - Promover o sorriso; - Promover contacto com o utente;
	Socialização Comprometida	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar reuniões familiares, via telefónica ou videochamada; - Promover encontro com o utente, adotando estratégias seguras.
	Desempenho de Papéis Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar papel familiar; - Mostrar disponibilidade; - Apresentar estratégias, facilitando a capacidade para desempenhar papéis;
	Sobrecarga do Cuidador Atual	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar sobrecarga do cuidador; - Mostrar disponibilidade; - Promover conferências familiares; - Estabelecer contacto telefónico programado.

Tabela 5. Implicações para a Prática: Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem (Família)

Utentes	Segurança Comprometida	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o uso de equipamentos de proteção individual; - Ensinar sobre medidas de prevenção; - Garantir a segurança da pessoa.
	Conforto Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o conforto; - Administrar terapêutica analgésica; - Reduzir ruídos desnecessários e luminosidade; - Realizar técnicas de relaxamento.
	Adaptação ao Processo de Doença Comprometida	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilizar técnicas de relação de ajuda; - Promover apoio emocional; - Demonstrar disponibilidade; - Validar coragem.
	Esperança Comprometida	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar esperança segundo a Escala de Herth; - Validar coragem; - Promover apoio emocional e familiar.
	Ansiedade Atual	<ul style="list-style-type: none"> - Permitir expressão de sentimentos; - Mobilizar a técnica do toque e da escuta ativa; - Promover encontro com a família.
	Autoestima Comprometida	<ul style="list-style-type: none"> - Promover autocuidado; - Dar poder, atendendo às suas preferências; - Realizar desejos de vida, dentro do possível.
	Risco de Isolamento Social	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilizar técnicas de relação de ajuda; - Promover a realização de reuniões por vídeo ou telefone; - Promover o uso de plataformas digitais para aumentar a inclusão dos utentes;
	Dignidade Comprometida	<ul style="list-style-type: none"> - Incentivar a partilha de emoções e de desejos; - Promover a dignidade da pessoa, adotando medidas seguras para a realização de ações religiosas e últimos desejos; - Incentivar à realização de atividades que a pessoa tenha interesse.
Tristeza Atual	<ul style="list-style-type: none"> - Mobilizar técnica do toque e da escuta ativa; - Mostrar disponibilidade e respeito; - Incentivar à comunicação; - Promover o sorriso, através da utilização de mediadores de expressão; - Promover a realização de reuniões físicas e seguras. 	

Tabela 6. Implicações para a Prática:
Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem
(Profissionais de Saúde)

Profissionais de Saúde	Sobrecarga do Profissional de Saúde	<ul style="list-style-type: none"> - Expressar emoções e sentimentos; - Estabelecer contacto com outros profissionais de saúde ou familiares; - Gerir horários, promovendo a existência de momentos de lazer; - Participar de momentos de briefing e de reflexão.
	Medo/Ansiedade Atual	<ul style="list-style-type: none"> - Construir bons relacionamentos dentro equipa multidisciplinar; - Partilhar sentimentos e emoções com colegas; - Realizar técnicas de relaxamento.
	Barreiras à Comunicação Atual	<ul style="list-style-type: none"> - Promover treinamento em habilidades de comunicação; - Identificar barreiras à comunicação; - Educar pessoas acerca das ofertas existentes e como gerirem sintomas em casa; - Promover interação com profissionais de saúde, aconselhamento e educação através de serviços telefónicos.
	Padrão Alimentar Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Promover momentos de alimentação adequados no período de trabalho; - Formular planos de alimentação;
	Sono comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Redefinir horários de trabalho, promovendo momentos de descanso adequados; - Realizar técnicas de relaxamento e promover o lazer.
	Processo Psicológico Comprometido	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar fatores indutores de stress; - Construir bons relacionamentos dentro equipa multidisciplinar; - Procurar ajuda psicossocial.

Conclusão

Findada a elaboração da presente revisão de literatura, consideramos ter cumprido os objetivos propostos, fortalecendo e adquirindo novos conhecimentos acerca do impacto das restrições associadas à pandemia por Covid-19 em contexto de Cuidados Paliativos, bem como estratégias de Enfermagem que permitam reduzir a angústia e o sofrimento associados aos desafios impostos pela presente pandemia. A análise dos diversos estudos permitiu obter respostas à questão inicialmente formulada, nomeadamente: “Em relação à pessoa em fim de vida, suas famílias, e profissionais de saúde, quais as implicações das restrições associadas à pandemia por COVID-19, em Cuidados Paliativos?”, bem como para a sub-questão “Quais as principais estratégias para reduzir os impactos associados à pandemia por COVID-19?”. Os resultados refletem o impacto negativo que acompanhou e ainda acompanha a pandemia por COVID-19 em Cuidados Paliativos, não só para a

pessoa em processo de doença incurável, ou em processo terminal, mas também para a família e para os próprios profissionais de saúde envolvidos.

Identificámos diversos diagnósticos e intervenções sensíveis aos cuidados de Enfermagem, consoante as implicações associadas à pandemia nas Pessoas, Famílias e Profissionais de Saúde, procurando resultados esperados positivos tendo em conta todas as dificuldades existentes.

Por fim, sublinhamos a importância de um trabalho multidisciplinar de qualidade, incluindo a pessoa e a família, bem como a importância do apoio psicossocial e emocional a todos os intervenientes, de forma a promover o bem-estar e qualidade de vida durante todo o processo.

Referências Bibliográficas

- Apóstolo, J. L. (2017). *Síntese da Evidência no Contexto da Translação da Ciência*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Dhvale, P., Koparkar, A., & Fernandes, P. (2020). Palliative Care Interventions from a Social Work Perspective and the Challenges Faced by Patients and Caregivers during COVID-19. *Indian Journal Palliative Care*, 26(1), 58-62. . <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7534999/>
- Freitas, G. (2022). Norma nº 004/2020: Abordagem da Suspeita ou Confirmação de COVID-19. Alameda D. Afonso Henriques, Lisboa, Portugal. Obtido de <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0042020-de-230320201.aspx>
- Freitas, M. d. (2020). Prevenção e Controlo de Infecção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI). *Direção Geral de Saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072020-de-29032020-pdf.aspx>

- Fortin, M.F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Hanna, J. R., Rapa, E., Dalton, L. J., Hughes, R., McGlinchey, T., Bennett, K. M., . . . Mayland, C. R. (2021). A qualitative study of bereaved relatives end of life experiences during the COVID-19 pandemic. *Palliative Medicine*, 35(5), pp. 843-851. doi:<https://doi.org/10.1177/02692163211004210>
- Heath, L., Yates, S., Carey, M., & Miller, M. (2020). Palliative Care During COVID-19: Data and Visits From Loved Ones. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 37(11), pp. 988-991. doi:<https://doi.org/10.1177/1049909120943577>
- Hill, L., Beattie, J. M., Geller, T. P., Baruah, R., Boyne, J., Stolfo, G. D., & Jaarsma, T. (2020). Palliative Care: Essential support for patients with heart failure in the COVID-19 pandemic. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(6), pp. 469-472. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/1474515120932814>
- Hugelius, K., Harada, N., & Marutani, M. (2021). Consequences of visiting restrictions during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104000>
- Kim, Y., Yoo, S. H., Shin, J. M., Han, H. S., Hong, J., Kim, H. J., . . . Keam, B. (2021). Practical Considerations in Providing End-of-Life Care for Dying Patients and Their Family in the Era of COVID-19. *Korean Journal of Hospice and Palliative Care*, 24(2), pp. 130-134. doi:<https://doi.org/10.14475/jhpc.2021.24.2.130>
- Laranjeira, C., Dixe, M., Valentim, O., Charepe, Z., & Querido, A. (2022). Mental Health and Psychological Impact during COVID-19 Pandemic: An Online Survey of Portuguese Higher Education Students. *Internacional Journal of Environmental Research an Public Health*, 337(19). doi:<https://doi.org/10.3390/ijerph19010337>
- Pai, R. R., Nayak, M. G., & N., S. (2020). Palliative Care Challenges and Strategies for the Management Amid COVID-19 Pandemic in India: Perspectives of Palliative Care Nurses, Cancer Patients, and Caregivers. *Indian Journal of Palliative Care*, 26(1), pp. 121-125. doi:10.4103/IJPC.IJPC_182_20
- Rother, E. T. (2007). Editorial - Revisão Sistemática X Revisão Narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2). <https://www.scielo.br/j/ape/a/z7zZ4Z4GwYV6FR7S9FHTByr/?lang=pt&format=pdf>
- Santiago, F. B., & Silva, A. L. (2020). Primeiro Caso de Covid-19 em uma Unidade de Cuidados Paliativos Oncológicos. *Revista Oficial do Conselho Federal de Enfermagem*, 11(2), pp. 31-35. doi:<https://doi.org/10.21675/2357-707X.2020.v11.n2.ESP.3847>
- Serviço Nacional de Saúde. (2021). *Temas da Saúde: COVID-19*. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-infecciosas/covid-19/#sec-0>
- Tavares, P., Rodrigues, C., & Neto, I. G. (2021). The Impact of Covid-19 on Palliative Care: Perspective of Healthcare Professionals. *Cureus*, 13(11). doi:10.7759/cureus.19522
- World Health Organization. (2021). *Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19*. <https://www.who.int/publications/i/item/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-for-covid-19>

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DISPNEIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

NURSING INTERVENTIONS FOR PEOPLE WITH DYSPNEA IN PALLIATIVE CARE

Sofia Guerreiro¹, Hugo Franco²

Resumo

Enquadramento: A dispneia é uma experiência subjetiva de desconforto ou dificuldade respiratória de variada intensidade. É complexa e multidimensional, podendo ou não estar relacionada com valores objetivos (ex.: oximetria, frequência respiratória).

A dispneia consiste num sintoma muito frequente nas pessoas com patologia oncológica e não oncológica e/ou em fim de vida. É difícil de controlar e paliar, podendo tornar-se refratária.

Objetivos: Sistematizar a evidência científica existente acerca da eficácia das intervenções enfermagem no controlo da dispneia nas pessoas em cuidados paliativos; adquirir novos conhecimentos sobre a temática

Metodologia: Revisão Sistemática de Literatura de Evidência de Eficácia, segundo protocolo Joanna Briggs Institute.

Resultados: Os enfermeiros podem e devem adotar e incentivar a implementação de intervenções de enfermagem em diversas fases da patologia da pessoa, pois geram repercussões positivas para diminuir e controlar a sensação de dispneia. Existem fatores que influenciam a dispneia, como a ansiedade e quais as estratégias que o enfermeiro pode implementar para os aliviar.

Discussão: Os diferentes tipos de intervenções de enfermagem eficazes no controlo da dispneia em pessoas em Cuidados Paliativos podem ser organizados em 3 grupos: avaliação, farmacológicas e não farmacológicas. Este último subdivide-se em treino físico, gestão do ambiente, relação de ajuda e outras. Vários artigos indicam que os opioides são o grupo farmacológico de eleição e de 1.ª linha para a controlar.

Conclusão: Os enfermeiros devem discutir o tratamento no fim de vida com as Pessoas e Famílias, para melhor entenderem os seus desejos, informarem-nas sobre os benefícios dos tratamentos e ajudarem-nas a desmitificar ideias preconcebidas.

Abstract

Framing: Dyspnea is a subjective experience of discomfort or respiratory difficulty of varying intensity. It is complex, multidimensional, and may or may not be related to objective values (e.g., oximetry, respiratory rate). Dyspnea is a very common symptom in people with oncological and non-oncologic and/or end-of-life pathology. It is difficult to control and palliate, and it can become refractory symptom.

Objectives: Systematize existing scientific evidence about the efficacy of nursing interventions in the control of dyspnea in people in palliative care; gain new knowledge on the subject.

Methodology: Systematic Review of Evidence of Efficacy Literature, according to Joanna Briggs institute protocol.

Results: Nurses can and should adopt and encourage the implementation of nursing interventions in various phases of the person's pathology, as they generate positive repercussions to reduce and control the sensation of dyspnea. There are factors that influence dyspnea, such as anxiety and what strategies nurses can implement to relieve them.

¹ Estudante do 4º ano do 19º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal.

² Professor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal; Investigador na NURSE IN UIESI Unidade de Investigação em Enfermagem do Sul e Ilhas. hugo.franco@ess.ips.pt

Discussion: The different types of nursing interventions effective in controlling dyspnea in people in Palliative Care can be organized into 3 groups: evaluation, pharmacological and non-pharmacological. The latter is subdivided into physical training, environmental management, help relationship and others. Several articles indicate that opioids are the pharmacological group of choice and the first line to control it.

Conclusion: Nurses should discuss end-of-life treatment with People and Families to better understand their desires, inform them about the benefits of treatments and help them demystify preconceived ideas.

Enquadramento

A dispneia pode ser definida como “uma experiência subjetiva de desconforto respiratório consistindo em sensações qualitativamente diferentes e de variada intensidade” (Barbosa, Pina, Tavares, & Neto, 2016, p.219). A Pessoa tem consciência que existe um desconforto e uma dificuldade em respirar, podendo descrever essas sensações de diferentes formas, sendo que as formas mais fáceis de identificar dispneia são o esforço respiratório, a inspiração insuficiente e a constrição torácica (Barbosa, Pina, Tavares, & Neto, 2016).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os cuidados paliativos são cuidados que têm como propósito melhorar a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias, abordando problemas associados a doenças que ameaçam a vida, prevenindo e aliviando o sofrimento. Tudo isto é conseguido quando avaliam e identificam precocemente problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais (Comissão Nacional da RNCP, 2017).

A dispneia é um sintoma multidimensional, que pode ser influenciada ou influenciar a vida da pessoa nas dimensões: física (habilidade funcional, fadiga, repouso, náusea, apetite, dor, dispneia), psicológica (ansiedade, depressão, lazer, felicidade, medo, cognição, atenção), social (financeiro, cuidador, papéis e relações, afeição e sexualidade, aparência) e espiritual (esperança, sofrimento, significado da dor, religiosidade, transcendência) de acordo com o modelo

“The City of Hope Quality of Life Model”, adaptado de Ferrell et al, 1991 (Brennan & Mazanec, 2011).

É um sintoma complexo e multidimensional, podendo ou não estar relacionada com valores objetivos (ex.: oximetria, frequência respiratória). Pode estar associado a outros sintomas que também necessitam de ser controlados, como por exemplo a fadiga muscular, em particular dos músculos respiratórios e a caquexia. A sensação de dispneia pode ser influenciada pelo contexto social, psicológico, emocional e espiritual da pessoa. Sabe-se que a ansiedade agrava a dispneia e vice-versa (Barbosa, Pina, Tavares, & Neto, 2016). É significativamente mais elevada em pessoas com depressão ou com ansiedade do que nas pessoas sem estas patologias (Brennan & Mazanec, 2011).

A dispneia depende da história clínica e de fatores de risco da pessoa (ser fumadora, ter asma, doenças cardíacas, pulmonares, cancro, ansiedade, fadiga) (Brennan & Mazanec, 2011). Existem diversas causas para a dispneia, tais como: broncoespasmo, obstrução da via aérea, presença de secreções espessas, hemoglobina baixa ou anemia, ansiedade, problemas interpessoais, preocupações religiosas (Brennan & Mazanec, 2011).

Existem diversas patologias crónicas do foro cardíaco, renal, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), doença pulmonar restritiva, asma, entre outras, que podem ter a dispneia como um dos sintomas da manifestação das mesmas. As patologias crónicas e incuráveis podem ter sintomas também crónicos e

persistentes, sendo por isso necessário assegurar que são controlados de forma eficaz (Barbosa, Pina, Tavares, & Neto, 2016).

Barbosa, Pina, Tavares, & Neto, referem que, de um modo geral, a respiração e o ritmo respiratório são controlados de forma “automática” pelo córtex cerebral e pelo tronco cerebral, que geram informação para as vias aéreas, pulmões, músculos respiratórios e parede torácica (Barbosa, Pina, Tavares, & Neto, 2016). “A (...) cognição e (...) emoções também influenciam a percepção da dispneia” (Barbosa, Pina, Tavares, & Neto, 2016, p.220), ou seja, podemos alterar a nossa respiração de modo voluntário e as nossas emoções pode também alterá-la.

Esta temática é atualmente relevante, pois a dispneia é um dos sintomas mais comuns reportados por pessoas com doenças avançadas e perto do fim de vida (Kamal, Maguire, Wheeler, Currow, & Abernethy, 2012).

É um sintoma frequente nas patologias oncológicas e nas não oncológicas e sabe-se que cerca de 70% das pessoas que têm patologia oncológica, referem ter sofrido de dispneia em alguma das fases da mesma (Barbosa, Pina, Tavares, & Neto, 2016). Henson reforça a afirmação dos autores referidos na frase anterior, ao constatar que cerca de 10% a 70% das pessoas com patologia oncológica, referem ter tido o sintoma de dispneia durante a vivência da sua patologia (Henson, et al., 2020).

A dispneia é também um dos sintomas mais frequentes em pessoas com doenças cardiopulmonares e/ou neuromusculares (Campbell, 2018).

Metodologia

A presente revisão de literatura foi elaborada segundo o protocolo JBI e apresenta a seguinte questão de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem mais eficazes no controlo

da dispneia na pessoa em cuidados paliativos?”.

Definimos como principais objetivos: sistematizar a evidência sobre a eficácia das intervenções enfermagem para controlarem a dispneia nas pessoas em cuidados paliativos (CP), através da elaboração da RL; identificar os fatores que influenciam a dispneia e nos quais os enfermeiros podem intervir; contribuir para a partilha e divulgação do conhecimento acerca das intervenções eficazes no controlo da dispneia nas pessoas em cuidados paliativos.

De modo a seguir o protocolo Joanna Briggs Institute (Joanna Briggs Institute, 2020), a presente Revisão de Literatura utiliza a estratégia PICO na elaboração da questão de pesquisa, sendo ela: “*Quais as intervenções de enfermagem mais eficazes no controlo da dispneia na pessoa em cuidados paliativos?*”, P - População: pessoa em CP, I - Intervenção: intervenções de enfermagem, C - Contexto: cuidados paliativos, O - Outcome: controlo da dispneia.

Estratégia de Pesquisa

Numa fase inicial, foram realizadas pesquisas nas bases de dados: MEDLINE with Full Text, CINAHL with Full Text, Scielo e Academic Search Complete, por via EBSCO. Foram elaboradas as fórmulas de pesquisas utilizadas nas bases de dados (consultar tabela 1). Foram selecionados artigos com menos de 5 anos de publicação, em português e inglês, com texto integral. Assim, a base de dados MEDLINE with Full Text apresentava 9 artigos, a CINAHL with Full Text, 19; a Scielo, 0; e a Academic Search Complete, 12 artigos.

De seguida, foram retirados os artigos duplicados. Procedeu-se à avaliação dos títulos e dos resumos dos estudos e artigos encontrados, tendo em conta a pertinência dos mesmos para darem resposta à questão definida e o facto de

terem acesso gratuito. Por fim, chegou-se ao número total de 4 artigos: 2 na base de dados MEDLINE with Full Text; 0 na Scielo; 1 na CINAHL with Full Text; 1 na Academic Search Complete.

Foram incluídos outros 2 novos artigos, obtidos através de uma pesquisa em fontes fidedignas. O processo de seleção dos artigos envolveu os dois investigadores.

Search	Search terms
S1	(MH "Nursing Care")
S2	AB nurs* care OR TI nurs* care
S3	AB nurs* intervention* OR TI nurs* intervention*
S4	(MH "Terminal Care")
S5	AB terminal illness* OR TI terminal illness*
S6	AU terminal patient* OR TI terminal patient*
S7	AB terminally ill patient* OR TI terminally ill patient*
S8	AB patient in end of life OR TI patient in end of life
S9	AB patient in end of life care OR TI patient in end of life care
S10	AB palliative care OR TI palliative care
S11	AB dying patient OR TI dying patient
S12	AB end of life OR TI end of life
S13	AB end of life care OR TI end of life care
S14	(MH "Dyspnea")
S15	AB difficulty breathing OR TI difficulty breathing
S16	S1 OR S2 OR S3
S17	S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13
S18	S14 OR S15
S19	S16 AND S17 AND S18
Artigos finais: Medline – 2, Academic Search Complete – 1, CINAHL with Full Text – 1, Scielo – 0.	

Tabela 1 – Fórmulas de pesquisa.

Síntese de Dados

Os 6 estudos eleitos para esta revisão apresentam uma distribuição geográfica entre Europa, América e Ásia. Foram publicados num intervalo temporal entre 2012 e 2021, sendo, quando ao tipo de estudo 4 primários, 3 do tipo Quantitativo, um Qualitativo e 2 secundários, artigos de revisão.

O primeiro artigo **“Dyspnea in palliative care: nursing records and self assessment of dyspnea” (1)** de Ana Raquel Margarido Vaz Alves e Paulo Sérgio dos Reis Saraiva Pina (2017) é um estudo quantitativo transversal, descritivo, observacional que tem como objetivo comparar registos de avaliação e intervenções de enfermagem e a autoavaliação da intensidade da dispneia com a Escala de Avaliação Numérica (EAN); identificar as intervenções de enfermagem para controlar a dispneia. Participaram 77 indivíduos com idade superior a 18 anos, com doença crónica,

progressiva, avançada, necessitados de CP, capazes de reportar a intensidade da dispneia usando a NRS, com registos completos, com menos de 4 itens errados no SPMSQ, internados em serviços de medicina interna I e II do HGO entre 13/05/2016 e 13/06/2016. Foi aplicado o “Short Portable Mental Status Questionnaire” (SPMSQ) versão portuguesa; Aplicada EAN da intensidade da dispneia; Analisados 77 registos de enfermagem acerca da intensidade da dispneia de forma intencional e não aleatória; Aplicada a “Numerical Rating Scale” (NRS). Como principais conclusões deste estudo destacamos:

- Os enfermeiros são capazes de diagnosticar corretamente, a dispneia em repouso e/ou dispneia funcional, na maioria das vezes, mesmo sem sequer recorrerem a uma escala de avaliação da mesma;

- As intervenções de enfermagem, por vezes não abrangem todas as dimensões, quando a pessoa tem dispneia total;

- Os registos de enfermagem contribuem para que haja mais adequada identificação, monitorização e intervenção do enfermeiro na dispneia na pessoa com necessidades paliativas;

- A utilização de escalas de avaliação da dispneia não requer que o utente decida se acha importante ou não informar o enfermeiro sobre a dispneia;

- O enfermeiro pode aplicar escalas sempre que necessário, intervém mais rapidamente antes que o sintoma agrave e faz com que a pessoa sofra menos tempo.

- A utilização da escala EAN permite adequar as intervenções a cada pessoa.

- Existem 92% dos enfermeiros que consideraram importante usar a escala NRS para avaliar a intensidade da dispneia e realizar intervenções para aliviarem-na;

- A compreensão e registo da evolução da intensidade da dispneia desde o início até ao final do

internamento contribuem para dar mais visibilidade à prestação de cuidados de enfermagem e da equipa multidisciplinar;

- Algumas das intervenções autónomas de enfermagem que os enfermeiros realizaram foram: elogiar a aprendizagem de habilidades, executar cinesioterapia respiratória, otimizar a ventilação através de técnicas de posicionamento, otimizar a inaloterapia, vigiar a respiração;

- Os diagnósticos e comorbilidades associadas a cada pessoa podem influenciar a presença ou não de dispneia;

Não se verificaram intervenções que englobassem as dimensões social e ambiental.

O artigo **“Opioid underuse in terminal care of long-term care facility residents with pain and/or dyspnoea: A cross-sectional PACE-survey in six European countries” (2)** de Marc Tanghe Nele Van Den Noortgate; Luc Deliens; Tinne Smets; Bregje Onwuteaka-Philipsen; Katarzyna Szczerbińska, Harriet Finne-Soveri; Sheila Payne; Giovanni Gambassi; Lieve Van den Block; Ruth Piers (2015) trata-se de um estudo quantitativo transversal que teve como objetivo avaliar a utilização de opioides no controlo de sintomas em pessoas com patologia terminal, e estudar a subutilização de opioides em instituições de internamento de longa duração, apesar da dor e / ou dispneia, 3 dias antes da morte.

Amostra estratificada proporcionalmente selecionada aleatoriamente de instituições de cuidados de longa duração em seis países da União Europeia: Holanda, Bélgica, Inglaterra, Finlândia, Itália e Polónia. A amostra foi constituída por questionários preenchidos por 1384 enfermeiras sobre pessoas 901 que faleceram, tinham a dor e/ou dispneia devidamente avaliados, e que realizavam controlo de sintomas com opioides.

Aplicados questionários para enfermeiros preencherem; Aplicada a “Comfort Assessment in Dying with Dementia Scale”; Aplicada a “Bedford Alzheimer Nursing Severity (BANS-S); procuraram avaliar se existiam informações sobre como prestar cuidados paliativos naquele serviço (se havia guidelines, se havia uma equipa que fosse especialista na área de CP).

Principais resultados e conclusões com relevância para a nossa revisão:

- As guidelines de cuidados paliativos recomendam o uso de opioides para controlo da dispneia e da dor no fim de vida;

- Cerca de 86,2% das pessoas incluídas no estudo tiveram sintomas que foram aliviados de forma eficaz através do uso de opioides, 34,4% tinham dor, 10,6% tinham dispneia, e 55,0% tinham ambos os sintomas;

- O uso de opioides varia de país para país;

- A morte ou a última semana de vida só são mais previsíveis em cerca de 61% dos casos;

- Em 77% das pessoas, não houve evidência de que tivessem manifestado qual o tratamento que desejavam no fim de vida;

- A Polónia e Itália são os países onde menos são utilizados opioides e os cuidados paliativos são menos vistos como tratamento;

- Levantam-se questões sobre se o desejo das pessoas sobre o tratamento no fim de vida está a ser cumprido, se pretendem ter parentes presentes no fim de vida, se pretendem que sejam usados opioides ou outros para controlo de sintomas;

- Os opioides têm sido subutilizados para controlo da dispneia nos últimos 3 dias de vida nos diversos países;

- A política de cada país tem influência no maior ou menor uso de opioides e na maior ou menor abertura dos profissionais em falarem com a

pessoa e com a família sobre o uso dos mesmos;

- A subutilização de opioides foi ainda mais alta nas pessoas que tinham apenas dispneia, ou sejam, a estas eram administrados ainda menos opioides (quando comparadas com as pessoas que tinham só dor ou tinham dor e dispneia);

- Há pouco conhecimento e experiência no tratamento e controlo da dispneia no fim de vida, particularmente, quando não está relacionada com patologia oncológica;

- Há medo em administrar opioides em pessoas com doenças pulmonares que sejam crónicas;

- Há uma grande discrepância entre relatos de pessoas e familiares que confirmam que o uso de opioides foi positivo e ajudou a controlar a dispneia e relatos de médicos que têm receio em administrar opioides, o que causa uma lacuna nos cuidados;

- Existem várias guidelines em cuidados paliativos que explicam como se administra e o quão eficazes e seguros os opioides são para controlar a dispneia;

- Os enfermeiros devem estar atentos para identificarem e intervirem no controlo da dispneia;

- Os enfermeiros podem e devem iniciar protocolos para intervirem no controlo da dispneia (definidos em equipa) para acelerarem a implementação de tratamentos de conforto;

- Os opioides são eficazes no controlo da dispneia em pessoas em fim de vida que necessitam de cuidados paliativos.

“Palliative care and nursing support for patients experiencing dyspnoea” (3) é um estudo quantitativo transversal de Ayumi Sugimura, Shoko Ando e Koji Tamakoshi (2015). Participaram 344 enfermeiras de 22 hospitais que trabalhavam em enfermarias respiratórias para o tratamento de pessoas com doença oncológica. Teve como objetivo investigar a associação entre o tipo de

apoio das enfermeiras no Japão nos cuidados prestados a pessoas com dispneia em cuidados paliativos. Foi aplicada a “Palliative care self-reported practices scale”.

Como principais resultados deste estudo importantes para a nossa revisão:

- A prática de cuidados paliativos é importante para apoiar pessoas com dispneia;

- Fármacos, oxigénio e medidas não farmacológicas podem ser eficazes para controlar a dispneia;

- A dispneia pode causar “dor total”, delírium, fraqueza, ansiedade, medo da morte ou perda de vontade de viver, afeta as atividades de vida diárias e os enfermeiros devem dar apoio e suporte às pessoas com estes sintomas e receios associados;

- A dispneia pode ser classificada como física, psicológica ou socioambiental;

- Enfermeiros devem usar escalas (ex.: NRS), para avaliar a dispneia e saberem melhor como devem intervir;

- As intervenções de enfermagem utilizadas no controlo da dispneia são: posicionar a pessoa; administrar oxigenoterapia; falar com a pessoa para providenciar tranquilidade e segurança, usar aromoterapia, musicoterapia e realizar exercícios e alongamentos dos músculos respiratórios, instruir sobre o controlo da respiração; providenciar apoio psicológico da enfermeira; promover apoio socioambiental, realizar cuidados centrados na família e no doente, dar assistência respiratória.

O artigo **“Management of dyspnea in palliative care” (4)** de A.M. Crombeen; E.J. Lilly.(2020) é um estudo secundário que tem como objetivo analisar as causas da dispneia e intervenções para controlá-la em pessoas em cuidados paliativos.

Como conclusões desta revisão para responder às nossas questões de investigação retemos:

- Intervenções farmacológicas: administrar opioides (1.^a linha no tratamento da dispneia), benzodiazepinas e oxigénio;

- Intervenções não farmacológicas: reabilitação pulmonar, programa de exercícios, criar movimento do ar direcionado para o rosto da pessoa;

- O enfermeiro pode avaliar a saturação periférica de oxigénio, no entanto, esta avaliação deve ser associada àquilo que a pessoas refere sentir, aos fatores psicológicos subjacentes à dispneia e à avaliação da dispneia através de uma escala;

- Os autores realçam que a dispneia é um sintoma multidimensional (físico, psicológico, social e espiritual) e que a pessoa necessita de sentir controlo;

- Em pessoas com neoplasia do pulmão, pode ocorrer tromboembolismo pulmonar, que provoca dispneia e pode levar à morte, por isso deve ser administrada terapêutica anticoagulante;

- Opioides devem ser usados para controlo da dispneia por via oral (2,5 – 5mg de 4 em 4h ou 6 em 6h), paraentérica ou por nebulizadores (inalatória);

- Benzodiazepinas podem ajudar a diminuir a ansiedade, por isso ajuda a controlar melhor a dispneia;

- Oxigénio pode diminuir a dispneia se a pessoa estiver com hipoxemia.

“Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathless-ness, Nausea and Vomiting, and Fatigue” (5) de Lesley A. Henson, Matthew Maddocks, Catherine Evans, Martin Davidson; Stephanie Hicks e Irene J. Higginson (2021) é uma revisão de literatura que tem por objetivos resumir quais as ferramentas para controlar 4 sintomas frequentes em pessoas com doença oncológica avançada: dor, dispneia, náuseas e vômitos, e fadiga.

Como principais resultados e conclusões com relevância para a a nossa revisão:

- Sugerem a utilização de escalas como “Edmonton Symptom Assessment System Revised” (ESAS-r), “Palliative Care Outcome Scale” (POS), e “Palliative Performance Scale”, para avaliar a pessoa em cuidados paliativos de forma holística;

- Intervenções não farmacológicas: posicionar a pessoa, instruir sobre técnicas respiratórias, fornecer meios auxiliares de marcha, treinar o fortalecimento muscular, orientar o ritmo de respiração, fornecer uma ventoinha de mão ou um spray com água, ler um poema, pois ajuda a controlar a respiração e a relaxar durante uma crise de dispneia;

- Intervenções farmacológicas: administrar opioides e oxigénio (se a pessoa tiver hipoxemia ou hipoxia. O oxigénio pode ser administrado em pessoas que tenham dispneia mesmo que não estejam em hipoxia, por permitir a sensação de passagem do ar na face e dar algum conforto à pessoa. No entanto, é necessário administrá-lo com precaução, avaliar o custo, benefício e segurança;

- Considera-se que há pouca evidência sobre a eficácia do uso de benzodiazepinas, pelo que devem ser usadas como 2.^a ou 3.^a linha de terapêutica a administrar em casos de dispneia;

- As intervenções para controlo da dispneia devem ser realizadas por enfermeiros e pela restante equipa multidisciplinar (médicos, psicólogos, fisioterapeutas);

- É importante planear antecipadamente intervenções de forma individualizada e holística para intervir caso haja dispneia.

O artigo **“Dyspnea Review for the Palliative Care Professional: Treatment Goals and Therapeutic Options” (6)** de Arif H. Kamal; Jennifer M. Maguire; Jane L. Wheeler;

David C. Currow; e Amy P. Abernethy (2012) é uma revisão da literatura que tem por objetivo identificar quais as intervenções farmacológicas e não farmacológicas mais eficazes no controlo da dispneia.

Como principais conclusões desta revisão em resposta à nossa pergunta de investigação identificamos:

- Intervenções farmacológicas: administrar opioides, furosemida nebulizada, ansiolíticos;

- Opioides – ajudam a diminuir a ansiedade, promovem um efeito vasodilatador nos pulmões;

- A morfina pode ser administrada por via oral, subcutânea ou inalada (por nebulizadores);

- Um estudo revela que 70% das pessoas que tinham doses baixas de morfina (10mg prescrita por dia), tiveram melhoria e mais controlo da dispneia;

- Opioides são a 1.^a linha de tratamento. São mais eficazes no alívio da dispneia do que administrar oxigénio;

- Diversos estudos indicam que os opioides não causam depressão respiratória, nem alterações dos parâmetros respiratórios, nem alterações saturação periférica de oxigénio;

- Ansiolíticos (benzodiazepinas) são úteis se administrados a pessoas com dispneia e ansiedade ou depressão;

- A associação de midazolam e morfina controlou melhor a dispneia em pessoas com cancro avançado com expectativa de vida menor que 1 semana (difícil generalizar estes dados para toda a população de CP);

- Inalação de 40mg de furosemida nebulizada em pessoas com cancro – inibe o reflexo da tosse, previne a broncoconstrição na asma, aumenta a capacidade de respirar durante a realização de exercícios e aumenta a capacidade de ler mais palavras em apenas um ciclo respiratório;

- Administração de oxigénio em pessoas com patologia crónica terminal – indicado quando PaO₂ < 55mmHg;

- Na dispneia associada a problemas cardíacos, a administração de oxigénio de alto fluxo diminuiu a dispneia;

- Na dispneia refratária é mais eficaz ter movimento do ar no rosto do que administrar oxigénio, colocando em causa se prescrever oxigénio na dispneia refratária é benéfico e alivia a dispneia ou não;

- Intervenções não farmacológicas: reabilitação pulmonar, exercícios aeróbicos.

Discussão

Analisando a evidência recolhida será importante discutir os resultados. As intervenções de enfermagem foram divididas entre: **avaliação, farmacológicas e não farmacológicas**. Este último grupo subdivide-se em treino físico, gestão do ambiente, relação de ajuda e outras.

Avaliação - Os enfermeiros podem avaliar a dispneia através de escalas numéricas (1) (2) (4), escalas multidimensionais de CP (ex.: POS) (6), mas devem também questionar se a pessoa sente falar de ar (2), escutar a descrição da pessoa (5) e perceber quais são as causas da dispneia (4) (5). Brennan & Mazanec reforçam estes aspetos ao afirmarem que a dispneia pode ser medida através de escalas, mas tem de ter-se sempre em conta aquilo que a pessoa diz que sente (Brennan & Mazanec, 2011). Barbosa, Pina, Tavares, & Neto, consideram que para intervir numa situação de dispneia, é necessário que o profissional de saúde: conheça a causa da dispneia (ou diagnóstico subjacente, como patologias pulmonares e comorbilidades); conheça a história clínica, quais as características da dispneia, fatores de agravamento e alívio, duração; conheça os fármacos que a pessoa toma; entenda qual o impacto

do sintoma na pessoa; aplique instrumentos unidimensionais ou multidimensionais para avaliação da dor; distinga se esta é reversível ou irreversível e planeie intervenções a realizar para tentar controlá-la (Barbosa, Pina, Tavares, & Neto, 2016). Em suma, sem uma avaliação e sem conhecer a pessoa, é mais difícil intervir de forma adequada e ir de encontro às necessidades da pessoa.

Os enfermeiros também podem avaliar a saturação periférica de oxigénio (5), monitorizar respiração (1) (2) e monitorizar sinais e sintomas de dispneia (1) (2).

Intervenções de enfermagem a nível farmacológico – Administrar: opioides (ex.: morfina, via oral, subcutânea ou inalatória, ou fentanil) (2) (3) (5) (6) (7), ansiolíticos/benzodiazepinas (ex.: midazolam) (2) (5) (6) (7), oxigénio (2) (4) (5) (6) (7), furosemida por via inalatória (7). Segundo Brennan & Mazanec, o controlo da dispneia pode ser realizado a nível farmacológico utilizando opioides, benzodiazepinas (ex.: midazolam, lorazepam), corticoesteróides, oxigénio ou furosemida nebulizada. Os opioides são fármacos a usar na 1.^a linha para controlo da dispneia e da dispneia crónica, pois melhoram a qualidade de vida e prolongam a vida, no sentido em que ajudam a reduzir a exaustão física e psicológica. A morfina e o fentanil podem ser nebulizados para serem administrados para controlar a dispneia (Brennan & Mazanec, 2011). De acordo com Barbosa, Pina, Tavares, & Neto, o tratamento ou controlo da dispneia passa por aplicar intervenções farmacológicas (opióides, ansiolíticos) e administrar oxigenoterapia (Barbosa, Pina, Tavares, & Neto, 2016).

Intervenções de enfermagem a nível não farmacológico – Passa por realizar treinos de: reabilitação pulmonar

(5) (7), exercícios aeróbicos ou alongamentos (4) (5) (6) (7), por fornecer meios auxiliares de marcha (6), instruir sobre técnicas respiratórias e de relaxamento (4) (6), ler em voz alta (6). Brennan & Mazanec, e Barbosa, Pina, Tavares, & Neto concluem igualmente que uma das intervenções não farmacológicas deve ser: treino respiratório (Brennan & Mazanec, 2011) (Barbosa, Pina, Tavares, & Neto, 2016). Barbosa, Pina, Tavares, & Neto acrescentam ainda: promover reabilitação pulmonar com exercícios aeróbicos com atuação do fisioterapeuta, enfermeiro e terapeuta ocupacional; fornecer um meio auxiliar de marcha; conservar energia e planear o tempo de duração de atividades físicas e de repouso (Barbosa, Pina, Tavares, & Neto, 2016). Brennan & Mazanec, também consideram importante ter treino de técnicas de relaxamento (Brennan & Mazanec, 2011).

Gestão do ambiente: manter ventoinha ligada para circular ar em direção ao rosto da pessoa (4) (5) (6) (7), posicionar a pessoa (em fowler, sentada apoiando os membros superiores nos inferiores, ou outra posição que a pessoa sinta alívio) (1) (2) (4) (6), providenciar apoios para os membros superiores (2). Barbosa, Pina, Tavares, & Neto estão de acordo com a evidência encontrada, pois consideram que deve-se: usar uma ventoinha manual em direção à face nos momentos de dispneia, por dar maior sensação de controlo; e selecionar posicionamentos em fowler, ou sentado numa cadeira, ou inclinando o tronco para a frente, apoiando os membros superiores nos membros inferiores (Barbosa, Pina, Tavares, & Neto, 2016). Brennan & Mazanec, reforçam a importância de posicionar a pessoa com almofadas (Brennan & Mazanec, 2011).

Existem outras intervenções de gestão do ambiente que podem ser realizadas

como utilizar aromoterapia (4) e musicoterapia (4).

Relação de ajuda - “A atividade cortical (com a cognição) e o sistema límbico e para-límbico (com as emoções) também influenciam a percepção da dispneia” (Barbosa, Pina, Tavares, & Neto, 2016, p.220), ou seja, temos consciência que podemos alterar as características da nossa respiração de forma voluntária e a manifestação das emoções pode alterar a respiração. Estes autores reforçam que é importante que o enfermeiro estabeleça uma relação de ajuda com a pessoa, a elogie (1) e compreenda quais os desejos de tratamento da pessoa no fim de vida (3). Ao incentivar a partilha de emoções, sentimentos e pensamentos, o enfermeiro pode transmitir tranquilidade, segurança e confiança à pessoa (4). O controlo das emoções, por si só pode ajudar a que estas influenciem menos a dispneia e seja possível acalmar a pessoa e controlar o sintoma.

Segundo Brennan & Mazanec, os enfermeiros devem aconselhar e apoiar a pessoa; realizar psicoterapia (se forem especialistas em saúde mental) ou reencaminharem para um psicoterapeuta; incentivar a partilha de emoções e pensamentos; questionar a pessoa ex:“diga-me mais sobre as suas preocupações sobre a adição à morfina?”; informar a pessoa e família de que não existe evidência de que a morfina possa provocar a morte por depressão respiratória, caso esse medo exista (Brennan & Mazanec, 2011).

Outras - Os enfermeiros podem utilizar medidas mais gerais para controlar a dispneia, como utilizar intervenções específicas da área de cuidados paliativos (4), prestar cuidados centrados na pessoa e na família (4), devem iniciar protocolos de controlo da dispneia estabelecidos no serviço (3), planejar intervenções de forma holística e

individualizada antes que a dispneia ocorra (6). Segundo Barbosa, Pina, Tavares, & Neto, no contexto de cuidado paliativos e noutros pode surgir a dispneia total, que deve ser avaliada de forma mais minuciosa, global e nas diversas dimensões da pessoa e da sua vida, reforçando a importância de olhar para a pessoa de forma holística (Barbosa, Pina, Tavares, & Neto, 2016).

Existem medidas mais específicas e invasivas para controlar a dispneia, como a utilização de ventilação não invasiva ou ventilação mecânica invasiva (2). A utilização de ventilação não invasiva pode ser ponderada, por exemplo em pessoas com doença do neurónio motor e na exacerbação de DPOC (Barbosa, Pina, Tavares, & Neto, 2016).

No caso de pessoa com patologias oncológicas que afetem ou obstruam a via aérea pode ser necessário realizar intervenções cirúrgicas de desobstrução da via aérea (7).

Sugestões: Durante a elaboração de pesquisas e através da realização deste trabalho, foi perceptível que a Revisão Integrativa de Literatura é um método pouco utilizado no âmbito da enfermagem e noutras áreas, pelo que deveria existir um maior investimento dos profissionais de saúde e outros na realização deste tipo de revisão (Souza, Silva, & Carvalho, 2010).

Deveriam ser elaborados mais estudos, cuja população e a amostra fossem pessoas que necessitam de cuidados paliativos e que estão internadas em serviços ou unidade relacionadas com cuidados paliativos,

pois ainda existe pouca evidência científica sobre prestação de cuidados a pessoas com estas necessidades tão específicas e particulares. Deve apostar-se na realização de estudos sobre diferentes tipos de planos de cuidados com medidas para intervir perante diferentes níveis de intensidade de dispneia nas pessoas que necessitem de CP.

Implicações para a prática de enfermagem

O resumo e discussão dos resultados obtidos possibilitaram identificar quais os diagnósticos e intervenções de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), que no âmbito da atuação à Pessoa com Dispneia em cuidados paliativos maior sensibilidade têm aos cuidados de Enfermagem (Tabela 2).

Conclusão

A elaboração da revisão possibilitou resumir a evidência sobre a temática dos cuidados de enfermagem em Pessoas com dispneia em CP.

Em suma, através da análise dos 6 artigos incluídos na revisão, obtivemos um número relevante e adequado de resultados para discutir e dar resposta à questão definida.

Consideramos que os objetivos propostos inicialmente foram alcançados com sucesso, pois: realizamos uma sistematização da evidência acerca da eficácia das intervenções enfermagem para controlarem a dispneia nas pessoas em cuidados paliativos, respondemos à questão definida inicialmente, compreendendo quais os fatores que podem influenciar a dispneia, quais as estratégias que os enfermeiros podem adotar para intervir a nível farmacológico e/ou não farmacológico no controlo da dispneia nas pessoas em CP.

A dispneia trata-se de um sintoma, muito frequente nas pessoas com

Diagnóstico	Intervenções de enfermagem à pessoa
Dispneia atual (CIPE, 2015)	<p>Intervenções em momentos de dispneia intensa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a dispneia usando a "RDOS"; - Avaliar dispneia através do relato e descrição da pessoa; - Avaliar junto da pessoa qual(is) a(s) causa(s) da dispneia – física, psicológica, espiritual social/socioambiental; - Avaliar a saturação periférica de oxigénio; - Realizar questões simples como "sente falar de ar?"; - Promover e transmitir tranquilidade, segurança e confiança à pessoa; - Envolver a pessoa e família na tomada de decisão; - Implementar protocolos de controlo da dispneia estabelecidos no serviço; - Otimizar ventilação; - Posicionar a pessoa (em fowler, sentada apoiando os membros superiores nos inferiores, ou outra posição que a pessoa sinta alívio); - Providenciar apoios para os membros superiores; - Gerir ambiente, por exemplo: manter ventoinha ligada para circular ar em direção ao rosto da pessoa; - Administrar opioides prescritos em esquema e/ou em SOS (ex.: morfina, via oral, subcutânea ou inalatória ou fentanil); - Administrar ansiolíticos/benzodiazepinas prescritos e/ou em SOS (ex.: midazolam); - Administrar oxigenoterapia; - Administrar furosemida por via inalatória; - Instruir sobre o controlo da respiração/técnicas respiratórias; - Fornecer meios auxiliares de marcha se ocorrer durante uma atividade física; - Vigiar as características da respiração; - Vigiar sinais e sintomas de dispneia; - Prestar cuidados centrados na pessoa e na família; - Informar a equipa multidisciplinar (equipa médica e de enfermagem) sobre provável obstrução da via aérea e ponderar necessidade de encaminhar para cirurgia de desobstrução da via aérea; - Informar a equipa multidisciplinar sobre provável falência respiratória e ponderar utilizar ventilação não invasiva ou ventilação mecânica invasiva.
Coping sobre ansiedade ineficaz (CIPE, 2015)	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a pessoa através de escalas multidimensionais de CP (ex.: POS); - Avaliar junto da pessoa qual(is) a(s) causa(s) da ansiedade – física, psicológica, espiritual social/socioambiental; - Incentivar a partilha de emoções, sentimentos e pensamentos; - Esclarecer dúvidas e receios sobre as medidas farmacológicas e não farmacológicas sugeridas; - Elogiar a aprendizagem de habilidades; - Apoiar a pessoa; - Mostrar empatia; - Promover a escuta ativa; - Promover e transmitir tranquilidade, segurança e confiança à pessoa;

Tabela 2 – Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem

patologia oncológica e não oncológica, difícil de controlar e de paliar, podendo tornar-se refratária.

Existem diversas medidas farmacológicas e não farmacológicas que os enfermeiros podem adotar e incentivar em praticamente qualquer fase da patologia da pessoa e que geram repercussões positivas para controlar, aliviar e diminuir a sensação de dispneia, sendo que os opioides são o grupo farmacológico de eleição e de 1.ª linha para controlar a dispneia.

É necessário que os enfermeiros e outros profissionais de saúde discutam o tema do tratamento no fim de vida com as pessoas e famílias de quem cuidam, para perceberem quais são os seus desejos, sejam informadas sobre os benefícios dos tratamentos no controlo da dispneia (ex.: uso de opioides) e se desmitifiquem ideias que deixam as pessoas relutantes quanto à implementação das intervenções. Ao saber tudo isto, as pessoas colaboram mais no planeamento dos cuidados e os profissionais ficam mais bem preparados e confiantes para intervir adequadamente em situações de dispneia naquela pessoa.

Referências Bibliográficas

- Alves, A. R., & Pina, P. S. (2017). Dyspnea in palliative care: nursing records and self assessment of dyspnea. *Revista de Enfermagem Referência*, 53-62.
- Barbosa, A., Pina, P. R., Tavares, F., & Neto, I. G. (2016). Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Brennan, C. W., & Mazanec, P. (2011). Dyspnea Management Across the Palliative Care Continuum. *Research and Practice: Partners in Care, Volume 13*, pp. 130-139.
- Campbell, M. L. (21 de Maio de 2018). Ensuring Breathing Comfort At The End Of Life: The Integral Role Of The Critical Care Nurse. *American Journal of Critical-Care Volume 27, No. 4*, 264- 270.
- Comissão Nacional da RNCP. (13 de março de 2017). SNS. Obtido em 23 de novembro de 2021, de SNS: <https://www.sns.gov.pt/wp->
- Crombeen, A., & Lilly, E. (2020). Management of dyspnea in palliative care. *Current Oncology, Vol. 27, No. 3*, pp. 142-145.
- Henson, L. A., Maddocks, M., Evans, C., Davidson, M., Hicks, S., & Higginson, I. J. (2020). Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue. *American Society of Clinical Oncology Volume 38, Issue 9*, pp. 905-914.
- Joanna Briggs Institute. (2020). Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual. (A. E. & M. Z, Edits.) Obtido em novembro de 2021, de <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- Kamal, A. H., Maguire, J. M., Wheeler, J. L., Currow, D. C., & Abernethy, A. P. (2012). Dyspnea Review for the Palliative Care Professional: Treatment Goals and Therapeutic Options. *Palliative Care Review*, pp. 106-114.
- O.E. (2015). CIPE
- Souza, M. T., Silva, M. D., & Carvalho, R. d. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, pp. 102-106.
- Sugimura, A., & Tamakoshi, S. A. (2017). Palliative care and nursing support for patients experiencing dyspnoea. *International Journal of Palliative Nursing, Vol 23, No 7*, pp. 342-351.
- Tanghe, M., Noortgate, N. V., Deliens, L., Smets, T., Onwuteaka-Philipsen, B., Szczerbińska, K., . . . Piers, R. (2020). Opioid underuse in terminal care of long-term care facility residents with pain and/or dyspnoea: A cross-sectional PACE-survey in six European countries. *Palliative Medicine*, pp.1-11. Lorem Ipsum

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DA ESPIRITUALIDADE EM CUIDADOS PALIATIVOS

NURSING INTERVENTIONS PROMOTING SPIRITUALITY IN PALLIATIVE CARE

Bárbara Maximino¹, Bruno Ferreira², Hugo Franco³

Resumo

Enquadramento: O Cuidado Espiritual é uma dimensão do cuidado holístico centrado na busca de sentido, propósito e valor na vida, não necessariamente associado a crenças religiosas. Em Cuidados Paliativos, o utente consciencializa-se da aproximação da morte, podendo necessitar de apoio espiritual, este que pode ser prestado pelo enfermeiro, tornando crucial o seu conhecimento relativo às intervenções e a desmistificação das barreiras à sua implementação.

Objetivo: Identificar as Intervenções de Enfermagem promotoras da Espiritualidade em utentes em Cuidados Paliativos e/ou em situação de fim de vida.

Questão de investigação: Quais são as Intervenções de Enfermagem que promovem a Espiritualidade das pessoas em Cuidados Paliativos?

Metodologia: Revisão Narrativa da Literatura com pesquisa de evidência nas bases de dados *MEDLINE*, *CINAHL*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection* e *SCOPUS* e num livro de Cuidados Paliativos, tendo sido incluídos artigos publicados entre 2017 e 2021, disponíveis em texto integral, em português e inglês.

Resultados: Foram extraídas, sintetizadas e reunidas por meio de um Quadro-resumo, as intervenções de Enfermagem mencionadas pelos vários autores dos 12 artigos e livro incluídos.

Conclusão: Os enfermeiros devem explorar a própria Espiritualidade, saber de que recursos dispõem, tais como os instrumentos de avaliação, conhecer os limites da sua competência e que elementos da equipa multidisciplinar podem complementar os seus cuidados. A adequada implementação destas intervenções, resultará no conforto e melhoria da qualidade vida dos utentes, sendo importante reforçar junto dos profissionais a formação e a disseminação de boas práticas.

Palavras-chave: Espiritualidade; Cuidado Espiritual; Cuidados Paliativos; Fim de vida; Intervenções de Enfermagem; Necessidades Espirituais.

Abstract

Background: Spiritual Care is a dimension of holistic care focused on the search for meaning, purpose and value in life, not necessarily associated with religious beliefs. The person in Palliative Care becomes aware of the proximity of death and may need spiritual support. This support can be provided by nurses, whose knowledge of interventions is crucial, as much as the demystification of barriers to their implementation.

Aim: To identify nursing interventions that promote Spirituality in the Palliative Care setting and/or in end-of-life situations.

Research question: What are the Nursing Interventions that promote the Spirituality of people in Palliative Care?

¹ Estudante do 4º ano do 19º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal.

² Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Assistente Convidado da Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal

³ Professor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal; Investigador na NURSE IN UIESI Unidade de Investigação em Enfermagem do Sul e Ilhas. hugo.franco@ess.ips.pt

Methodology: Narrative Literature Review with evidence search in MEDLINE, CINAHL, Psychology and Behavioral Sciences Collection and SCOPUS databases and in a Palliative Care book, including articles published between 2017 and 2021, available in full text, in Portuguese and English.

Results: The nursing interventions mentioned by the various authors of the 12 articles and book included were extracted, synthesized and gathered through a summary table.

Conclusion: Nurses must explore their own Spirituality, have knowledge about the resources available such as assessment instruments, know the limits of their competence and which elements of the multidisciplinary team can be addressed to complement their care. The proper implementation of these interventions will result in the comfort and improvement of the quality of life. It is important to reinforce training and the dissemination of good practices among professionals.

Keywords: Spirituality; Spiritual Care; Palliative care; End of life; Nursing Interventions; Spiritual Needs.

Enquadramento

O conceito de Espiritualidade é definido pela *European Association for Palliative Care* (EAPC) como uma “*dimensão dinâmica da vida humana que está relacionada com a forma como as pessoas (individualmente ou em comunidade) experienciam, expressam e/ou procuram sentido/significado, propósito e transcendência e a forma como se conectam com o momento presente, consigo mesmos, com os outros, com a natureza e com o transcendente/sagrado*” (Nolan et al., 2011, p.3). Está associada à consciência e sentimento de ligação a uma entidade superior e à natureza, sendo universal, inerente a todos os humanos, multidisciplinar, pois integra várias dimensões e pessoal, sendo variável de pessoa para pessoa. É uma dimensão do Ser Humano tal como as dimensões física, psicológica e social, podendo ser preponderante em certos momentos da vida (Barbosa et al., 2016). Os conceitos que lhe estão associados são o sentido/significado da vida, propósito, relações e transcendência (Donesky et al., 2020), sendo esta última a consciência do que não é visível (Barbosa et al., 2016). Por outro lado, o conceito de Religião, intrínseco à Espiritualidade, refere-se à manifestação de fé ou devoção, ou seja, uma relação de fidelidade a uma divindade, alicerçando-se num sistema de crenças que dá suporte à vida da pessoa e ao seu comportamento, podendo ser experienciada através de práticas religiosas, tais como a realização de rituais, atividades, voluntariado, orações e meditações, leitura

de livros sobre a doutrina (Barbosa et al., 2016).

O Cuidado Espiritual é uma dimensão do cuidado holístico prestado pelos enfermeiros, indispensável e influenciado em parte pelas origens religiosas da profissão (Ronaldson et al., 2017). Este deve ser implementado em colaboração com o utente, a sua família e outros membros da equipa multidisciplinar, tais como o capelão, que pode ou não ter uma religião associada e que auxilia os utentes num nível mais especializado (Caldeira & Timmins, 2017; Donesky et al., 2020). As necessidades espirituais relacionam-se com a busca de sentido, propósito e valor na vida e não estão necessariamente associadas a crenças religiosas (Barbosa et al., 2016). Os enfermeiros, pela sua relação de proximidade com os utentes, encontram-se numa posição privilegiada para prestar estes cuidados, devendo mantê-los no limite da sua competência (Batstone et al., 2020). Importa referir a correlação existente entre a satisfação das necessidades espirituais e das necessidades físicas, uma vez que os utentes que desenvolvem a sua Espiritualidade têm uma melhor qualidade de vida a nível físico, emocional e social, apresentando mais esperança, menos sentimentos depressivos e tendência para o isolamento, lidando melhor com o *stress* (Balboni et al., 2017; Edwards et al., 2010).

As intervenções direcionadas à Espiritualidade são particularmente importantes em utentes em situação de fim de vida ou a necessitar de Cuidados Paliativos, estes que são definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS)

(2020) como uma abordagem que melhora a qualidade de vida de utentes e suas famílias que se encontram a ultrapassar problemas relacionados com doenças terminais ou que colocam em risco a vida. Estes utentes apresentam um maior risco de sofrimento espiritual, pela consciencialização da proximidade da morte, que os impele a assumir um papel ativo na procura de significado para a vida, a doença e as situações vividas, sendo que a Espiritualidade funciona, neste caso, como uma estratégia de *coping*. Esta transição pode vir acompanhada por sentimentos de abandono, raiva em relação a Deus, perda de fé, falta de significado e esperança, luto, culpa e necessidade de reconciliação (Puchalski et al., 2009). Se estas preocupações não forem devidamente abordadas, podem repercutir-se em piores resultados clínicos a todos os níveis (Steinhauser et al., 2017). Ainda assim, a dimensão espiritual do cuidado é a menos desenvolvida e mais negligenciada nos Cuidados Paliativos, havendo uma carência reportada por estes utentes (Balboni et al., 2013).

Ainda que a satisfação das necessidades espirituais seja uma obrigação ética e um ponto crucial nos cuidados de Enfermagem, muitos enfermeiros expressam desconforto na sua abordagem, referenciando imediatamente os utentes para outros profissionais ou negligenciando estes cuidados (Batstone et al., 2020; Donesky et al., 2020). O estudo de Edwards et al. (2010) aponta diversas barreiras à implementação dos cuidados espirituais, podendo estas ser pessoais (falta de preparação e confiança nos conhecimentos e capacidades, incertezas relativamente a estes cuidados, receio do envolvimento emocional que pode levar à “fadiga da compaixão” e ao cruzamento dos limites profissionais), institucionais (elevado número de utentes à responsabilidade do enfermeiro, baixos rácios e conseqüente falta de tempo, falta de privacidade, longas horas de trabalho semanais e desgaste psicológico), culturais, linguísticas ou religiosas (prestar cuidados a utentes com religiões ou culturas distintas, desconhecendo a distinção dos conceitos de Religião e Espiritualidade), educacionais (falta de formação e prática) e inexistência

de registos da avaliação e monitorização destes cuidados (Edwards et al., 2010). No entanto, ainda que os enfermeiros em Portugal apontem dificuldades na abordagem ao cuidado espiritual, segundo é referido por um estudo sobre a temática, no âmbito dos cuidados de Enfermagem, estes reconhecem na Espiritualidade a sua devida importância para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Barbosa et al., 2016; Caldeira et al., 2011; Minton et al., 2017).

A compreensão da Espiritualidade e do Cuidado Espiritual por parte dos enfermeiros influencia a prestação deste tipo de cuidados (Ronaldson et al., 2017). Torna-se imperativo, especialmente em contextos que contemplem a aproximação do fim de vida, a implementação de intervenções que vão ao encontro das necessidades expressas e percebidas destes utentes, sendo responsabilidade do enfermeiro a prestação de cuidados holísticos, nomeadamente espirituais. Como tal, pretende-se reunir um conjunto de intervenções passíveis de serem utilizadas por enfermeiros que contactem com utentes em fim de vida, permitindo-lhes adquirir maior confiança na implementação de intervenções de promoção da Espiritualidade, bem como na avaliação das necessidades antes da sua implementação e após a mesma, de forma a verificarem a sua eficácia.

O objetivo desta revisão é identificar as intervenções de Enfermagem promotoras da Espiritualidade em pessoas com necessidade de Cuidados Paliativos e/ou em situação de fim de vida, contribuindo para o aperfeiçoamento dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem.

Com base em evidência científica atual e pertinente, pretende-se responder à questão “Quais são as Intervenções de Enfermagem (I) que promovem a Espiritualidade (O) das pessoas em Cuidados Paliativos (P)?”, formulada através do método PICO (*Population, Intervention, Comparison intervention, Outcome measures*), não sendo aplicada a *Comparison intervention* (JBI, 2020).

Metodologia

Este estudo trata-se de uma Revisão Narrativa da Literatura (RNL), um método

que permite descrever, analisar e discutir de forma ampla o desenvolvimento de uma ou mais temáticas, na literatura recente, sem informar os critérios de avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos. Segue as seguintes etapas: seleção de uma temática de investigação; pesquisa na literatura; recolha, leitura e análise da literatura; elaboração escrita da revisão; apresentação das referências (Sousa, et al., 2018, p. 47).

Estratégia de Pesquisa

Na expectativa de encontrar resposta à questão de investigação formulada, foi realizado um levantamento da evidência sobre a temática em artigos científicos contidos nas bases de dados *MEDLINE*, *CINAHL* e *Psychology and Behavioral Sciences Collection* (via de acesso EBSCOhost) e *SCOPUS* (via de acesso independentemente intitulada), bem como em livros que abordassem os Cuidados Paliativos. A fórmula de pesquisa utilizada na base de dados *SCOPUS* foi “(spiritual*

Enfermagem; centrados em intervenções direcionadas a uma religião em particular; e estudos primários cujos resultados tenham sido abordados noutros estudos, incluídos na presente RNL, sendo inferiores na hierarquia de evidência.

Extração e Síntese da Evidência

Perante os resultados obtidos nas várias bases de dados, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos dos estudos encontrados, de forma a excluir aqueles que não estivessem relacionados com a temática. Seguidamente, foi realizada a leitura integral dos artigos disponíveis e que pareceram ser adequados na abordagem da temática e na resposta à questão formulada. Foram então excluídos aqueles que não se enquadravam nas respostas pretendidas. A seleção dos artigos foi efetuada por dois investigadores. Simultaneamente, foi lido o índice de um livro sobre Cuidados Paliativos, bem como o capítulo que mencionava a temática, de modo a decidir sobre a sua inclusão ou exclusão.

Foram selecionados 12 artigos e um capítulo de livro. Os artigos apresentam uma distribuição geográfica entre América, Ásia e Europa. Dos estudos selecionados 7 são

AND palliative AND nurs* AND car* AND intervention*)”. Nas bases acessadas por via da EBSCOhost, foi utilizada a fórmula de pesquisa “((spiritual*)) AND ((interventions) OR (nursing intervention*)) AND ((palliative care) OR (end of life) OR (caring))”. Em ambas, os termos foram pesquisados no título, resumo e corpo do texto, diferindo perante a necessidade de adequação aos resultados fornecidos por cada base de dados.

Na pesquisa em bases de dados, foram apenas selecionados estudo primários ou secundários, no período entre 2017 e 2021, redigidos em língua portuguesa ou inglesa e disponíveis na íntegra. Foram escolhidos estudos que incluíssem intervenções de promoção da Espiritualidade, passíveis de serem implementadas por enfermeiros a utentes adultos, em Cuidados Paliativos ou situação de fim de vida. Foram excluídos estudos não publicados no período ou idiomas referidos; que se focassem apenas em intervenções fora das competências de

primários e 5 secundários. Dos estudos primários, 5 são de natureza qualitativa e 2 de natureza quantitativa. Dos estudos secundários, 3 são Revisões Sistemáticas da Literatura (RSL) e meta análises e 2 são Revisões Integrativas da Literatura (RIL).

O estudo “**Assessing the spiritual needs of patients**” (E1) de Timmins, F.; Caldeira, S. (2017) de natureza qualitativa descritiva, teve por objetivo discutir o atendimento das necessidades espirituais, explorando as diferentes formas de avaliação inicial, bem como descrever as escalas que auxiliam a avaliação destas necessidades, de forma que sejam melhor abordadas nos cuidados de saúde. Segundo as autoras avaliar as necessidades espirituais dos utentes é a intervenção primordial do cuidado espiritual, para que seja adequado e personalizado. São referidas as seguintes **escalas formais**, que não devem ser utilizadas como meras *checklists*: SPIRIT; FICA; ETHNIC(S); HOPE.

Também é importante a **abordagem informal**, através da colocação de questões sobre crenças, práticas e necessidades espirituais e religiosas, bem como a percepção dos momentos apropriados para tal, após o inicial estabelecimento de uma relação de

confiança. Destas são exemplos: “A Espiritualidade e a religião são importantes para si?”; “Como é que esses recursos estão a funcionar para si neste momento?”.

Por fim, é mencionada a importância dos **registos** da implementação das intervenções, como forma de comprometimento e contínua visibilidade da evolução da satisfação das necessidades.

O estudo. “**A Willingness to Go There: Nurses and Spiritual Care**” (E2) de Minton, M. E.; Isaacson, M. J.; Varilek, B. M.; Stadick, J. L.; O’Connell-Persaud, S. (2017) de natureza qualitativa descritiva teve por objetivo descrever as estratégias de comunicação utilizadas por enfermeiras de Cuidados Paliativos em meio rural e urbano, com experiência clínica de 10-30 anos, ao providenciarem cuidados espirituais a utentes e famílias em situação de fim de vida.

Procura também discutir a implementação de intervenções promotoras do bem-estar espiritual, quais as competências necessárias à identificação da angústia espiritual e à satisfação das necessidades espirituais e como pode o raciocínio clínico e o Processo de Enfermagem auxiliar os enfermeiros na implementação das intervenções propostas.

Investigar e descrever as intervenções de promoção da Espiritualidade utilizadas por enfermeiras experientes de sete serviços de Cuidados Paliativos da Austrália.

Avaliar os efeitos da implementação da Life-review no bem-estar espiritual, sofrimento psicológico e qualidade de vida de utentes com cancro terminal e/ou avançado.

O estudo foca-se na Senciência, a capacidade de sentir de forma consciente, de entrar no mundo desconhecido do utente e promover conversas com significado, da qual emergem **estratégias de comunicação**, divididas em 3 subtemas: “**Vontade de ir**”, ou seja, ter a coragem de enfrentar a complexidade das necessidades espirituais, fazendo questões como “O que o preocupa relativamente a...?” e escutando ativamente as respostas e a linguagem não verbal; “**Estar presente no momento**”, criando oportunidades de introspeção e

transformação pessoal, apresentando uma postura de não julgamento e foco na pessoa, através da presença autêntica e a utilização do silêncio, dando tempo ao utente para se expressar e escutando-o de forma disponível e interessada, revisitando as preocupações expressas noutras ocasiões, mas não assumindo o controlo ou a necessidade de responder a todas as questões que a pessoa coloque; “**Visão sagaz**” é a consciência, sabedoria e sensibilidade dos enfermeiros, que se comprometem a honrar as preferências dos utentes e que se mostram presentes através do respeito, empatia, suporte e compreensão em vez de tentarem resolver os seus problemas. São apontados como essenciais o estabelecimento de uma **relação de confiança** com o utente e família desde o início dos cuidados, bem como a preparação prévia, o foco no autocuidado holístico e a confiança dos enfermeiros para atuarem adequadamente nestas situações.

O artigo “**Implementing spiritual care interventions**” (E3) de Caldeira, S.; Timmins, F. (2017) do tipo qualitativo, descritivo teve como objetivo discutir a implementação de intervenções promotoras do bem-estar espiritual, quais as competências necessárias à identificação da angústia espiritual e à satisfação das necessidades espirituais e como pode o raciocínio clínico e o Processo de Enfermagem auxiliar os enfermeiros na implementação das intervenções propostas. São intervenções mencionadas

Avaliar as necessidades espirituais e recursos do utente; estabelecer uma relação de confiança que possibilite a expressão de sentimentos; tomar conhecimento e respeitar as preferências, práticas e crenças, facilitando-as e nunca impondo as suas próprias; seguir os desejos expressos e respeitar a autodeterminação; informar sobre os recursos disponíveis e referenciar para outros profissionais para apoio adicional; discutir sobre o planeamento das intervenções incluindo o utente e família no plano de cuidados; escutar, observar e compreender as pistas deixadas de forma verbal e não verbal; estar presente, de forma autêntica; escutar ativamente, aceitando as perspetivas do outro; reconhecer as oportunidades que surgem para conversar sobre a Espiritualidade; cuidar de forma

centrada na pessoa, reconhecendo a sua individualidade; criar um espaço espiritualmente terapêutico; avaliar a eficácia das intervenções. São ainda mencionadas a terapia da dignidade, a *life-review* e a psicoterapia centrada no significado/sentido da vida.

Os enfermeiros, ao implementarem o cuidado espiritual, devem ter um **autoconhecimento** da sua própria Espiritualidade e como esta influencia os cuidados, intervindo de uma forma que respeite os **limites da competência** do enfermeiro e o profissionalismo.

O artigo “**Palliative care nurses’ spiritual caring interventions: a conceptual understanding**” (E4) de Ronaldson, S.; Hayes, L.; Aggar, C.; Green, J.; Carey, M. (2017) também um estudo qualitativo/ descritivo que visou investigar e descrever as intervenções de promoção da Espiritualidade utilizadas por enfermeiras experientes de sete serviços de Cuidados Paliativos da Austrália.

As intervenções utilizadas foram divididas em 3 categorias:

Humanísticas (direcionadas para o cuidado espiritual ativo, através da presença e contacto humano, escuta ativa, conforto espiritual, comunicação, incentivo da expressão de necessidades espirituais e da reflexão, empatia e compaixão);

Pragmáticas (identificação e avaliação das necessidades espirituais e encaminhamento para serviços e cuidadores pastorais ou outros profissionais com experiência nestes cuidados);

Religiosas (facilitação e envolvimento na prática de rituais associados a uma religião, referenciar para serviço pastoral e interação com uma figura religiosa, por exemplo, um padre). Enfermeiras referiram não prestar cuidados espirituais, por inexperiência ou falta de oportunidade.

O artigo “**The effects of life review interventions on spiritual well-being, psychological distress, and quality of life in patients with terminal or advanced cancer: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials**” (E5) de Wang, C.; Chow, A. Y.; Chan, C. L. (2017) é uma RSL com meta análise teve por

objetivo avaliar os efeitos da implementação da *Life-review* no bem-estar espiritual, sofrimento psicológico e qualidade de vida de utentes com cancro terminal e/ou avançado. Com base nos conceitos de dignidade, significado/sentido, perdão e conclusão de vida, a intervenção **Life-Review**, centra-se na intenção de resolver e integrar os conflitos do passado, dando novos significados à vida, promovendo a paz e esperança da pessoa. Ajuda o utente a conectar-se ao momento presente, a si mesmo e aos outros, procurando um propósito na vida, possibilitando assim a melhoria do sofrimento ou angústia espiritual, ao rever a sua história de vida, conquistas, memórias, papéis sociais, objetivos alcançados, entre outros, resultando em sentimentos de conclusão, ou seja, de “dever cumprido”.

Apesar da eficácia demonstrada desta intervenção na melhoria geral do bem-estar espiritual, cujos resultados são melhor alcançados proporcionalmente à quantidade de sessões, recomenda-se a elaboração de *guidelines* que uniformizem a sua implementação.

O estudo “**Meaning-Centered Interventions for Patients With Advanced or Terminal Cancer**” (E6) de Kang, K.; Han, S.; Lim, Y.; Kim, S. (2018) é uma meta-análise que sintetiza a evidência sobre o efeito da Intervenção Centrada no Sentido/Significado (ICS) nas dimensões física, psicossocial e espiritual de utentes com cancro avançado e/ou terminal. Das intervenções mencionadas a **Intervenção Centrada no Sentido/Significado (ICS)** tem como base a logoterapia, desenvolvida por Frankl, tendo como objetivo ajudar os utentes a encontrar sentido/significado na sua vida, algo que permite sentir bem-estar, paz e contentamento, facilitando a conexão com o outro e consigo mesmos. A busca de sentido é a motivação primária e a maior preocupação do Ser Humano, uma vez que é um conceito relacionado com a dimensão espiritual e, quando encontrado, potencializa o poder de cura da Espiritualidade no ser humano, melhorando a sua qualidade de vida globalmente.

O artigo “**Understanding and Addressing the Religious and Spiritual**

Needs of Advanced Cancer Patients” (E7) de Lazenby, M. (2018) é uma revisão narrativa da literatura que teve como objetivos rever as necessidades espirituais e religiosas de utentes com cancro em estadios avançados e como podem os enfermeiros de Oncologia avaliar e atender às suas necessidades não satisfeitas. São mencionadas as seguintes **escalas de avaliação** da Espiritualidade, bem-estar espiritual e coping religioso: *The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being* (FACIT-SP); *Quality of Life Instrument – Spirituality, Religion, Personal Beliefs* (WHOQOL-SRPB) da OMS; *The Spiritual Interests Related to Illness Tool* (SpIRIT).

As ferramentas referidas que são utilizadas para **recolher a história espiritual** são: *FICA Spiritual History Tool* e o questionário *Spiritual Needs Assessment for Patients* (SNAP), que aborda as necessidades espirituais, psicológicas e religiosas.

As **intervenções** referidas são divididas em **Narrativas** (*life-review* de curta duração e conversa sobre a dignidade do utente, explorando memórias, papéis especiais, arrependimentos, perdão, gratidão, esperança e sonhos, etc), que visam melhorar as relações familiares, criar conexões com os enfermeiros e estabelecer sentido e propósito para a situação de doença e **Psicoterapêuticas** (psicoterapia centrada no significado/sentido e terapia da dignidade, discutindo com o utente o que importa mais e aquilo pelo qual quer ser lembrado), utilizadas por enfermeiros experientes e requerendo um acompanhamento prolongado. É também mencionada a referência para o capelão da instituição ou o contacto de um membro da comunidade espiritual/religiosa do utente, após o seu consentimento.

“A New Perspective on Spiritual Care Collaborative Chaplaincy and Nursing Practice” (E8) de Donesky, D.; Sprague, E.; Joseph, D. (2020) é um estudo qualitativo/descritivo que teve como objetivo utilizar o modelo Religião, Espiritualidade e Cultura (REC) como base do cuidado espiritual implementado por enfermeiros e discutir os benefícios da

satisfação das necessidades espirituais através de intervenções apenas realizadas por enfermeiros (nível primário), por capelões sem religião associada (nível especializado) ou pela colaboração das duas profissões, partilhando exemplos de casos.

As intervenções de promoção do bem-estar espiritual **executadas por enfermeiros** são: prestar apoio e demonstrar a humanidade que têm em comum; referenciar para cuidado espiritual especializado, instruindo os utentes sobre o mesmo, após avaliação da necessidade; afirmar o valor pessoal do utente; facilitar práticas religiosas, espirituais ou culturais, identificando-as no acolhimento; reconhecer e atuar quando o utente inicia conversas sobre a sua Espiritualidade, incentivando-o a prosseguir e resistindo à tentação de responder às questões diretamente; intervir no luto dos utentes e famílias.

As intervenções que requerem a **colaboração da equipa de Enfermagem e dos capelões** são: criação de comunidade, através de gestos que farão aumentar o sentimento de pertença e de humanidade partilhada; negociação de exceções especiais às normas das instituições para acomodar as necessidades culturais e religiosas; criação de cerimónias/momentos religiosos e culturais.

Na RIL **Spiritual care interventions in nursing: an integrative literature review (E9)** Ghorbani, M.; Mohammadi, E.; Aghabozorgi, R.; Ramezani, M. (2020) o objetivo foi de identificar e caracterizar as intervenções de Enfermagem direcionadas ao cuidado espiritual.

Foram apresentadas **8 categorias de intervenções** promotoras do bem-estar espiritual:

- **Exploração da perspetiva espiritual** – obter a história espiritual, recolhendo continuamente informação pertinente para adequar os cuidados e identificar necessidades. Podem ser utilizados os instrumentos: SpIRIT, FICA, HOPE, SPS e FAITH.
- **Presença curadora** – nenhuma outra intervenção pode

ocorrer de forma adequada sem a presença curadora e ativa do enfermeiro, que deve ser implementada desde o acolhimento, demonstrando interesse e encorajando o utente a partilhar os seus problemas com o enfermeiro, que deve estar atento às necessidades e demonstrar bondade, altruísmo e compaixão.

- **Uso terapêutico de si mesmo** – através do estabelecimento de uma relação de confiança e das técnicas comunicacionais, o enfermeiro consegue incentivar o utente a partilhar as suas emoções e sentimentos.

- **Intuição** – saber identificar os pensamentos e sentimentos do utente através da presença, empatia, escuta e abertura às preocupações que este expressa de forma verbal/não verbal.

- **Cuidados centrados na pessoa** – considerar e respeitar a individualidade, dignidade e valores da pessoa, adequando os cuidados que esta quer efetivamente receber.

- **Intervenção Centrada no Sentido/Significado** – facilitar o uso de técnicas como a meditação e a massagem, expandir a relação do utente com o mundo ao seu redor, nomeadamente os amigos, a família, a natureza, o poder superior em que acredite, dar suporte às atividades espirituais e religiosas, encorajando-o a utilizar os recursos de que necessitar e a rever a sua vida, focando-se em eventos e relações que promovam o suporte e a Espiritualidade.

- **Ambiente espiritualmente terapêutico** – onde o utente possa expressar os pensamentos e sentimentos que são importantes para si durante o tratamento, sem receio de ser julgado ou impedido de o fazer.

- **Documentação e avaliação do cuidado espiritual** – de forma a

evitar a interrupção dos cuidados, a identificar e registar os resultados do cuidado espiritual, discutindo-os com o utente, para que se possa aferir a sua adequação.

A RSL “**Spiritual care provision to end of life patients: A systematic literature review**” (E10) de Batstone, E.; Bailey, C.; Hallett, N. (2020) teve como objetivo desenvolver o conhecimento relativamente à forma como os enfermeiros providenciam cuidados espirituais a utentes em estado terminal, de forma a desenvolver as boas práticas em saúde.

Esta revisão guiou-se pelo **entendimento do Ser Humano como espírito, alma e corpo**, conceitos inseparáveis e que em equilíbrio, proporcionam um estado de harmonia e saúde. As intervenções mencionadas são: desenvolver um cuidado holístico, centrado na pessoa; estabelecer uma relação de ajuda e confiança; manter uma atitude não julgadora, de empatia, aceitação, respeito, compaixão e genuíno interesse, tendo em consideração os receios e as circunstâncias dos utentes; realizar interações de cuidado com consciência e significado, tais como o toque terapêutico ou a massagem; disponibilizar tempo após os cuidados físicos para estar presente, permitir os silêncios, as pausas, as reflexões e promover a confiança no profissional e o conforto espiritual; utilizar a observação e a intuição para detetar as preocupações espirituais, além de instrumentos de avaliação (FICA e SPIRIT), que devem ser utilizados com moderação e tendo em conta as circunstâncias pessoais do utente; comunicar de forma verbal e não verbal, realizando questões como “**Há algo que o preocupe ou deixe receoso?**”, clarificando as respostas; facilitar as práticas espirituais e religiosas, tais como a oração; partilhar as próprias crenças, quando adequado; escutar ativamente de forma a identificar necessidades; registar os cuidados efetuados, ainda que esta documentação possa não ser devidamente valorizada ou lida posteriormente, o que diminui a sua eficácia; referenciar os utentes para especialistas, tais como capelões ou assistentes sociais, colaborando com os mesmos. Num estudo abordado, foram apontados os cuidados pós-morte como pertencentes ao cuidado

espiritual, uma vez que após a morte do utente eram continuadas as práticas espirituais do mesmo, tais como acender uma vela, orar e abrir uma janela para a saída da alma.

No estudo experimental **The Effect of 5-Minute Mindfulness of Peace on Suffering and Spiritual Well-Being Among Palliative Care Patients: A Randomized Controlled Study (E11)** de Yik, L. L.; Ling, L. M.; Ai, L. M.; Ting, A. B.; Capelle, D. P.; Zainuddin, S. I.; Beng, T. S.; Chin, L. E.; Loong, L. C. (2020) que teve como objetivo investigar o efeito de uma prática de 5 minutos de *mindfulness* (atenção plena) com foco na sensação de paz, no sofrimento espiritual e bem-estar espiritual de 40 utentes em Cuidados Paliativos, com sofrimento espiritual moderado a severo, da Malásia.

A prática de *Mindfulness* envolve direcionar a atenção para o momento presente. Os participantes foram divididos entre o grupo da prática de *mindfulness* e o de escuta ativa. Foram instruídos a fechar os olhos e colocar-se numa posição confortável, enquanto era lido um guião com instruções de relaxamento e foco na sensação de paz e na respiração, ou foram questionados acerca das suas experiências de vida e escutados durante 5 minutos. Os dados foram recolhidos através da escala *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being* (FACIT-Sp-12) e do *Suffering Pictogram*. Esta intervenção demonstrou ser eficaz no alívio rápido e momentâneo do sofrimento espiritual e na melhoria do bem-estar espiritual destes utentes.

O estudo experimental **“The effects of therapeutic touch on spiritual care and sleep quality in patients receiving palliative care” (E12)** de Ünal Aslan, K. S., & Çetinkaya, F. (2021) teve como objetivo investigar o efeito do Toque Terapêutico (TT) no cuidado espiritual e qualidade do sono de 73 utentes em Cuidados Paliativos, num hospital turco.

O TT trata-se de uma transferência de energia através das mãos, de forma a eliminar o desequilíbrio no campo energético do utente. Permite fortalecer o cuidado espiritual e melhorar a interação

enfermeiro-utente ao transmitir confiança, cuidado, conforto, respeito, apoio, aceitação e compreensão, tendo sido aplicado durante 15 minutos, 3 vezes por semana, durante 1 mês. O TT não foi aplicado ao grupo de controlo. Os dados foram recolhidos através da aplicação da *Spirituality and spiritual care rating scale* (SSCRS) e da *Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI). Esta intervenção demonstrou uma elevada eficácia na melhoria do bem-estar espiritual e da qualidade do sono destes utentes.

No livro **Manual De Cuidados Paliativos** de Barbosa, A.; Pina, P. R.; Tavares, F.; Neto, I. G. (3ª Edição, 2016) São mencionados os seguintes **instrumentos de avaliação** da Espiritualidade/religião: FICA; SPIRIT; FACIT-Sp.

Os cuidados espirituais foram divididos em 3 categorias: Gerais (reconhecer o utente como pessoa; criar tempo para estar com o utente; providenciar um ambiente familiar e associado a experiências positivas; permitir a partilha de experiências; comunicar eficazmente; ajudar na busca de sentido; promover o sentimento de controlo sobre a vida; promover a confidencialidade da abordagem espiritual; assegurar que as intervenções causem o mínimo risco, sobrecarga ou mal-estar, não forçando a abordagem de assuntos que o utente não se sinta capaz ou interessado em explorar); Especializados/Psicoterapêuticos (Psicoterapia existencial, individual ou grupal; Logoterapia; Terapia de grupo centrada no significado; Terapia da dignidade); Específicos/Religiosos (realizado por orientadores religiosos).

Discussão dos resultados

É crucial que o enfermeiro se consciencialize da própria Espiritualidade e a compreenda como facilitadora dos processos de *coping* da doença e na busca de sentido na vida, esforçando-se para prestar estes cuidados da forma mais completa e respeitosa para com as particularidades dos vários utentes (Caldeira et al., 2011; Caldeira & Timmins, 2017). Pela sua vasta experiência de cuidado a pessoas em fim de vida e à satisfação das suas necessidades de forma holística, os enfermeiros de Cuidados Paliativos são uma fonte qualificada e bem

preparada para a compreensão das melhores intervenções ou formas de abordar o cuidado espiritual, tendo sido a fonte das intervenções contidas em alguns dos artigos (Ronaldson et al., 2017). Como tal, poderão utilizar as suas competências para formar outros enfermeiros, dentro ou fora da instituição onde prestam cuidados, para que seja possível disseminar estes conhecimentos, muitos dos quais apreendidos com a experiência clínica, e permitir a prestação de um verdadeiro cuidado holístico, que tem em consideração corpo, mente e espírito do Ser Humano.

A **avaliação das necessidades** é a base do cuidado espiritual, devendo ser um processo contínuo de recolha de informações para suportar o raciocínio clínico, planear e melhorar a adequação das intervenções. No entanto esta não deve ser vista como uma intervenção rotineira que desumaniza os cuidados, mas antes um guia para orientar a prática, pois a expressão destas necessidades pode não ser totalmente clara e simples de identificar (Timmins & Caldeira, 2017; Batstone et al., 2020). Alguns sintomas de sofrimento/angústia espiritual são a falta de sentido/significado e propósito, desesperança, receio de não ser lembrado, sentimentos de culpa, vergonha, abandono, raiva direcionada a Deus, sentir-se fora do controlo, tristeza profunda e luto (Puchalski et al., 2018 cit. por Ghorbani et al., 2020).

Apesar de existirem alguns **instrumentos de avaliação**, expostos nos estudos E1, E7, E9, E10 e no livro consultado, que auxiliam na abordagem objetiva para identificação das necessidades, muitos enfermeiros não têm conhecimento das mesmas ou consideram-nas complexas, dada a unicidade de cada utente (Walker & Waterworth, 2017). No entanto, é crucial que estas necessidades sejam identificadas, se possível logo na admissão, uma vez que assumir a vontade de ter suporte espiritual, quando o utente não o deseja, pode ser considerado ofensivo, bem como a prestação de cuidados inadequados e que não respeitem as preferências e crenças (Timmins & Caldeira, 2017). Algumas das escalas formais abordadas e que são compostas por questões abertas, são a **SpIRIT** (Sistema de Crenças Espirituais; Espiritualidade Pessoal; Integração na

Espiritualidade Comunitária; Práticas ritualizadas; Implicações para os Cuidados de Saúde; Planeamento de Acontecimentos Terminais), a **FICA** (Fé/Crenças; Importância e Influência das crenças; Comunidade; Aspectos relacionados com os cuidados); a **ETHNIC(S)** (Explicação; Tratamento; Cuidadores; Negociação de cuidados; Intervenção; Colaboração; Espiritualidade); a **HOPE** (Fontes de Esperança, Força, Conforto, Significado, Paz, Amor e Conexão; Papel da Religião; Espiritualidade Pessoal e Práticas; Efeitos nos cuidados médicos e nas Decisões de fim de vida); e a **FACIT-Sp**. Poderão igualmente ser efetuadas questões abertas e informais sobre as crenças, de forma a avaliar estas necessidades, por exemplo questionando o utente sobre as suas preocupações ou o que o está a incomodar (Barbosa et al., 2016; Minton et al., 2017; Timmins & Caldeira, 2017).

Uma intervenção citada na maioria dos estudos foi o **estabelecimento de uma relação de ajuda terapêutica** com o utente e família, permitindo o aprofundamento das necessidades espirituais, através da confiança depositada no profissional e adquirida com o reforço de outras pequenas, mas cruciais intervenções que demonstram o genuíno interesse do enfermeiro. Destas são exemplo manutenção de uma postura não julgadora, de aceitação e compreensão, a criação de tempo para estar presente de forma autêntica e escutar ativamente o que é expresso verbalmente e atender ao que não é dito por palavras, permanecendo junto do utente enquanto este racionaliza o seu desconforto e sofrimento espiritual e mantendo em toda a ocasião a confidencialidade.

As intervenções relativas à **comunicação** são utilizadas sempre, na sua maioria, em simultâneo com outro tipo de intervenções, uma vez que se encontram na base dos cuidados de Enfermagem e na relação enfermeiro-utente. No E2, onde são exploradas particularidades das estratégias comunicacionais dos enfermeiros, é possível compreender a importância da coragem na abordagem deste tipo de questões, devido à imprevisibilidade das respostas, sendo necessário ter recursos caso as necessidades expressas excedam a competência de

Enfermagem (Minton et al., 2017). A comunicação efetiva, a criação de relações terapêuticas e de confiança e a escuta ativa das histórias dos utentes, providenciando momentos de silêncio para reflexão, são intervenções que provocam uma distinta melhoria do bem-estar espiritual (Jingyi, et al., 2018).

Em vários artigos, foi citada a **prestação de cuidados de forma intuitiva**, que apesar de ser algo praticado e aperfeiçoado com a experiência, encontra-se ao alcance de todos. Esta intervenção permite que o enfermeiro sinta o que o outro sente, se identifique com ele e compreenda a sua situação a um nível profundo, reconhecendo a melhor altura para intervir e conversar sobre esta temática (Ghorbani et al., 2020; Batstone et al., 2020).

Também a **criação de um ambiente espiritualmente terapêutico**, onde são respeitados os princípios éticos do cuidar e os valores espirituais, religiosos e culturais do utente, que se sente seguro em expressar as suas perspetivas, proporciona sentimentos de tranquilidade, paz e aceitação (Ghorbani et al., 2020; Barbosa et al., 2016). Em todo o caso, o utente deve ser tido como o centro dos cuidados, sendo respeitada a sua autenticidade e realidade específica (Caldeira & Timmins, 2017; Ghorbani et al., 2020; Batstone et al., 2020). Os enfermeiros podem ainda implementar intervenções direcionadas à religião do utente, com o seu consentimento, facilitando a prática de rituais e envolvendo-se nos mesmos, se adequado (Ronaldson et al., 2017; Ghorbani et al., 2020). Um estudo revelou que alguns enfermeiros perspetivavam os cuidados pós-morte como cuidados espirituais, integrando nos mesmos, elementos da religião da pessoa (Batstone et al., 2020).

Os artigos E3, E5, e E7, apontam para a utilização da *Life-review*, como uma intervenção que ajuda os utentes a experienciar a sua conexão com o momento presente, consigo mesmos e com os outros, bem como a encontrar significado e propósito na vida, através do processo de recordar, reavaliar e reintegrar os eventos passados, quer sejam experiências prazerosas ou conflituosas, sendo utilizada como forma de prevenir e aliviar o sofrimento espiritual e/ou existencial em

peças em fim de vida (Caldeira & Timmins, 2017; Wang et al., 2017; Lazenby, 2018). Por outro lado, também o *Mindfulness* pode ser utilizado para aumentar o bem-estar espiritual, uma vez que a sua prática de 5 a 20 minutos, tem vindo a demonstrar resultados promissores em Cuidados Paliativos. Enquanto a escuta ativa, a psicoterapia e a *life-review* se centram na narração da vida das pessoas, criando uma sensação de paz, sentido e legado através da introspeção, a prática de *mindfulness* permite ao utente libertar-se da ruminação do passado e das preocupações que daí possam advir, bem como de sensações corporais, pensamentos e emoções que o distraiam, ao focar-se num ponto específico de atenção, guiando-o de volta ao momento presente e ao encontro da paz (Yik, et al., 2020). Outro tipo de intervenções apontadas e que demonstram ser eficazes na melhoria do bem-estar espiritual são o **toque terapêutico** e a **massagem** (Batstone et al., 2020; Ünal Aslan & Çetinkaya, 2021).

São várias as referências a intervenções consideradas como **centradas no sentido/significado**, de entre as quais a terapia da dignidade, que explora os aspetos do conforto físico, psicológico, social, cultural e espiritual; a logoterapia, onde se procura o sentido da existência e da vida; a psicoterapia centrada no significado/sentido, onde o utente busca um significado para as situações vivenciadas através do autoconhecimento e da procura de significado, paz e propósito na sua vida (Barbosa et al., 2016; Caldeira & Timmins, 2017).

Sendo o enfermeiro parte de uma equipa multidisciplinar, na qual se encontram muitas vezes integrados outros profissionais que se encarregam do cuidado espiritual, tais como os capelões. É importante que o enfermeiro conheça as suas funções e **referencie** os utentes para esses cuidados, na eventualidade de perceber que a intervenção requerida ultrapassa as suas competências e/ou é importante complementá-la com um cuidado mais especializado (espiritual, religioso e/ou cultural). O capelão nem sempre tem uma religião associada, pelo que qualquer pessoa, independentemente das suas crenças, pode e deve ser referenciada

para este tipo de cuidados se assim o desejar e consentir. Uma vez que os enfermeiros são os profissionais que mais tempo passam junto dos utentes, têm um acesso privilegiado à observação e deteção destas necessidades alteradas, podendo instruir o utente e família sobre as funções de cada membro da equipa e, através de relações de colaboração, providenciar um profundo conforto e transformação para todos o envolvidos (Donesky et al., 2020).

Por fim, os artigos E1, E9 e E10 apresentam a importância do **registo das intervenções** efetuadas, como forma de manter visíveis estes cuidados. Tal obriga a um compromisso na sua implementação, permitindo a compreensão da evolução da satisfação das necessidades e da eficácia das intervenções (Timmins & Caldeira, 2017; Batstone et al., 2020; Ghorbani et al., 2020).

Implicações para a prática de Enfermagem

Os cuidados espirituais são tão importantes quando os cuidados físicos, sendo essencial o suporte neste sentido, aos utentes em situação de fim de vida. Os enfermeiros devem, por isso, estar cientes da importância da sua proatividade na procura destes conhecimentos, para que as necessidades sejam abordadas com qualidade e se sintam confiantes em fazê-lo. A referenciação para outros profissionais especializados pode não ser possível ou não ser a estratégia mais adequada, pelo que devem ser devidamente avaliadas as necessidades, seguindo-se a implementação das intervenções de Enfermagem de carácter autónomo explicitadas, conforme a sua adequação ao caso específico.

As intervenções apresentadas e discutidas anteriormente, com a devida adequação, concorrem para a obtenção de Resultados de Enfermagem no âmbito dos seguintes focos, segundo a CIPE 2016: Espiritualidade, Sofrimento Espiritual, Angústia Espiritual, Crença Espiritual, Bem-Estar Espiritual, Apoio Espiritual, Comportamento Espiritual, Privacidade Para Comportamento Espiritual, Papel Espiritual, Papel De Apoio Espiritual, Processo Espiritual e Status Espiritual (Ordem dos Enfermeiros, 2016).

Limitações

A RNL apresenta algumas limitações, nomeadamente o reduzido número de bases de dados utilizadas, a seleção de evidência apenas em português e inglês e num período curto, excluindo outras evidências que poderiam apresentar Intervenções de Enfermagem pertinentes para responder à questão PICO e, ainda, o foco nos Cuidados Paliativos e situação de fim de vida. Como tal, é recomendado o uso de outras bases de dados e idiomas, em estudos futuros sobre a temática, de forma a complementar os resultados obtidos, bem como noutros contextos, para que seja possível generalizar as intervenções encontradas, ainda que estas representem um excelente suporte para a implementação do cuidado espiritual noutros contextos de cuidados de saúde. A seleção, análise e extração dos dados relevantes foi efetuada apenas por um revisor, ficando os resultados sujeitos ao viés da subjetividade da leitura, ainda que tendo em consideração dos critérios de inclusão/exclusão, bem como a pertinência na resposta à questão de investigação. Em futuros estudos, recomenda-se a exploração dos limites da competência do enfermeiro, relativamente aos outros profissionais do cuidado espiritual, bem como a abordagem das funções destes na equipa multidisciplinar, além do aprofundamento dos instrumentos de avaliação explicitados nesta RNL para a avaliação das necessidades espirituais.

Conclusão

Os cuidados espirituais apresentam-se como uma dimensão complexa do cuidar holístico, mas crucial, especialmente em situações de fim de vida, esta que é uma etapa em que as necessidades espirituais, os medos e as preocupações aumentam, podendo levar a consequências ao nível de todas as dimensões do Ser Humano. A sua adequada implementação, resulta no conforto e consequentemente numa melhor qualidade de vida em contexto de Cuidados Paliativos, podendo, no entanto, estender-se a outros contextos de saúde.

Os enfermeiros devem conhecer as intervenções de abordagem às necessidades espirituais, de forma a não negligenciarem estes cuidados. Como tal, devem

autoconhecer-se e explorar a sua própria Espiritualidade e crenças, bem como quaisquer barreiras que sintam em relação à prestação destes cuidados, de forma a poderem desmistificá-las e minimizá-las. Devem ainda conhecer as diferenças entre os conceitos de Espiritualidade e Religião e os recursos de que dispõem, tal como os instrumentos de avaliação do bem-estar espiritual e da história espiritual. Também são essenciais à prestação destes cuidados as intervenções autónomas de Enfermagem e o conhecimento sobre o limite da sua competência, este que dita a referenciação para cuidados mais especializados, por exemplo, do capelão.

Vários estudos apontaram para a necessidade de reforçar a formação e investigação nesta temática, bem como a disseminação de boas práticas, para que os utentes tenham acesso a cuidados espirituais de qualidade. Assim, esta RNL visou demonstrar o papel ativo que os enfermeiros podem ter na satisfação das necessidades espirituais, dando visibilidade às intervenções passíveis de serem implementadas por estes de forma autónoma ou em colaboração com outros profissionais da equipa multidisciplinar.

Referências Bibliográficas

- Balboni, M. J., Sullivan, A., Amobi, A., Phelps, A. C., Gorman, D. P., Zollfrank, A., Peteet, J. R., Prigerson, H. G., Vanderweele, T. J., & Balboni, T. A. (2013). Why is spiritual care infrequent at the end of life? Spiritual care perceptions among patients, nurses, and physicians and the role of training. *Journal of Clinical Oncology*, *31*(4), 461. <https://doi.org/10.1200/JCO.2012.44.6443>
- Balboni, T. A., Fitchett, G., Handzo, G. F., Johnson, K. S., Koenig, H. G., Pargament, K. I., Puchalski, C. M., Sinclair, S., Taylor, E. J., & Steinhauser, K. E. (2017). State of the science of spirituality and palliative care research part II: Screening, assessment, and interventions. *Journal of pain and symptom management*, *54*(3), 441-453. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.029>
- Barbosa, A., Pina, P. R., Tavares, F., & Neto, I. G. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª Edição). Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Batstone, E., Bailey, C., & Hallett, N. (2020). Spiritual care provision to end-of-life patients: A systematic literature review. *Journal of Clinical Nursing*, *29*(19-20), 3609-3624. <https://doi.org/10.1111/jocn.15411>
- Caldeira, S., & Timmins, F. (2017). Implementing spiritual care interventions. *Nursing Standard*, *31*(34), 54-60. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10313>
- Caldeira, S., Castelo Branco, Z., & Vieira, M. (2011). A espiritualidade nos cuidados de enfermagem: revisão da divulgação científica em Portugal. *Revista de Enfermagem Referência*, *3*(5), 145-152.
- Donesky, D., Sprague, E., & Joseph, D. (2020). A New Perspective on Spiritual Care. *Advances in Nursing Science*, *43*(2), 147-158. <https://doi.org/10.1097/ans.000000000000298>
- Edwards, A., Pang, N., Shiu, V., & Chan, C. (2010). The understanding of spirituality and the potential role of spiritual care in end-of-life and palliative care: a meta-study of qualitative research. *Palliative medicine*, *24*(8), 753-770. <https://doi.org/10.1177/0269216310375860>
- Ghorbani, M., Mohammadi, E., Aghabozorgi, R., & Ramezani, M. (2020). Spiritual care interventions in nursing: an integrative literature review. *Supportive Care in Cancer*, *29*(3), 1165-1181. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05747-9>
- Jingyi, C., Yazhu, L., Jie, Y., Yong, W., & Rong, H. (2018). The effects of spiritual care on quality of life and spiritual well-being among patients with terminal illness: A systematic

- review. *Palliative medicine*, 32(7), 1167-1179.
<https://doi.org/10.1177/0269216318772267>
- Joanna Briggs Institute (JBI). (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis.
<https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
- Kang, K. A., Han, S. J., Lim, Y. S., & Kim, S. J. (2019). Meaning-centered interventions for patients with advanced or terminal cancer: a meta-analysis. *Cancer nursing*, 42(4), 332-340.
<https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000628>
- Lazenby, M. (2018). Understanding and addressing the religious and spiritual needs of advanced cancer patients. *Seminars in oncology nursing*, 34(3), 274-283.
<https://doi.org/10.1016/j.soncn.2018.06.008>
- Minton, M. E., Isaacson, M. J., Varilek, B. M., Stadick, J. L., & O'Connell-Persaud, S. (2017). A willingness to go there: Nurses and spiritual care. *Journal of clinical nursing*, 27(1-2), 173-181.
<https://doi.org/10.1111/jocn.13867>
- Nolan, S., Saltmarsh, P., & Leget, C. (2011). Spiritual care in palliative care: working towards an EAPC Task Force. *Eur. J. Palliat. Care*, 18, 86-89.
- Ordem dos Enfermeiros (2016). CIPE® Versão 2015 - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM.
- Puchalski, C., Ferrell, B., Virani, R., Otis-Green, S., Baird, P., Bull, J., Chochinov, H., Handzo, G., Nelson-Becker, H., Prince-Paul, M., Pugliese, K. & Sulmasy, D. (2009). Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: the report of the Consensus Conference. *Journal of palliative medicine*, 12(10), 885-904.
<https://doi.org/10.1089/jpm.2009.0142>
- Ronaldson, S., Hayes, L., Aggar, C., Green, J., & Carey, M. (2017). Palliative care nurses' spiritual caring interventions: a conceptual understanding. *International journal of palliative nursing*, 23(4), 194-201.
<https://doi.org/10.12968/ijpn.2017.23.4.194>
- Sousa, L. M. M., Firmino, C. F., Marques-Vieira, C. M. A., Severino, S. S., & Pestana, H. C. (2018). Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 45-54.
<https://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/20>
- Steinhauser, K. E., Fitchett, G., Handzo, G. F., Johnson, K. S., Koenig, H. G., Pargament, K. I., Puchalski, C. M., Sinclair, S., Taylor, E. J., & Balboni, T. A. (2017). State of the science of spirituality and palliative care research part I: definitions, measurement, and outcomes. *Journal of pain and symptom management*, 54(3), 428-44.
<https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.07.028>
- Timmins, F., & Caldeira, S. (2017). Assessing the spiritual needs of patients. *Nursing Standard*, 31(29), 47-53. <https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10312>
- Ünal Aslan, K. S., & Çetinkaya, F. (2021). The effects of therapeutic touch on spiritual care and sleep quality in patients receiving palliative care. *Perspectives in Psychiatric Care*. <https://doi.org/10.1111/ppc.12801>
- Walker, H., & Waterworth, S. (2017). New Zealand palliative care nurses experiences of providing spiritual care to patients with life-limiting illness. *International Journal of Palliative Nursing*, 23(1), 18-26.
<https://doi.org/10.12968/ijpn.2017.23.1.18>
- Wang, C. W., Chow, A. Y., & Chan, C. L. (2017). The effects of life review interventions on spiritual well-being, psychological distress, and quality of life in patients with terminal or advanced cancer: a systematic review and meta-analysis

of randomized controlled trials. *Palliative medicine*, 31(10), 883-894.

<https://doi.org/10.1177/0269216317705101>

Yik, L. L., Ling, L. M., Ai, L. M., Ting, A. B., Capelle, D. P., Zainuddin, S. I., Beng, T. S., Chin, L. E., & Loong, L. C. (2020). The Effect of 5-Minute

Mindfulness of Peace on Suffering and Spiritual Well-Being Among Palliative Care Patients: A Randomized Controlled Study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 38(9), 1083-1090.

<https://doi.org/10.1177/1049909120965944>

INTERVENÇÕES NO PROCESSO DE LUTO: IMPACTO NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

INTERVENTIONS IN THE GRIEF PROCESS: IMPACT ON HEALTH PROFESSIONALS

Beatriz Condeças¹, Sandra Deodato², Hugo Franco³

Resumo

Enquadramento: Os profissionais de saúde podem fazer a diferença na intervenção no luto. A partida da pessoa cuidada pode também ter impacto nos profissionais que a acompanharam.

Objetivos: Sistematizar as intervenções dos profissionais no processo de luto em contexto de Cuidados Paliativos e compreender qual o impacto e que estratégias implementam os profissionais neste processo.

Material e Métodos: Determinadas as componentes chave da questão de revisão: *Grief and Palliative Care and Healthcare Professionals*. Realizada pesquisa nas bases de dados SCOPUS e MEDLINE. Utilizados como limitadores os idiomas inglês, espanhol e português e o intervalo temporal de 2015-2022.

Resultados: Incluídos 3 estudos, onde foram identificadas diversas formas de intervenção no luto, bem como o impacto do processo de luto nos profissionais.

Discussão: A intervenção no processo de luto pode ser realizada através de consulta presencial, chamada telefónica, carta de condolências, visita ao domicílio, grupo de apoio e ferramenta de escrita. A maioria dos profissionais refere que sente uma sensação de vazio, com nostalgia daquilo que vivenciou com o utente, bem como uma sensação de incapacidade e peso em cuidar de pessoas em situação de fim de vida, aquando da acumulação de diversos lutos. Existem algumas estratégias implementadas pelos profissionais para diminuir a sobrecarga, nomeadamente a utilização do humor.

Conclusão: Existem diversas formas de abordagem no processo de luto. A partida da pessoa cuidada pode ter impacto no profissional de saúde. A utilização do humor e o insight do enfermeiro são aspetos facilitadores para a vivência do luto.

Palavras-chave: Processo de Luto, Cuidados Paliativos, Profissionais de Saúde

Abstract

Background: Healthcare professionals can make the difference in grief intervention. The death of the cared person can also have an impact on the professionals who accompanied them.

Objectives: Systematize the interventions of professionals in the grieving process in Palliative Care and understand the impact and strategies that professionals implement in this process.

Material and Methods: The key components of the review question were determined: Grief and Palliative Care and Healthcare Professionals. Research was carried out in the SCOPUS and MEDLINE databases. The English, Spanish and Portuguese languages and the time interval from 2015-2022 were used as limiting factors.

Results: 3 studies were included, where different forms of intervention in grief were identified, as well as the impact of the grief process on professionals.

Discussion: Intervention in the grieving process can be carried out through face-to-face consultation, telephone call, condolence letter, home visit, support group and writing tool. Most

¹ Estudante do 4º ano do 19º Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal.

² Enfermeira da Equipa Intra Hospitalar em Cuidados Paliativos do Hospital de São Bernardo – Setúbal

³ Professor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal; Investigador na NURSE`IN UIESI Unidade de Investigação em Enfermagem do Sul e Ilhas. hugo.franco@ess.ips.pt

professionals report that they feel a sense of emptiness, with nostalgia for what they experienced with the person, as well as a feeling of incapacity in caring people in end-of-life situations, when they accumulate many griefs. There are some strategies implemented by professionals to reduce overload, namely the use of humor.

Conclusion: There are several ways to approach the grieving process. The death of the cared person can have an impact on the healthcare professional. The use of humor and the nurse's insight are facilitating aspects for the grief intervention.

Keywords: Grief Process, Palliative Care, Health Professionals

Enquadramento

Segundo a Organização Mundial de Saúde, os **Cuidados Paliativos** constituem-se como os cuidados prestados que visam maximizar a qualidade de vida da pessoa e família, que vivenciam problemas decorrentes de uma doença prolongada, progressiva e sem hipótese de cura, e que não devem ser perspetivados apenas como cuidados em fim de vida (Neto & Barbosa, 2006).

A situação de **fim de vida** define-se como uma situação de fragilidade, onde a pessoa se vê confrontada com diversas questões, nomeadamente e principalmente, com a brevidade do fim do seu percurso. A morte apresenta-se como o maior mistério que nos acompanha ao longo de toda a vida, fazendo-nos questionar diversas vezes acerca do sentido da nossa existência (Neto & Barbosa, 2006).

Variando de sociedade para sociedade, a preparação para morte pode ser perspetivada de diferentes formas, dependendo de diversas crenças e valores característicos de cada indivíduo. Todas estas crenças e valores influenciam a preparação para a morte que um diagnóstico de fim de vida acarreta (Neto & Barbosa, 2006).

Quando a Pessoa e respetiva família se vêm confrontadas com um diagnóstico terminal, existem uma série de readaptações e alterações a nível da dinâmica familiar. A família constitui-se como um sistema dinâmico e interdependente entre si, sendo que aquilo que afeta um dos elementos, acaba por se refletir nos restantes elementos do núcleo familiar. A adaptação a esta fase, após um diagnóstico de doença terminal ou incurável, é muitas vezes exigida num relativo curto espaço de tempo, desde a fase do choque inicial até ao fim do percurso de vida daquela pessoa, com variadas emoções,

expectativas e negações pelo meio (Gomes, Borges, Baptista, & Galvão, 2017).

O processo de doença terminal compreende um conjunto de sentimentos, como a tristeza, raiva, culpa, ansiedade, solidão, fadiga, desamparo, choque, anseio, torpor, alívio e emancipação. Estes sentimentos não só são vividos pela pessoa em fim de vida, mas também pela família que a acompanha, iniciando assim aquilo que se denomina de luto antecipatório, onde existe uma consciencialização da morte, antes da perda real da pessoa (Gomes, Borges, Baptista, & Galvão, 2017).

O **processo de luto** pode-se consubstanciar em várias circunstâncias, não possuindo uma definição universal e irrefutável. Este, caracteriza-se pela presença de variados determinantes que definem todo este complexo processo, variando de pessoa para pessoa, tais como a religião, a cultura, o tempo vivenciado da pessoa que parte, a sua história de vida e o contexto da sua morte. O processo de luto é vivenciado de maneira diferente por cada pessoa, dependendo da própria personalidade, de experiências anteriores e da forma como a família e a pessoa em fim de vida se posicionam perante a doença terminal. Contudo, o luto pode ser definido como uma "reação característica a uma perda significativa", reportando a duas componentes principais:

1. **A perda**, que pode ser real (perda de uma pessoa, animal ou objeto) ou simbólica (perda de uma expectativa);

2. **A reação característica**, que se processa habitualmente por diversas fases específicas (Pazes, Nunes, & Barbosa, 2014) (Gomes, Borges, Baptista, & Galvão, 2017) (Neto & Barbosa, 2006).

Elisabeth **Kubler-Ross** (1969), posteriormente à realização de diversas entrevistas a pessoas que vivenciavam a fase terminal de vida, nomeou algumas reações consideradas comuns nesta situação. Kubler-Ross identificou várias fases vivenciadas pelo doente terminal, nomeadamente: a fase da negação e isolamento, a fase de raiva, a fase de negociação, a fase de depressão, e por fim, a fase da aceitação.

A **fase de negação e isolamento** caracteriza-se pela negação da doença terminal por parte da pessoa que a possui, bem como a família que a rodeia. A negação funciona como uma proteção quando a pessoa é confrontada com a possibilidade de morrer brevemente, sendo que a mesma se recusa a acreditar e a aceitar aquilo que está a vivenciar. Macedo (2004), citando Kubler-Ross (1969), afirma que raramente a pessoa permanece em fase de negação até à morte, sendo que normalmente consegue passar para as fases seguintes. Acontece recorrentemente a pessoa já se encontrar noutra fase emocional, mas recorrer à negação por necessidade própria de consciencialização, não significando um retrocesso no processo de luto (Macedo, 2004).

A **fase de raiva** ou também conhecida como fase de cólera, caracteriza-se essencialmente pela grande questão do *“Porquê eu? Porquê a mim?”*. Nesta fase, a pessoa poderá ser agressiva e estar revoltada perante a família e até perante o enfermeiro que a acompanha neste processo. Geralmente, é nesta fase que os pais respondem com grande raiva, afirmando várias vezes que *“isto não pode ser real”* (Macedo, 2004).

A **fase de negociação** caracteriza-se pela tentativa de estabelecimento de um *“pacto”*, normalmente com entidades divinas, onde existe uma tentativa de negociar o prolongamento do seu tempo de vida (Macedo, 2004).

A **fase da depressão** refere-se à impossibilidade de negação da doença, existindo dois tipos de depressão: a depressão reativa e a depressão preparatória. Na depressão reativa a pessoa tem essencialmente preocupações acerca do impacto que a morte da mesma pode ter na

família que a rodeia. Na depressão preparatória a pessoa apercebe-se que o fim está perto e que irá sofrer diversas perdas. Este tipo de depressão pode ser facilitador para a passagem para a fase de aceitação, que se caracteriza pela *“entrega”* da pessoa à consciencialização da morte, podendo fazer com que esta consiga partir em paz (Macedo, 2004).

As Equipas de Cuidados Paliativos devem pautar-se por um objetivo irrefutável aquando do acompanhamento da família que perde um ente querido: a **prevenção de luto complicado ou psicopatológico**. É importante que a equipa envolva sempre família ao longo de todo o processo de cuidados, e que atue no controlo sintomático, promovendo sempre o conforto da pessoa e consequentemente da família que a rodeia. Deste modo, vai-se estabelecendo uma relação de ajuda entre os profissionais e a pessoa e respetiva família, considerando-se um fator fundamental na prevenção de desenvolvimento de luto complicado. Toda esta intervenção deve ser especializada, e pode ser realizada de diversas formas (Neto & Barbosa, 2006).

Como intervenientes no processo de luto, os **profissionais de saúde** assumem um papel fundamental no apoio à pessoa e família enlutada. Contudo, é importante repensarmos sobre o **impacto** que a morte da pessoa cuidada também pode ter na equipa que a acompanhou até ao dia da sua partida. Neste sentido, é importante que os profissionais que exercem funções em contexto de Cuidados Paliativos, encontrem **estratégias** e possuam momentos de reflexão e de partilha de sentimentos, de modo a prevenir situações de *burnout*, que têm repercussões físicas e psicológicas bastante negativas (Neto & Barbosa, 2006).

Metodologia

A presente Revisão da Literatura tem como objetivo sistematizar as intervenções dos profissionais no processo de luto e pesar em contexto de Cuidados Paliativos. Deste modo, foi formulada a questão *“Quais as intervenções na pessoa adulta/idosa em processo de luto no contexto de Cuidados Paliativos?”*, seguindo a mnemónica PCC (Apóstolo J. , 2017).

População (P): Pessoa adulta/ idosa

Conceito (C): Luto e Pesar

Contexto (C): Cuidados Paliativos

Para além da presente questão de Investigação, considerou-se igualmente pertinente compreender qual o impacto que o processo de luto tem nos profissionais de saúde de Cuidados Paliativos, e que estratégias são implementadas para gerir o processo de luto e pesar. Neste sentido, surge a sub-questão “*Qual o impacto do processo de luto nos profissionais de saúde em contexto de Cuidados Paliativos e quais as estratégias adotadas para gerir o mesmo?*”.

Estratégia de Pesquisa

A pesquisa foi realizada em janeiro de 2022, na base de dados SCOPUS e MEDLINE utilizando a seguinte frase Booleana: *Grief and Palliative Care and Healthcare Professionals*. Utilizaram-se como limitadores os idiomas Inglês, Espanhol e Português e artigos publicados entre 2015-2022. Apesar do intervalo de tempo ideal para a pesquisa serem cinco anos, considerou-se que um período ligeiramente mais alargado seria benéfico para obter artigos pertinentes para a presente revisão.

Como critérios de inclusão, consideraram-se os estudos que elencassem o processo de luto em Cuidados Paliativos, relacionando-o com as intervenções dos profissionais neste contexto, bem como o impacto do processo nos mesmos. Como critérios de exclusão consideraram-se estudos realizados em contexto pediátrico.

Após ter sido efetuada a pesquisa referida, foram obtidos um total de 619 artigos (695 artigos na base de dados SCOPUS e 24 artigos na base de dados MEDLINE). Posteriormente à triagem efetuada, foram escolhidos cinco artigos pelo título, sendo que foram eleitos apenas três, após leitura do respetivo resumo e texto integral. A seleção final dos artigos foi realizada por dois investigadores.

Extração e Síntese de Dados

Após terem sido selecionados os artigos que criteriosamente respondiam às nossas questões de investigação, foi reunida a informação mais importante de cada um. Os

três artigos selecionados foram publicados geograficamente na Europa mais concretamente em Portugal e têm um intervalo de publicação entre 2014 e 2020. Dois dos artigos são estudos primários de metodologia quantitativa e um terceiro estudo é uma revisão da literatura. O primeiro artigo “**O humor e o luto dos enfermeiros que trabalham em Cuidados Paliativos**” de Inês Nunes (2014) é um estudo quantitativo e contou com uma amostra de 66 enfermeiros que trabalham em unidades e equipas de cuidados paliativos e que tenham vivenciado pelo menos uma experiência de morte em cuidados paliativos (53 do sexo feminino e 13 do sexo masculino, com idades entre os 23 e os 59 anos de idade). Teve por objetivo: verificar a existência de uma relação entre o humor e a sobrecarga de luto nos enfermeiros que trabalham em unidades e equipas de cuidados paliativos e descrever as características da relação entre o humor e a sobrecarga de luto nos enfermeiros que trabalham em unidades e equipas de cuidados paliativos. Foram utilizadas duas escalas para recolha de dados, nomeadamente: Escala de Sobrecarga de Luto Profissional (ESLP) e Escala Multidimensional do Sentido de Humor (MSHS).

Relativamente à sobrecarga de luto profissional, a mesma foi avaliada segundo a ESLP (consultar anexo I), composta por 15 itens, pontuados de 1 a 5 segundo uma Escala de Likert, sendo que uma maior pontuação indica uma maior sobrecarga no luto, estando dividida em quatro dimensões:

- Confinamento atormentado: situações em que o profissional de saúde é exposto a múltiplas perdas, manifesta uma restrição na sua vida pessoal, limitando os contactos com a família e amigos;
- Esforço emocional no cuidar: refere-se à dor mental ou esforço emocional em cuidar das pessoas em situação de fim de vida;
- Perda nostálgica: refere-se ao sentimento de ausência e vazio relativo aos utentes falecidos;

- Partilha incompreendida: refere-se à dificuldade de compreensão por parte dos familiares, amigos e colegas após o falecimento de um utente.

A média obtida relativa ao score total situa-se em 29,5 pontos (considerando 15 o mínimo e 75 o máximo), sendo que a maior percentagem se localiza na dimensão de perda nostálgica, seguindo-se o esforço emocional no cuidar, o confinamento atormentado e a partilha incompreendida. Verificou-se que existe uma diferença estatística significativa entre enfermeiros com e sem formação específica em Cuidados Paliativos, relativamente ao score obtido no esforço emocional no cuidar, uma vez que os enfermeiros com formação apresentam um score mais baixo.

Alguns itens inseridos em cada uma das dimensões assumem uma maior porção relativamente a outros. Destacam-se o “Após a morte do meu utente, tenho saudados do tempo em que passámos juntos” inserido na perda nostálgica, e o “Desejava ter uma ou duas horas para mim, todos os dias para me dedicar a interesses pessoais fora do serviço”, pertencente ao confinamento atormentado, e que se destaca como item com a mediana mais elevada em toda a escala.

Relativamente ao humor dos enfermeiros, a MSHS é composta por 24 perguntas, relativas às quatro dimensões do humor: produção e uso social do humor, humor adaptativo, atitude pessoal face ao humor e apreciação do humor. Cada questão pontua-se de 1 a 5, segundo a Escala de Likert. O score da escala varia entre 24 e 120 pontos, sendo que a média obtida no presente estudo foi de 83 pontos

Verifica-se que a apreciação do humor, o humor adaptativo e o uso social do humor foram as dimensões com a mediana mais elevada. A questão com mediana mais elevada é a de “Eu gosto de uma boa piada” sendo que a questão que assume a mediana mais baixa refere-se ao facto do “Humor ser uma péssima forma de lidar com as situações”.

Estatisticamente existe correlação entre o sentido do humor e a sobrecarga de luto,

ainda que seja parcial. O estudo revela o humor é fator facilitador no processo de luto dos profissionais, surgindo como um mecanismo adaptativo. O estudo corrobora a ideia de que os enfermeiros que têm atitudes mais negativas face ao humor, são também quem apresenta maior sobrecarga de luto, com maior condicionamento da vida pessoal em função de lutos acumulados, maior tristeza e sensação de vazio após a perda do utente, e sentimento de incompreensão por parte de terceiros no que respeita ao processo de luto.

Relativamente à revisão “**A abordagem do luto em Cuidados Paliativos**” de Sofia Pimenta e Manuel Luís Capelas (2019) teve como objetivo proporcionar uma visão clara e objetiva acerca do luto, da sua vivência, dos seus intervenientes e das intervenções específicas neste âmbito.

Os autores concluíram com este trabalho que existem diversas formas dos profissionais de saúde intervirem no processo de luto, após o falecimento do ente querido, sendo que cada uma apresenta vantagens e desvantagens, nomeadamente:

- **Chamada Telefónica:** permite que os familiares se expressem de forma mais espontânea, por permitir o relativo anonimato e conveniência, quando o familiar não contactou pessoalmente com o profissional que o está a contactar por via telefónica. O primeiro contacto deve ser realizado após o funeral, sendo que o acompanhamento deve ser feito pelo mesmo profissional. Tem também o benefício de ser de fácil acesso;
- **Consulta:** normalmente só é realizada caso a chamada telefónica não resulte. Caso a chamada não seja eficaz, está preconizado que seja feito um acompanhamento até seis consultas em ambulatório, durante três meses;
- **Visita ao domicílio:** pode proporcionar-se após o funeral, em alternativa à chamada telefónica. O momento mais adequado para este tipo de apoio é duas a três semanas após a perda. Este tipo de contacto é mais intimista, sendo que o profissional consegue compreender o contexto onde

a pessoa se insere, de modo que intervenção seja mais personalizada e adaptada;

- **Grupo de apoio:** que tem como intuito apoiar a pessoa que vivencia um processo de luto, através da partilha de experiências relativas à perda do ente querido, entre os vários elementos do grupo. Os programas psicoeducacionais e a biblioterapia são parte integrante deste tipo de intervenção, para que a pessoa que vivencia o luto tenha uma ajuda complementar na percepção, experiência e resolução do problema. O *timing* para ingresso no grupo depende somente da vontade e disposição da pessoa que vivencia o luto. Este tipo de intervenção é bastante importante na prevenção de luto complicado, diminuindo a probabilidade de problemas no âmbito da saúde mental (como depressão *major*, ansiedade generalizada, entre outros). As famílias participantes neste tipo de intervenção referem que o impacto foi bastante positivo, uma vez que o grupo proporciona apoio social, refletido no sentimento de pertença e aceitação, com foco no futuro.

- **Ferramenta de escrita:** o *finding balance intervention* é uma ferramenta de escrita de suporte psicossocial que tem como foco o equilíbrio da família, de modo a incentivar a reflexão e expressão de emoções neste momento de grande fragilidade que caracteriza o luto.

Os profissionais denotam que o acompanhamento dos familiares no processo de luto tem um impacto bastante positivo nos mesmos.

Como barreiras, os profissionais identificam a falta de tempo e a dúvida relativamente a quem hão de contactar da família para realizar a intervenção no luto.

Relativamente à sub-questão de Investigação, a presente revisão da literatura verificou que a perda de um utente pode ter **impacto bastante negativo nos profissionais de saúde**. O humor é muitas vezes utilizado como mecanismo de defesa. A presente revisão refere que através deste

método os profissionais sentem menos pesar, e a perda da pessoa pode ter menor impacto na sua vida pessoal, com menos sentimentos de tristeza e vazio. Contudo, os profissionais que realizam intervenção no luto necessitam de formação especializada para gerirem todas as emoções da melhor forma possível. Porém, o profissional especializado na área do luto também carece de um complemento contínuo nesta área, de modo que nunca percam as competências adquiridas na sua formação.

No terceiro artigo, “**Intervenção no processo de luto em Portugal pelas equipas de Cuidados Paliativos**” de Sofia Pimenta e Manuel Luís Capelas (2020) tem como objetivo caracterizar a atuação, no processo de luto, das equipas de cuidados paliativos portuguesas e sua evolução nos anos de 2017 e 2018. Foram analisadas 76 Equipas de Cuidados Paliativos (públicas e privadas), nomeadamente: Unidades de Cuidados Paliativos, Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP). As equipas incluídas no estudo responderam a um questionário com as seguintes subvariáveis:

- Existência de programa de luto;
- Existência de protocolos de de atuação na gestão do luto;
- Tipo de ações (carta de condolências, consulta, visita ao domicílio, chamada telefónica, visita ao domicilio, consulta de follow up e grupo de apoio);
- Timings das intervenções em semanas após a morte;
- Profissionais que interagem diretamente;
- Registos das intervenções, quem os elabora e qual a plataforma utilizada.

Em 2017 e 2018, a maioria das equipas refere ter um programa de intervenção no luto, protocolado ou formalmente definido. As que não possuem, referem praticar algumas atividades isoladas. Apesar disso, ainda existem equipas que referem não saber aplicar o programa de apoio no luto. Apenas 8% das equipas em 2017 e nenhuma em

2018, realizaram todas as atividades de apoio no luto preconizadas.

Relativamente ao método de intervenção, comparando os dois anos em que decorreu a presente investigação (2017 e 2018), conclui-se que a chamada telefónica e a consulta são as metodologias mais utilizadas para intervir no processo de luto, e a carta de condolências e visita ao domicílio são as menos utilizadas.

Contudo, o presente artigo refere que a chamada telefónica deve ser vista como algo complementar, porque pode não permitir uma avaliação verdadeira e despiste de luto complicado, apesar de ser de fácil e rápido acesso para as equipas. A consulta faz parte das diretrizes do plano estratégico de 2017-2018 para o desenvolvimento dos cuidados paliativos, não surpreendendo ser um dos métodos mais utilizados. Para além dos métodos de intervenção apresentados no questionário, as equipas referem ainda a utilização de conferência familiar para atuar no processo de luto.

Relativamente ao timing das atividades de apoio ao luto, estas diferem bastante de equipa para equipa e de cada um dos métodos implementados. Neste sentido, não se conseguiu chegar a um consenso de respostas obtidas.

A maioria das equipas efetua registos no âmbito da intervenção no luto, sendo que os mesmos são habitualmente realizados em simultâneo por três profissionais (enfermeiro, médico e psicólogo). Relativamente ao local de registo, predominam os recursos eletrónicos.

Verificou-se que os profissionais que mais intervêm no processo de luto são o psicólogo e o enfermeiro, apesar do médico e da assistente social também estarem bastante presentes. De salientar a assistência espiritual que também tomou uma grande significância estatística.

No presente artigo, não existe evidência que responda à sub-questão de Investigação.

Discussão de Resultados

Após a extração e síntese de dados, serão neste capítulo discutidos os dados que dão resposta à questão de investigação “Quais as intervenções na pessoa adulta/idosa em

processo de luto no contexto de Cuidados Paliativos?” e à sub-questão “Qual o impacto do processo de luto nos profissionais de saúde em contexto de Cuidados Paliativos e quais as estratégias adotadas para gerir o mesmo?”.

Existem diversas formas de intervir no luto, sendo que cada uma delas apresenta vantagens e desvantagens e deve ser moldada à família alvo de cuidados. Entre as intervenções mencionadas na tabela acima referida, destaca-se a intervenção através de chamada telefónica e a consulta. Segundo Pimenta & Capelas (2019), a chamada telefónica tem bastantes benefícios, uma vez que permite que o familiar se exprima à vontade, por permitir algum anonimato e resguardar a demonstração de emoções que por vezes a pessoa que vivencia o processo de luto pode não querer manifestar.

Contudo, em 2020, os mesmos autores refutam esta ideia, referindo que a chamada telefónica não permite uma avaliação correta por parte do profissional e, deste modo, é difícil despistar a existência de luto complicado. Neste sentido, o recurso à chamada telefónica deve ser utilizado como método complementar a qualquer outro, e não como o único método utilizado (Pimenta & Capelas, 2020).

Neste sentido, a consulta surge como o segundo método de intervenção mais utilizado, permitindo compreender mais aprofundadamente a vivência da família após a perda do ente querido e despistar o possível desenvolvimento de luto complicado. A visita ao domicílio também é uma boa opção, visto que permite aos profissionais compreenderem o contexto onde a família se insere e intervir de forma mais personalizada. Contudo é das menos utilizadas, conjuntamente com a carta de condolências, no ano de 2017 e 2018 (Pimenta & Capelas, 2019) (Pimenta & Capelas, 2020).

O grupo de apoio também surge como um método de intervenção, com resultados muito positivos, visto que a pessoa se sente apoiada por outras pessoas que também estão a vivenciar o mesmo processo. O *finding balance intervention* é uma ferramenta de escrita que permite a reflexão e expressão das emoções e que pode também

ser utilizado pelo profissional de saúde para intervir no processo de luto da família (Pimenta & Capelas, 2019).

Relativamente aos timings em que cada uma destas intervenções deve ser realizada, estes variam consoante o tipo de intervenção. A chamada telefónica deve ser realizada pela primeira vez após o funeral, sendo que os contactos se podem ir estabelecendo semanalmente. Relativamente à consulta, esta deve ser realizada cerca de seis vezes, ao longo de um período de três meses. Está preconizado ainda que a visita ao domicílio deve ser realizada três a seis semanas após o falecimento do utente, e que o ingresso no grupo de apoio deve ser feito quando o familiar se sentir preparado e confortável (Pimenta & Capelas, 2019).

Apesar de estarem preconizadas todas estas intervenções, em 2020, Pimenta & Capelas considera que a intervenção no luto ainda é uma utopia, sendo que só 8% das equipas em 2017 e nenhuma em 2018 realizaram todas as atividades de apoio no luto preconizadas. Neste sentido, e apesar de na maioria das equipas estar estabelecido e protocolado um programa de apoio no luto, considera-se que nem sempre este é implementado como deveria.

Considerando-se os profissionais de saúde como elemento integrante do processo de luto, é fulcral reconhecer que este pode também ter impacto na equipa que acompanha a pessoa e família em situação paliativa, e posteriormente no processo de luto. Segundo Pimenta & Capelas (2019), é frequente os profissionais de saúde ressentirem a perda de um utente de quem cuidaram, pensando diversas no mesmo e respetiva família, após a sua partida. Deste modo, o luto nos profissionais de saúde é bastante comum, embora seja por vezes desvalorizado.

De acordo com a investigação efetuada por Nunes (2014), a maioria dos profissionais refere que sente, após a perda do utente, uma sensação de vazio e sentimento de tristeza, com nostalgia daquilo que vivenciou com o mesmo. Para além disso, segue-se a sensação de incapacidade e peso em cuidar de pessoas em situação de fim de vida, aquando da

acumulação de diversos lutos que acabam por sobrecarregar emocionalmente o profissional. Alguns dos profissionais começam a isolar-se dos colegas, família e amigos e por vezes sentem-se incompreendidos por estes.

Neste sentido, e de modo a diminuir a sobrecarga de luto nos profissionais de saúde, existem algumas estratégias implementadas pelos mesmos. O estudo revela a utilização do humor como mecanismo adaptativo é fator facilitador no processo de luto dos profissionais, diminuindo significativamente a sobrecarga de pesar, possuindo menor impacto na vida pessoal, sentimento de tristeza e sensação de vazio após a perda (Pimenta & Capelas, 2019).

Alguns dos profissionais apresentam alguma renitência na utilização do humor, mas comprova-se que estes são quem possuem maior sobrecarga de luto, e conseqüentemente com maiores repercussões a nível pessoal e profissional (Nunes, 2014).

É de ressaltar a importância da formação especializada na área do luto nos profissionais que exercem funções em contexto de Cuidados Paliativos de modo a gerirem todas as emoções da melhor forma possível. É importante que após a formação, o profissional possua um complemento contínuo nesta área, de modo que nunca percam as competências adquiridas na sua formação (Pimenta & Capelas, 2019).

Implicações para a Enfermagem

O enfermeiro tem um papel fundamental no apoio à pessoa ou família que vivencia o processo de luto. É um elo basilar que se encontra presente desde o diagnóstico da doença incurável e/ou terminal, e fulcral na preparação da pessoa e família para a finitude da vida e no fundamental no momento da partida. Deste modo, existem algumas intervenções de Enfermagem que devem ser implementadas ao longo do processo de luto.

Para além disso é importante que o enfermeiro tenha também algumas características que se tornam fulcrais na intervenção no processo de luto, não só para prestar apoio diferenciado à família que o

vivência, mas também para prevenir alguma exaustão (burnout) passível de surgir neste contexto tão peculiar. Na tabela 1, surgem os diagnósticos e intervenções de enfermagem que se encontram mais sensíveis aos cuidados do enfermeiro em contexto de Cuidados Paliativos, nomeadamente: o Luto Atual/ Comprometido, a Angústia Espiritual Atual e a Tristeza Atual.

Tabela 1- Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem

DIAGNÓSTICOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Luto Atual/ Comprometido Angústia Espiritual Atual Tristeza Atual	<p>→ Estabelecer uma relação de ajuda com a pessoa/família enlutada;</p> <p>→ Promover a escuta ativa;</p> <p>→ Avaliar as crenças espirituais da pessoa/família enlutada;</p> <p>→ Explorar os sentimentos da pessoa/família enlutada;</p> <p>→ Ensinar sobre o processo de luto;</p> <p>→ Identificar a forma de como a pessoa/família enlutada lidou com perdas anteriores na família;</p> <p>→ Ajudar e instruir sobre a importância de criar e manter laços com outras pessoas, sem que a pessoa/família enlutada se sinta culpada;</p> <p>→ Incentivar a expressão de sentimentos de reconhecimento, de modo a que a pessoa/família enlutada encontrem um sentido pessoal e valorativo após o falecimento do ente querido;</p> <p>→ Encaminhar família para apoio especializado (psicologia, apoio espiritual, por exemplo).</p> <p>(Neto & Barbosa, 2006)</p>

CIPE®, 2015

Características do Enfermeiro que intervém no Processo De Luto

Existem várias características que devem ser atendidas pelo enfermeiro que acompanha diariamente processos de luto, de modo que consiga vivenciá-los da melhor forma possível, estabelecendo os seus processos individuais para gerir o impacto que o luto pode ter na sua vida pessoal e profissional. Todo este processo de *insight*, permite que o enfermeiro não projete as suas emoções e conflitos pessoais na pessoa/família enlutada que acompanha. Neste sentido, é fulcral que o enfermeiro que acompanha pessoa e família tenha os seus próprios processos de luto bem resolvidos (Neto & Barbosa, 2006).

Para além do conhecimento das suas características intrínsecas e capacidade de introspeção, é importante que o enfermeiro seja **empático** para com a situação da pessoa/família enlutada e reconheça que o processo de luto varia de pessoa para pessoa, dependendo de diversos fatores (Neto & Barbosa, 2006).

Existe alguma tendência nos profissionais de saúde de negligenciar a reflexão relativa à perda de alguns utentes, desdramatizar a morte, adotarem mecanismos de fuga perante situações de fim de vida e não se consciencializarem dos seus limites. Todos estes fatores são preditores de exaustão profissional (Neto & Barbosa, 2006).

De modo a prevenir situações de *burnout*, é importante que o enfermeiro partilhe os seus sentimentos sobre os processos de luto, podendo ser implementado na equipa alguns momentos de partilha a reflexão sobre os mesmos. Neste âmbito, torna-se também pertinente a adoção de momentos de reflexão em grupo através do método de *Balint*, que permite:

- Diminuir a sensação de isolamento na prática diária;
- Olhar para situações mais complexas como um desafio, adquirindo novas competências para as gerir de outra forma;
- Facilitar a compreensão da complexidade inerente à relação entre o enfermeiro e a pessoa;
- Melhorar a compreensão e empatia na relação entre o enfermeiro e a pessoa;
- Diminuir o risco de *burnout*;
- Aumentar os níveis de satisfação profissional (APGB, 2022).

Conclusão

O processo de luto é vivenciado de maneira diferente por cada pessoa, dependendo da própria personalidade, de experiências anteriores e da forma como a família e a pessoa em fim de vida se posicionam perante a doença terminal. Contudo, o luto pode ser definido como uma ‘reação característica a uma perda significativa’.

A intervenção no processo de luto pode ser realizada de diversas formas,

nomeadamente através de consulta presencial com a família enlutada, chamada telefónica, carta de condolências, visita ao domicílio, grupo de apoio e ferramenta de escrita. Relativamente ao *timing*, este varia consoante o tipo de intervenção implementada. Os estudos concluem que, apesar da maioria de equipas e unidades de cuidados paliativos possuírem um programa de intervenção no luto protocolado, nem sempre este é implementado, fazendo com tudo isto se constitua como uma utopia.

A maioria dos profissionais refere que sente após o falecimento do utente, uma sensação de vazio e sentimento de tristeza, com nostalgia daquilo que vivenciou com o mesmo. Para além disso, segue-se a sensação de incapacidade e peso em cuidar de pessoas em situação de fim de vida, aquando da acumulação de diversos lutos que acabam por sobrecarregar emocionalmente o profissional. Alguns dos profissionais começam a isolar-se dos colegas, família e amigos e por vezes sentem-se incompreendidos por estes.

De modo a diminuir a sobrecarga de luto nos profissionais de saúde, existem algumas estratégias implementadas pelos mesmos, nomeadamente a utilização do humor. Para além disso, existem outras características que o enfermeiro que intervém no luto deve possuir.

Referências Bibliográficas

- Apóstolo, J. (2017). Síntese da Evidência no Contexto da Translação da Ciência. Disponível em: <https://www.esenfc.pt/pt/download/3868/dXeLMhjDjCvHFwDpAvDd> Consultado a: 14/01/2022.
- Associação Portuguesa dos Grupos Balint (2022). O que são os grupos Balint? Disponível em: <https://balint.pt/> Consultado a: 24/01/2022.
- Fortin, M. (2009). Fundamentos e etapas do processo de investigação. Loures, Portugal: Lusodidacta
- Gomes, H., Borges, M., Baptista, G., & Galvão, A. (2017). A relação de ajuda: ao doente em fim de vida e família: o enfermeiro e o cuidar em fim de vida. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14562/1/A%20RELA%C3%87%C3%83O%20DE%20AJUDA.pdf> STUDERE: Ciência & Desenvolvimento. Consultado a 17/01/2022.
- Macedo, J. (2004). Elisabeth Kubler-Ross- A necessidade de uma educação para a morte. Minho. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/55602602.pdf> Consultado a 20/01/2022.
- Neto, I. G., & Barbosa, A. (2006). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa .
- Nunes, I. (2014). O humor e o luto nos enfermeiros que trabalham em cuidados paliativos . Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/18286/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20FINAL.pdf> Consultado a: 14/01/2022.
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Cipe versão 2015* - classificação internacional para a prática de enfermagem. Lusodidacta - Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda.
- Pazes, M., Nunes, L., & Barbosa, A. (2014). Fatores que influenciam a vivência da fase terminal e de luto: perspetiva do cuidador principal. *Revista de Enfermagem* Referência. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832014000300011 Consultado a 10/01/2022.
- Pimenta, S., & Capelas, M. (2019). A abordagem do luto em cuidados paliativos. Disponível em: <https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/7247> Consultado a: 20/01/2022.
- Pimenta, S., & Capelas, M. (2020). Intervenção no processo de luto em Portugal pelas equipas de cuidados paliativos. Disponível em: <https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/5281>, Consultado a: 20/01/2022.

LUTO EM TEMPO DE COVID-19: A EXPERIÊNCIA DOS DOENTES E FAMILIARES EM CUIDADOS PALIATIVOS

GRIEVING DURING THE COVID-19 PANDEMIC: THE EXPERIENCE OF PATIENTS AND FAMILY IN PALLIATIVE CARE

Inês Patinha¹, Luiza Bennati², Beatriz Ascensão³, Hugo Franco⁴

Resumo

Enquadramento: A perda de alguém significativo constitui-se como um evento potencialmente doloroso, que produz grandes mudanças. A adaptação a esta perda é parte integrante de um processo natural, denominado de luto. Perante o surgimento de uma pandemia a nível mundial, totalmente inesperada, torna-se desafiante vivenciar este processo, dadas todas as restrições impostas para mitigar o contágio.

Metodologia: Realizada Revisão integrativa da Literatura (RIL) com o objetivo de mapear a evidência sobre a experiência dos doentes e familiares com o processo de luto em tempo de covid-19.

Resultados: Para além do sentimento de perda, as pessoas em luto ressentem-se na impossibilidade de falar, de estar perto e de poder abraçar os seus entes-queridos e, portanto, tal contribui para a perceção de falta de apoio e de sentimentos de solidão, que para além de fazerem parte de qualquer experiência de luto, se encontram agravadas pelas condicionantes da pandemia.

Conclusão: A pandemia teve repercussões em larga escala na vivência do processo de luto dos doentes e familiares em cuidados paliativos. O isolamento social constituiu-se como um fator de grande risco para complicações no luto, demonstrando consequências físicas, psicológicas e sociais, decorrentes do distanciamento entre os familiares.

Palavras-Chave: Luto; Cuidados Paliativos; COVID-19

Abstract

Background: The loss of someone significant is a potentially painful event, which produces a lot of changes. Adaptation to this loss is an integral part of a natural process, called grief. Through the emergence of a totally unexpected global pandemic, it becomes challenging to experience this process, given all the restrictions imposed to mitigate the contagion.

Methodology: An integrative review of literature was conducted with the objective of mapping the evidence about the experience of patients and family members with the process of mourning in time of covid-19.

Results: In addition to the feeling of loss, people in mourning feel the impossibility of talking, being close and being able to hug their loved ones and, therefore, this contributes to the perception of lack of support and feelings of sadness. Loneliness, which in addition to being part of any grieving experience, are aggravated by the conditions of the pandemic.

Conclusion: The pandemic had large-scale repercussions on the experience of the grieving process of patients and their families in palliative care. Social isolation was a major risk factor for

¹ Estudante do 19.º Curso de Licenciatura em Enfermagem, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal.

² Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, Assistente convidada do Departamento de Enfermagem, da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal.

³ Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental, Enfermeira na Unidade de Cuidados Paliativos do CHBM EPE

⁴ Professor Adjunto, Departamento de Enfermagem, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal, Portugal; Investigador na NURSE`IN UIESI Unidade de Investigação em Enfermagem do Sul e Ilhas. hugo.franco@ess.ips.pt

complications in grief, demonstrating physical, psychological and social consequences resulting from the distance between family members.

Keywords: Grief; Palliative Care; COVID-19

Enquadramento

O **luto** constitui-se como um processo adaptativo a uma perda significativa, caracterizado por manifestações físicas, cognitivas, psicológicas e espirituais. Não é um processo estático, pressupondo uma constante adaptação à realidade da perda, que envolve aprendizagem, redefinição e busca de significado (Alves, 2020).

O processo de luto é vivenciado de maneira diferente por cada pessoa, contudo, existem alguns fatores que podem influenciar a vivência deste processo, facilitando ou dificultando-o. Entre esses fatores surgem: a qualidade e o tipo de relação com o ente querido, a presença ou ausência de suporte social, as próprias características de personalidade do enlutado e, ainda, as circunstâncias que rodearam a perda (Pimenta & Capelas, 2019).

Dado o aparecimento da pandemia, houve a necessidade de adoção de algumas medidas que ajudassem a mitigar o contágio, que surgiram como fatores dificultadores à vivência do processo de luto. O distanciamento social exigido fez com que não existissem despedidas por parte dos familiares, levando à falta de encerramento de ciclos, assuntos que ficaram pendentes e palavras que ficaram por dizer, deixando muitas vezes a pessoa em luto num estado de grande angústia e tristeza. Também as medidas relativas ao distanciamento social e à restrição do número de pessoas levou à inexistência da realização de cerimónias fúnebres, que se constituem como um momento adaptativo muito importante no que toca à concretização das despedidas (Dantas & Cassorla, 2020).

Desta forma, considerou-se pertinente explorar o tema apresentado na presente revisão – **Luto em Tempos de COVID-19: a Experiência dos Doentes e Familiares Cuidados Paliativos** – dadas as mudanças na experiência de luto dos doentes e familiares, numa altura que é tão particular dadas todas as restrições impostas.

Metodologia

Partimos da questão de investigação - “Qual o Impacto da Pandemia na Vivência do Processo de Luto dos Doentes e Familiares em Cuidados Paliativos” – que se constitui como base da presente RIL e à qual me proponho a dar resposta.

O principal objetivo deste RIL é compreender o processo de luto dos doentes e familiares em Cuidados Paliativos durante a pandemia de Covid-19. Identificam-se como objetivos secundários a dar resposta no desenvolvimento deste trabalho:

- (1) Identificar os fatores dificultadores do processo de luto;
- (2) Analisar o impacto psicológico da pandemia nos doentes e familiares;
- (3) Identificar estratégias e intervenções de apoio aos doentes e famílias em luto.

Estratégia de pesquisa

Inicialmente foram definidos os termos de indexação a serem utilizados: Grief OR Bereavement AND Palliative Care AND Covid-19 OR Coronavírus OR SARS-COV-2. Foi realizada uma pesquisa nas Bases de Dados CINAHL Plus with Full Text, Academic Search Complete, MEDLINE with Full Text, da qual se obteve um total de 131 artigos. De forma a refinar os resultados, foram definidos como limitadores o idioma (português, inglês e espanhol), o texto integral (full-text) e a data (2020-2022). Após uma triagem minuciosa dos artigos, tendo em conta o objetivo da RL, foram selecionados 4 artigos, cujos resultados serão posteriormente analisados e discutidos. A decisão dos artigos finais a incluir foi realizada por duas investigadoras da revisão.

Relativamente à integridade académica e científica, identificaram-se todos os autores, referenciando-os nos momentos em que se considerou pertinente. No que diz respeito aos artigos analisados e referenciados nesta

RL, pretendeu-se ser o mais rigoroso possível em relação ao tipo de estudo e ao seu conteúdo, sendo também possível afirmar que se procurou sempre verificar as questões éticas em relação a esses mesmos artigos.

Extração e Síntese de Evidência

Após uma extração detalhada de todos os dados fundamentais dos artigos selecionados, foi reunida a informação mais importante de cada um de forma individualizada. Os 4 artigos selecionados foram publicados nos anos 2020 e 2021, numa distribuição geográfica entre o continente Asiático e Americano. Um é um estudo primário de metodologia qualitativa e os restantes 3 são artigos de opinião.

O primeiro artigo selecionado **“Palliative Care Interventions from a Social Work Perspective and the Challenges Faced by Patients and Caregivers during COVID-19” (A1)** de Dhavale, Koparkar, & Fernandes (2020) é um estudo qualitativo, descritivo e exploratório que tem por objetivo descrever os desafios enfrentados pelos doentes e respetivas famílias em cuidados paliativos durante o período de confinamento imposto devido à pandemia provocada pela COVID-19. Também procura explorar a natureza das intervenções praticadas pela equipa de cuidados paliativos para enfrentar esses desafios. Dos 30 doentes acompanhados pela equipa de cuidados paliativos durante o período de confinamento, foram selecionados 9, que receberam atendimento efetivo nesse período. Através da análise de Framework, os investigadores procuraram analisar os desafios enfrentados pelos doentes e famílias e as intervenções implementadas pela equipa de cuidados paliativos.

Os resultados deste estudo foram divididos em três categorias: desafios enfrentados pelos doentes, desafios enfrentados pelos familiares e, por fim, o tipo de apoio e intervenções prestados.

De um modo geral, os principais desafios enfrentados pelos doentes durante o período de confinamento incluem:

- Indisponibilidade de medicamentos, especialmente para doentes que habitam em

meios rurais dadas as restrições de circulação entre concelhos.

- Medo do tratamento ser incompleto, devido ao adiamento de procedimentos eletivos durante o período de confinamento.

- Cuidados de enfermagem inadequados, dadas as limitações de prestação de cuidados de enfermagem no domicílio e porque muitas das vezes os doentes habitam sozinhos e as famílias são incapazes de fornecer esses cuidados, o que resultou na falta de tratamento de feridas no domicílio, por exemplo.

- Sensação de isolamento, devido a um menor contacto destes doentes com as suas famílias.

- Impossibilidade de completar os últimos desejos, sendo que na sua maioria desejavam ficar com a família nos últimos momentos da vida e não houve essa possibilidade devido à restrição de viagens e normas de isolamento social.

Por outro lado, identificaram-se os principais desafios enfrentados pelas famílias que incidem:

- Desamparo e culpa, causado pela incapacidade e falta de recursos para cuidar do seu familiar corretamente.

- Deterioração física e psicológica, advinda da constante exposição à deterioração do seu familiar que resultou num desgaste psicológico exacerbado dos cuidadores.

- Últimos desejos incompletos e dor no final de vida, aumentando a sensação de impotência e frustração porque o seu familiar não teve um final de vida adequado.

Conforme destacado, os doentes e cuidadores enfrentaram vários desafios e pontos de stress durante a pandemia, que surgiram como fatores dificultadores para a vivência do processo de luto. O apoio e intervenções implementadas pela equipa de cuidados paliativos prende-se com:

- Aconselhamento aos doentes e famílias sobre a progressão da doença por chamadas telefónicas e/ou videochamadas.

- Procurar alternativas para o cumprimento dos desejos de final de vida, onde muitos doentes apresentavam o desejo

de estar em contacto com a sua família e mesmo não tendo sido implementado presencialmente, foram realizadas videochamadas para promover esse contacto.

As conclusões deste artigo identificam que uma situação de crise como a pandemia de COVID-19 ilustrou a importância dos serviços de cuidados paliativos na integração da dimensão física, emocional e social do cuidado e da inter-relação de todas elas. Apesar de lentamente se procurar voltar à normalidade, eleva-se a importância da identificação e resposta às necessidades dos doentes e famílias em cuidados paliativos, que foram largamente prejudicados por todas as restrições impostas durante a pandemia.

No artigo de opinião “**Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers**” (A2) de Wallace, Wladkowski, Gibson, & White (2020) os autores tiveram como objetivo de avaliar o impacto da pandemia provocada pela COVID-19 no bem-estar emocional, compreendendo o seu papel no processo de luto dos doentes e família, estabelecendo relação com o luto antecipado e luto complicado.

Os investigadores afirmam que as medidas implementadas em resposta à propagação da COVID-19 têm repercutido em larga escala nas experiências de luto dos doentes e das famílias.

Muitas das medidas implementadas, prejudicaram os doentes em fim de vida e as suas famílias, tendo repercussões significativas no luto antecipatório:

- A limitação e proibição do acesso físico das visitas aos hospitais e outras instalações;
- A incerteza de não saber como a doença irá progredir ou até o impacto pela mudança;
- A manifestação de sintomas graves de luto antecipatório perante níveis mais baixos de apoio social, falta de preparação para a morte e sentimentos de culpa.

À medida que as mortes ocorreram, as consequências mentais e sociais provenientes do isolamento e

distanciamento dos entes queridos, potenciou o aumento do número de luto complicado:

- A incapacidade da família de se poder despedir do doente constitui-se como um fator potenciador da ocorrência de luto complicado.
- Quase metade dos doentes experimentou ansiedade e/ou depressão durante a última semana de vida. No entanto, o controlo destes sintomas e o conforto no final da vida foi geralmente melhor no domicílio em comparação com o hospital, sugerindo que a ansiedade e a depressão podem ser ainda maior nos hospitais
- Maior predisposição para o luto complicado potenciado quando as famílias foram privadas das celebrações pós-morte. Muitos funerais e prestadores de serviços de enterro interromperam os serviços durante a pandemia, ou limitaram muito o número de participantes, minimizando as oportunidades dos familiares de estarem presentes nas cerimónias a vivenciar a perda de um ente querido.

Neste estudo, as práticas recomendadas pelos investigadores para mitigar o luto complicado durante a pandemia foram:

- Melhorar a qualidade da comunicação com as famílias;
- Planeamento antecipado dos cuidados;
- Apoio na preparação para uma morte provável;
- Apoio cognitivo e emocional.

No artigo de opinião de “**Silent suffering of the dying and their families: impact of COVID-19**” (A3) de Katz, McInerney, Ravindran, & Gold (2021) o objetivo dos autores centra-se na identificação do impacto da pandemia covid 19 no sofrimento psicológico e no luto patológico das famílias de Pessoas em cuidados paliativos.

Os autores deste artigo destacaram a limitação nos cuidados centrados na família em cuidados paliativos durante a pandemia, tendo esta limitação efeitos psicológicos na vivência da morte e do luto.

Foi possível verificar um aumento das emoções negativas que não se manifestaram apenas nas mortes provenientes pela infecção por COVID-19, mas também e talvez de forma mais acentuada nos doentes que não tinham COVID. Por outras palavras, é possível afirmar que as próprias medidas projetadas para proteger contra a COVID-19, foram promotoras da angústia e do sofrimento.

As emoções negativas principalmente manifestadas pelas famílias e/ou cuidadores foram:

- Angústia, ao saberem que o seu ente querido está a morrer sozinho, que há a impossibilidade de dizer adeus e a culpa de não o cuidar adequadamente.
- Crueldade, do seu ente querido morrer sozinho no hospital;
- Trauma, de se sentirem sozinhos e despreparado para lidar com uma morte em casa;
- Desamparo, de comunicarem com os seus familiares através de um ecrã;
- Medo, de tudo o que vem depois da morte e das restrições das celebrações.

A pandemia veio afetar as decisões sobre o local de cuidados de fim de vida, com as famílias a sentir que não têm escolha a não ser ter os familiares em casa, não aceitando a alternativa da restrição de visitas.

O número de mortes durante a pandemia incrementou o aparecimento de sentimentos como medo, pânico, tristeza e desolação, que conduziram um aumento da prevalência de doenças mentais. A perda de um familiar e muito mais que um dado estatístico. Destaca-se a importância do estabelecimento de estratégias de cuidado para as famílias em luto, conforme a necessidade singular de cada um.

No artigo **“Aquele adeus, não pude dar”**: Luto e Sofrimento em tempos de Covid-19” (A4) de Oliveira et al. (2020) o objetivo era de refletir sobre a vivência dos rituais do luto e da relevância dos seus aspetos culturais no contexto da pandemia de COVID- 19.

Segundo os autores as intervenções comportamentais e sociais adotadas para

conter o avanço da pandemia COVID-19 afetaram gravemente a maneira como as pessoas morreram em vários países.

Em certas sociedades e culturas, os rituais relacionados com a morte encontram-se difundidos por meio de cerimónias, que se podem prolongar por meses e/ou anos, com elaboração de rituais lutosos. No entanto, durante a pandemia rituais como velórios, enterros, missas e cultos e o contato físico com pessoas queridas foram inviáveis. Para as famílias, a escassez de contato juntamente com a ausência de rituais após a morte, dificultam muito o processo de luto, aumentando o número de casos de luto complicado.

Destaca-se a necessidade das despedidas, pois a sensação de vazio descrita nos processos de luto, assim como a sintomatologia conhecida sobre o tema, ganha ainda mais intensidade no contexto do isolamento social e inviabilidade de despedida, a qual é uma etapa essencial para esse processo. As despedidas promovem o contacto com a realidade da perda, favorecendo a sua assimilação e o processo de luto antecipatório.

Os autores propuseram estratégias de cuidado as famílias em luto, das quais se destacam:

- Estratégias de apoio emocional, através da estimulação dos familiares a realizarem as suas despedidas através do uso de tecnologia, como videochamadas e mensagens de voz;
- Caso o funeral seja adiado ou realizado em um período muito curto, a orientação é que seja reservado um tempo para criação de um memorial na própria casa;
- Realização de rituais alternativos, como cultos e missas virtuais ao vivo, homenagens virtuais, musicais ou através de fotografias
- Incentivar o apoio psicológico, com avaliação precoce de risco de suicídio.

O número de mortes durante a pandemia motivou o desencadeamento de medo, pânico, tristeza e desolação, que motivaram a prevalência de doenças mentais. A perda de um familiar e muito mais que um dado

estatístico. Destaca-se a importância do estabelecimento de estratégias de cuidado para as famílias em luto, conforme a necessidade singular de cada um.

Discussão de Resultados

A evidência extraída foi agregada em três domínios interpretativos de acordo com a nossa pergunta de investigação: **a) Fatores dificultadores do processo de luto (Pessoa e Família); b) Impacto psicológico e c) Estratégias e Intervenções de Apoio.**

a) Fatores dificultadores do processo de luto

Identificados pelos Doentes

Os resultados do estudo do **A1**, revelaram que os doentes sentiram **solidão** na fase final de vida, mesmo no domicílio. Houve um relato de um doente que se encontrava com febre leve e tosse, que considerou normal dado os tratamentos que se encontrava a realizar e vários membros da família deixaram de o visitar, porque tinham receio que ele tivesse infetado com COVID-19.

Ainda no mesmo estudo, os doentes que se encontravam próximo do fim da vida expressaram frustração por **não conseguir realizar seus últimos desejos**. Muitos desejavam passar os seus últimos momentos de vida junto da sua família e não foi possível dadas as restrições nas viagens e as normas de isolamento social. Também foi relatado o caso de um doente que no fim de vida se encontrava ansioso porque o seu último desejo seria dividir os seus bens igualmente entre as filhas, que não foi possível concretizar dada a indisponibilidade de serviços.

A **ausência de cuidados de enfermagem adequados no domicílio**, foi também visto como um fator dificultador do processo de luto. Dadas as limitações dos serviços no pico da pandemia, houve limitação na prestação de cuidados de enfermagem no domicílio em doentes que muitas das vezes habitavam sozinhos. Isto fez com que cuidados como o tratamento de feridas, por exemplo, fossem muitas vezes adiados, resultando em mau odor, agravamento e desenvolvimento de novas úlceras de pressão, comprometendo a autoimagem destes doentes.

Atentando aos resultados obtidos no **A2**, estes fatores tiveram essencialmente influência da vivência do processo de luto preparatório. Devido à pandemia houve um agravamento das questões emocionais e espirituais, muitas vezes comprometendo o cumprimento dos desejos de fim de vida destes doentes e colocando em questão as suas perspetivas de futuro e os sentimentos de integridade, propósito e valor pessoal foram muitas vezes questionados.

Identificados pelas Famílias

Os investigadores do estudo do **A1**, salientaram que as famílias se sentiram **desamparadas e culpadas** dada a incapacidade de cuidar do seu familiar. Houve relatos de vários cuidadores que referiram que as incertezas criadas pela COVID-19, por exemplo, em relação à situação de emprego, desviaram a atenção de cuidar do seu familiar. Ainda dentro deste âmbito, muitos referiram que a tensão financeira causada pelo desemprego, prejudicou a sua capacidade de atender às necessidades básicas dos seus familiares.

Estes fatores criam nas famílias sentimentos de **auto-culpa**, que tal como mencionado no **A3**, se constitui como um poderoso preditor de dificuldades relacionadas com o luto. Mencionado nesse artigo, foi possível verificar que os familiares que se sentiram traumatizados, dada a solidão e falta de preparação para que os seus familiares falecessem no domicílio. Isto porque também se constatou que com a pandemia as **decisões sobre o local de cuidados em fim de vida** foram afetadas. Muitas famílias sentiram que não tinham escolha a não ser ter os seus familiares em casa dado o acesso restrito de visitantes nos hospitais e outras instituições, mencionado como um fator intolerável.

Acresce aqui o medo do que vem depois, a solidão no processo de luto e o adiamento das celebrações. No **A4** os investigadores relatam a dor adicional sentida pelos familiares pela **inexistência de velórios e funerais adequados**. Muitos dos familiares foram privados de comparecer aos últimos rituais do seu ente querido devido às restrições do número de pessoas nas celebrações e aos bloqueios na passagem entre cidades. Este fator faz com que as

famílias se sintam impotentes e frustradas, aumentando o seu isolamento, por acharem que não conseguiram honrar devidamente a partida do seu familiar.

Destaca-se a necessidade das despedidas antes e depois da morte, pois a sensação de vazio descrita nos processos de luto, assim como a sintomatologia conhecida sobre o tema, ganha ainda mais intensidade no contexto do isolamento social e inviabilidade de despedida, **aumentado o número de casos de luto complicado.**

b) Impacto Psicológico

De acordo com o **A3**, as famílias manifestaram muitas emoções negativas durante a pandemia, relacionadas com o processo de luto dos seus familiares. Muitos relatam **angústia**, associada há impossibilidade de se despedirem e à **culpa** de não conseguirem cuidar adequadamente dos seus familiares. Também o **desamparo**, por não poderem contactar com os restantes membros da família presencialmente e por todo o contacto ser feito por meio de um ecrã de telemóvel. Muitos referem **medo**, sobretudo associado ao que vem depois da morte e ao receio de não poderem celebrar a morte dos seus familiares devidamente.

A carga psicológica que os doentes e suas famílias passaram durante este período foram evidentes, tudo isso no contexto do **aumento dificuldades de saúde mental**, como depressão e ansiedade generalizada, em comparação com a era pré-pandemia, como é relatado no **A3**.

É possível afirmar que as próprias restrições projetadas para proteger contra a COVID-19, foram promotoras da angústia e do sofrimento.

c) Estratégias e Intervenções de Apoio

A **procura de alternativas para o cumprimento dos desejos de final de vida**, foi uma das principais estratégias a adotar, mencionadas no **A1**. Muitos doentes relataram o desejo de estar junto das suas famílias a viver a sua fase final de vida, e em situações que isso não foi possível assegurar fisicamente, foram realizadas videochamadas para assegurar esse contacto. Também nesse mesmo artigo, os investigadores referem que o **aconselhamento dos doentes e famílias**

sobre a progressão da doença ou videochamadas, se constitui como uma medida de apoio, que promove um maior conforto e sensação de controlo por parte dos doentes e famílias.

No **A3**, os investigadores referem que dada a impossibilidade de realização de celebrações, a realização de **rituais fúnebres alternativos** como cultos, missas virtuais e musicais auxiliam no processo de despedida. Nesse mesmo artigo, foi mencionado que em situações que os funerais sejam adiados ou realizados de forma breve, seria benéfico a **criação de um memorial da própria pessoa em casa**.

A adoção de **estratégias de apoio emocional**, através da escuta ativa e da estimulação dos familiares a expressarem os seus sentimentos junto de profissionais bem posicionados para os ajudarem, é uma estratégia mencionada como eficaz. Muitos dos artigos mencionaram o apoio psicológico como fulcral numa fase precoce, especialmente porque viabiliza a avaliação do risco de suicídio e de depressão, nas pessoas que vivenciam o processo de luto numa altura tão particular como esta.

Implicações para a prática de enfermagem

Em seguida, serão apresentados os diagnósticos de enfermagem e respetivas intervenções, planeadas de acordo com os resultados esperados, relacionados com vivência do luto em tempo de pandemia. Os diagnósticos e intervenções de enfermagem foram formulados de acordo com a *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (CIPE) e baseados nos resultados desta revisão:

Diagnóstico de Enfermagem: Risco de Luto Complicado [*pode ser manifestado pela família e justificado pelo facto da própria não aceitar a morte do seu familiar, pela ausência de despedida ainda em vida, com as restrições de visitas aos hospitais e/ou outras instituições, e depois da morte, com as restrições impostas durante celebrações como velórios e funerais*]

Resultado Esperado: Luto Integrado Atual

Intervenções de Enfermagem:

- Avaliar o Luto, avaliando em que fase do luto é que a pessoa se encontra;

- Ensinar sobre o Luto, ensinando as fases do processo de Luto e as manifestações mais frequentes em cada uma das fases;

- Apoiar o processo de Luto, dando espaço para a expressão de sentimentos, demonstrando valorização e apoio por parte da equipa;

- Providenciar apoio emocional, escuta ativa e aceitação, especialmente em períodos de desequilíbrio emocional, geradores de ansiedade e sofrimento;

- Vigiar a evolução do Luto, permitindo avaliar eficácia das intervenções desenvolvidas, podendo reestruturar as mesmas em caso de necessidade.

- Elogiar progressos;

- Fornecer apoio psicológico à família, se assim o pretenderem. (Ordem dos Enfermeiros, 2015) (Ordem dos Enfermeiros, 2015) (Alves, 2020)

Diagnóstico de Enfermagem: Bem-estar Psicológico Comprometido [pode ser justificado pelo facto de a própria pessoa e/ou sua família não conseguirem fazer o seu processo de luto de forma salutar]

Resultado Esperado: Bem-estar Psicológico Melhorado

- Oferecer apoio (abraçar a pessoa e/ou familiar ou tocá-lo);

- Desenvolver um processo de comunicação eficaz, em que haja obtenção de informação e construção de uma narrativa clínica coerente entre os profissionais de saúde e a pessoa e/ou família.

- Providenciar escuta ativa, ouvindo as preocupações do doente e/ou família;

- Evitar barreiras à escuta ativa (preconceitos, pressupostos ou preocupações pessoais);

- Avaliar as expectativas da pessoa e/ou família, de forma a perceber se as mesmas estão ajustadas à realidade;

- Gerir as expectativas irrealistas e/ou ideias erróneas da pessoa e/ou família;

- Fornecer apoio psicológico/espiritual à pessoa e/ou família, se assim o pretenderem.

- Encorajar expressão de sentimentos, pensamentos e preocupações (respeitando inclusive o silêncio).

(Ordem dos Enfermeiros, 2015) (Ordem dos Enfermeiros, 2015) (Alves, 2020)

Conclusão

A presente RIL possibilitou compreender o impacto da pandemia na vivência do processo de luto dos doentes e familiares em cuidados paliativos.

Partindo da pergunta de investigação – **“Qual o Impacto da Pandemia na Vivência do Processo de Luto dos Doentes e Familiares em Cuidados Paliativos”** – foi possível aferir, através dos resultados expostos, que de uma forma geral e abrangente, a pandemia teve repercussões em larga escala na vivência do processo de luto dos doentes e familiares em cuidados paliativos.

O isolamento social constituiu-se como um fator de grande risco para complicações no luto, demonstrando consequências físicas, psicológicas e sociais, decorrentes do distanciamento entre os familiares. Para além da perda, as pessoas em luto ressentem-se na impossibilidade de falar, de estar perto e de poder abraçar a outra pessoa e, portanto, tal contribui para a perceção de falta de apoio e de sentimentos de solidão, que para além de fazerem parte de qualquer experiência de luto, se encontram agravadas pelas condicionantes da pandemia.

Durante a realização da presente revisão, a principal lacuna identificada foi escassez de literatura relativa ao processo de luto em

tempos de pandemia, direcionada para os cuidados paliativos e em Portugal, devido a ser algo recente que carece de pesquisas relacionadas a essa temática para compreender o impacto dessa realidade no processo de luto das pessoas e famílias acometidas.

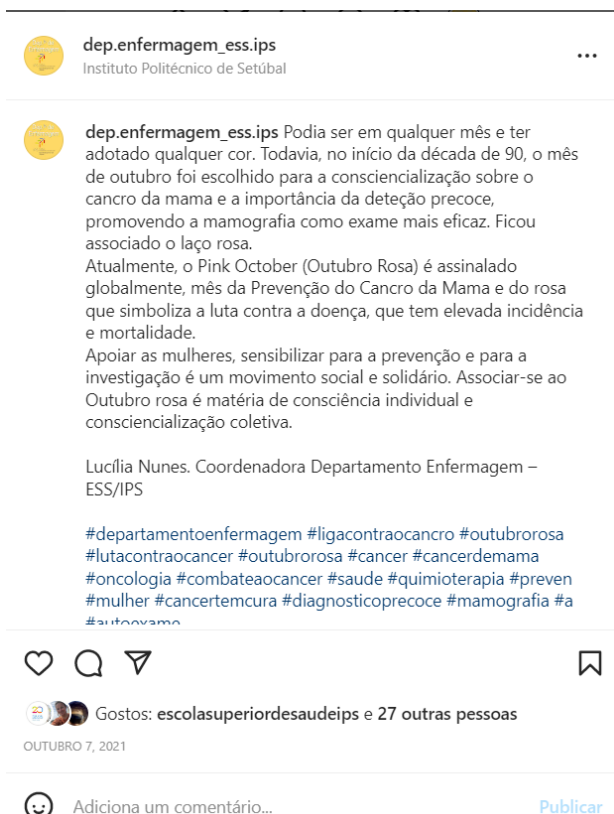
Referências Bibliográficas

- Alves, J. (2020). Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica com a Pessoa em Processo de Luto. Portalegre: Instituto Superior de Portalegre, Escola Superior de Saúde. Obtido de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33513/1/BCTFC101.pdf>
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). JBI Reviewer's Manual. Obtido em Junho de 2020, de <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- Bento, A. (2012). Revista JA. *Como fazer uma revisão da literatura: considerações teóricas e práticas*, 7(65), pp. 42-44. Obtido em 20 de janeiro de 2022, de <http://www3.uma.pt/bento/Repositorio/Revisaodaliteratura.pdf>
- Brito, S., Braga, I., Cunha, C., Augusta, C., Augusta, M., Palácio, V., & Takenamil, I. (2020). Pandemia da COVID-19: o maior desafio do século XXI. Obtido em 26 de maio de 2021, de https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/07/1103209/2020_p-028.pdf
- Dhavale, P., Koparkar, A., & Fernandes, P. (2020). Indian Journal of Palliative Care. *Palliative Care Interventions from a Social Work Perspective and the Challenges Faced by Patients and Caregivers during COVID-19*, 26(1). Índia.
- Donato, H., & Donato, M. (2019). Etapas na Condução de uma Revisão Sistemática. *Acta Medica Portuguesa*, 227-2235. Obtido em 12 de outubro de 2021, de <https://core.ac.uk/download/pdf/195808557.pdf>
- Katz, N., McInerney, M., Ravindran, G., & Gold, M. (2020). Internal Medicine Journal. *Silent suffering of the dying and their families: impact of COVID-19*(51), pp. 433-435.
- Moreira, B. (2021). O Luto em tempos de COVID-19: a Experiência dos Familiares de Doentes em Cuidados Paliativos. Porto: Católica, Faculdade de Educação e Psicologia. Obtido de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/34666/1/202750710.pdf>
- Oliveira, E., Neto, F., Moreira, R., Lima, G., Santos, F., Freire, M., . . . Campos, M. (2020). Enfermagem Foco. *"Aquele adeus, não pude dar": Luto e Sofrimento em Tempos de COVID-19*, 11(2), pp. 55-61.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Cuidados Paliativos para uma Morte Digna - Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Lisboa. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CIPE_Cuidados%20Paliativos.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Lisboa.
- Page, N., Naik, V., Fernandes, P., Nirabhawane, V., & Chaudhari, S. (2020). Indian Journal of Palliative Care. *Homecare and the COVID-19 Pandemic – Experience at an Urban Specialist Cancer Palliative Center*. Índia.
- Wallace, C., Wladkowski, S., Gibson, A., & White, P. (2020). Journal of Pain and Symptom Management. *Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers*, 60(1).

MEDIA REPORTS

Campanha Liga Portuguesa Contra o Cancro – “Outubro Rosa” (outubro 2021)

Participação na Campanha "Outubro Rosa", promovida pela Liga Portuguesa Contra o Cancro (LPCC) em outubro de 2021. A ESS/IPS aderiu e assinalámos a importância do diagnóstico precoce, sob forma de foto reportagem de docentes e estudantes. A galeria de imagens ficou disponível no [Instagram do Departamento de Enfermagem](#).





COMEMORAÇÃO DO DIA INTERNACIONAL DOS CUIDADOS PALIATIVOS 2021

Não Deixe Ninguém para Trás – Equidade no Acesso aos Cuidados Paliativos

Decorrente do programa do 4º ano do Curso de Licenciatura de Enfermagem da ESS/IPS no âmbito da UC de Enfermagem VIII organizámos o seminário internacional Ligando Realidades em Cuidados Paliativos que visou refletir sobre a atuação do Enfermeiro nos contextos comunitário e hospitalar em Cuidados Paliativos fazendo uma análise entre a realidade Portuguesa e Belga.

O seminário associou-se às comemorações do Dia Mundial dos Cuidados Paliativos: Não Deixe Ninguém para Trás – Equidade no Acesso aos Cuidados Paliativos.

#BecauseIMatter #MyCareMyRight #Departamentoenfermagem

The poster features a blue and white geometric background with a large white star. The text is arranged as follows:

Seminário Virtual
Linking Realities in Palliative Care
Ligando Realidades em Cuidados Paliativos

14h00 – Contexto Comunitário. Enfermeira Catarina Pazes
Mestrado em Cuidados Paliativos; Docente na Escola superior de Saúde do IPBeja
Equipa de Apoio Comunitário em Cuidados Paliativos Beja+
Presidente da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP)

14h30 – The past, the present and the future of me and palliative care in Belgium. Prof. Christine De Bosschere
Professor at Artevelde University in Ghent;
Palliative Care Nurse Specialist;
Coordinator of the International Program on Palliative and End of Life Care.

15h30 – Contexto Hospitalar. Enfermeira Paula Coelho
Mestrado em Enfermagem; Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica
Equipa hospitalar de Apoio aos Cuidados Paliativos, Hospital de São Bernardo - Setúbal

15/10/2021 – 14h00-16h00
Plataforma Zoom-Colibri
<https://videoconf-colibri.zoom.us/j/5707340127>

#BecauseIMatter
#MyCareMyRight
#Departamentoenfermagem

IPS-ESS | Departamento de Enfermagem

NÃO DEIXE NINGUÉM PARA TRÁS
EQUIDADE NO ACESSO AOS CUIDADOS PALIATIVOS

EU DRES | Engaged and Entrepreneurial European University as Driver for European Smart and Sustainable Regions

