



**CONCURSO PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM DA  
SECÇÃO REGIONAL SUL DA ORDEM DOS ENFERMEIROS**

**Candidatura do Projeto de Melhoria Contínua da Unidade de Cuidados  
Paliativos do Hospital da Luz**

**Título**

**APOIO AO LUTO  
EM FAMILIARES DE CLIENTES EM CUIDADOS  
PALIATIVOS**

**Autores:**

**Maria Aparício**

**Joana Bragança**

**Joel Ferreira**

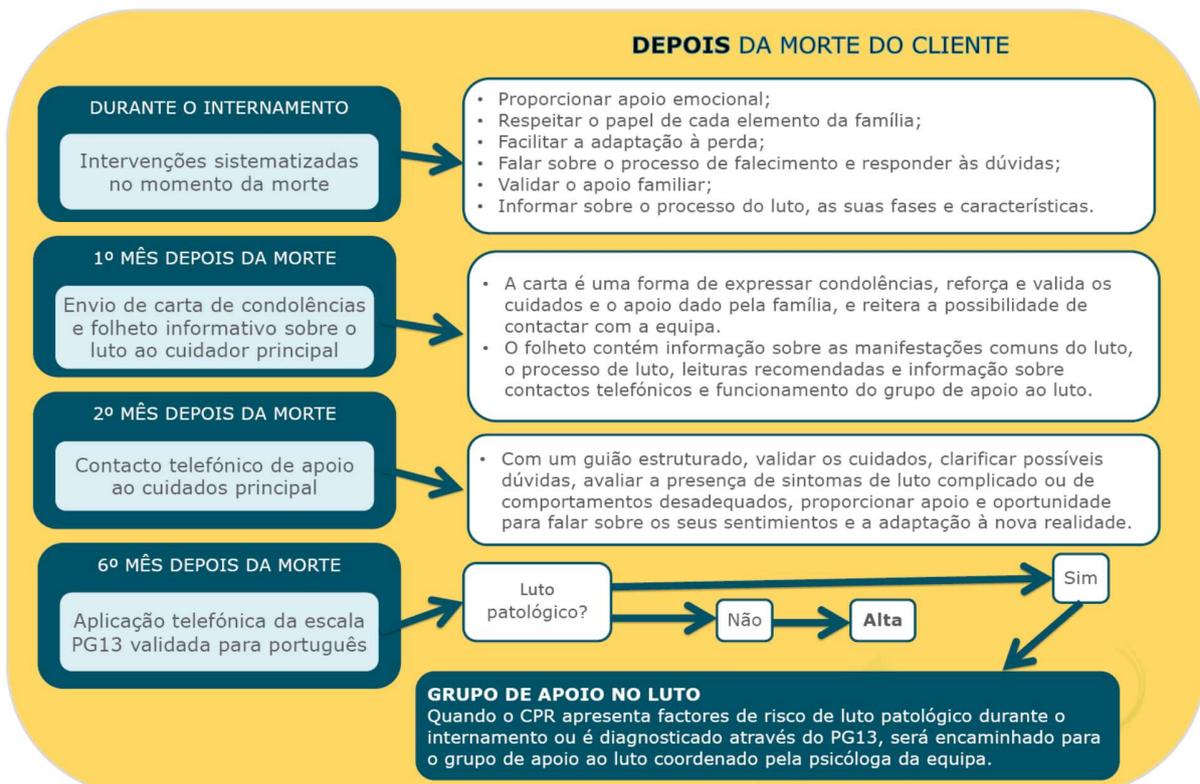
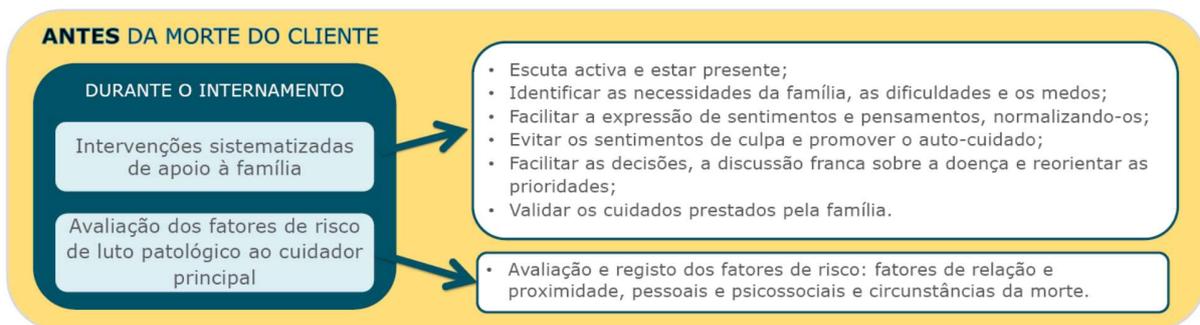
**Cristina Rodrigues**

**Lisboa janeiro, 2015**

## Responsáveis do projeto

Nomes	Endereço eletrónico	Telefone
Maria del Cármen Lopez Aparício	<a href="mailto:maparicio@hospitaldaluz.pt">maparicio@hospitaldaluz.pt</a>	961510677
Joana Figueiredo Bragança	<a href="mailto:jbraganca@hospitaldaluz.pt">jbraganca@hospitaldaluz.pt</a>	914648812
Joel José Ferreira	<a href="mailto:jiferreira@hospitaldaluz.pt">jiferreira@hospitaldaluz.pt</a>	968884056

2



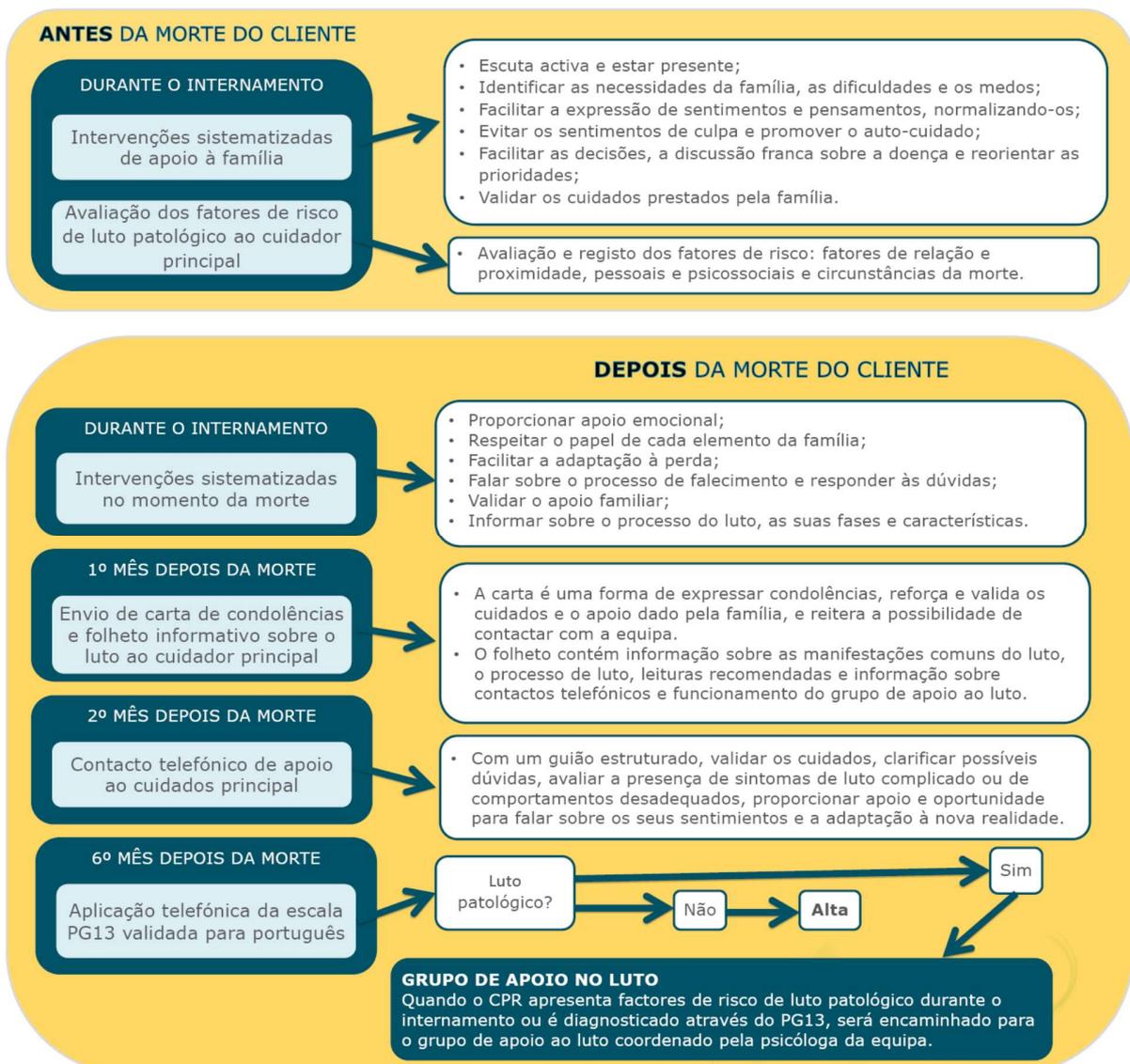
Cristina Patricia Rodrigues	<a href="mailto:cprodrigues@hospitaldaluz.pt">cprodrigues@hospitaldaluz.pt</a>	962637169
-----------------------------	--	-----------

## Identificação da organização

Hospital da Luz

### Serviço

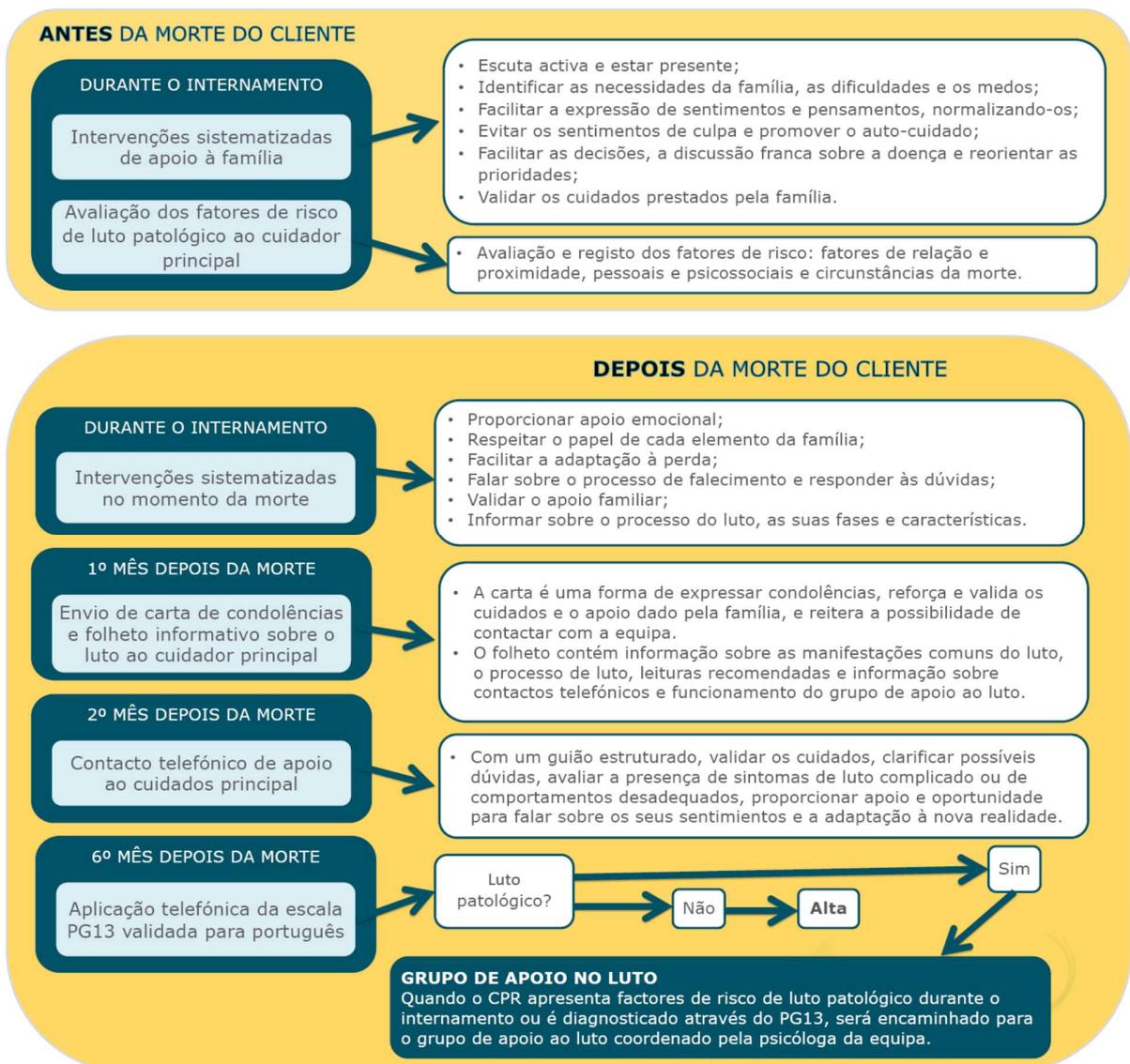
3



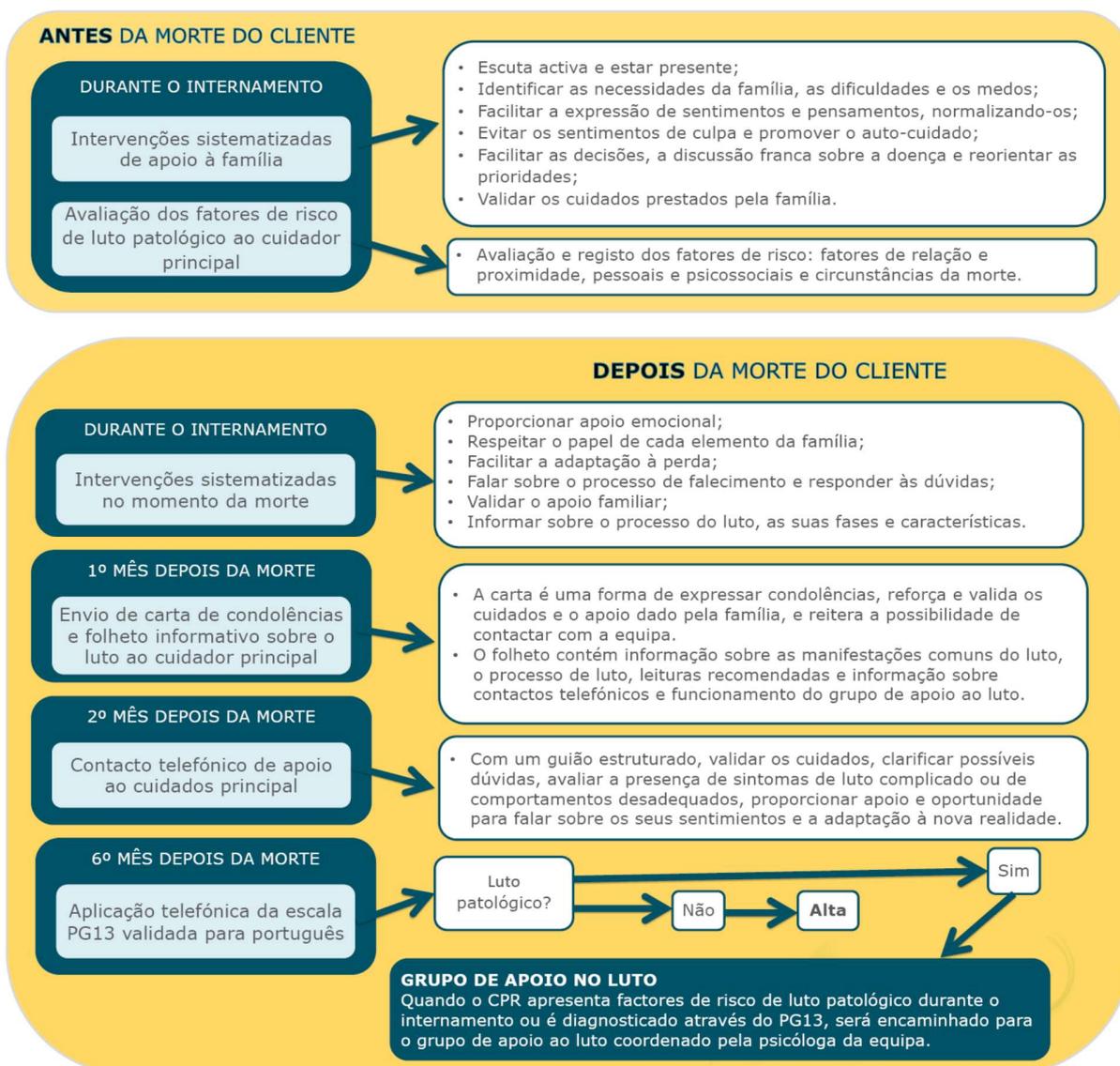
## Unidade de Cuidados Paliativos

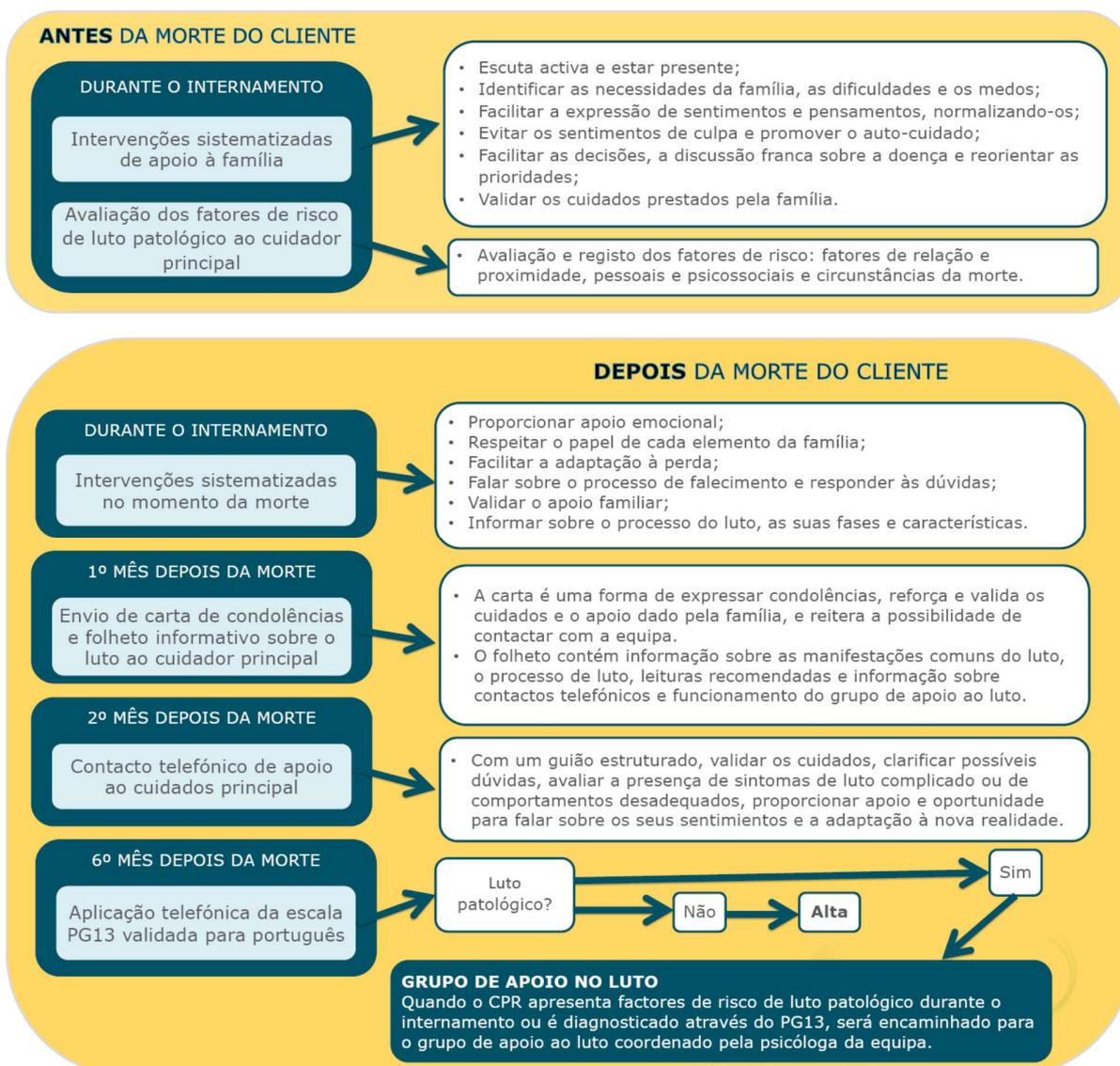
### SIGLAS E ABREVIATURAS

4



APCP	Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CP	Cuidados Paliativos
CPR	Cuidador Principal
CPRs	Cuidadores Principais
OE	Ordem dos Enfermeiros
PAL	Projeto de Apoio ao Luto
PG	Prolonged Grief Disorder
UCCP	Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos
UCP	Unidade de Cuidados Paliativos



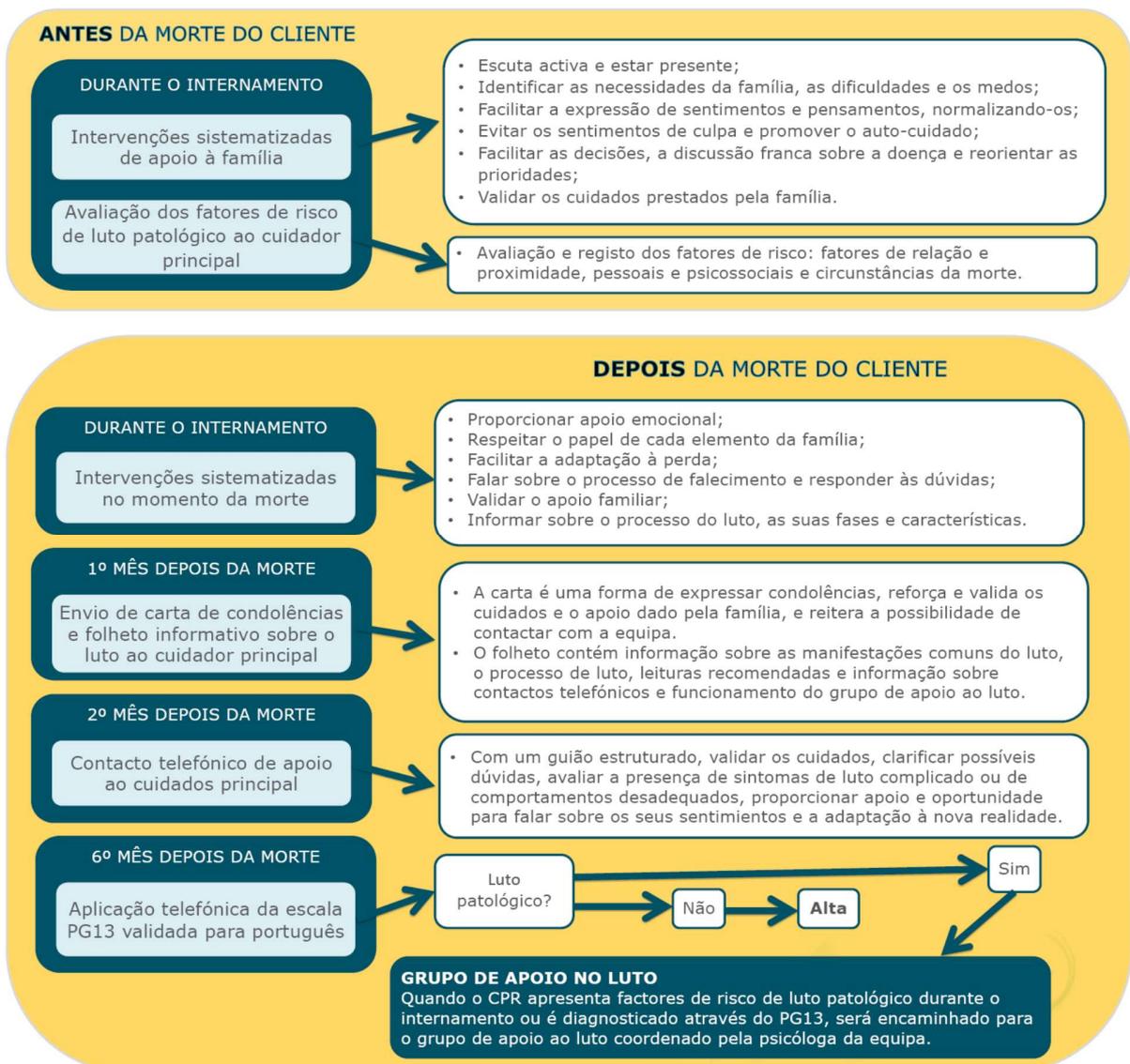


# ÍNDICE GERAL

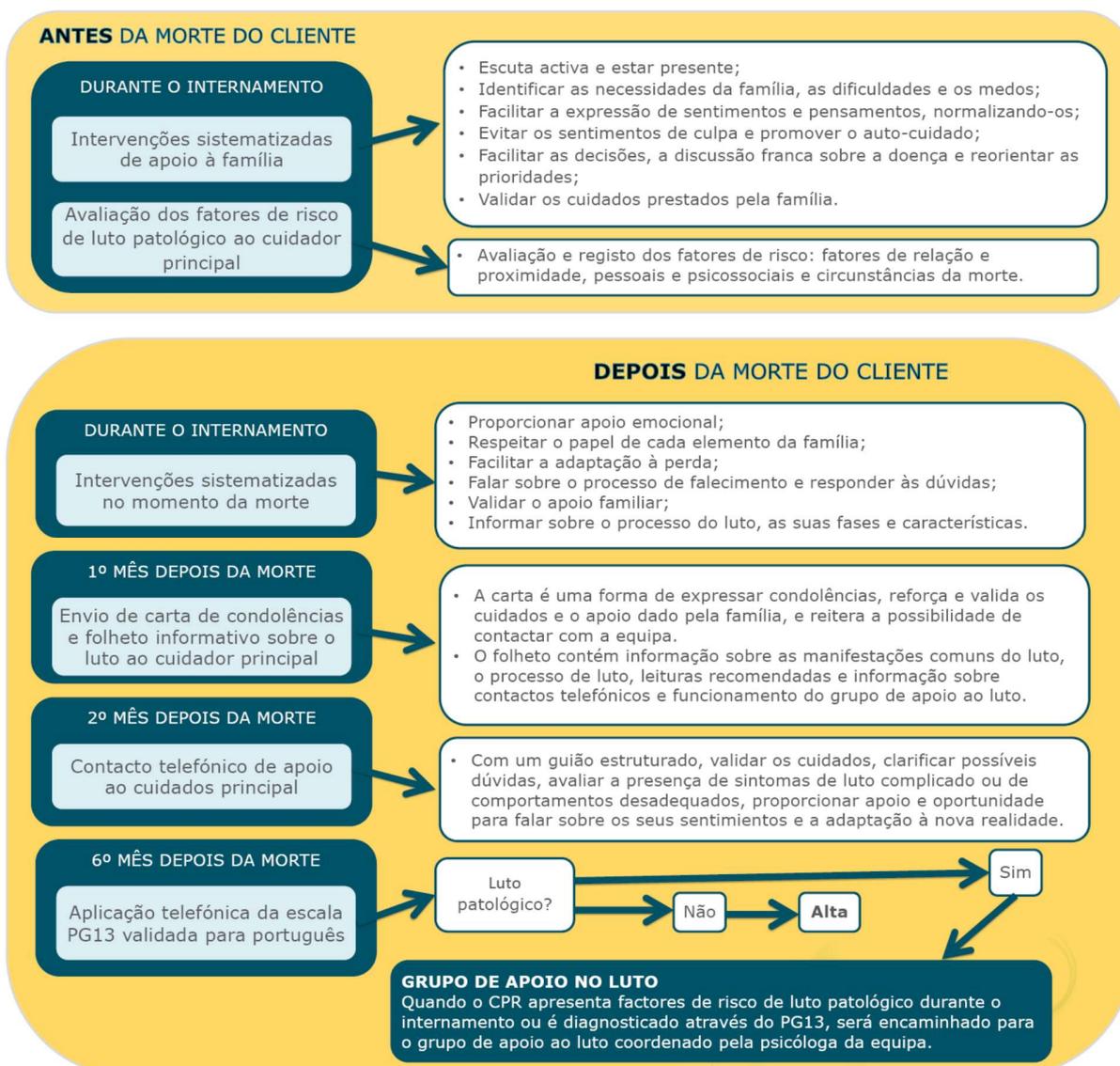
INTRODUÇÃO..... 13

1. ENQUADRAMENTO..... 14

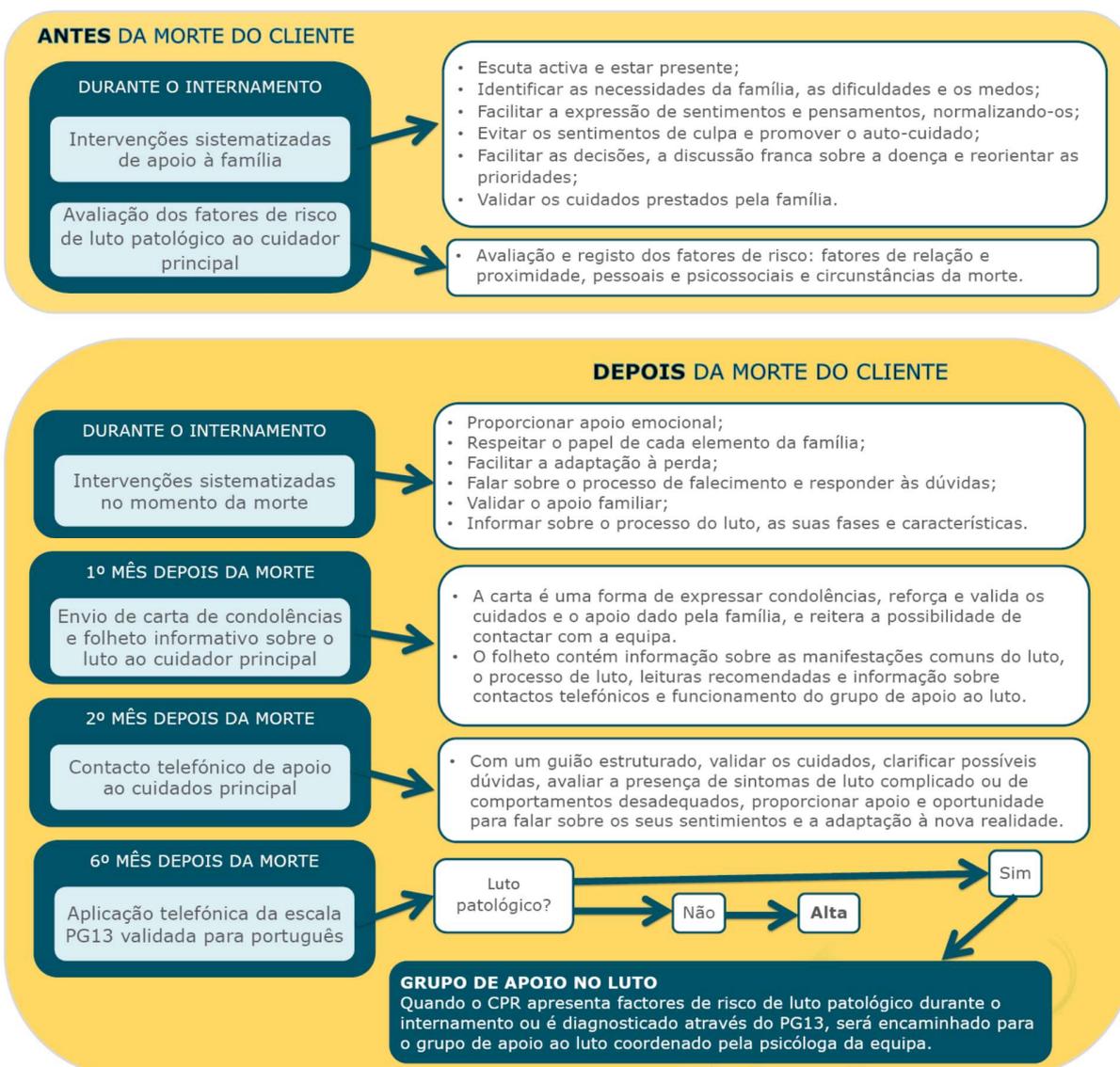
7



• 1.1. ENFERMAGEM E CUIDADOS PALIATIVOS.....	14
• 1.2. CRITÉRIOS DE QUALIDADE EM CUIDADOS PALIATIVOS .....	15
• 1.3. LUTO .....	16
• 1.4. DESCRIÇÃO DA UNIDADE E IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA.....	21
• 1.5. ETAPAS DO PROJETO .....	22
1.5.1. ANTES DO ÓBITO DO CLIENTE.....	22
1.5.2. DEPOIS DO ÓBITO DO CLIENTE .....	24
1.5.3. GRUPO DE APOIO AO LUTO .....	26
• 1.6. OBJETIVOS .....	28
<b>2. OPERACIONALIZAÇÃO.....</b>	<b>29</b>
• 2.1. DIMENSÃO ESTUDADA .....	30
• 2.2. UNIDADES DE ESTUDO .....	30
• 2.3. TIPO DE DADOS.....	31
• 2.4. FONTE DE DADOS.....	32
• 2.5. TIPO DE AVALIAÇÃO.....	32
• 2.6. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO.....	33



• 2.7 COLHEITA DE DADOS .....	36
• 2.8. RELAÇÃO TEMPORAL .....	36
• 2.9. DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO.....	36
• 2.10. INTERVENÇÃO PREVISTA .....	37
<b>3. AVALIAÇÃO DO PROJETO .....</b>	<b>38</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS:.....</b>	<b>43</b>
<b>5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....</b>	<b>45</b>
<b>6. APÊNDICES .....</b>	<b>55</b>
• APÊNDICE 1 - FLUXOGRAMA DO PROGRAMA DE APOIO AO LUTO .....	58
• APÊNDICE 2 - DOCUMENTO DE APOIO PARA AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO DE LUTO PATOLÓGICO NO CUIDADOR PRINCIPAL .....	63
• APÊNDICE 3 - CARTA DE CONDOLÊNCIAS.....	72
• APÊNDICE 4 -FOLHETO DE APOIO NO LUTO.....	78
• APÊNDICE 5 - GUIÃO DE CONTACTO TELEFÓNICO .....	87
• APÊNDICE 6 - INFORMAÇÃO A COLHER NA PRIMEIRA SESSÃO DE APOIO NO LUTO .....	95

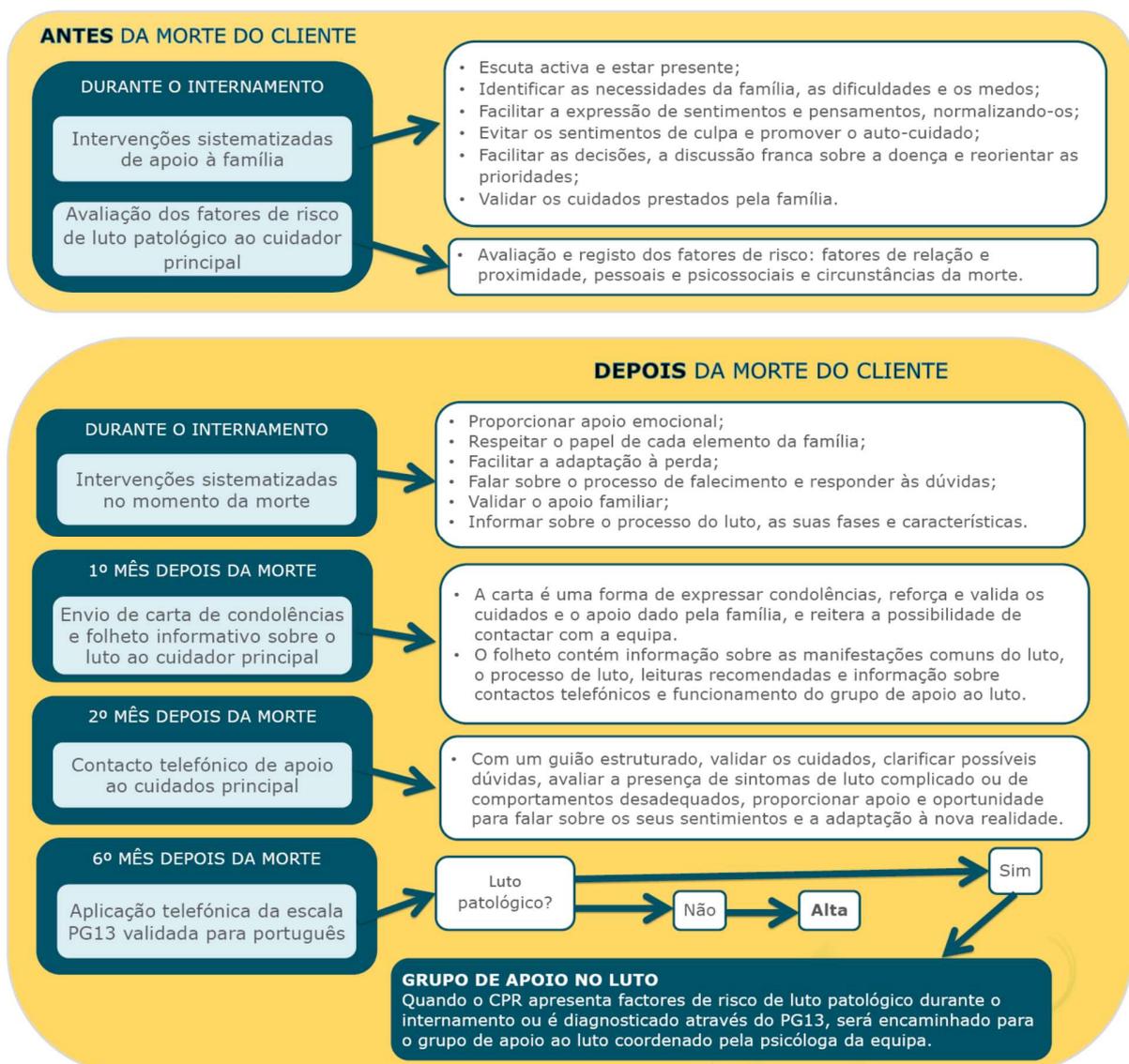


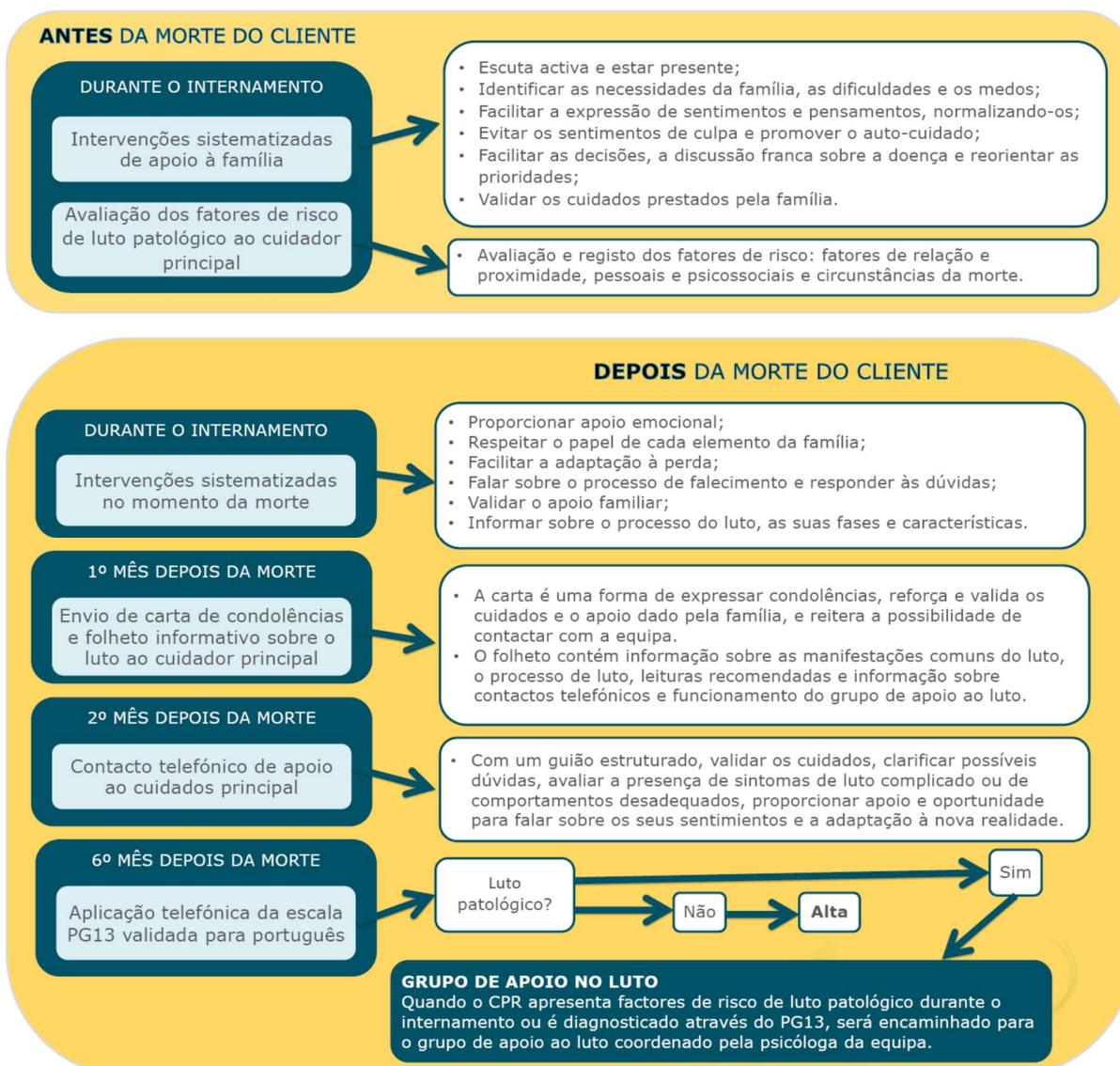
7. ANEXOS ..... 102

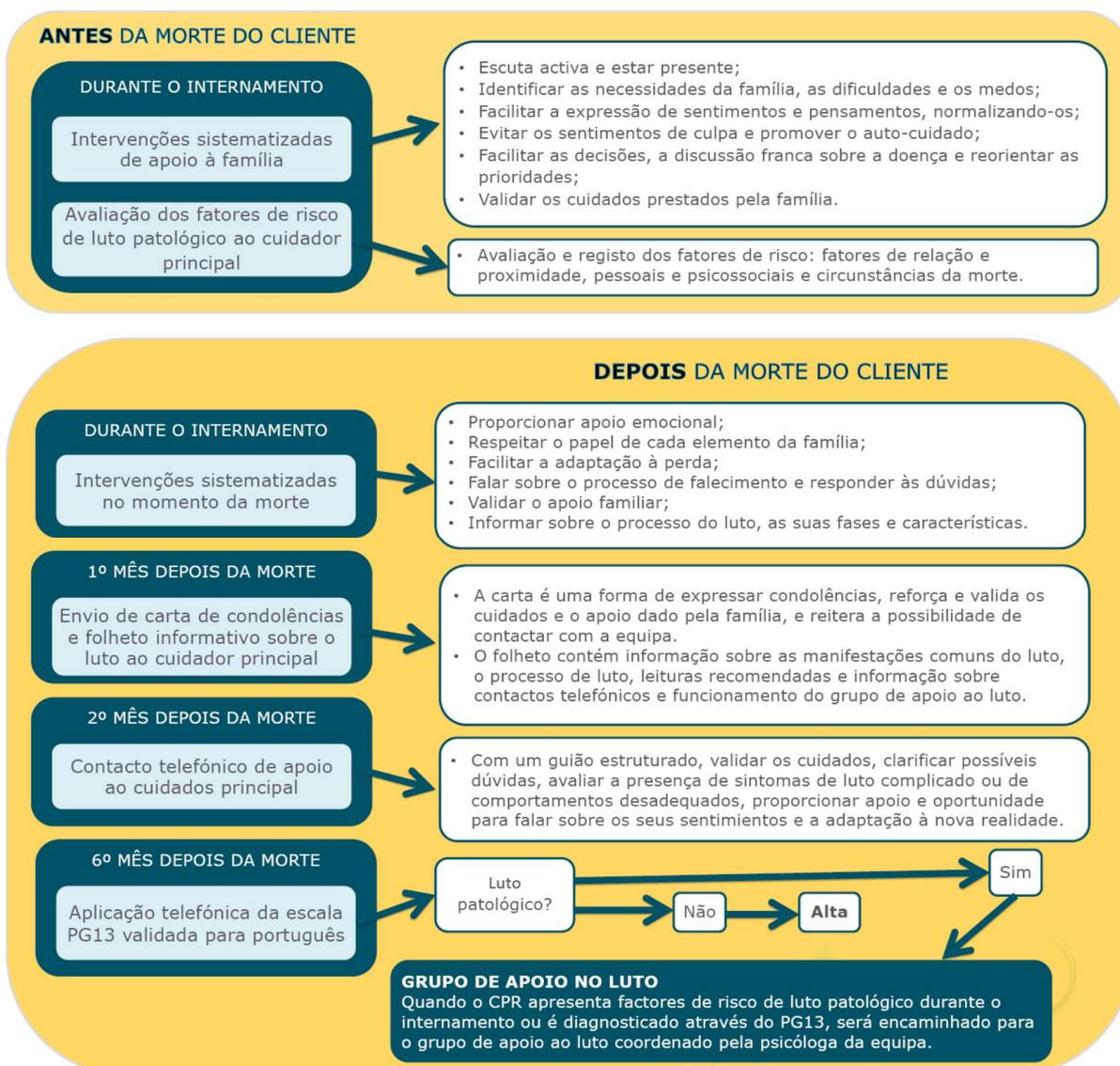
- ANEXO 1 - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO LUTO PROLONGADO (PG-13) .....105

# ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Critérios de avaliação .....33





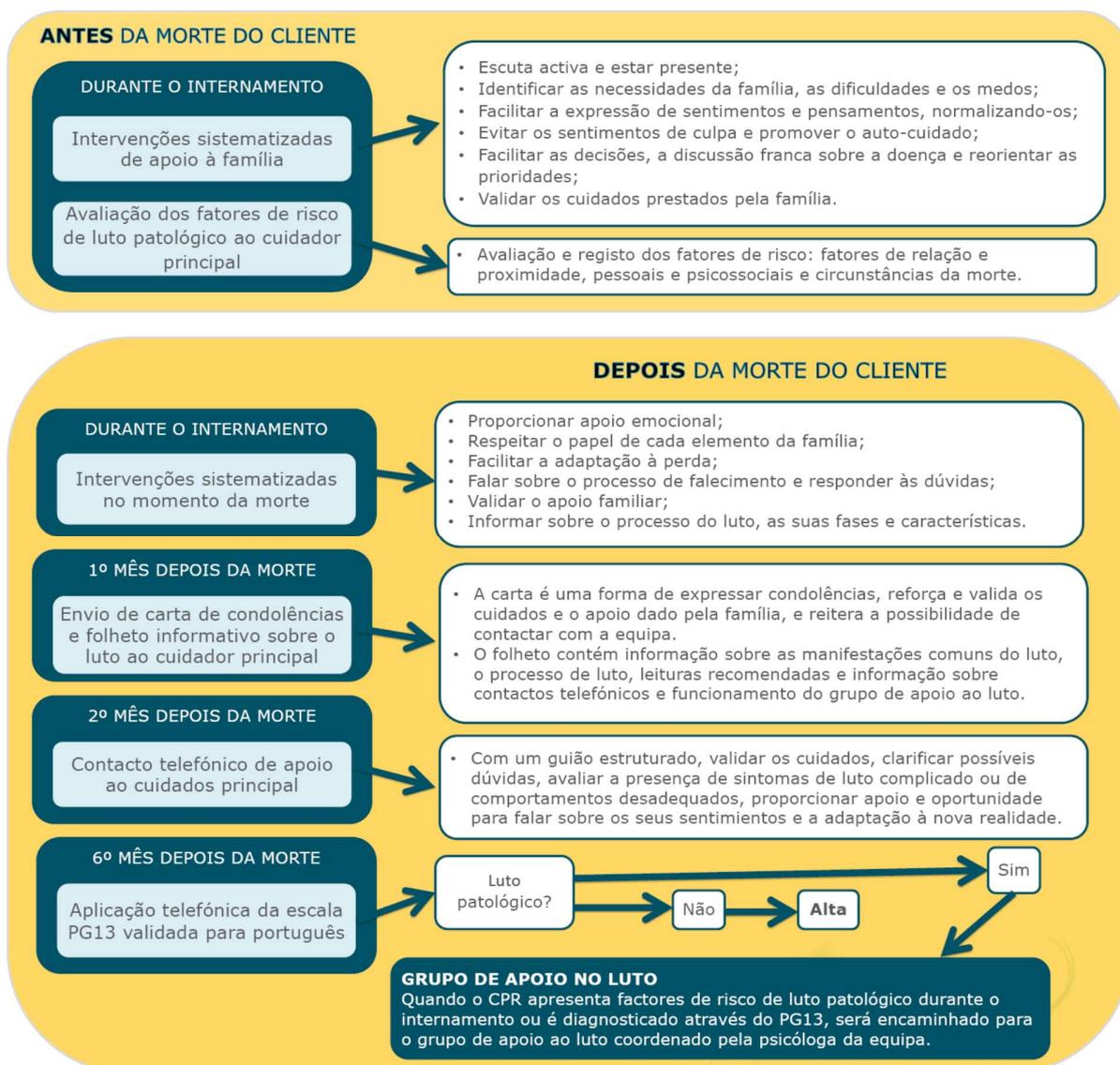


## INTRODUÇÃO

A Unidade de Cuidados Continuados e Paliativos (UCCP) do Hospital da Luz (HL) tem como objetivo a prestação de cuidados especializados e de qualidade a doentes e famílias no processo total da doença, incluindo o luto. Construímos o Projeto de Apoio ao Luto (PAL) para responder estruturada e adequadamente à necessidade identificada do apoio à família no luto.

Pretendemos que este projeto se enquadre nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE), assim como nos domínios e competências para a Enfermagem Especializada em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2014 a,b). Foi consultada literatura sobre o luto e qualidade, e documentos da Associação Portuguesa de

13



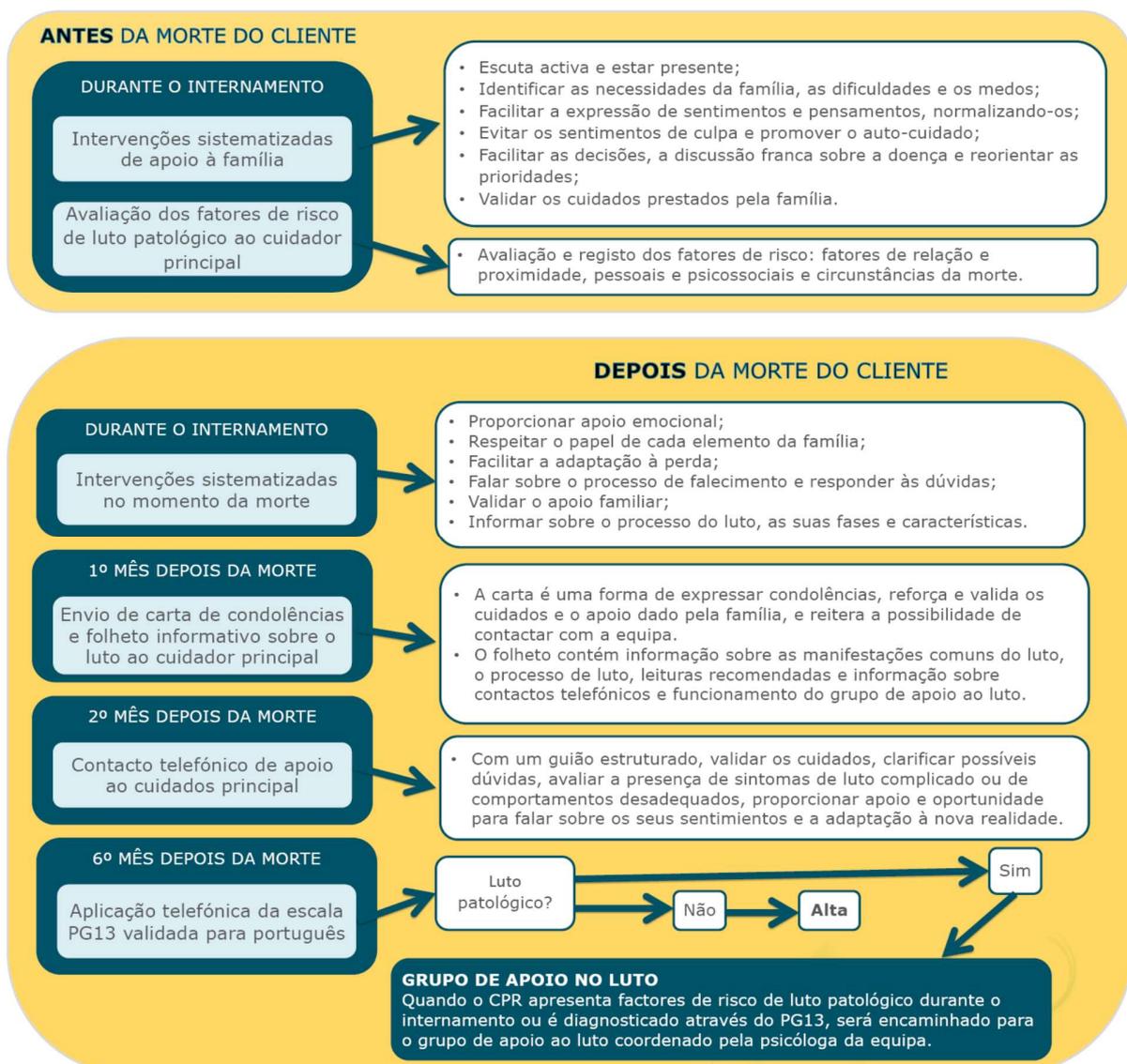
Cuidados Paliativos (APCP, 2006) sobre os critérios de qualidade que devem nortear as equipas de cuidados paliativos (CP).

## 1. ENQUADRAMENTO

### 1.1. ENFERMAGEM E CUIDADOS PALIATIVOS

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2006) definiu CP como cuidados que visam melhorar a qualidade de vida das pessoas doentes com doenças graves e/ou incuráveis, e suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação adequada e tratamento rigoroso dos problemas físicos, psicossociais e espirituais presentes. Os

14



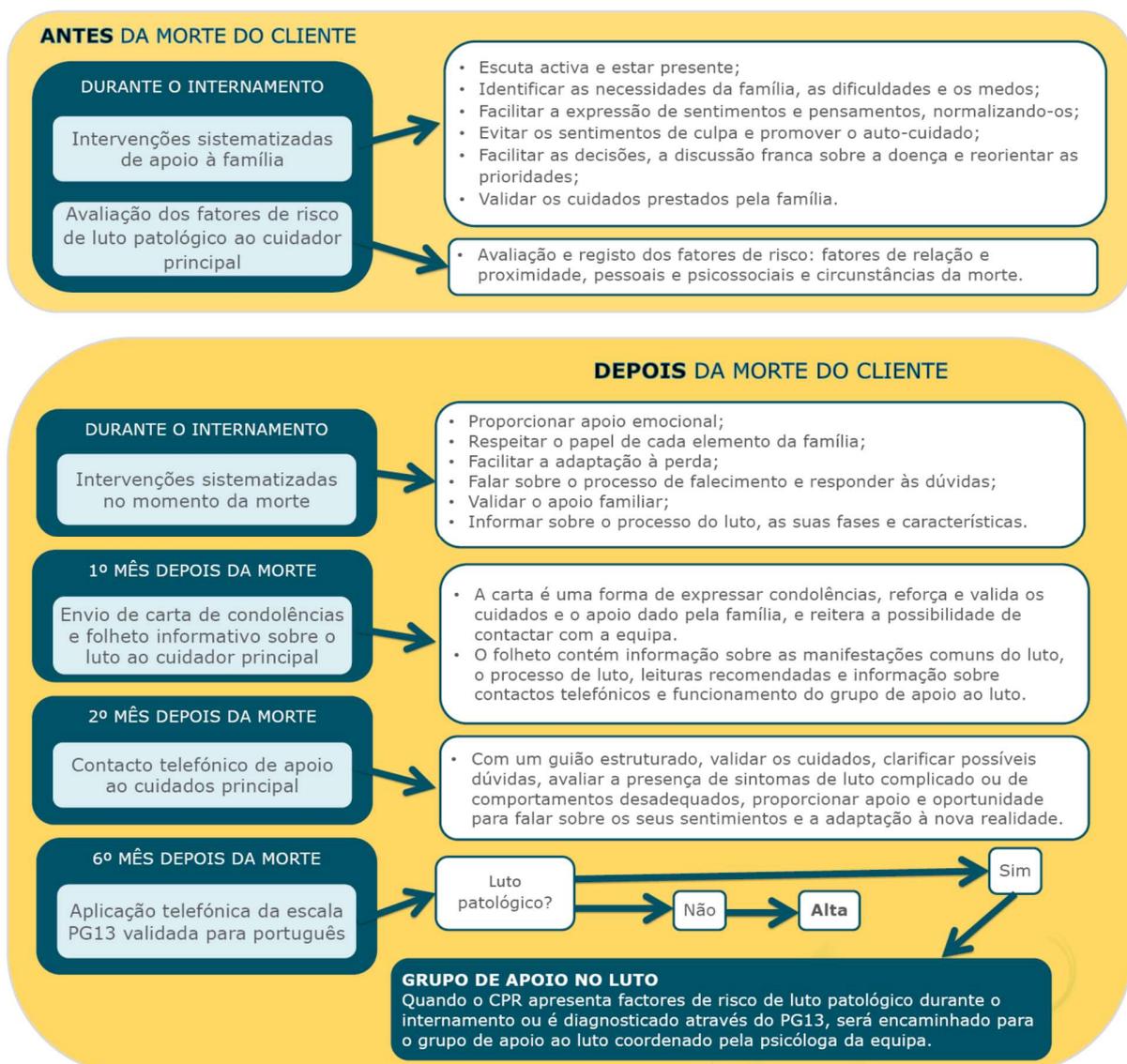
CP devem ser prestados em qualquer estadiu da doença, do diagnóstico à fase terminal, incluindo o apoio no luto.

Baseada no Modelo de Preservação da Dignidade de Chochinov (2004), a OE publicou um catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): “Cuidados Paliativos para uma Morte Digna”, que inclui os diagnósticos de luto, luto antecipatório e luto complicado.

## 1.2. CRITÉRIOS DE QUALIDADE EM CUIDADOS PALIATIVOS

A APCP definiu critérios de qualidade para a prestação de CP em três vertentes: 1. Cuidados à pessoa doente e família; 2. Trabalho em equipa e 3. Avaliação e melhoria da qualidade.

15



Na vertente 1 estão os seguintes critérios, entre outros:

- Critério 13: O risco de luto patológico deverá ser avaliado e registado
- Critério 14: O apoio no luto deverá ser suportado por um plano específico e personalizado.

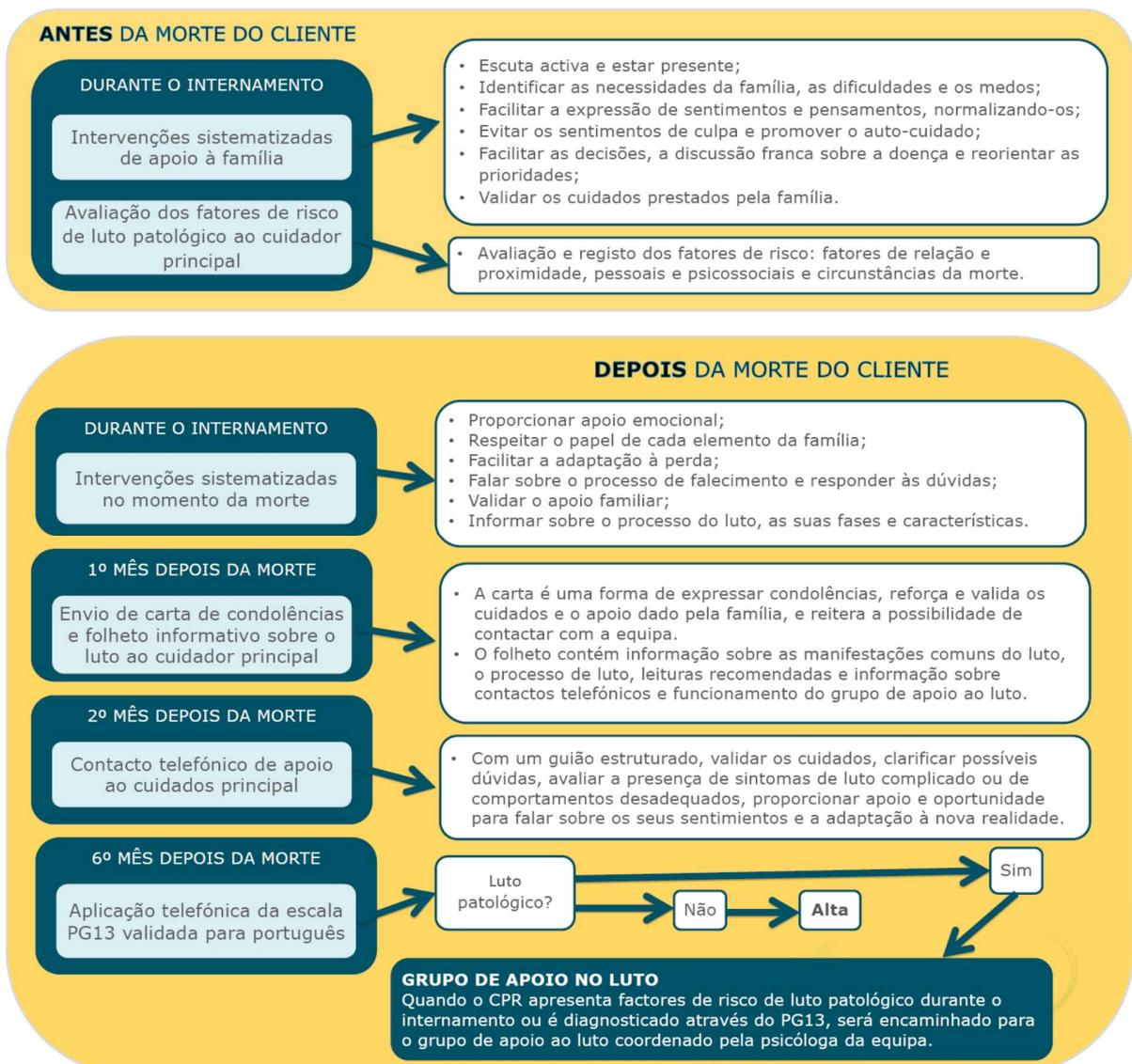
Na vertente 3 está o seguinte critério:

- Critério 32: Deverá ser criado e implementado um processo sistematizado de melhoria da qualidade (APCP, 2006).

Foram estes os critérios que nortearam a construção deste programa.

### 1.3. LUTO

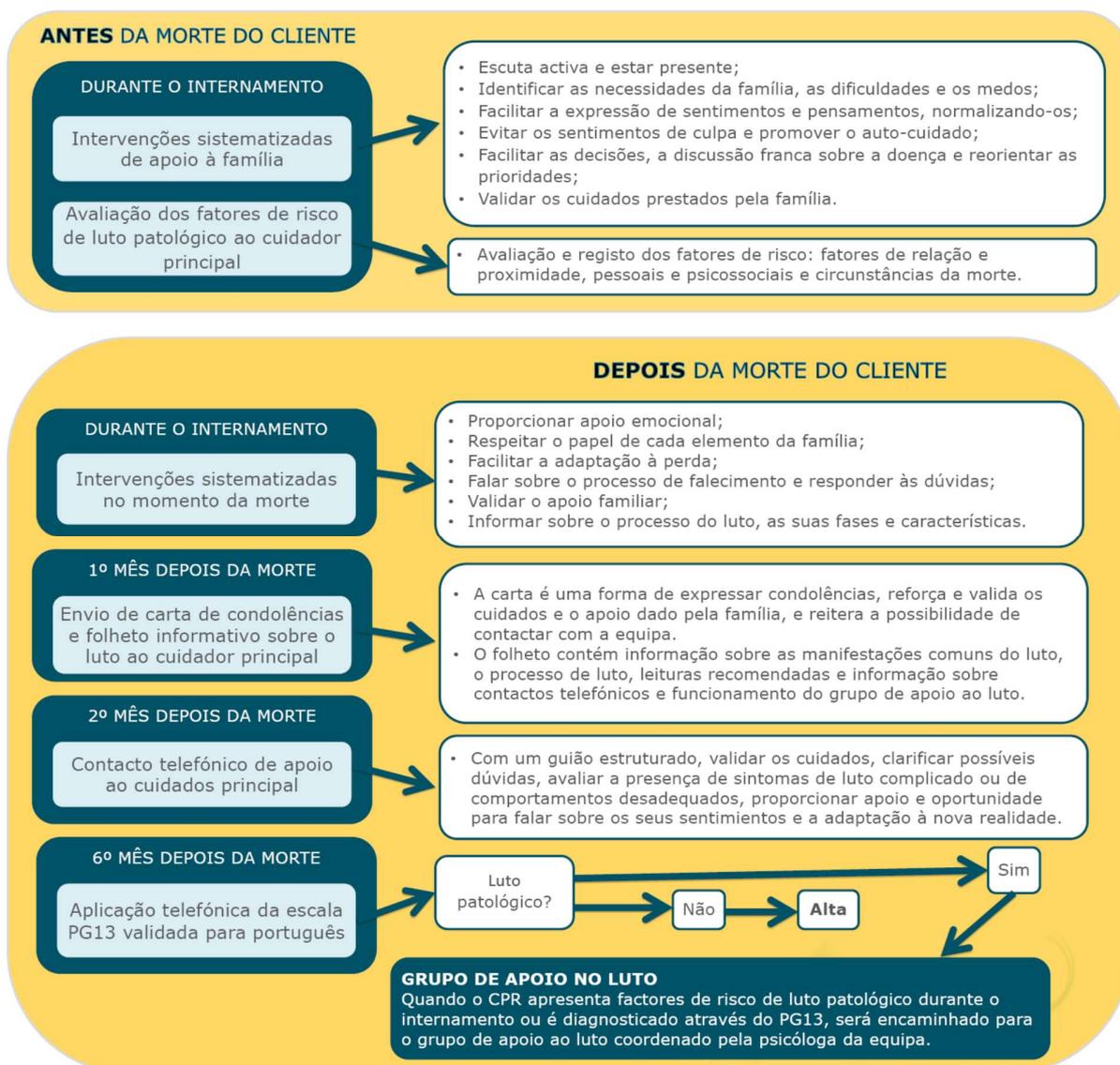
16



O luto é uma reacção normal a uma perda significativa. É um processo que envolve vários sentimentos e pensamentos, com fases e características específicas (Barbosa, 2010). Não é apenas vivenciado a partir do momento da morte, pois o doente e a sua família podem viver várias perdas que funcionam como pré-lutos.

Se o luto não for vivido adequadamente, pode tornar-se prolongado (ou patológico, ou complicado). Estima-se que o luto prolongado atinja 10 a 20% dos enlutados, e é definido na 5ª edição do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders como uma perturbação que se manifesta pela permanência (mais de 6 meses) de vários sintomas, e que causa incapacidades consideráveis em várias esferas: trabalho, saúde e vida social (American Psychiatric Association, 2013).

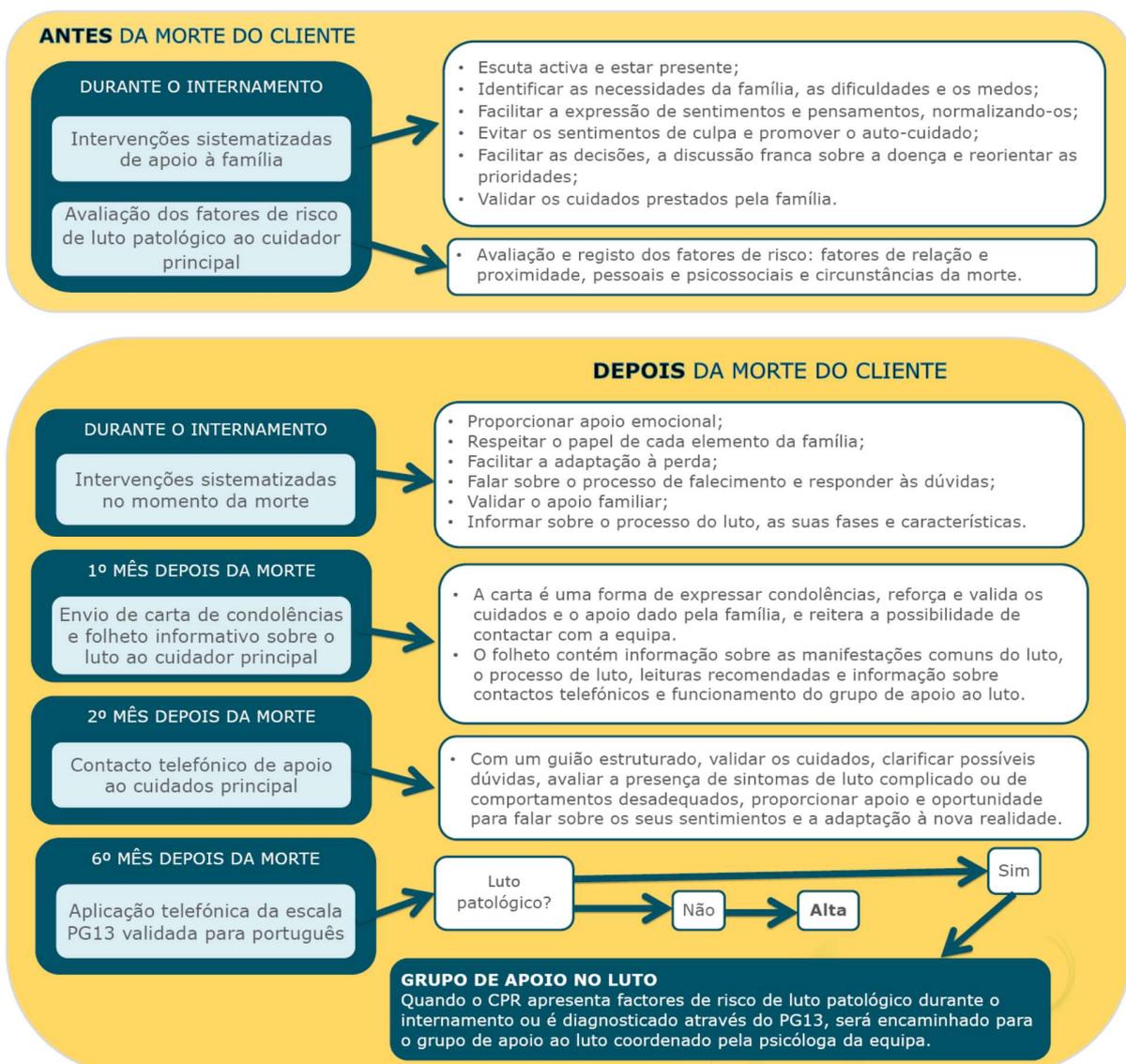
17



Daqui advém a importância dos profissionais de saúde intervirem na sua prevenção e identificação, com recurso a estratégias e intervenções devidamente identificadas.

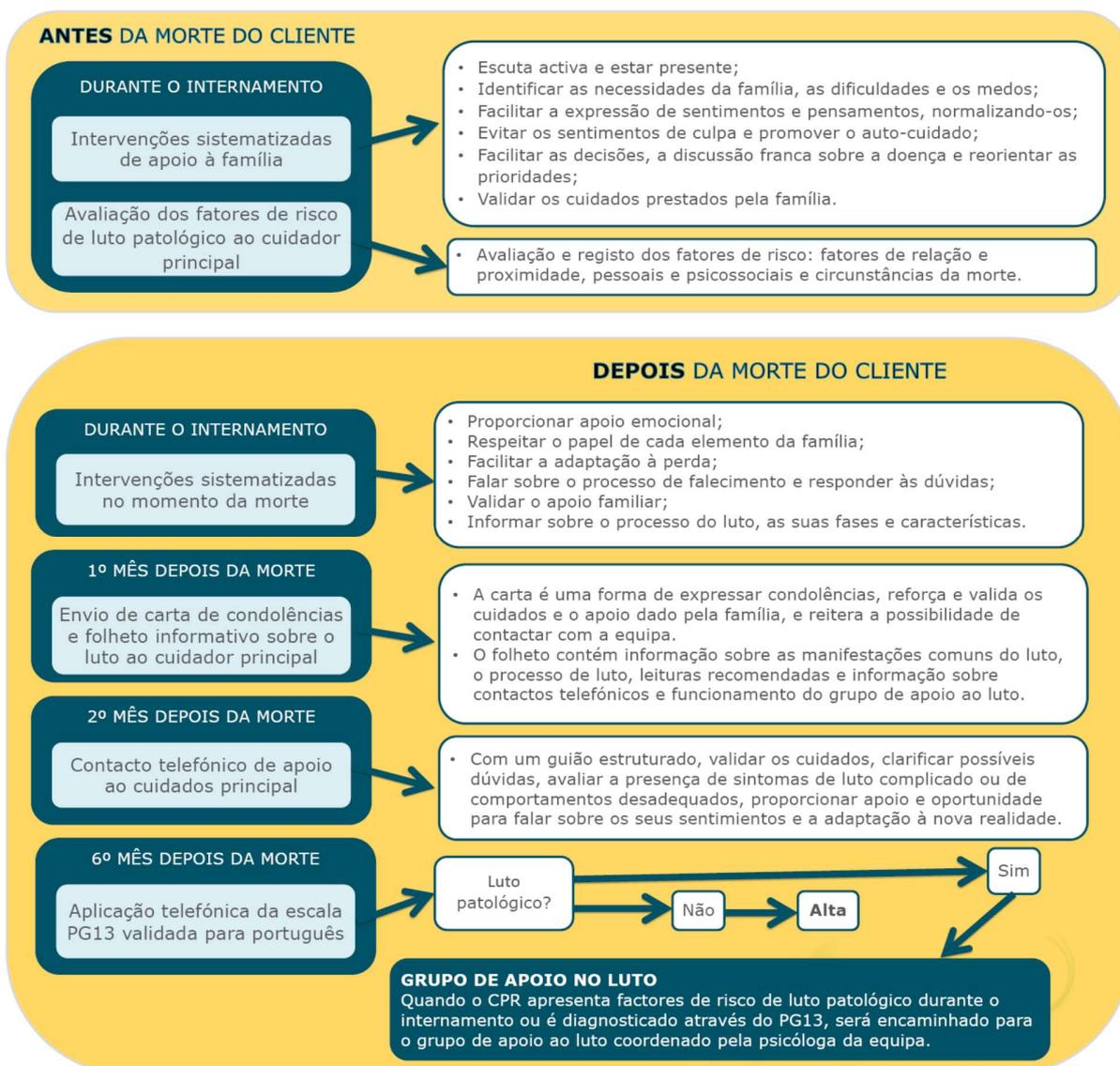
No conceito de família, o cuidador principal (CPR) é a pessoa que presta a maioria dos cuidados e apoio diário à pessoa doente e que requer ajuda para o desenvolvimento das atividades da vida diária, sem ser remunerada (Lage, 2005). Toda a família deve ser alvo de apoio, mas é o CPR que deve receber maior atenção, com o intuito de estabelecer uma aliança terapêutica efetiva e uma intervenção mais eficaz.

O processo de luto não começa apenas quando a pessoa doente morre, devendo intervir-se na preparação para a perda. Esta antecipação é fundamental na reorganização da vida da família, dadas as necessidades que esta apresenta (Parkes, 1999).



Após a morte do familiar, deve existir um contacto dos profissionais com a família ou CPR. A Sociedade Francesa de Acompanhamento e Cuidados Paliativos (SFAP) refere que “os enfermeiros podem ser mediadores ao proporem escutar as emoções ligadas ao luto, facilitar a procura de sentimentos, e reforçar as estratégias de adaptação” (SFAP, 2000, p. 78).

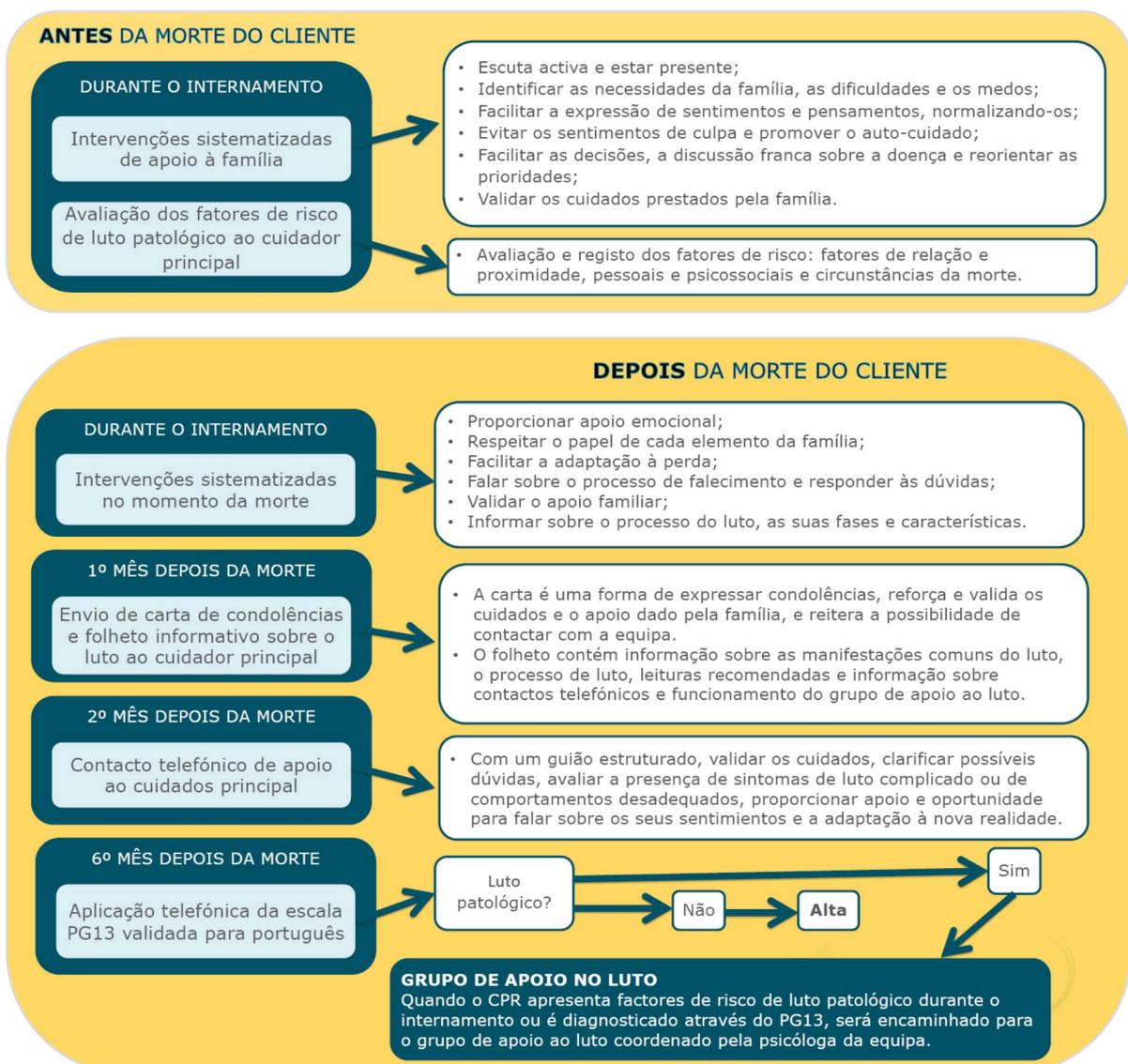
Não existe consenso quanto ao período de tempo que deve decorrer entre o óbito e o primeiro contacto com a família – com horizontes temporais de 2 a 8 semanas (García-García & Petralanda, 2001; García et al.; 2002; Barón, 2007; National Health System, 2011) – nem quanto às formas de contacto: telefonema, carta de condolências e/ou visita domiciliária – cada uma com funções e objectivos claros e definidos.



No luto prolongado, devem ser avaliados os fatores de risco antes da morte da pessoa doente, identificando os indivíduos em risco, apesar do diagnóstico ser feito apenas após o óbito. A avaliação do luto prolongado pode ser feita pelo Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado (PG-13 – Prolonged Grief Disorder) o qual está traduzido e validado para a população portuguesa (Delalibera, 2010) (anexo 1).

Existem três níveis de intervenção profissional nas pessoas enlutadas (Barón, 2007; Barbosa, 2010): apoio ou acompanhamento social, aconselhamento ou *counselling*, terapêutico ou intervenção especializada. Os últimos estudos indicam que no luto normal não é necessário acompanhamento especializado, apenas no luto prolongado (García-García & Petralanda, 2001; Barón, 2007; Barbosa, 2010).

20

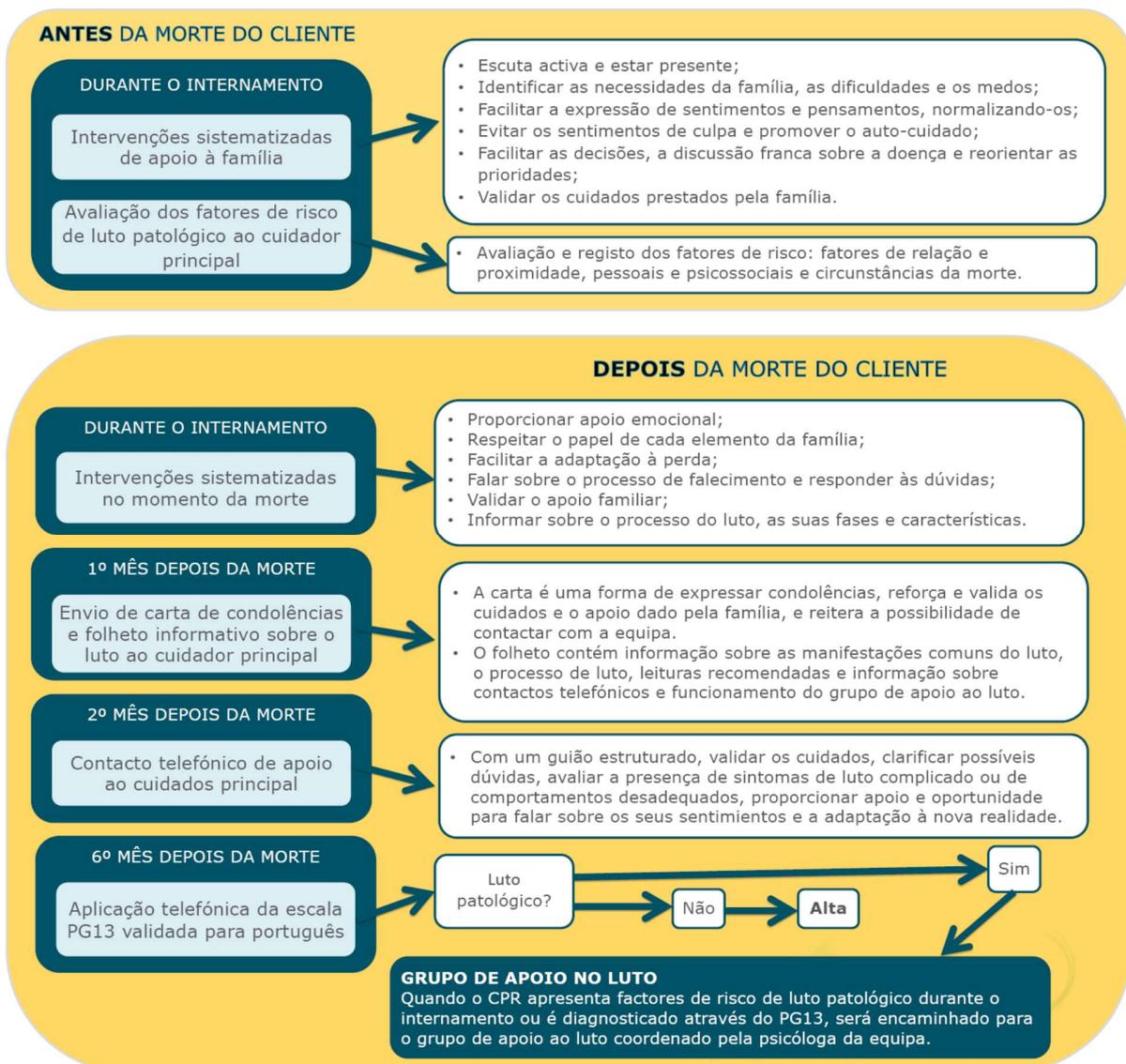


#### 1.4. DESCRIÇÃO DA UNIDADE E IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

A UCCP tem como missão garantir apoio aos clientes internados no HL em fase pós-aguda e família, com necessidade de convalescença e reabilitação, ou com doença crónica grave, avançada e incurável, proporcionando-lhes cuidados de saúde rigorosos, individualizados e humanizados, promotores de qualidade de vida e dignidade.

Atualmente, a UCCP do HL presta acompanhamento antes da morte do cliente com intervenções estruturadas e após o óbito através de envio de carta de condolências. Estas medidas, adequadas e apreciadas pelos familiares, parecem-nos insuficientes, não só à luz dos critérios da APCP referidos, como pelas características e nível de diferenciação da equipa. Entende-se assim ser fundamental a implementação de medidas que visem a melhoria contínua da qualidade.

21



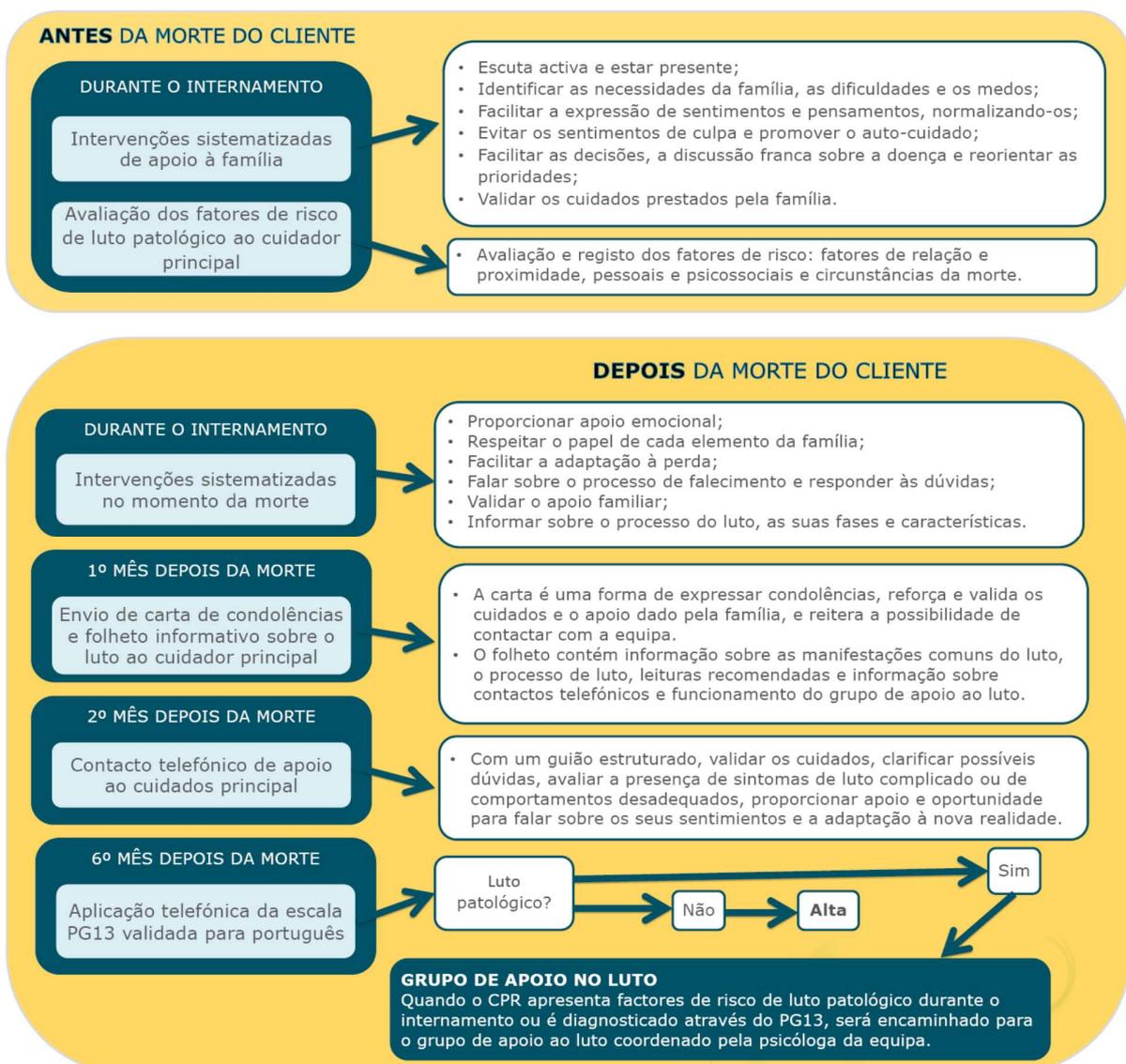
## 1.5. ETAPAS DO PROJETO

- **Antes do óbito do cliente:** intervenções sistematizadas de apoio à família e avaliação do risco de luto patológico do CPR;
- **Depois do óbito do cliente:** atuação no momento da morte, envio de carta de condolências com folheto informativo ao 1º mês, contacto telefónico de apoio ao 2º mês, contacto telefónico para avaliação de luto prolongado ao 6º mês e grupo de apoio ao luto (apêndice 1).

### 1.5.1. ANTES DO ÓBITO DO CLIENTE

#### Pontos essenciais de apoio à família

22

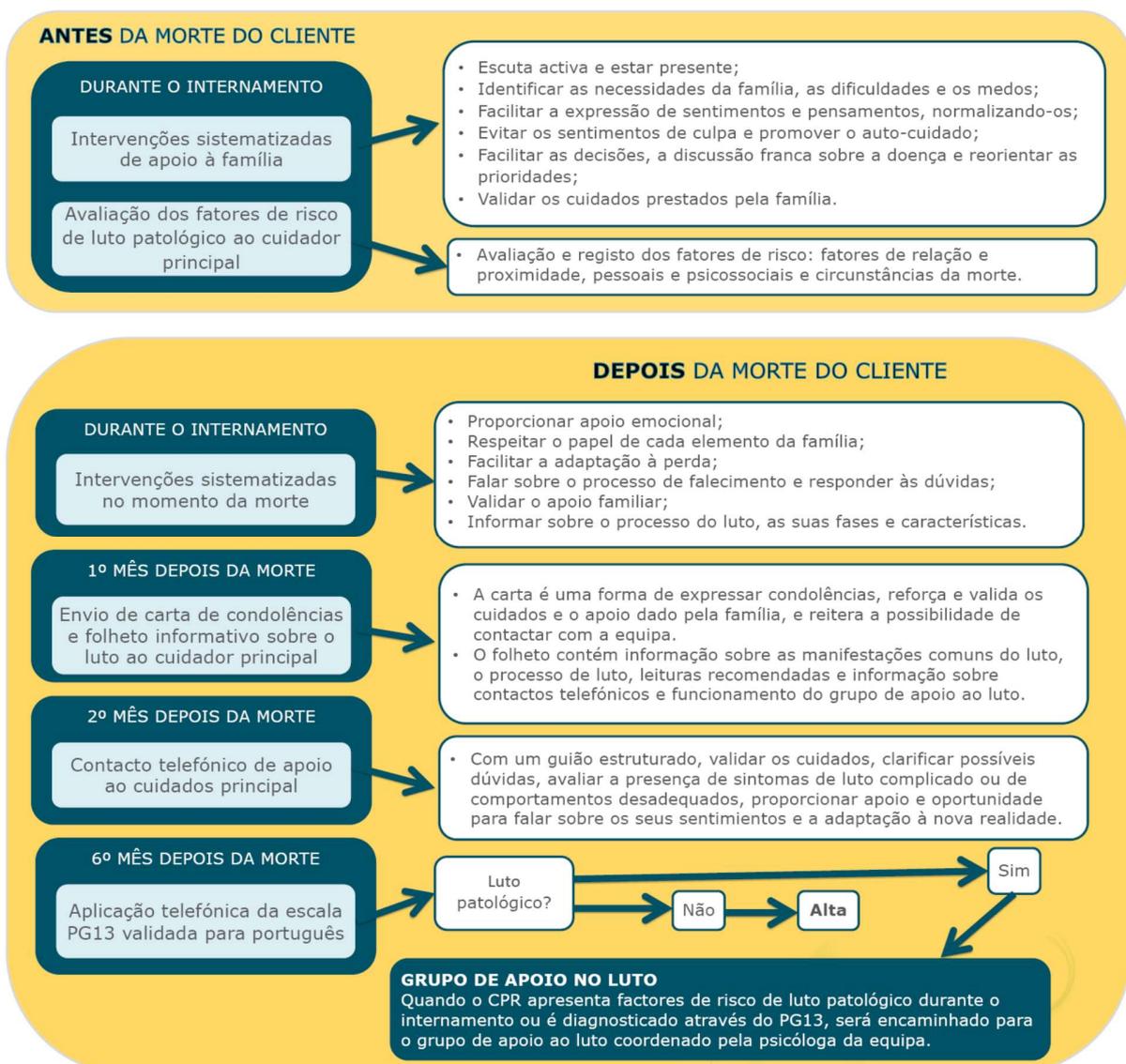


A equipa e em especial o enfermeiro devem usar estratégias básicas de apoio à família em CP em todos os momentos de interação, as quais estão documentadas no Manual de Enfermagem da UCCP.

### Avaliação de fatores de risco de luto patológico

A equipa em especial o enfermeiro, devem identificar os fatores de risco de luto patológico.

Foi criado um documento de avaliação do CPR (apêndice 2), a preencher pela enfermeira responsável da unidade, enfermeiro responsável pelo cliente, psicóloga e/ou outro elemento da equipa que conheça bem a pessoa. O documento será preenchido na primeira semana de



internamento e revisto quando o cliente entra no período da agonia ou quando pertinente. Esta avaliação ficará registada no processo de cada CPR e será alvo de análise.

## 1.5.2. DEPOIS DO ÓBITO DO CLIENTE

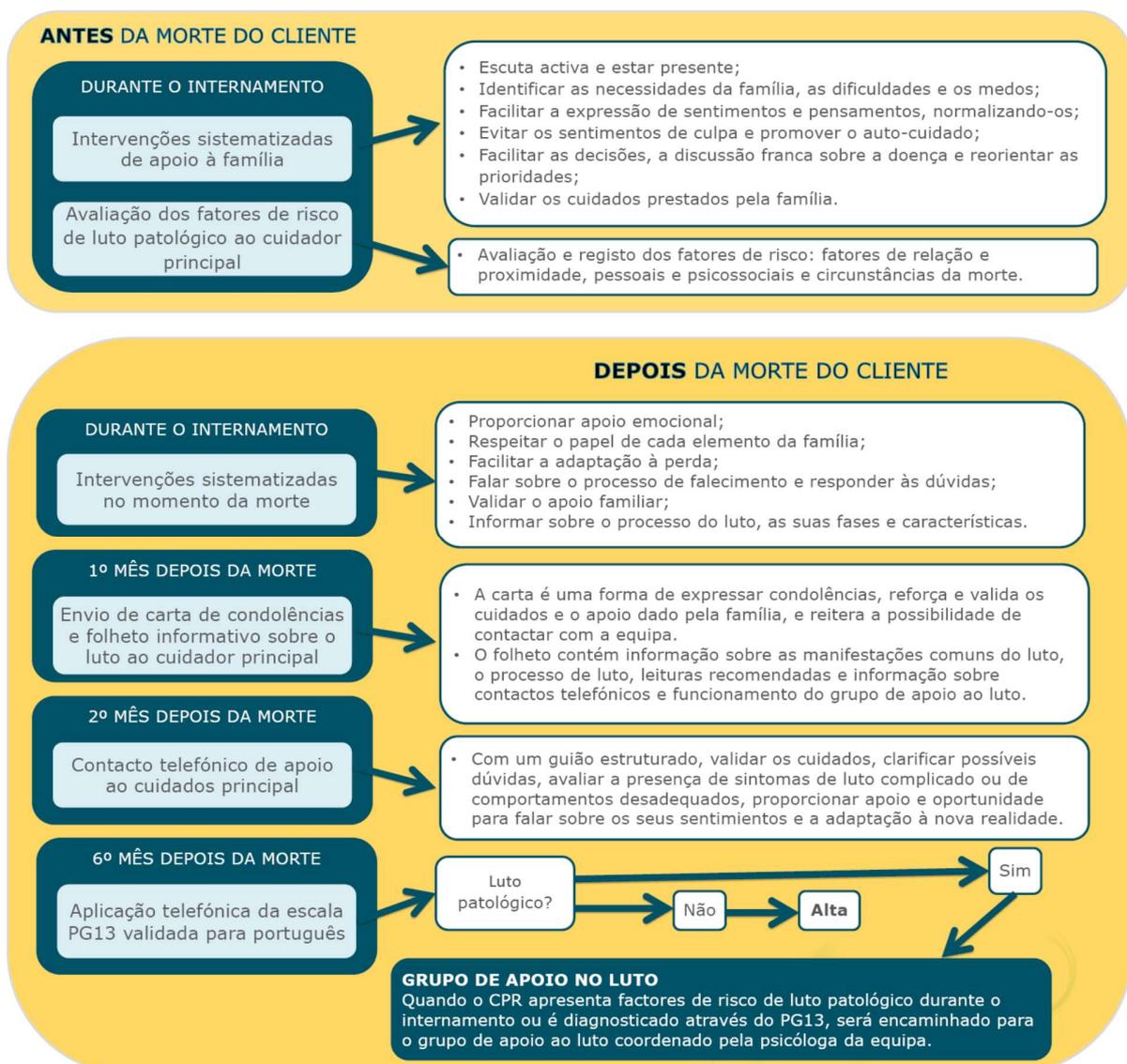
### Apoio imediato

O apoio imediato é o dado no momento da morte do cliente. Deve ser prestado pelo enfermeiro responsável pelo cliente, mas é transversal a todos os profissionais da equipa.

As intervenções a realizar estão documentadas no Manual de Enfermagem da UCCP.

### Envio de carta e folheto de luto

24

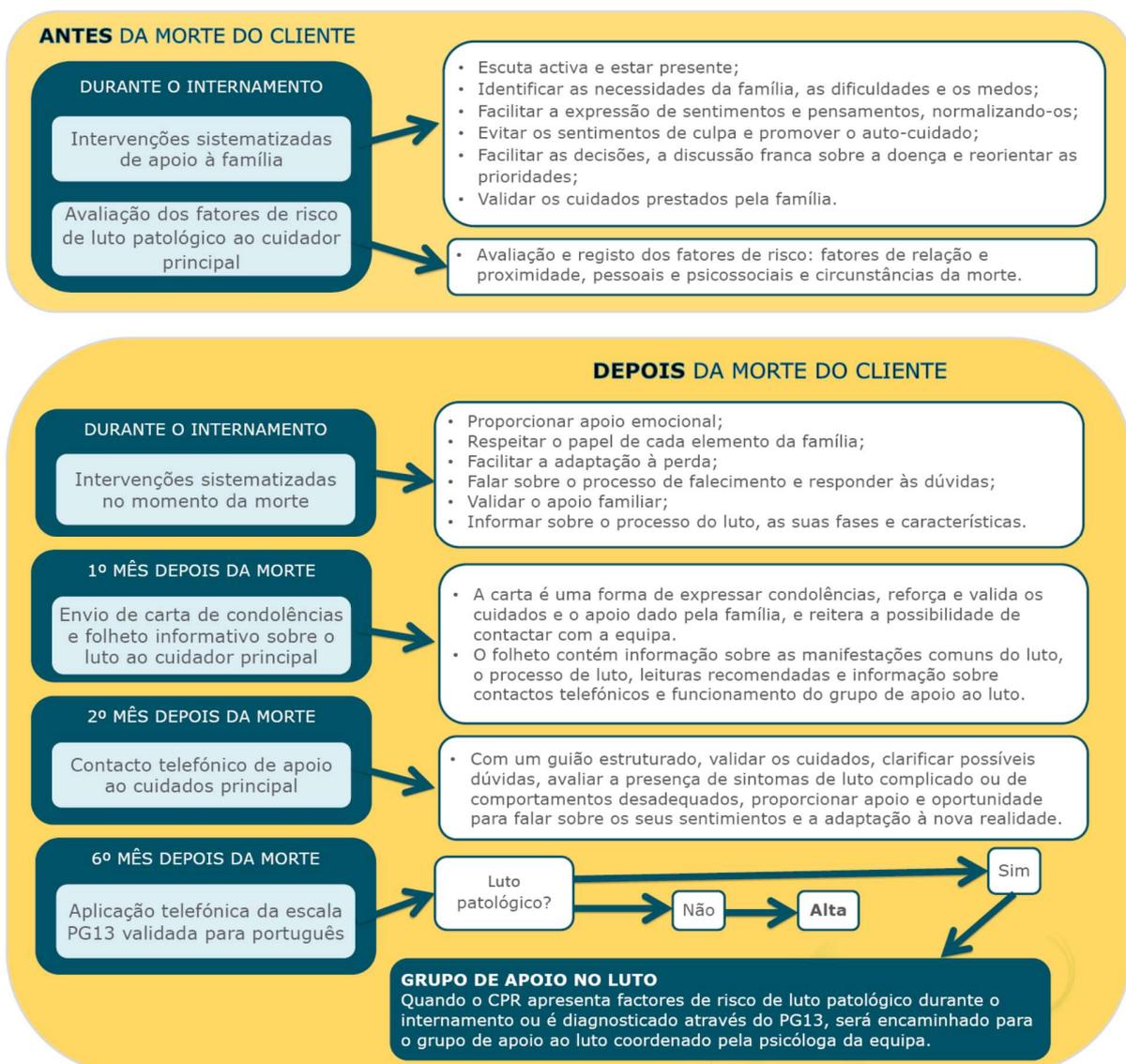


No 1º mês após o óbito será enviada uma carta de condolências (apêndice 3) com um folheto informativo sobre o luto (apêndice 4).

### Contacto telefónico

O 1º contacto telefónico é feito no 2º mês, usando um guião telefónico para o contato ser realizado de forma sistematizada (apêndice 5). Este pode ser realizado por um enfermeiro com relação terapêutica com o cliente e família, pela enfermeira responsável do serviço, pela psicóloga nos casos de maior risco de luto patológico, ou por qualquer outro elemento da equipa.

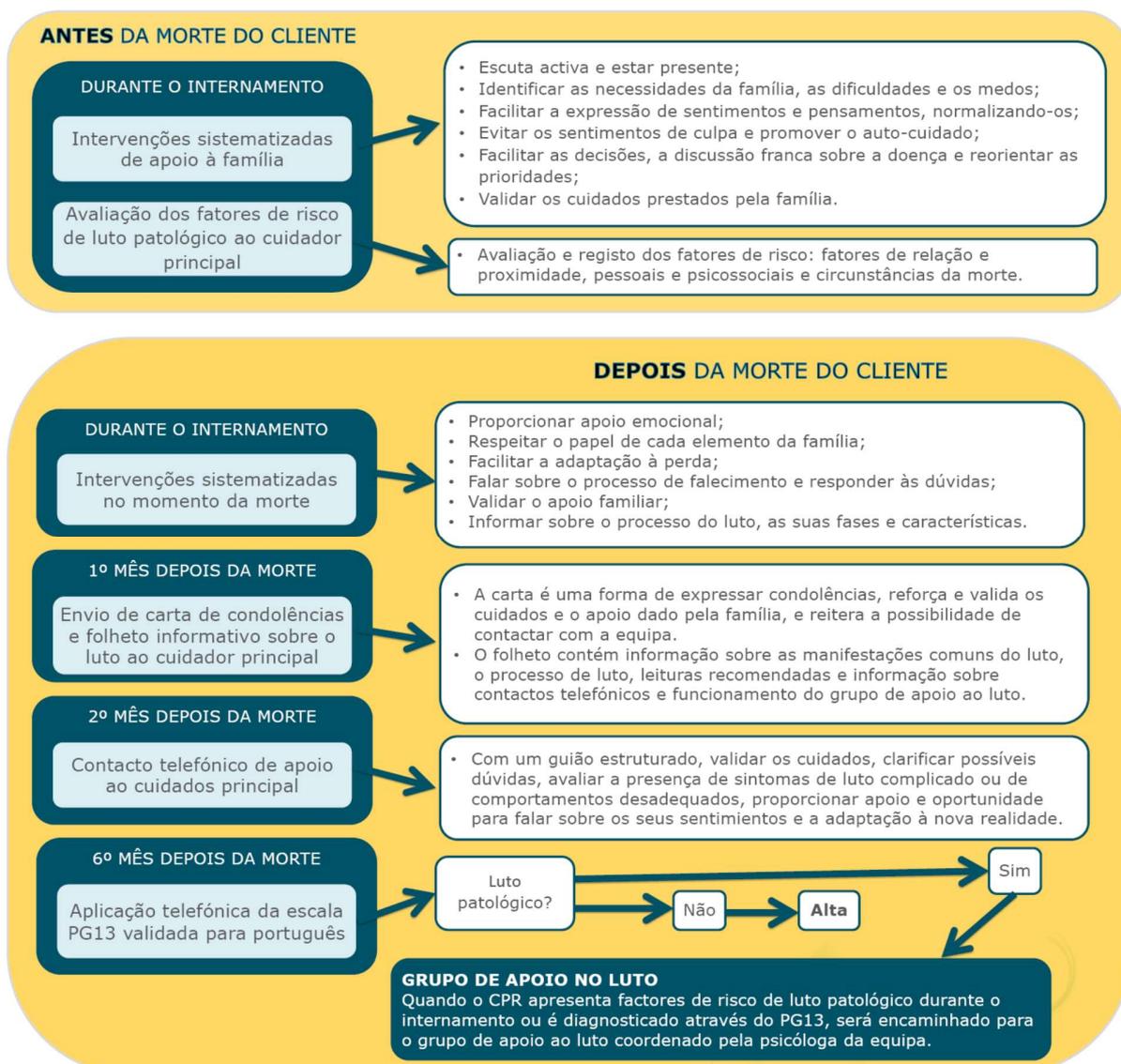
### Avaliação telefónica do luto prolongado



O 2º contacto telefónico será realizado após 6 meses do óbito para aplicação da PG-13 (anexo 1). Este contacto pode ser realizado pelos mesmos profissionais que realizaram o 1º contacto telefónico. Se for diagnosticado luto prolongado o CPR deve ser encaminhado para o grupo de apoio ao luto, ou para uma consulta individual com a psicóloga ou psiquiatra. Se não for diagnosticado luto prolongado, o CPR terá alta do programa.

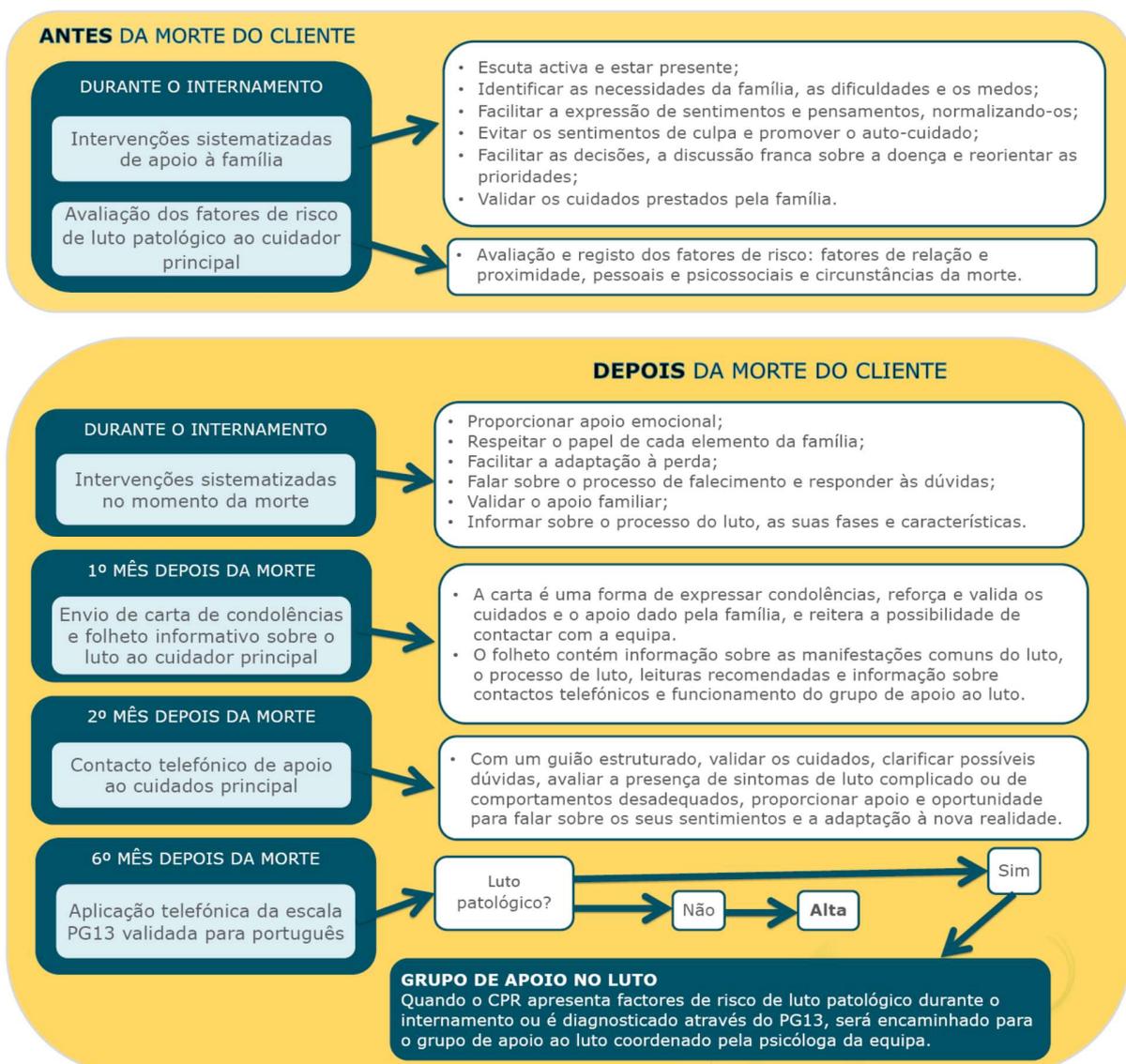
### 1.5.3. GRUPO DE APOIO AO LUTO

Existirão dois tipos de grupo de apoio no luto. O primeiro é o grupo informativo, que pretende orientar e apoiar as pessoas em luto, informar sobre os recursos disponíveis e pôr em contacto



pessoas que estão a viver a mesma situação, monitorizado por um enfermeiro. O segundo é o de apoio psicológico.

Na primeira sessão do grupo informativo, será recolhida informação pertinente através duma apresentação que cada participante deve fazer, mas que respeitará o guião existente (apêndice 6). Cada sessão terá no máximo dez pessoas e tempo limite de 1h30m. No final das sessões se existirem questões emocionais ou padrões comportamentais menos adequados, deve decidir-se, com cada participante, se este será encaminhado para o grupo de apoio psicológico. Na eventualidade de se identificar qualquer situação mais complexa, o apoio a essa pessoa é feito em contexto psicológico individual.



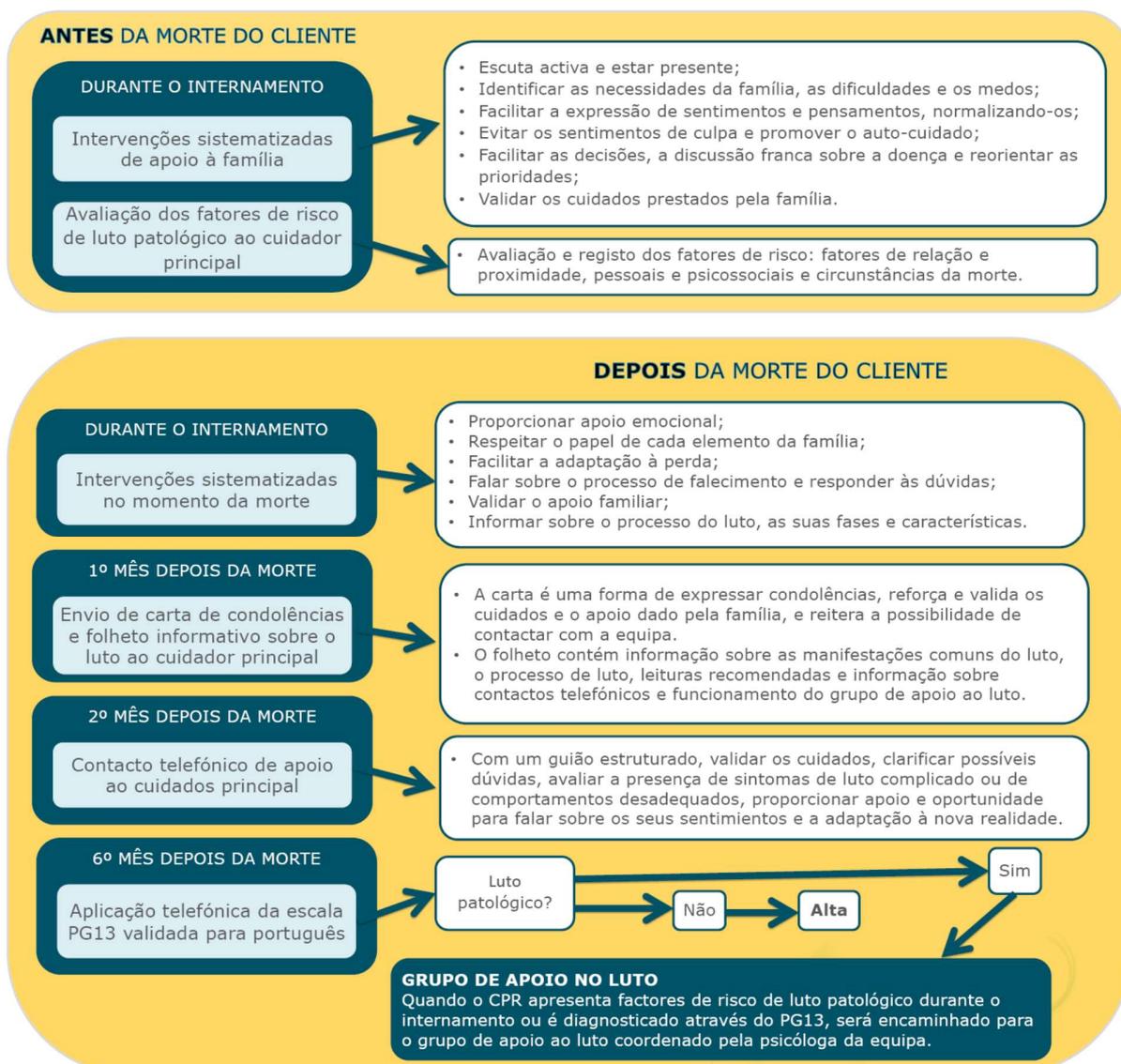
Pretende-se a marcação de 4 grupos informativos iniciais e de um grupo de apoio psicológico posterior, em função das necessidades.

### 1.6. OBJETIVOS

O objetivo principal deste projeto é ter um PAL de qualidade e eficaz.

Os objetivos específicos são:

- Avaliar o risco de luto patológico;
- Implementar um plano específico e personalizado de apoio ao luto;
- Encaminhar adequadamente os familiares com luto patológico;
- Avaliar os dados da implementação do PAL.



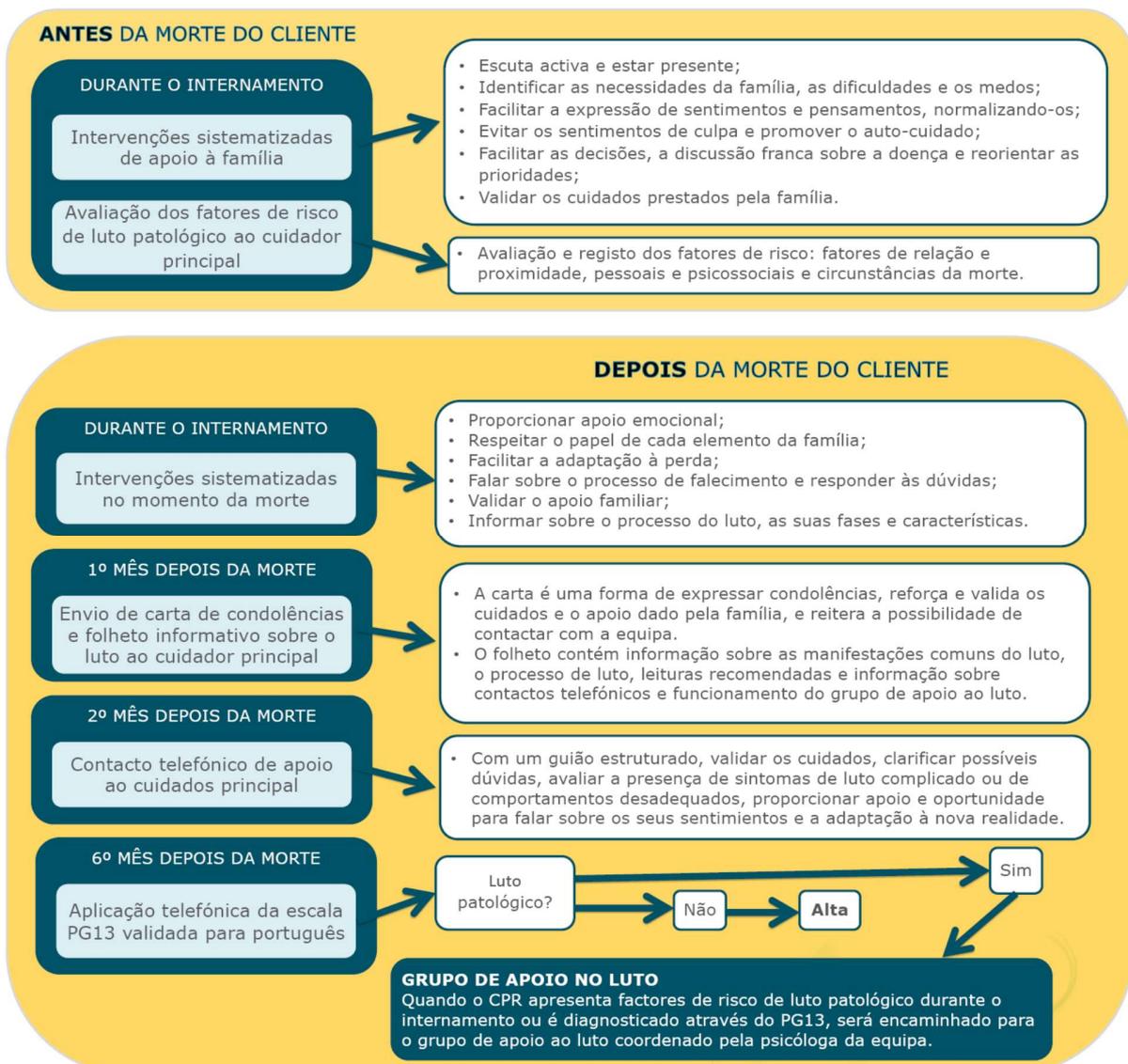
## 2. OPERACIONALIZAÇÃO

O projeto enquadra-se nos seguintes enunciados descritivos:

- A promoção da saúde;
- A prevenção de complicações;
- A organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

No programa formativo e nos padrões de qualidade para a Enfermagem Especializada em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (OE, 2014a,b), estão descritas as funções e competências previstas e esperadas para o enfermeiro especialista que dão resposta ao programa aqui explicitado.

29



## 2.1. DIMENSÃO ESTUDADA

As dimensões contempladas são:

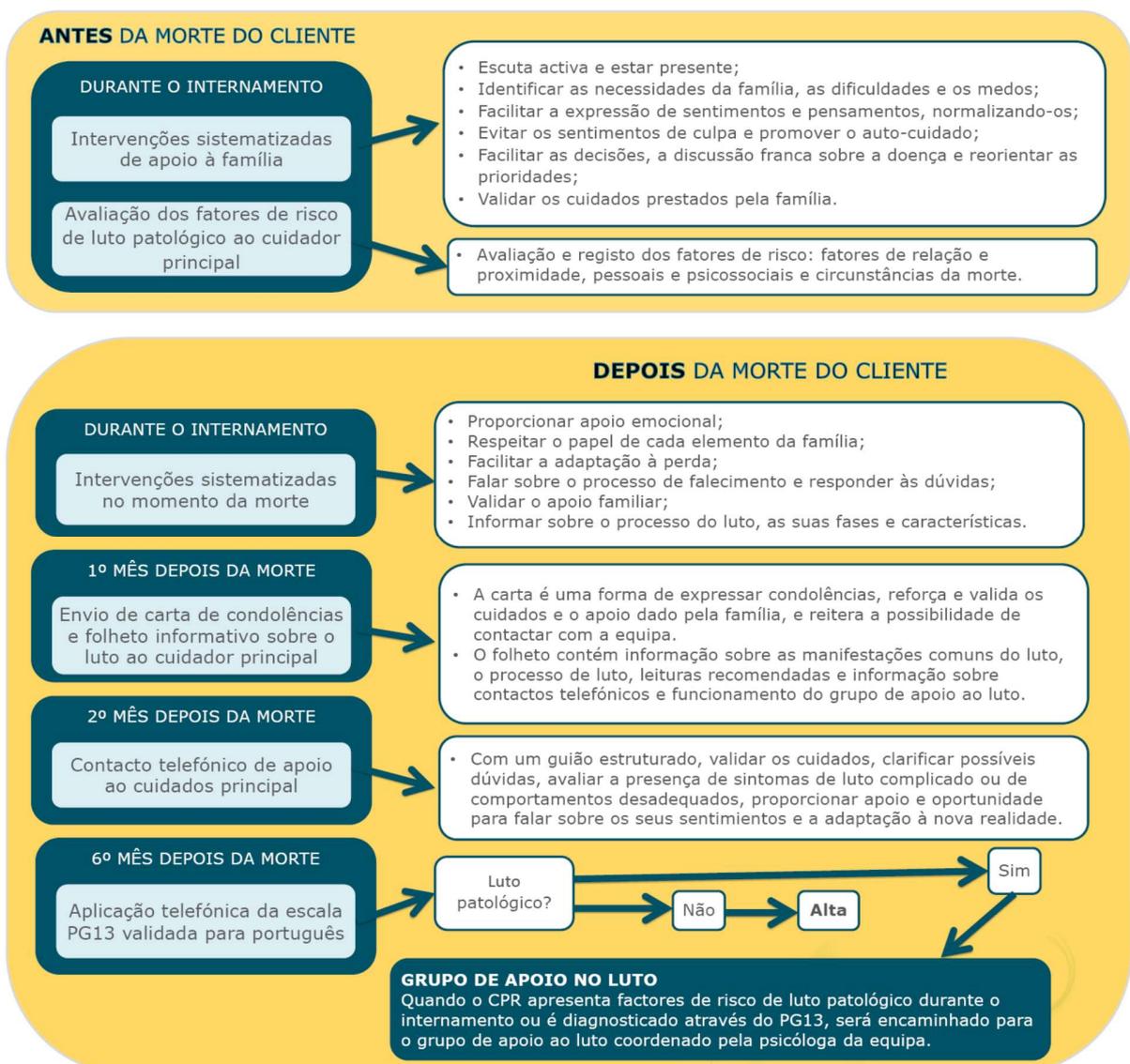
- Efetividade, identificando os CPRs com risco de luto patológico e encaminhando-os para o grupo de apoio ao luto.
- Adequação técnico-científica, usando as competências de forma a prescrever intervenções, aos CPRs, que facilitem o processo de adaptação às perdas e à morte.

## 2.2. UNIDADES DE ESTUDO

As unidades de estudo são:

A nível dos utilizadores:

30



- Todos os CPRs dos clientes internados em CP cujo óbito ocorra na UCCP do HL, que tenham contacto telefónico e endereço postal.

A nível dos profissionais em avaliação:

- Os enfermeiros que prestam cuidados em CP.

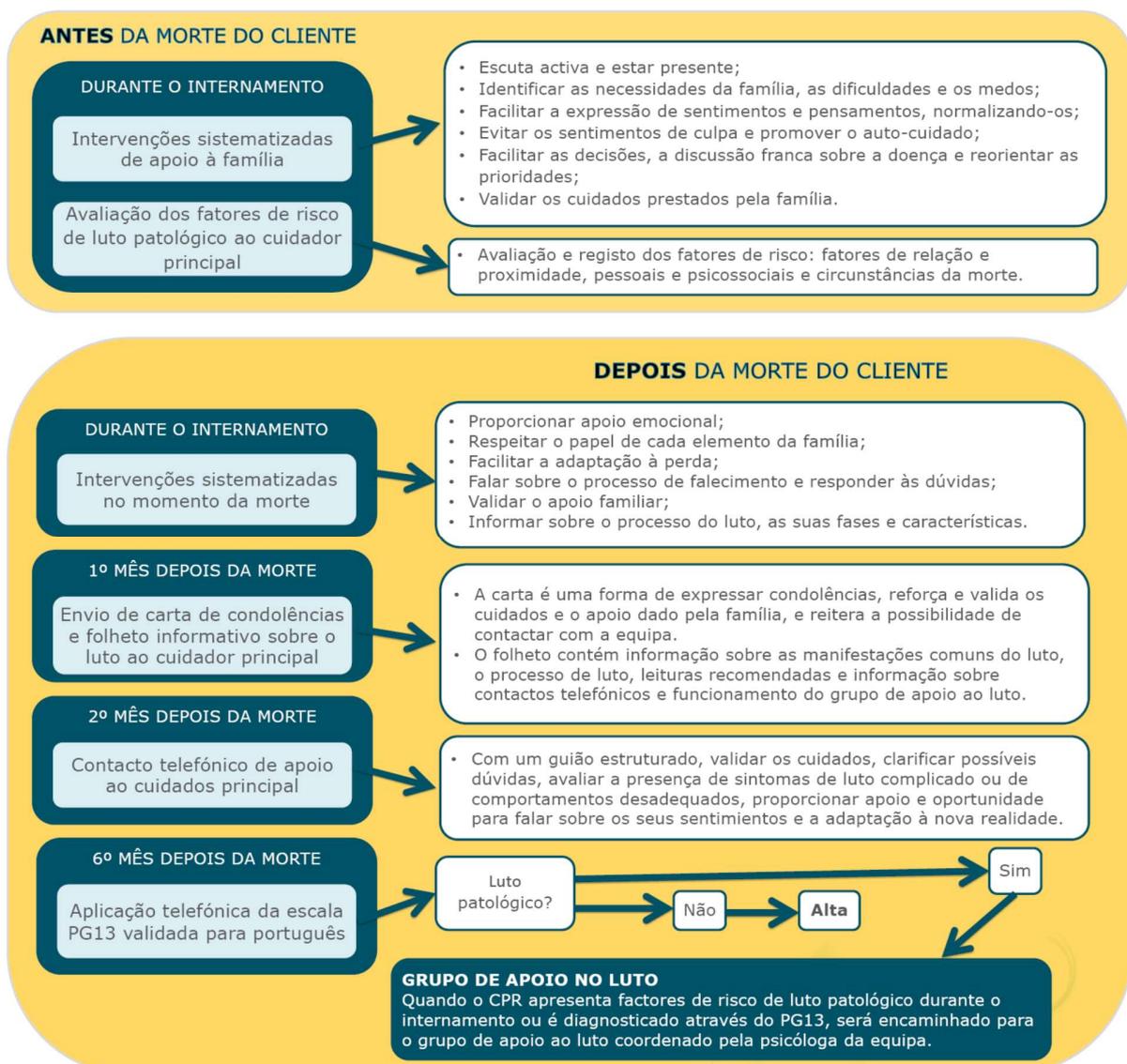
O período de tempo em avaliação:

- Anual.

### 2.3. TIPO DE DADOS

Os dados a incluir neste projeto, de acordo com as dimensões da qualidade de Donabedian (1980), são de processo e resultado.

31



## 2.4. FONTE DE DADOS

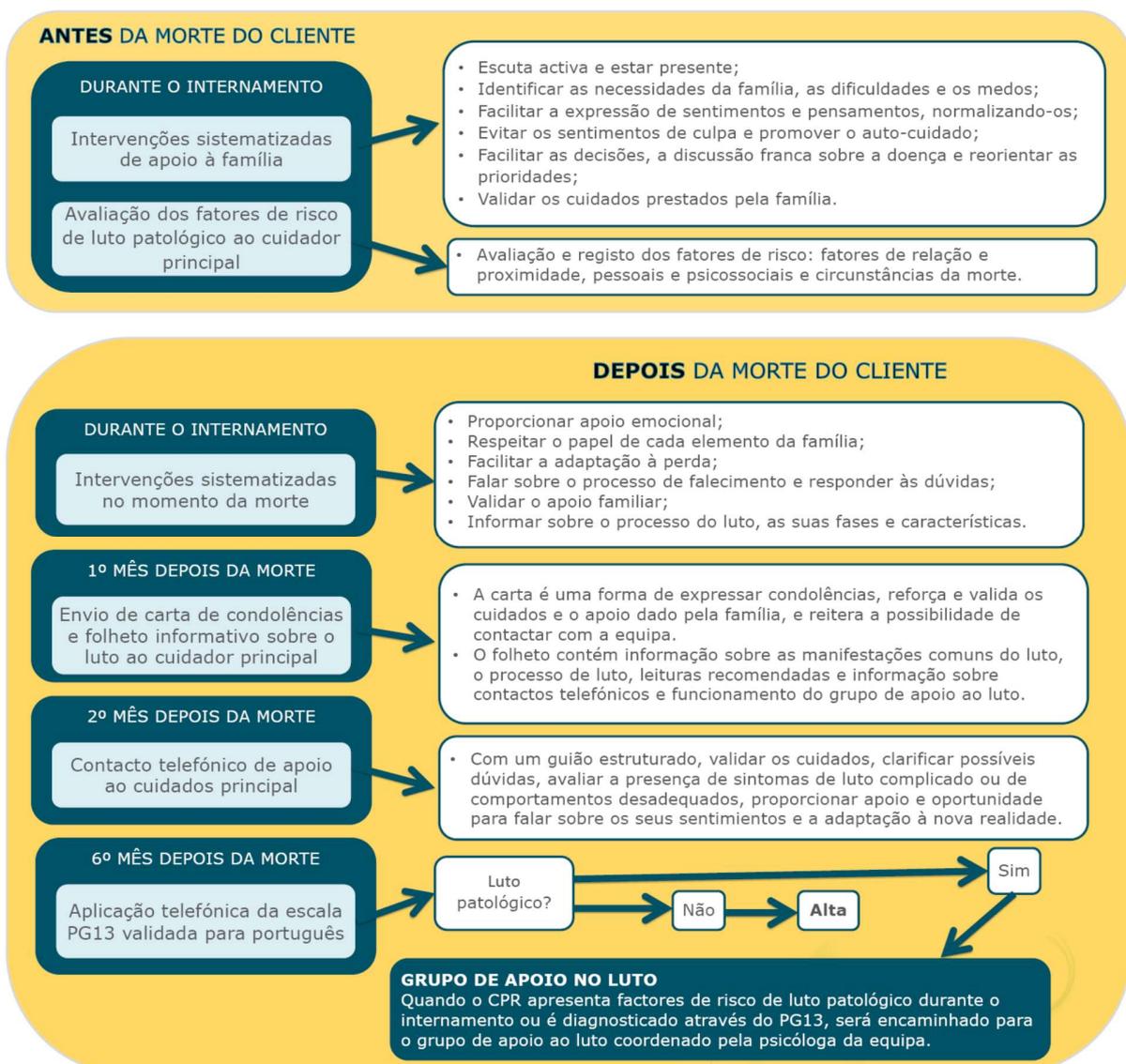
A fonte de dados será o processo clínico do cliente e os dados dos seguintes instrumentos:

- Documento para avaliação do risco de luto patológico no CPR;
- Guião de contacto telefónico;
- Instrumento de avaliação do luto prolongado (PG-13);
- Documento para recolha de informação na primeira sessão de apoio no luto

## 2.5. TIPO DE AVALIAÇÃO

A intervenção é interna e feita anualmente.

32



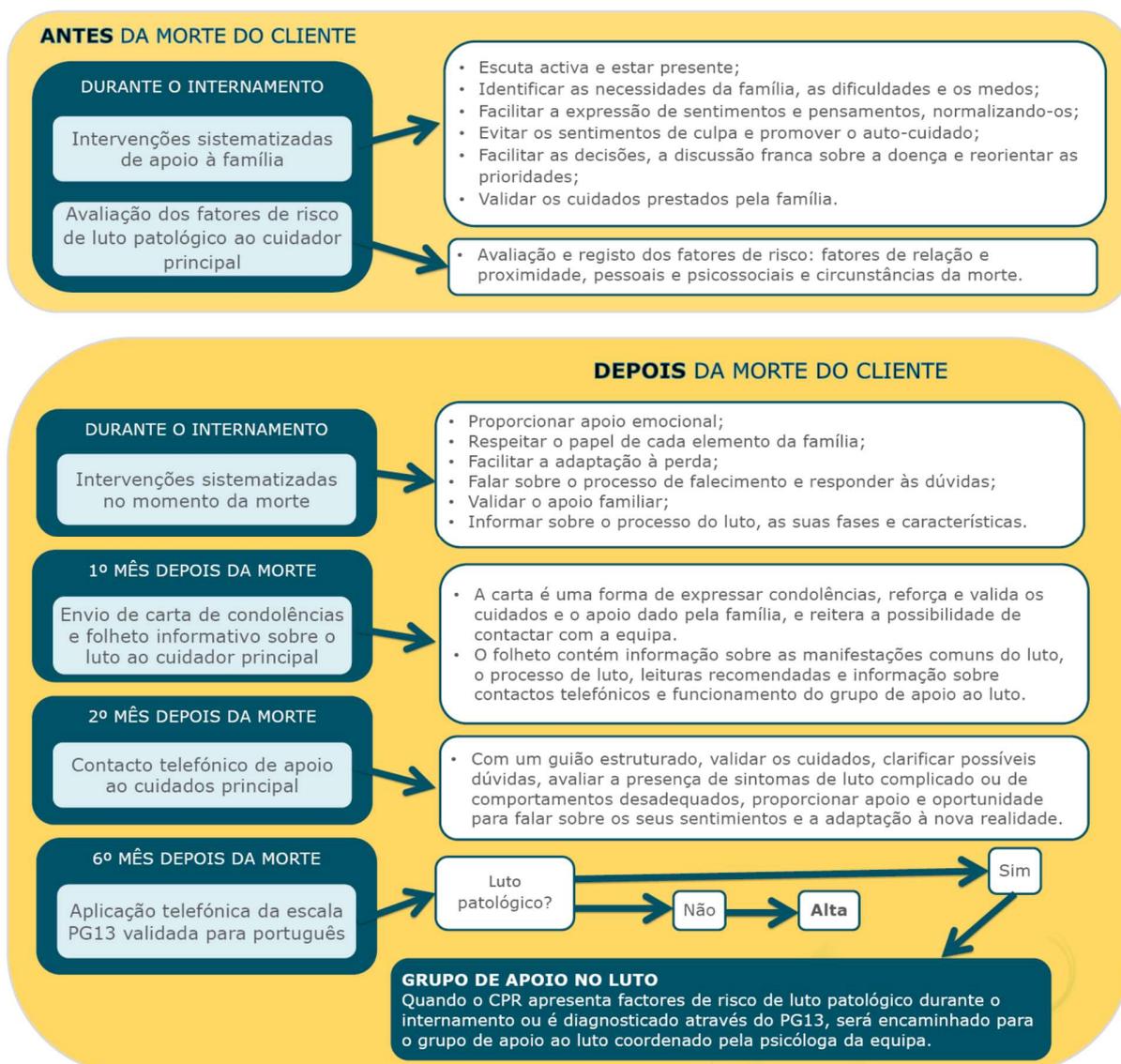
## 2.6. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

São critérios para avaliação do projeto os do quadro 1.

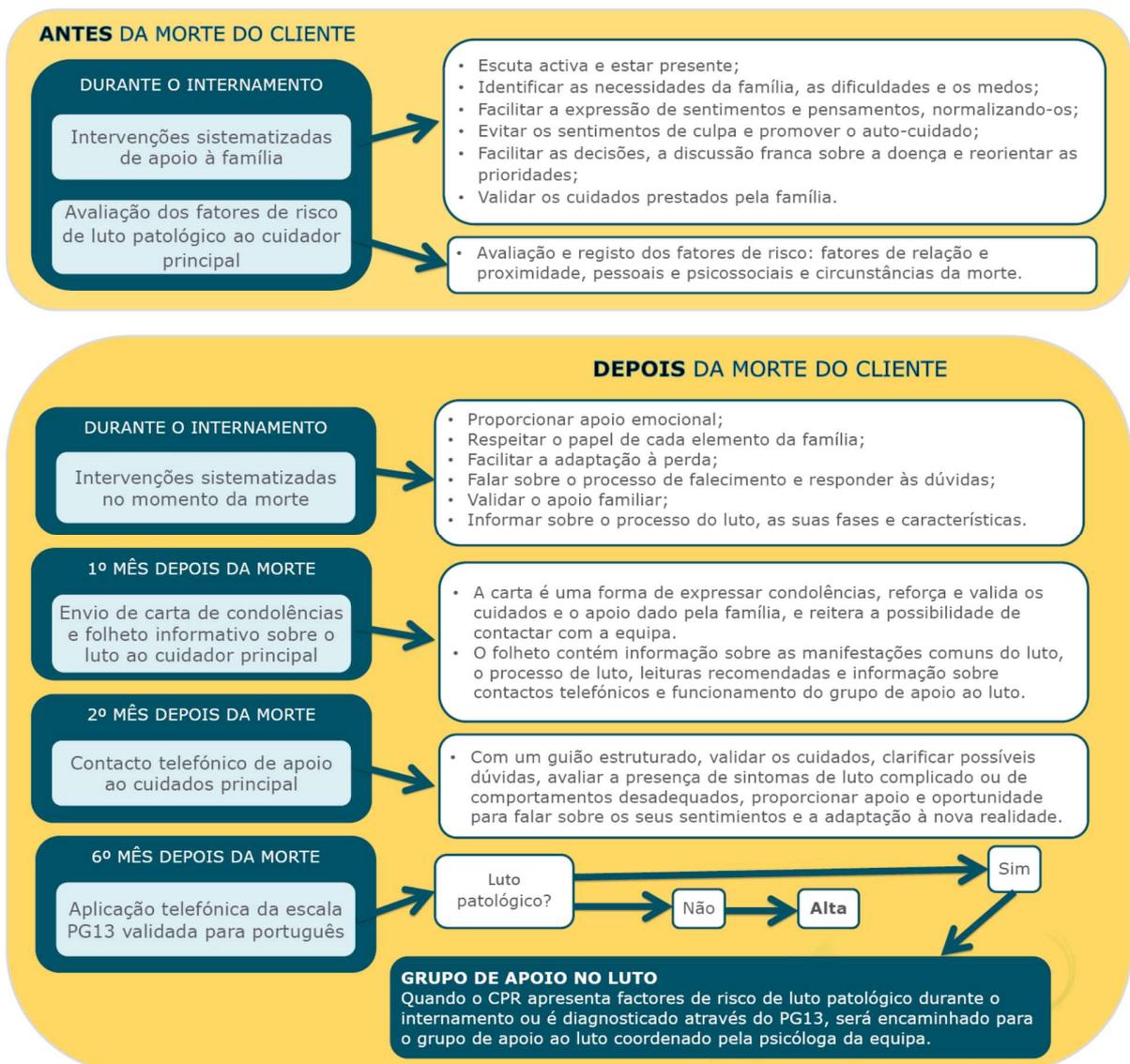
**Quadro 1 - Critérios de avaliação**

Critérios	Exceções	Esclarecimentos
1. Aos CPRs de todos os clientes internados em CP devem ser avaliados os fatores de risco de luto patológico, na primeira semana de internamento.	Ausência de CPR  Internamento inferior a uma semana.	A identificação do CPR e registo de contactos é uma das intervenções realizadas pela equipa de enfermagem durante a anamnese inicial.  Aplicar o instrumento de avaliação dos fatores de risco de luto patológico inserido no apêndice 2.

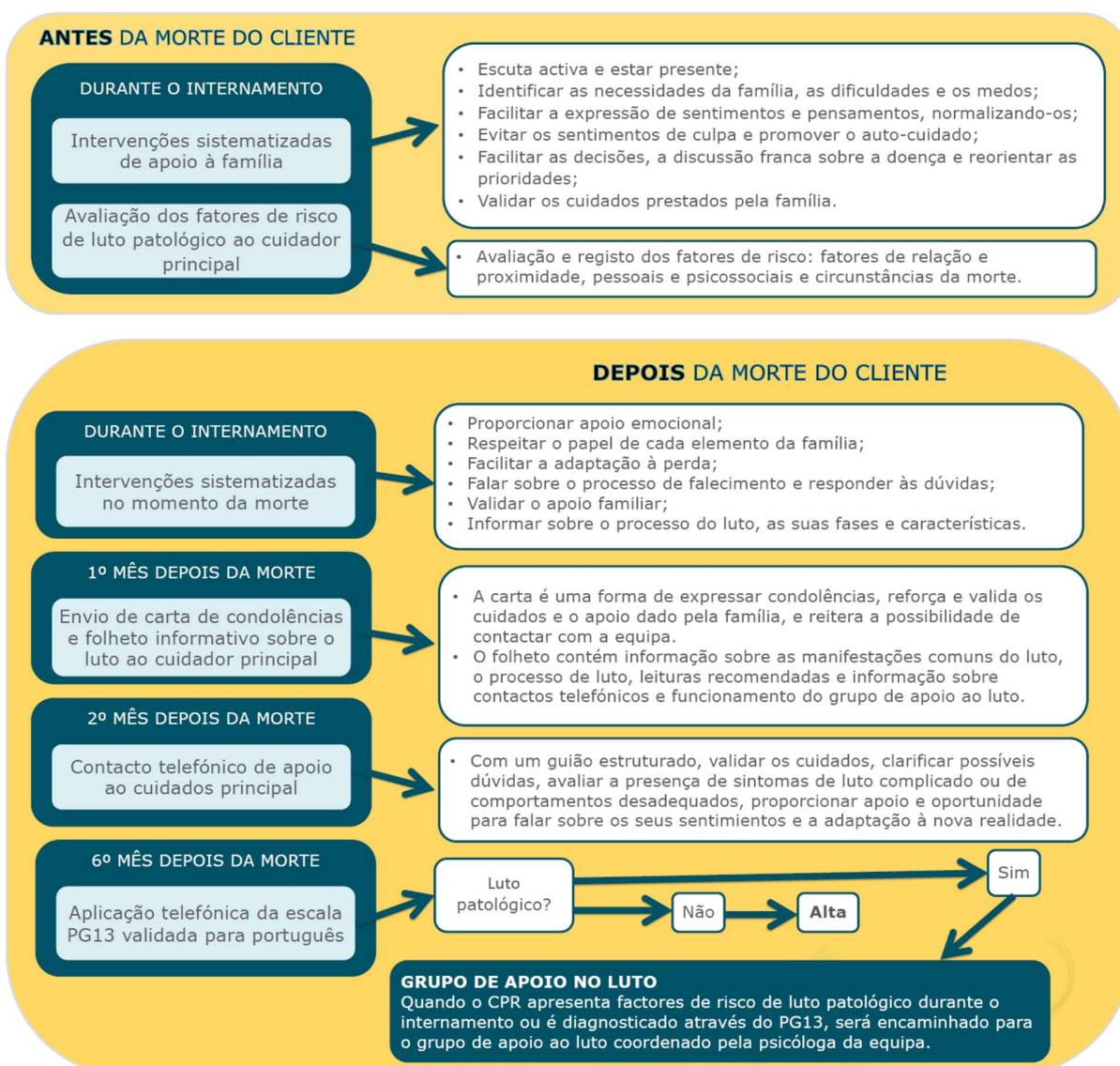
33



<p>2. A todos os CPRs de clientes que faleçam na UCP, com contacto telefónico e endereço postal, são enviadas cartas de condolências e folheto do luto, no 1º mês após o óbito.</p>	<p>Ausência de endereço postal do CPR no processo clínico</p>	<p>O envio da carta de condolências inserida no apêndice 3 e do folheto de apoio ao luto inserido no apêndice 4, é feito pela equipa administrativa aos clientes assinalados pela equipa do PAL e assinada pela coordenação de enfermagem (Enf.ª coordenadora e Enf.ª responsável).</p>
<p>3. A todos os CPRs de clientes que faleçam na UCP é realizado contacto telefónico no 2º mês após o óbito do familiar.</p>	<p>Ausência de contacto telefónico do CPR no processo clínico.  Cuidadores que não aceitem intervenção telefónica.</p>	<p>O elemento da equipa faz o contacto telefónico seguindo o guião inserido no apêndice 5. O CPR é abordado se deseja ser contactado novamente aos 6 meses do óbito do cliente. Em caso negativo sai do programa, em caso afirmativo continua.</p>



4. A todos os CPRs de clientes que faleçam na UCP, aos quais foi realizado contacto telefónico ao 2º mês é realizado contacto telefónico ao 6º mês após o óbito do familiar.		O elemento da equipa faz o contacto telefónico e aplica instrumento de avaliação do luto prolongado (PG-13), inserido no anexo 1.
5. Após 6 meses do óbito, aos CPRs de clientes que faleçam na UCP, diagnosticados com luto prolongado, e que a desejem, é proporcionada uma sessão o grupo de apoio ao luto.	Todos os CPRs com luto prolongado que não desejem participarem.	O elemento da equipa entrega ao CPR o documento de autopreenchimento de informação a colher na primeira sessão de apoio ao luto inserido no apêndice 6. Se nos CPRs forem identificadas questões emocionais ou padrões comportamentais menos adequados, devem ser



		encaminhados para o grupo de apoio psicológico.
--	--	---

## 2.7 COLHEITA DE DADOS

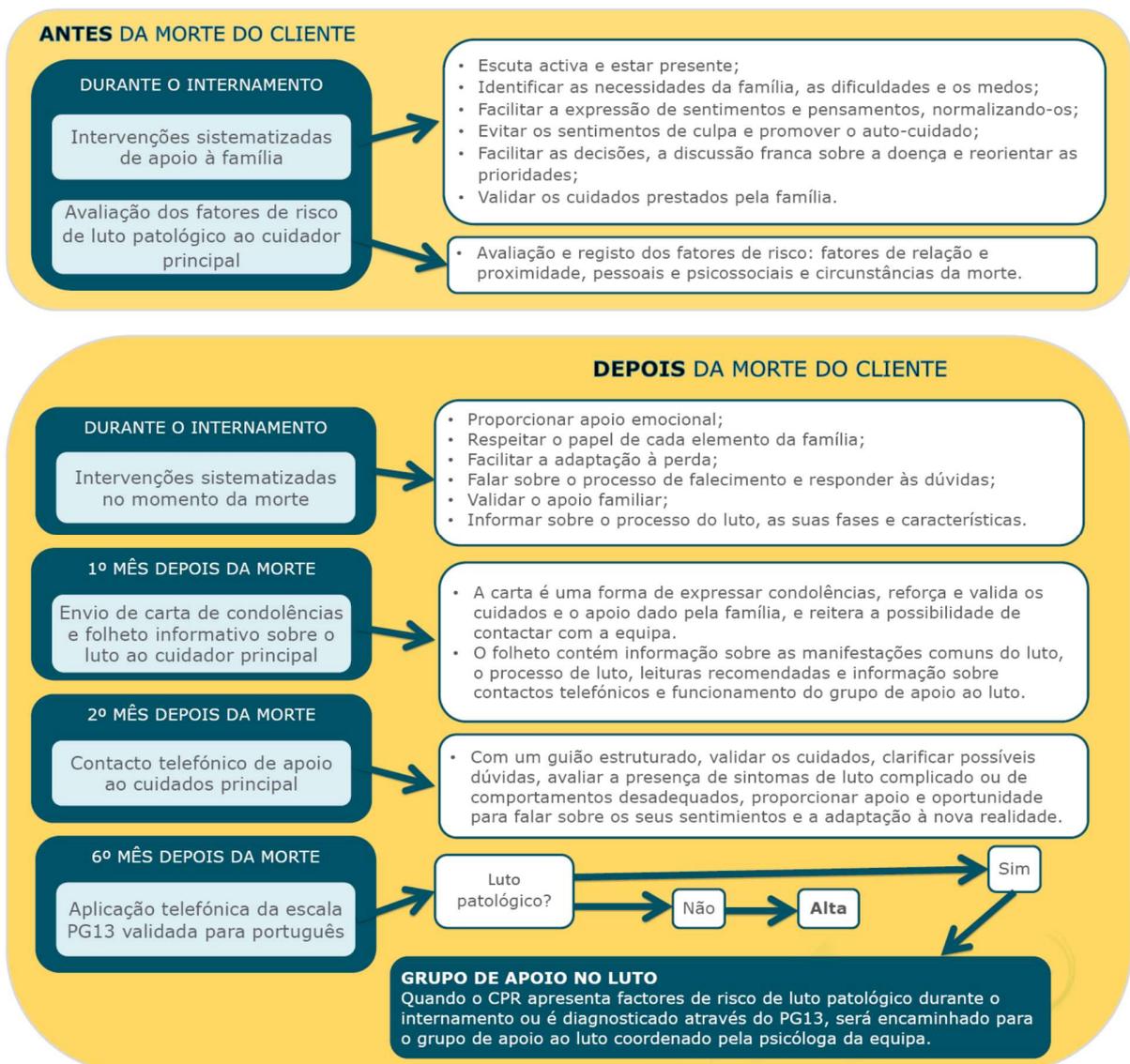
A colheita de dados será efetuada pelos Enfermeiros e psicóloga da UCCP, que integram o PAL, através do processo clínico e dos documentos criados para o efeito.

## 2.8. RELAÇÃO TEMPORAL

Avaliação retrospectiva com análise e apresentação anual.

## 2.9. DEFINIÇÃO DA POPULAÇÃO

36



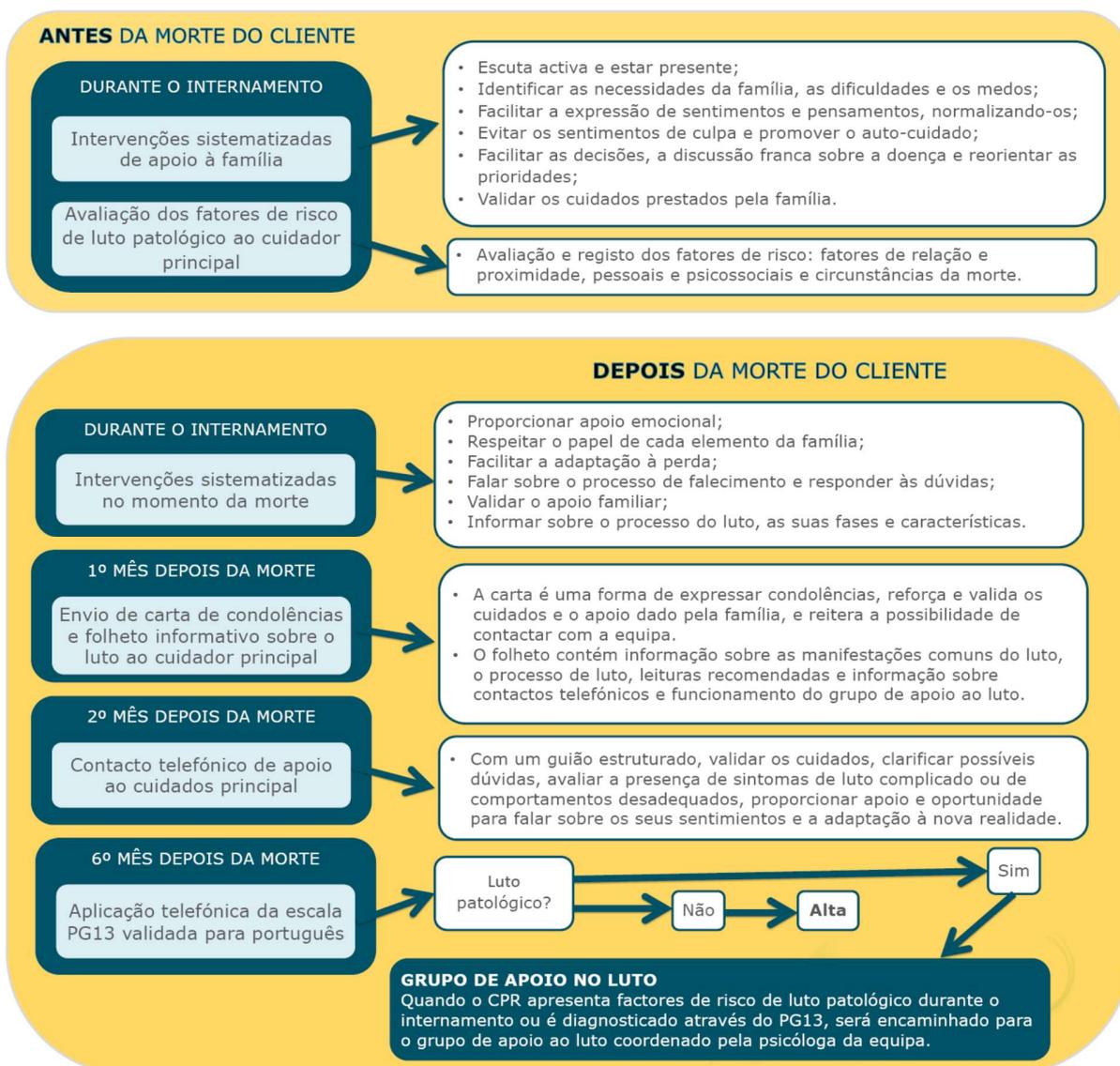
A população é composta por todos os CPRs dos clientes internados na UCP. A amostra é constituída pelos CPRs de todos os clientes internados na UCP cujo óbito ocorra na unidade, que tenham registo de contacto telefónico e endereço postal, e que aceitem participar.

## 2.10. INTERVENÇÃO PREVISTA

Medidas educacionais:

- Formação em serviço à equipa multidisciplinar sobre o luto;
- Formação em serviço à equipa multidisciplinar sobre o PAL e o papel de todos os intervenientes;
- Instrução à família sobre o luto;

37



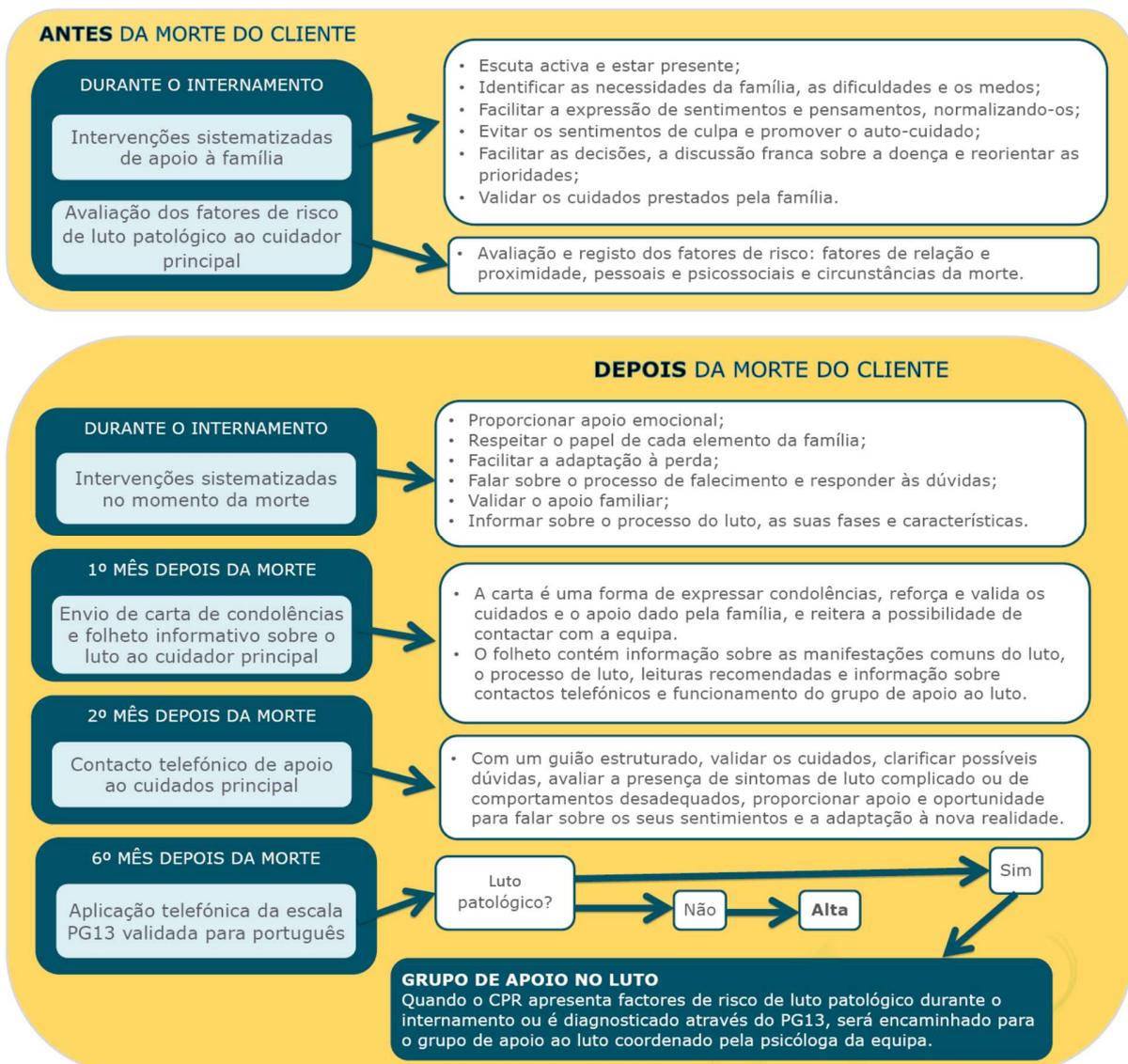
- Divulgação do projeto em congressos nacionais e internacionais.

Medidas estruturais:

- Elaboração de documento para avaliação do risco de luto patológico no CPR;
- Folheto de informação sobre o luto;
- Guião de contacto telefónico;
- Documento para recolha de informação na primeira sessão de apoio no luto;
- Elaboração de um fluxograma do PAL.

### 3. AVALIAÇÃO DO PROJETO

38



Os indicadores são avaliados de acordo com as seguintes fórmulas.

**Taxa de CPRs com registo de avaliação dos fatores de risco de luto patológico**

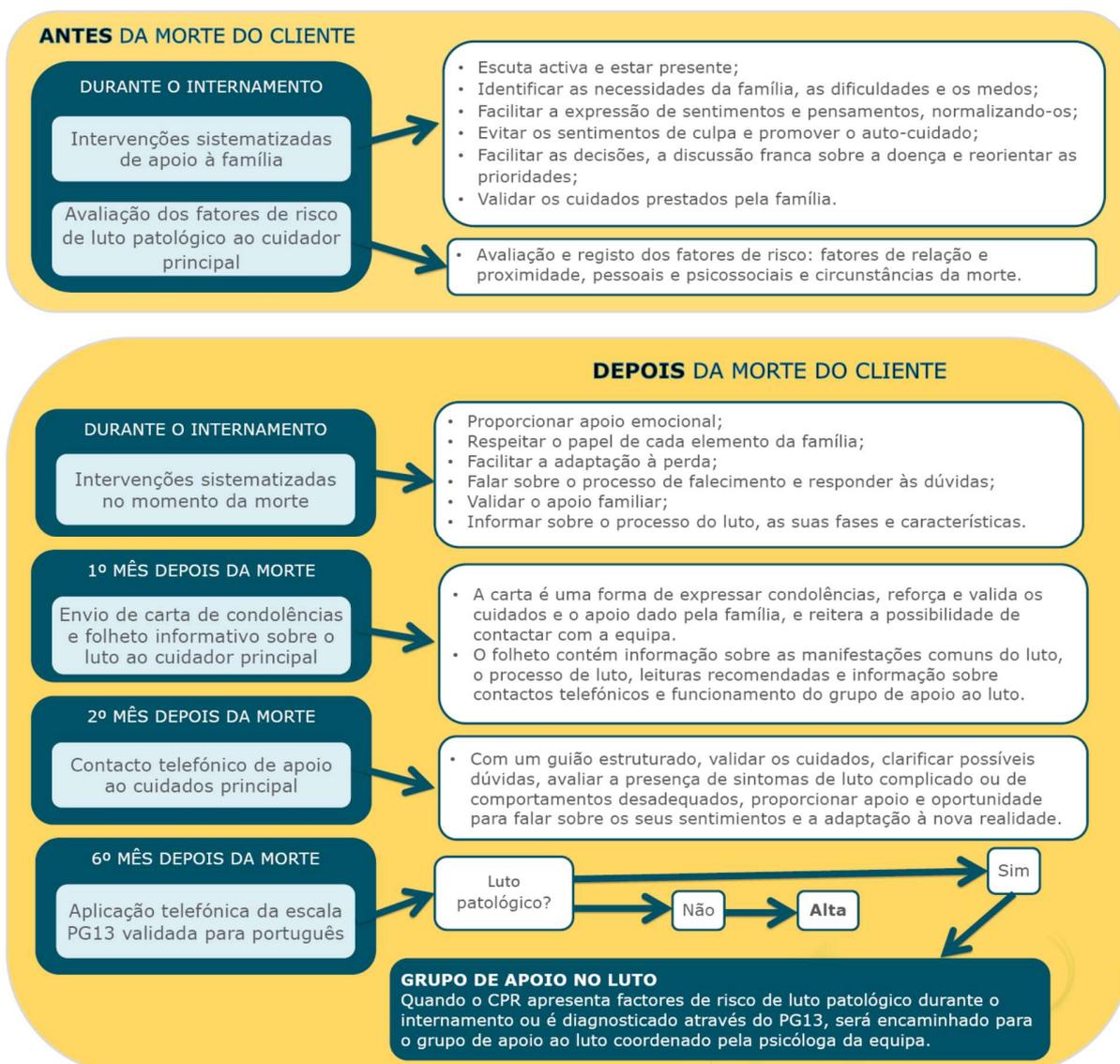
Número CPRs de clientes internados com registo de avaliação dos fatores de risco de luto patológico	X 100
Número total de CPRs de clientes internados na UCP	

Tipo de indicador: processo.

Meta: 95%.

**Taxa de CPRs a quem foi enviada carta de condolências e folheto do luto um mês após o óbito**

Número de CPRs de clientes que faleceram na UCP a quem foi enviada carta de condolências e folheto do luto 1 mês após o óbito	X 100
---	-------



Número total de CPRs de clientes que faleceram na UCP	
---	--

Tipo de indicador: processo;  
Meta: 95%.

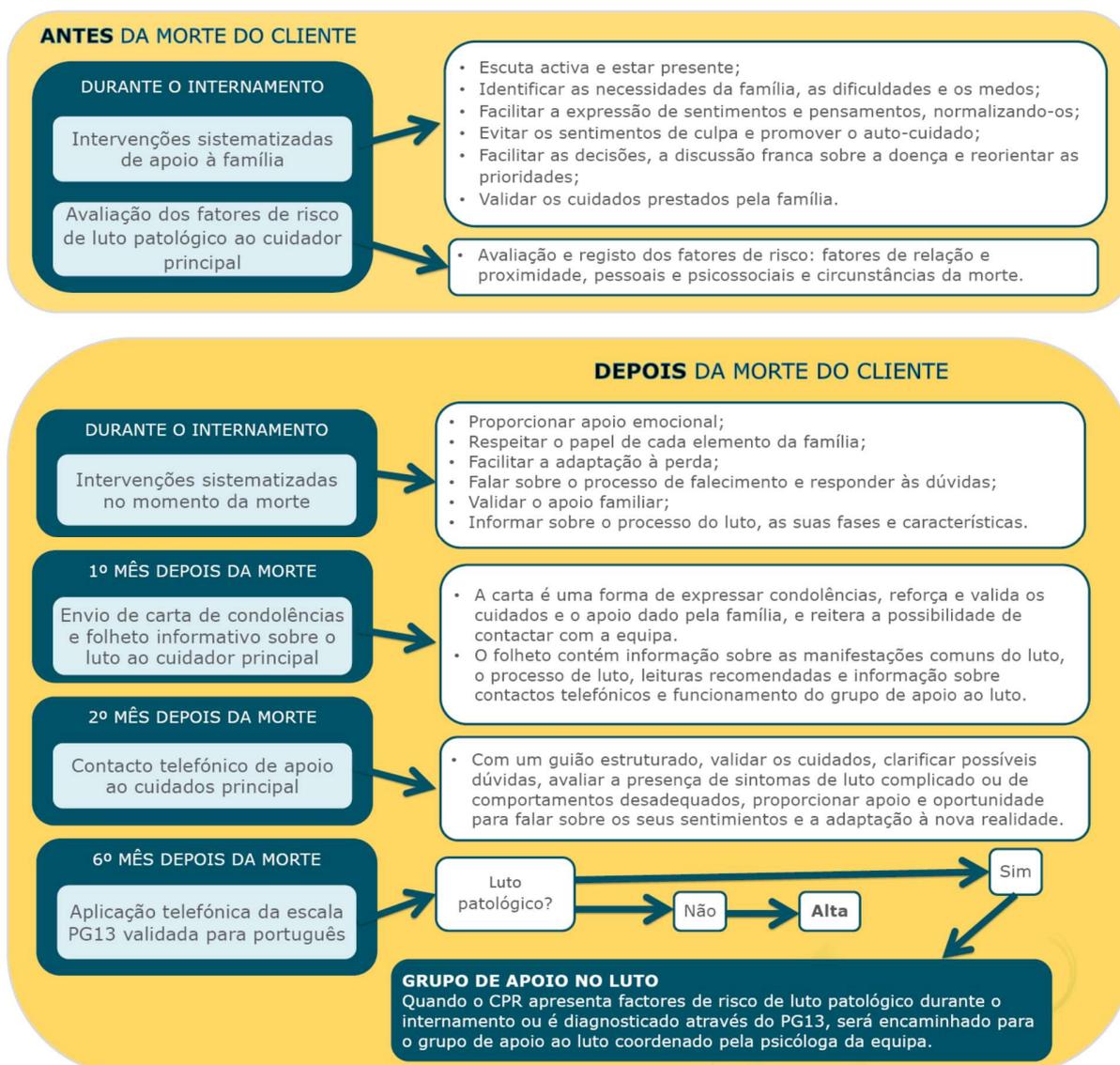
### Taxa de CPRs contactados telefonicamente no 2º mês após o óbito

Número de CPRs de clientes que faleceram na UCP contactados telefonicamente 2 meses após o óbito	X 100
Número total de CPRs de clientes que faleceram na UCP	

Tipo de indicador: processo;  
Meta: 95%.

### Taxa de CPRs contactados telefonicamente no 6º mês após o óbito

40



Número de CPRs de clientes que faleceram na UCP contactados telefonicamente 6 meses após o óbito	X 100
Número total de CPRs de clientes que faleceram na UCP que aceita manter-se no projeto	

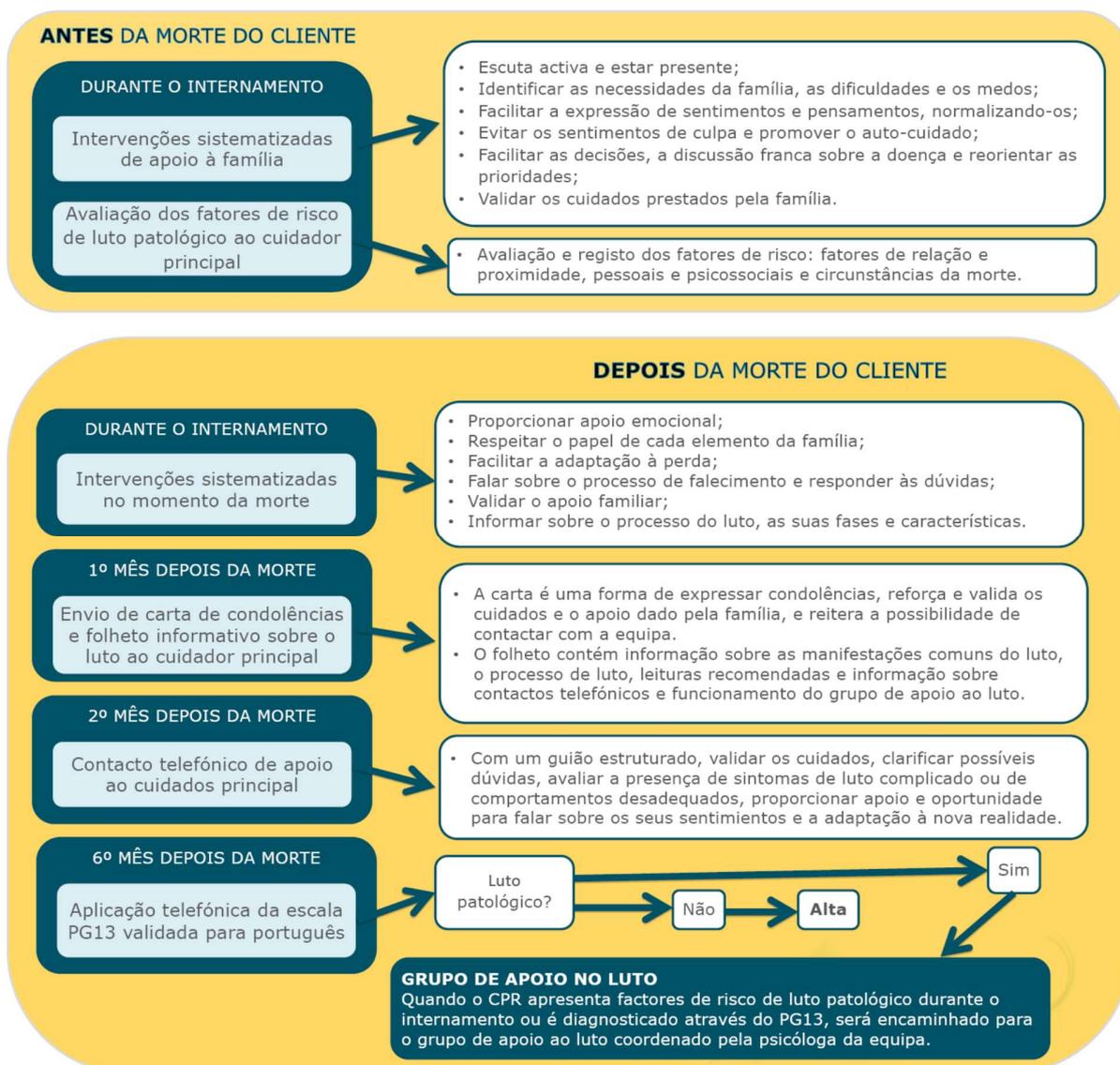
Tipo de indicador: processo;  
Meta: 95%.

### Taxa de CPRs com luto prolongado diagnosticado com a escala PG-13

Número de CPRs com diagnóstico de luto prolongado	X 100
Número total de CPRs que preencheu a avaliação do luto prolongado	

Tipo de indicador: resultado;

41



Meta: inferior a 25%.

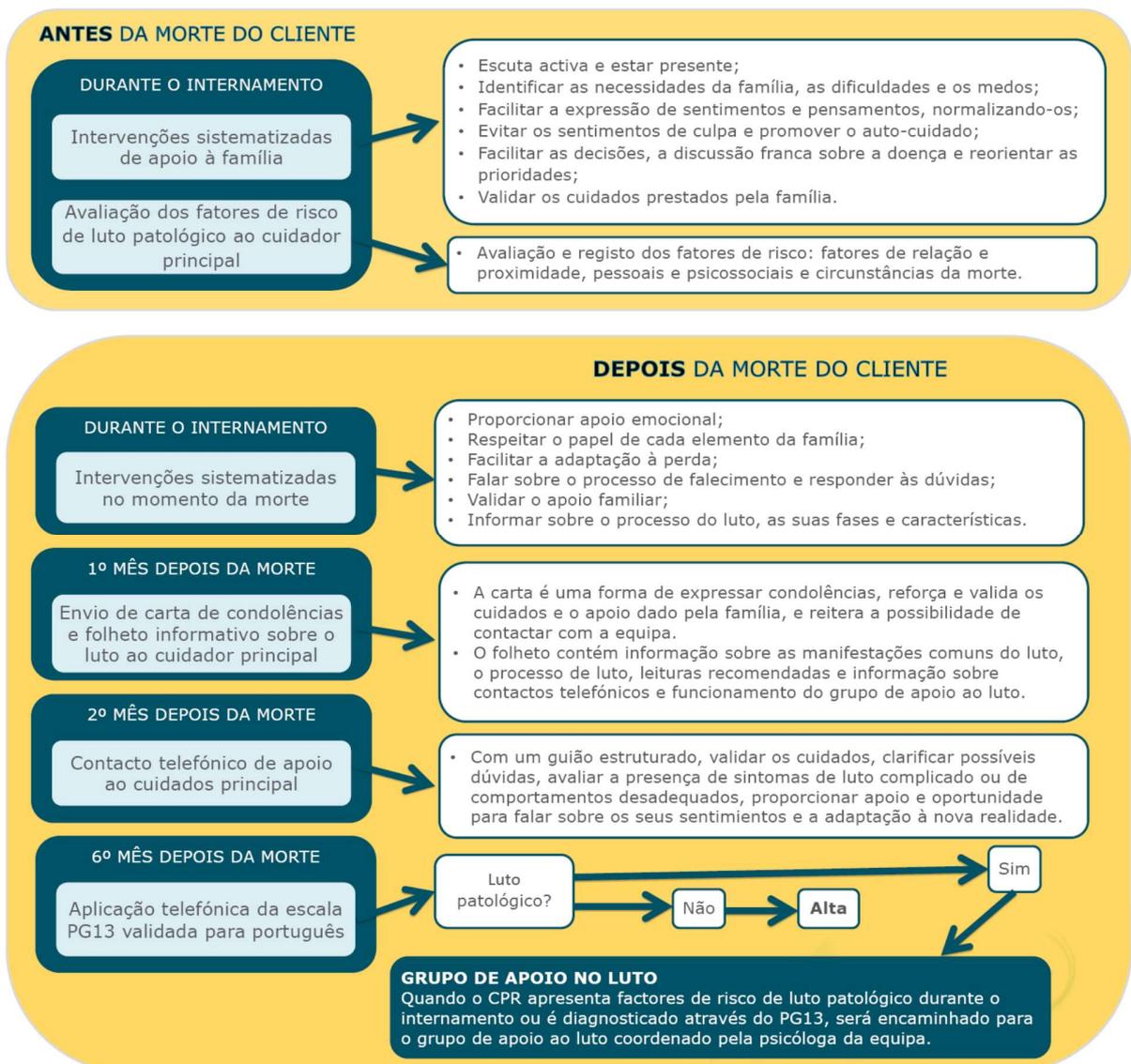
**Taxa de CPRs com luto prolongado que integraram o grupo informativo de apoio ao luto**

Número de CPRs com luto prolongado que integrou o grupo informativo de apoio ao luto	X 100
Número total de CPRs com luto prolongado	

Tipo de indicador: processo;

Meta: 50%.

**Taxa de CPRs com luto prolongado que integraram o grupo informativo de apoio ao luto que foram referenciados para o grupo de apoio psicológico**



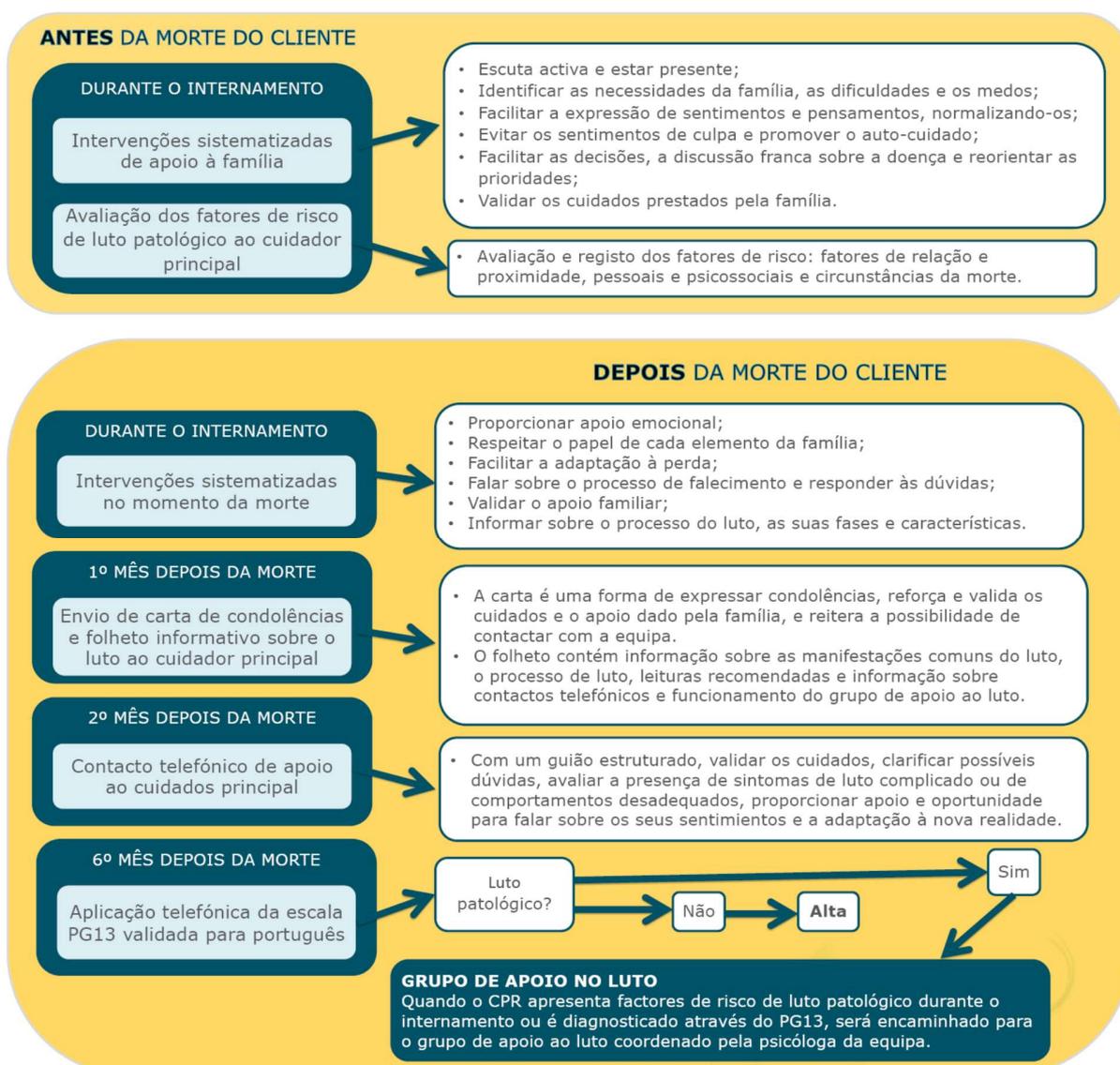
Número de CPRs com luto prolongado que integrou o grupo informativo de apoio ao luto e que foi referenciado ao grupo de apoio psicológico	X 100
Número total de CPRs com luto prolongado e que integrou o grupo informativo de apoio ao luto	

Tipo de indicador: resultado;  
Meta: inferior a 20%.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

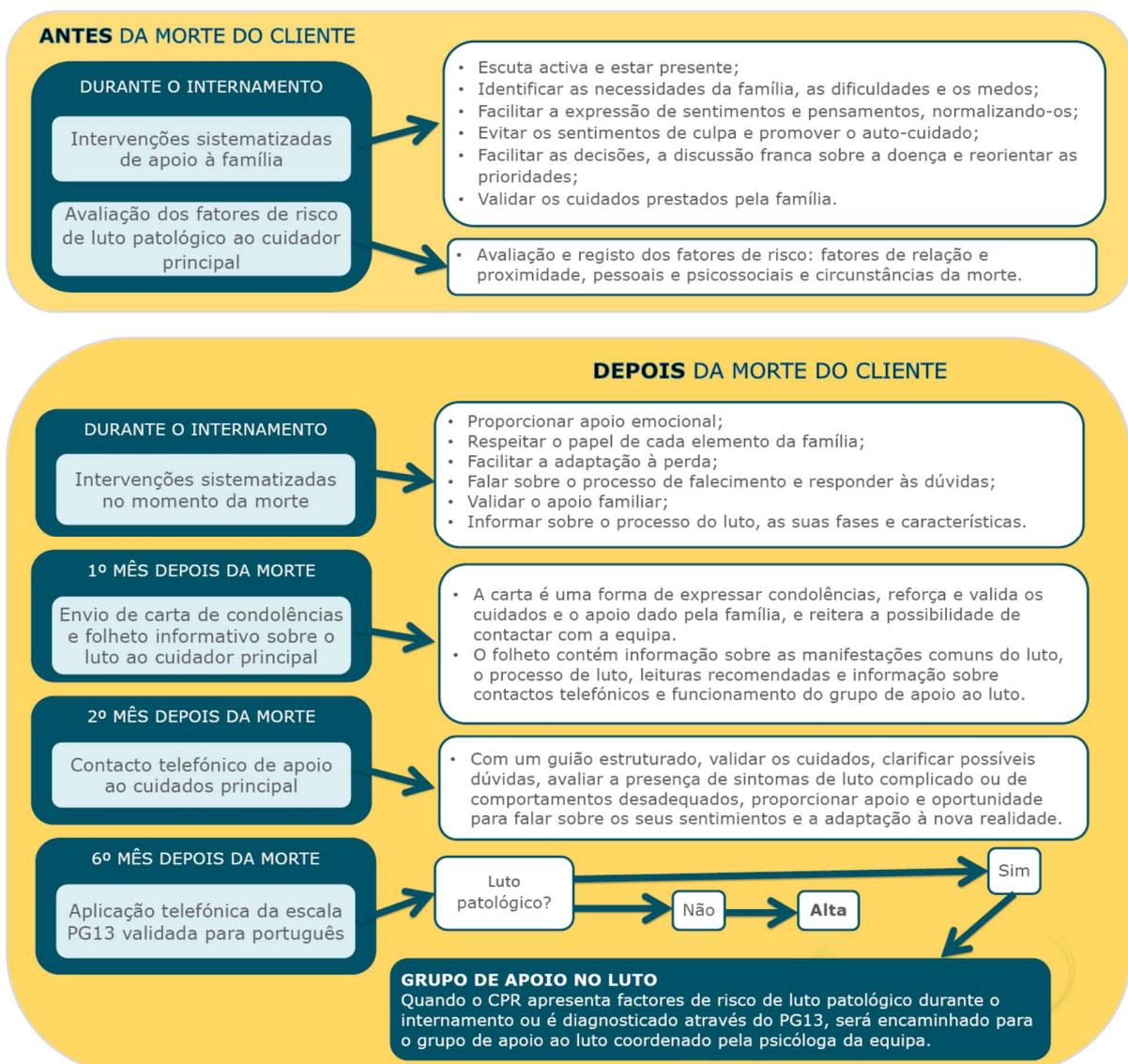
O enfermeiro, como toda a equipa, respeita a singularidade e autonomia individual, quando responde a vivências individuais específicas, a processos de morrer e de luto, tendo conhecimentos sobre as etapas e manifestações do luto normal, antecipatório e prolongado, da

43



intervenção em situação de luto prolongado, assim como conhece o luto em situações particulares e o papel da comunidade e dos grupos de entreajuda.

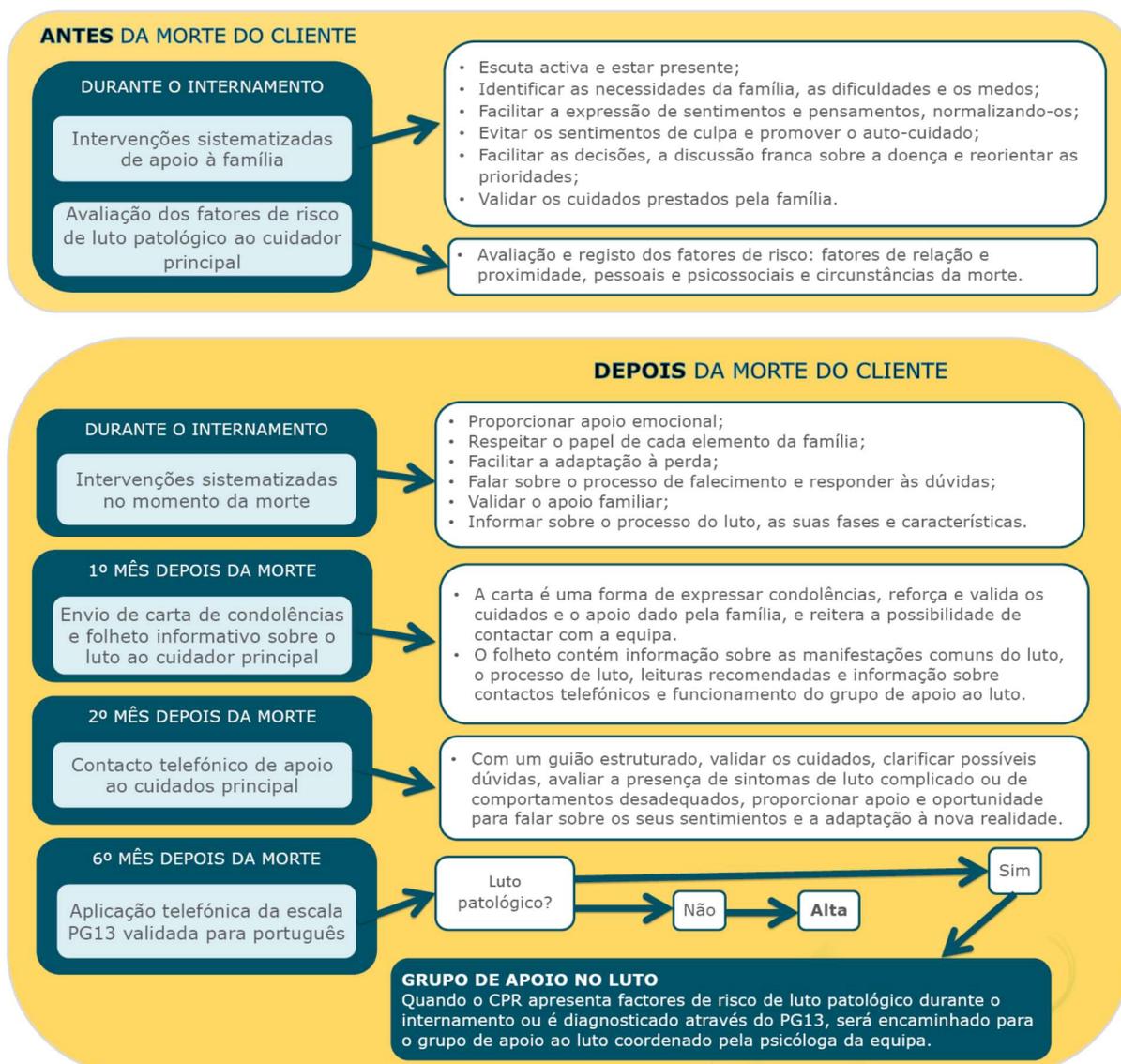
Esperamos não só contribuir para a consolidação da competência supracitada, como também atingir os *standards* estabelecidos pela OE e pela APCP, os quais norteiam a nossa prática como unidade de referência, respondendo a uma necessidade sentida pelos profissionais da equipa da UCCP do HL, e estando assim mais próximos dos clientes e famílias de quem cuidamos.



## 5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

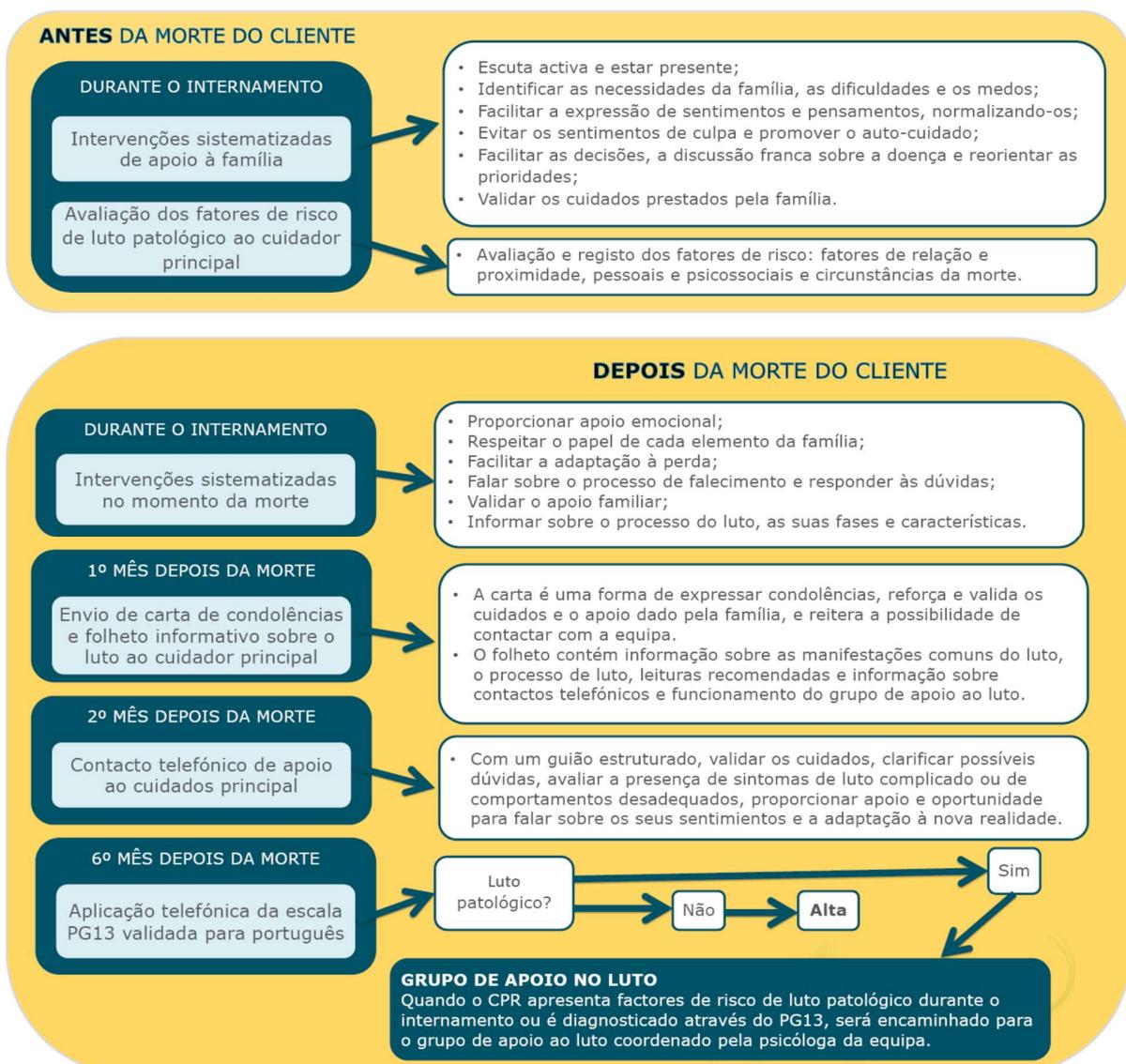
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- ACP. (2006). *Critérios de qualidade de serviços em CP. Recomendações da ACP* (pp 1-22). Porto, Portugal: ACP.
- Barbosa, A. (2010). Luto. In A. Barbosa & I. Neto. (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed). Lisboa, Portugal: Centro de Bioética, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa.

45



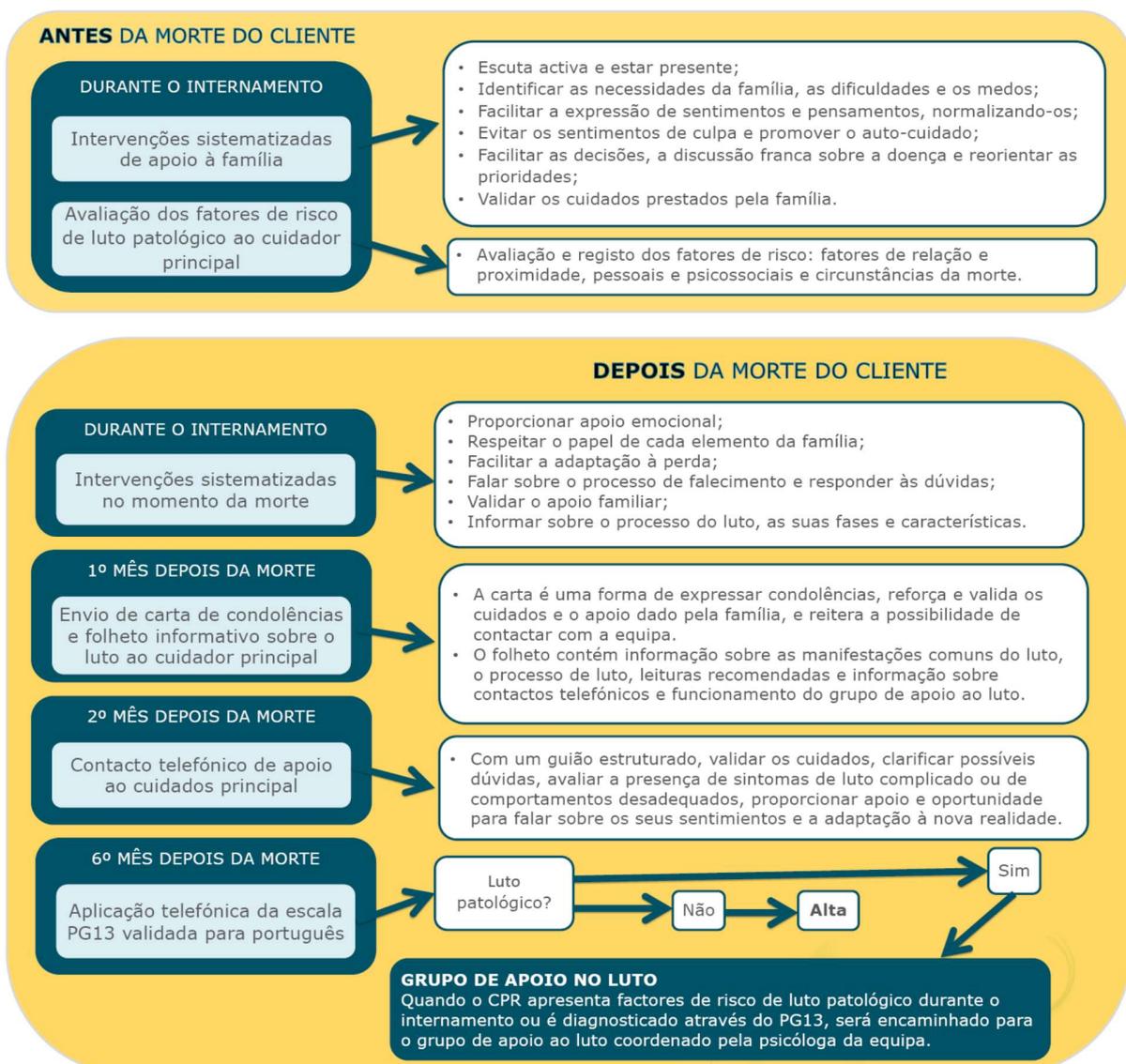
- Barón, M. (2007). *Tratado de Medicina Paliativa y tratamiento de soporte del paciente con cáncer*. (2ª ed). Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.
- Brown, F. (1995). O Impacto da Morte e da Doença na Família. In B. Carter & M. McGoldrick (Eds.), *Mudanças no Ciclo de Vida Familiar*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Chochinov, H. M. (2004). Dignity and the eye of the Beholder. *Jornal of Clinical Oncology*, pp. 1336-1340.
- Delalibera, M. (2010). *Adaptação e Validação Portuguesa do Instrumento de Avaliação do Luto Prolongado – Prolonged Grief Disorder 13 (PG-13)* (Tese de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal.

46



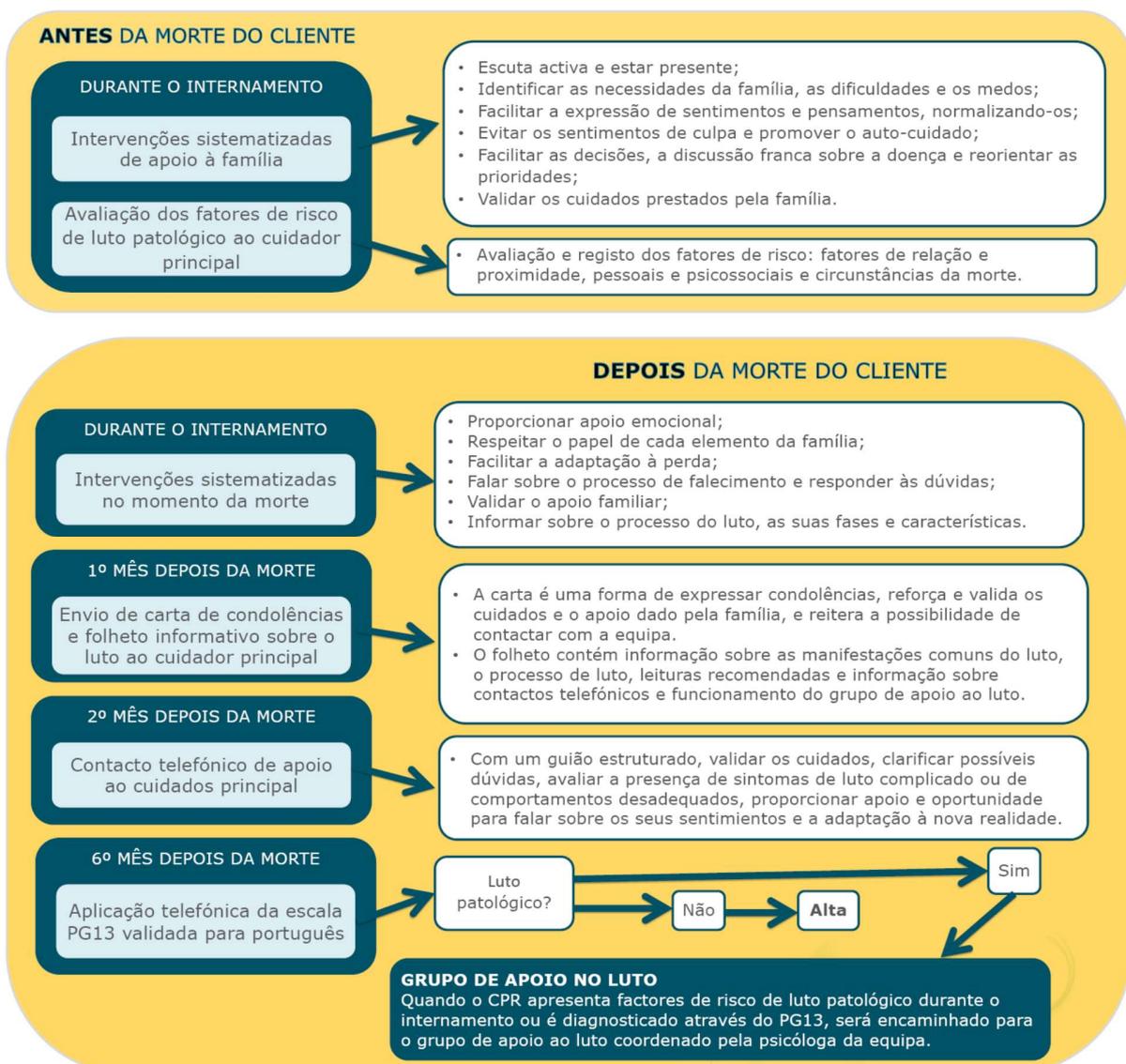
- Donabedian, A. (1980). *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment: Vol. 1*. Michigan, Estados Unidos. Ann Harbor: Health Administration Press.
- García, C., Aparicio, A., Gutiérrez, J., Vélez, R., Gutiérrez, I., Sanchez, C., ... Sanchez, V. (2002). Protocolo de intervención en *counselling* telefónico y presencial frente a un duelo reciente desde profesionales de primer contacto de un equipo de soporte de atención domiciliaria (ESAD). *Medicina Paliativa*, 9 (4), pp. 181-183.
- García, C. Martín, T., & Mendez, R. (2010). *Programa Regional de Cuidados Paliativos: "Guía Clínica. Seguimiento del duelo en Cuidados Paliativos"*. Mérida, España: Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura.

47



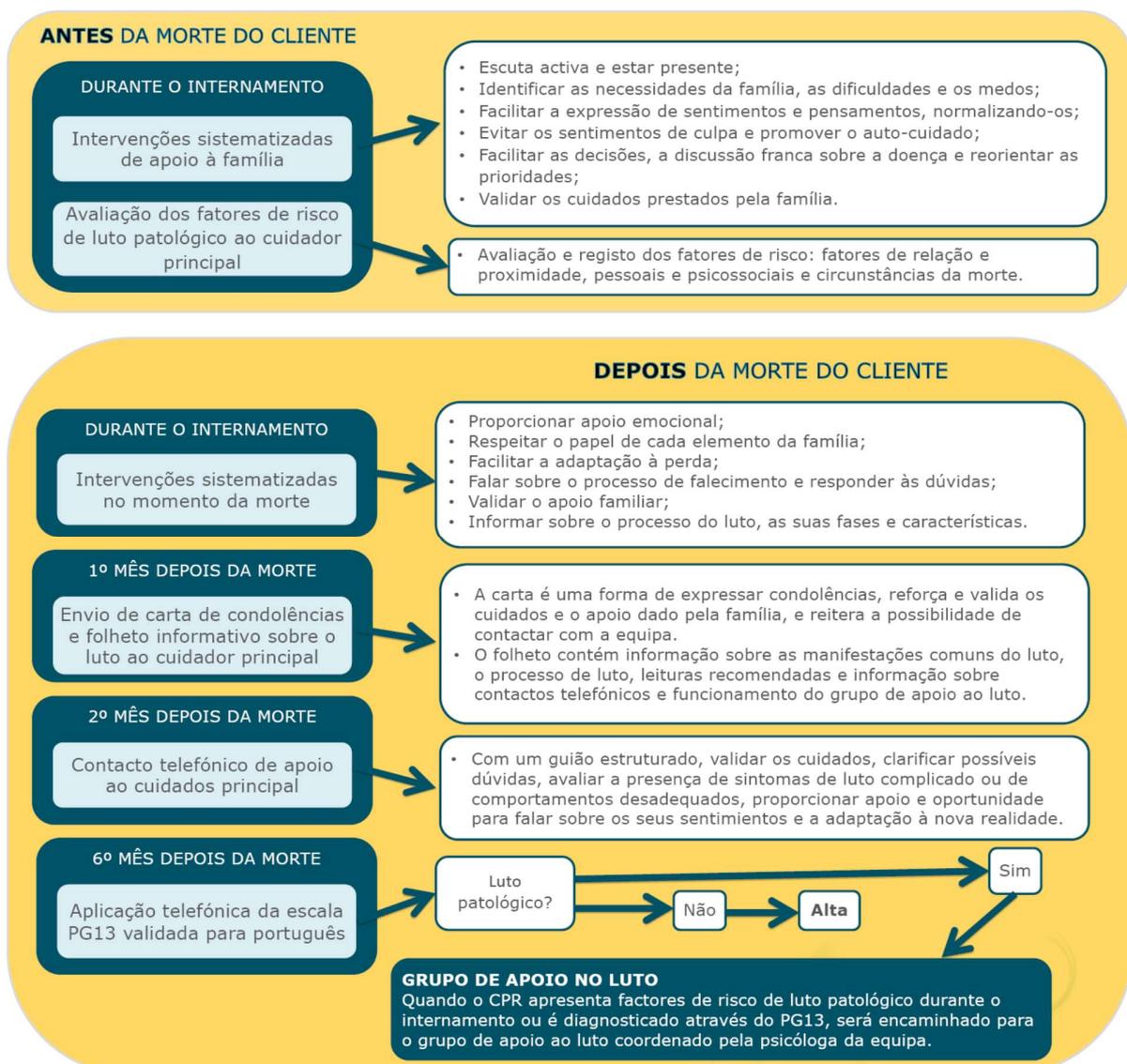
- García-García, J., & Petralanda, V. (2001). Es posible medir el duelo? Adaptación al castellano y validación del Inventario de Experiencias en Duelo (IED) y del Inventario Texas Revisado del Duelo (ITRD). *Psiquiatria*, 5 (1). Recuperado de <http://www.ipir-duelo.com/pdf/IED-J%20Garcia%20garcia.pdf>
- Gil-Juliá, B., Bellver, A., & Ballester, R. (2008). Duelo: Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento. *Psicooncología*, 5 (1), pp. 103-116.
- Hall, C., Hudson, P., & Boughey, A. (2012). *Bereavement support standards for specialist palliative care services* (pp. 4-31). Melbourne, Australia: State Government of Victoria, Department of Health.

48



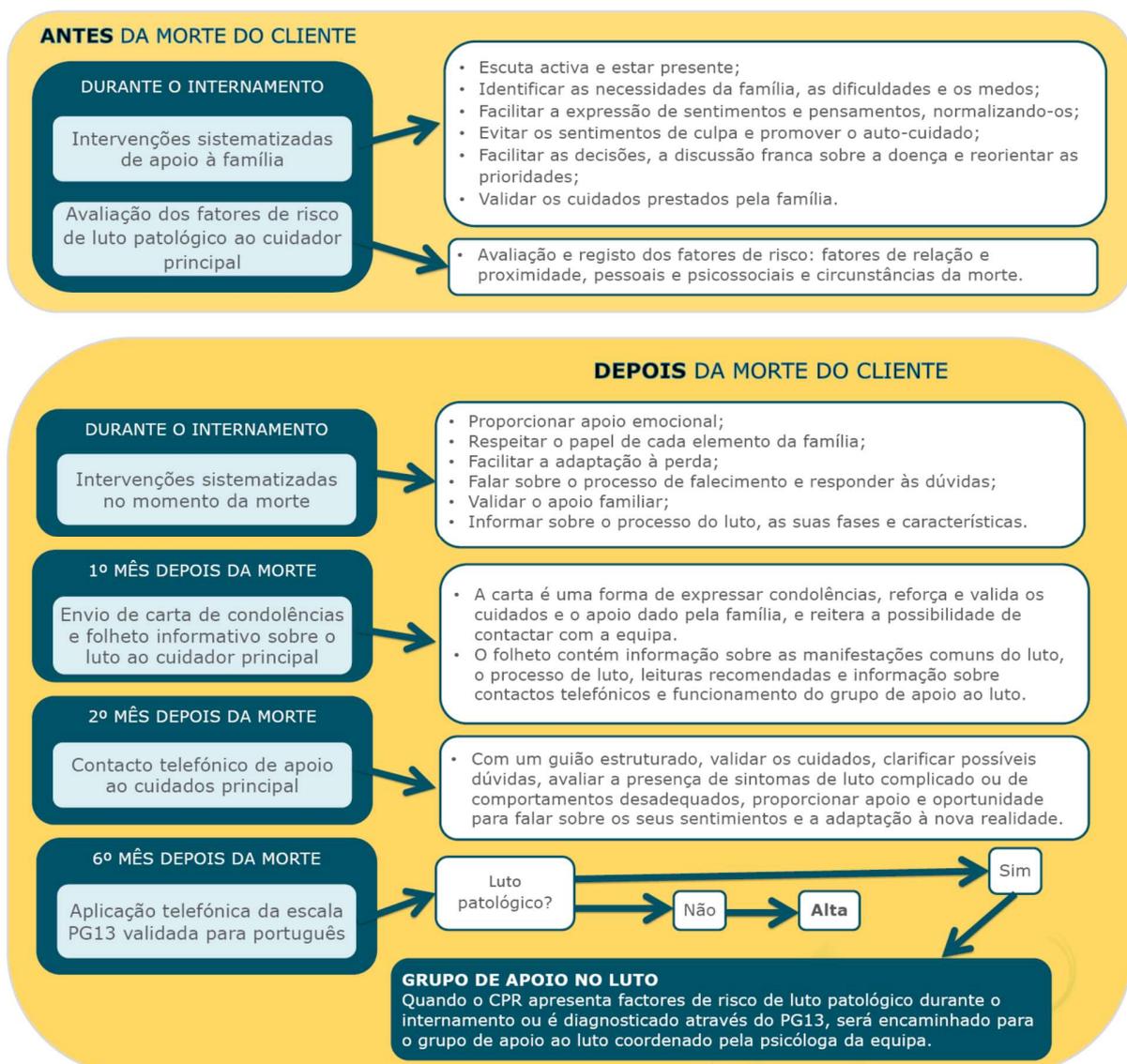
- Lage, I. (2005). Cuidados Familiares a Idosos. In C. Paúl & A. Fonseca (orgs.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 203-229). Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- National Health System. East Midlands Cancer Network. (2010). Delivering the Supportive and Palliative Care Improving Outcomes Guidance (IOG) across the East Midlands – Priority 10 & 12 – Bereavement Services and Spiritual Care Policy for the Provision of Spiritual Care and Bereavement Support. Recuperado de <http://www.eastmidlandscancernetwork.nhs.uk/Library/BereavementandSpiritualCareFinalDocument.pdf>

49



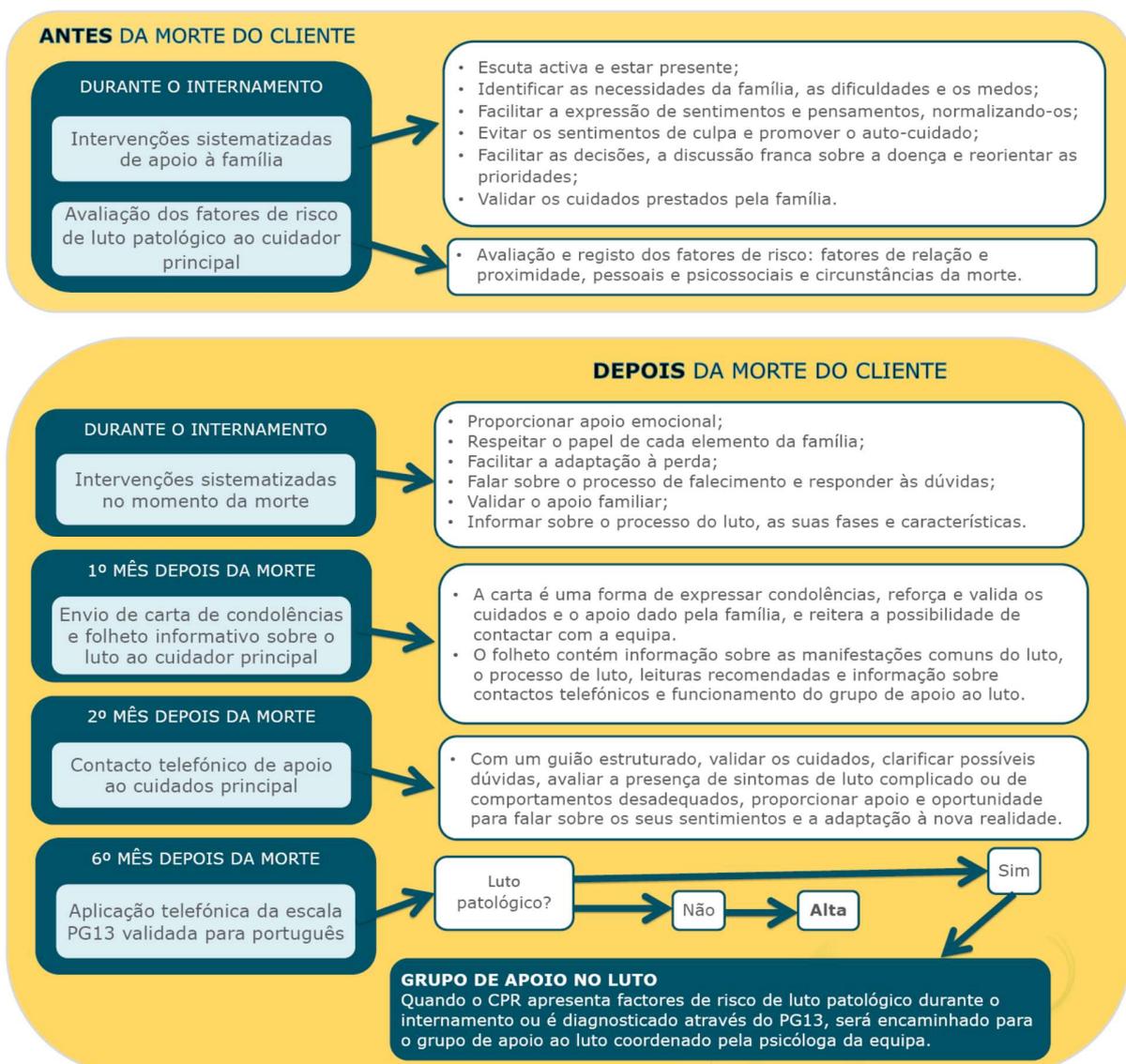
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Recuperado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. Mesa do Colégio da Especialidade Médico-Cirúrgica. (2014a). *Programa Formativo para Enfermagem Especializada em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Recuperado de [http://www.apcp.com.pt/uploads/oe\\_programaformativoenfespeccuidpaliativosaprovado-net.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/oe_programaformativoenfespeccuidpaliativosaprovado-net.pdf)

50



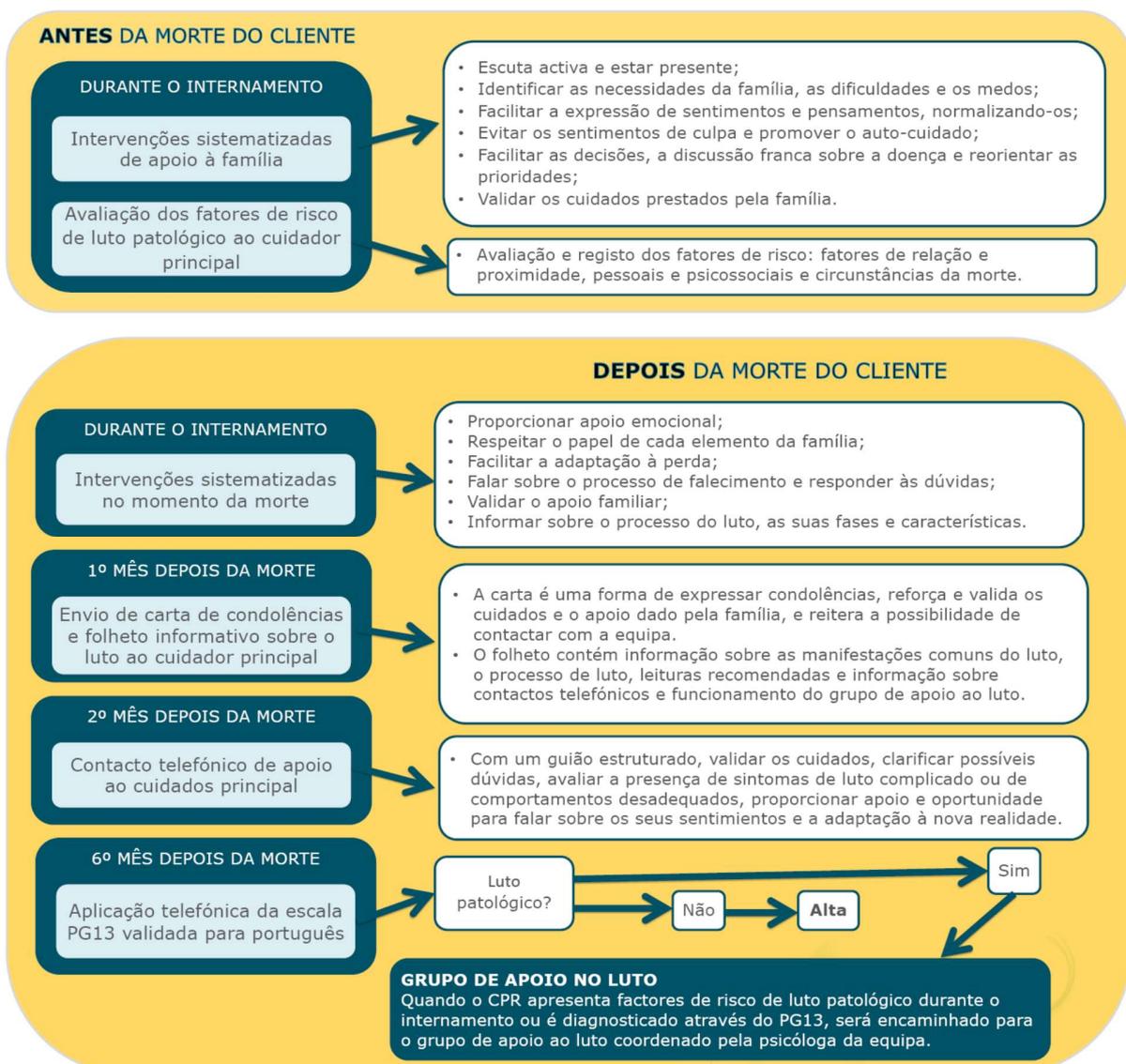
- Ordem dos Enfermeiros. Mesa do Colégio da Especialidade Médico-Cirúrgica. (2014b). *Proposta de Regulamento dos Padrões de Qualidade da Especialidade de Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Recuperado de [http://www.apcp.com.pt/uploads/oe\\_propostaregulamentopqcee\\_pscpaliativaaprovado-net.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/oe_propostaregulamentopqcee_pscpaliativaaprovado-net.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Obtido em 1 de Dezembro de 2010, de Publicações da Ordem dos Enfermeiros: catálogo CIPE - Cuidados Paliativos para uma morte digna: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Paginas/default.aspx>

51



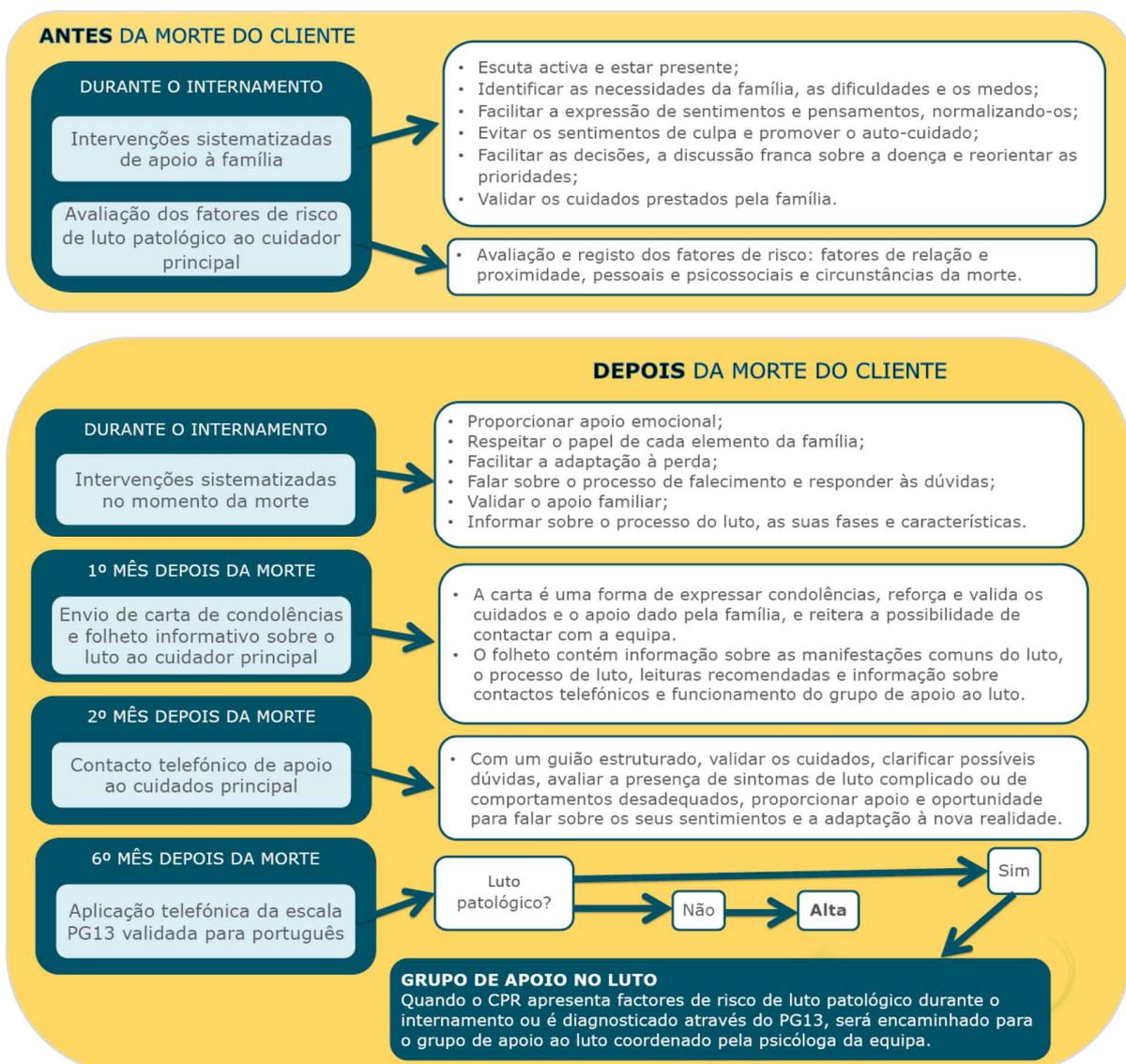
- Parkes, C. (1999). Bereavement. In D. Doyle, G. Hanks & N. MacDonald (Eds.), *Oxford Textbook of Palliative Medicine* (2ª ed, pp. 995-1010). New York, USA: Oxford University Press.
- Pulido, E., Martinez, C., Morán, M., Ortiz, A., Campillos, M., Gutiérrez, D., ... Elvira, J. (2009). *Guía de intervención psicosocial y cuidados de duelo. Guías de intervención psicológica en servicios sociales comunitarios* (pp. 4-91). Diputación de Córdoba, España: Instituto Provincial de Bienestar Social.
- Randa, S., & Milne, D. (2000). *Guidelines for the assessment of complicated bereavement risk in family members of people receiving palliative care* (pp. 1-99). Melbourne, Australia: Centre for Palliative Care.

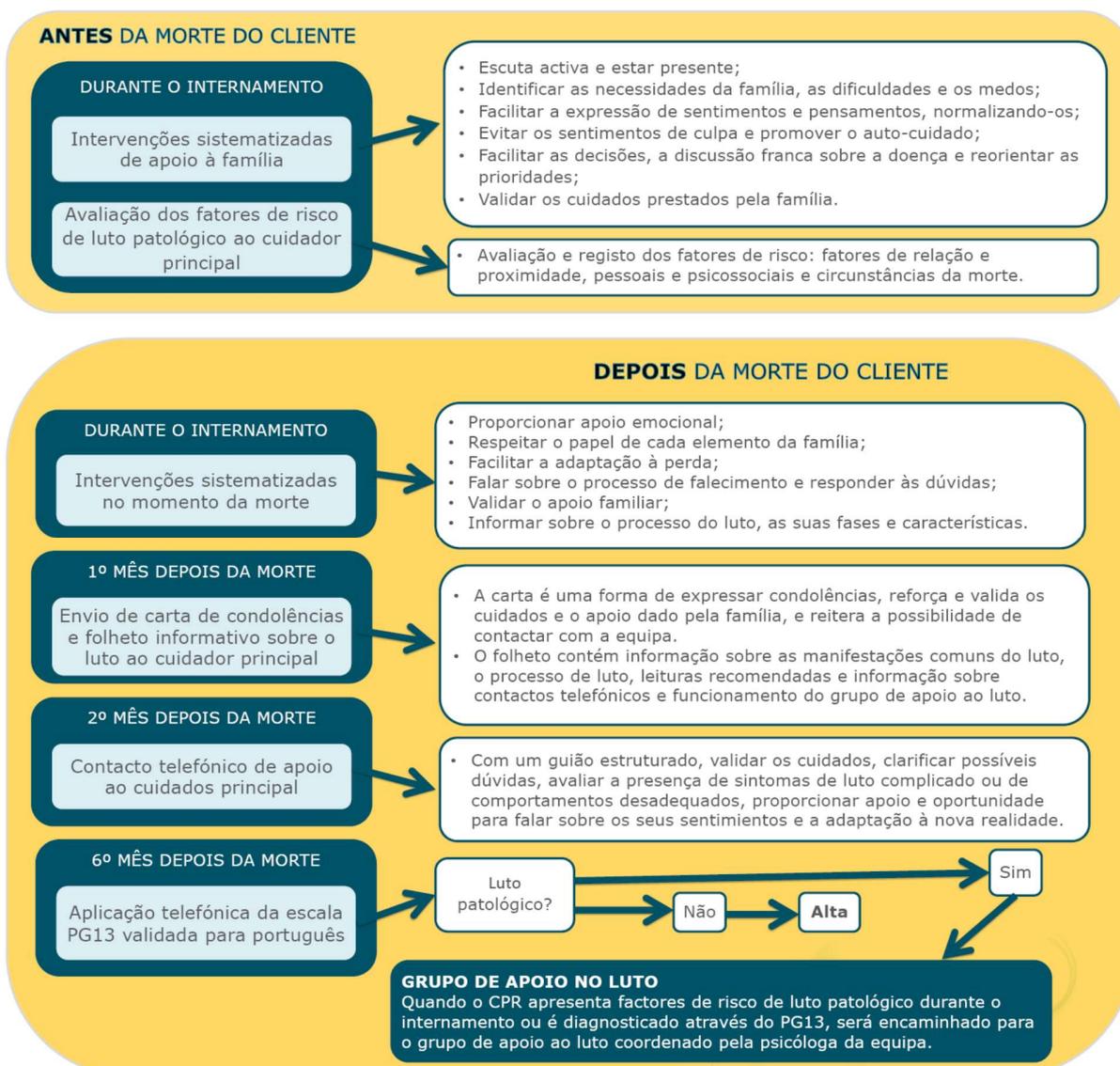
52



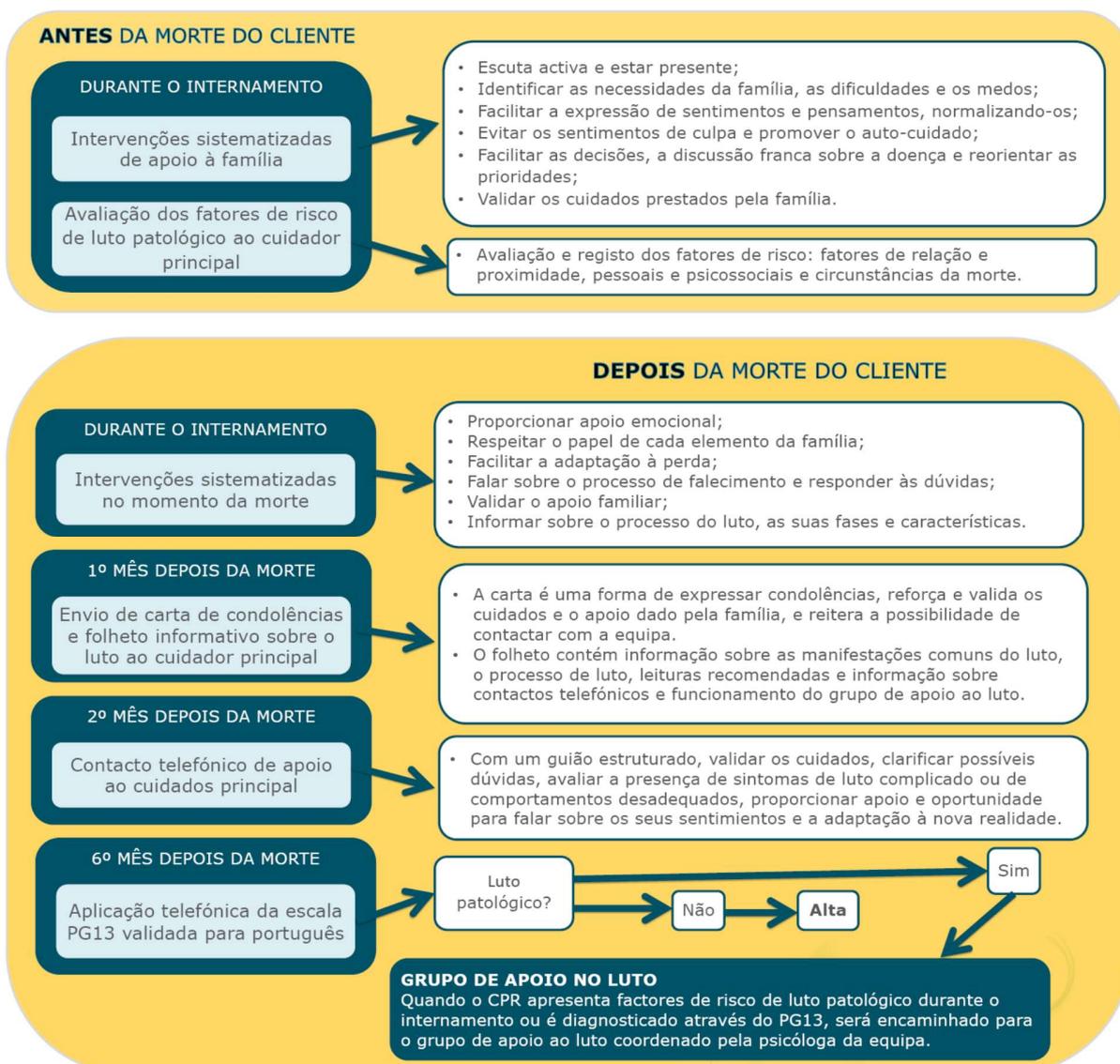
- Sociedade Francesa de Acompanhamento e Cuidados Paliativos. (2000). *Desafios da enfermagem em cuidados paliativos*. Loures, Portugal: Lusociência
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (2ª ed.) Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Walsh, F.; McGoldrick, M. (1998). *Morte na família: sobrevivendo às perdas*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- Worden, J. (1998). *Terapia do luto: um manual para o profissional de saúde mental*. Porto Alegre, Brasil: Artes Médicas.
- World Health Organization. (2006). *Definition of Palliative Care*. Recuperado de <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

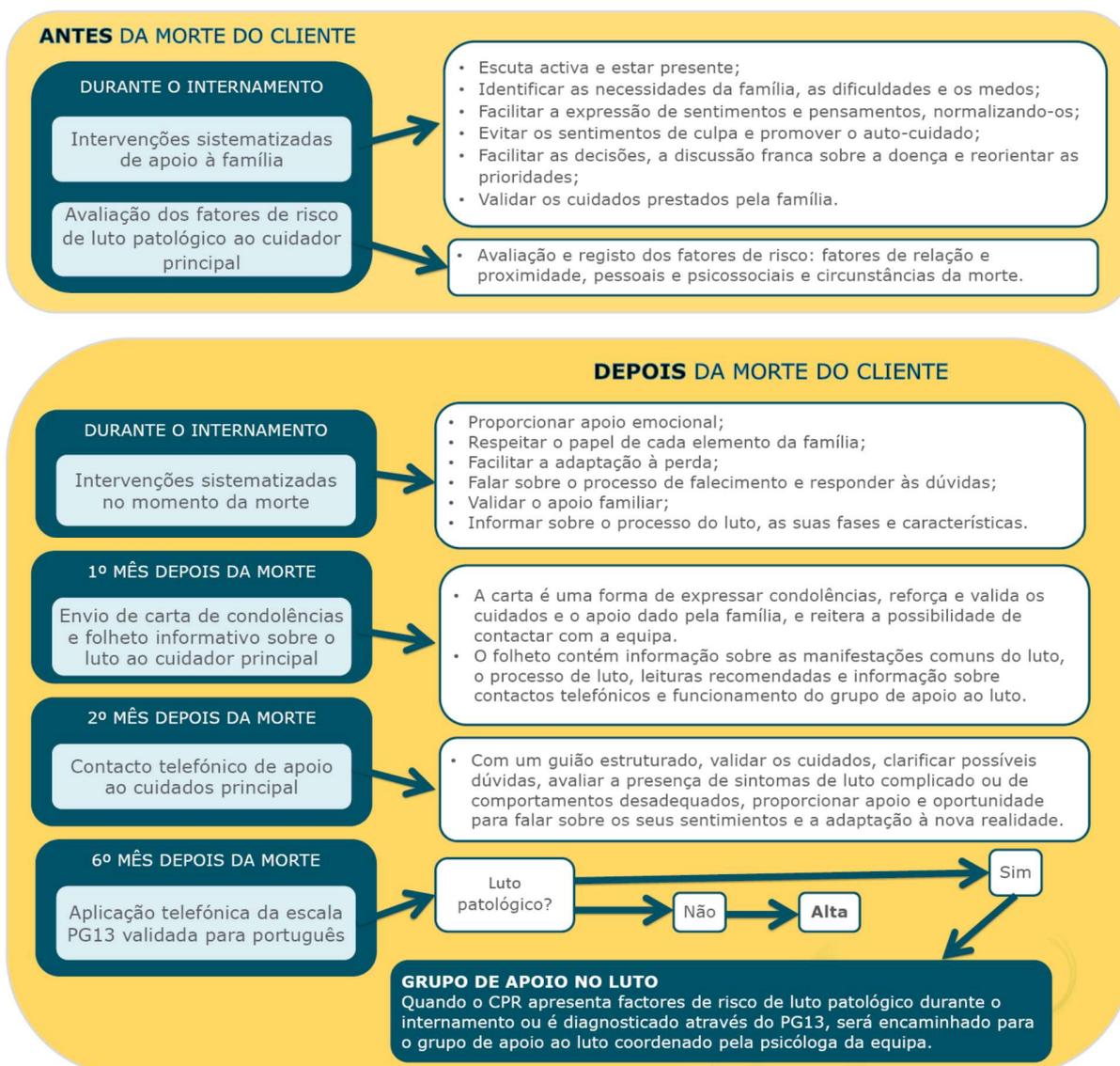
53

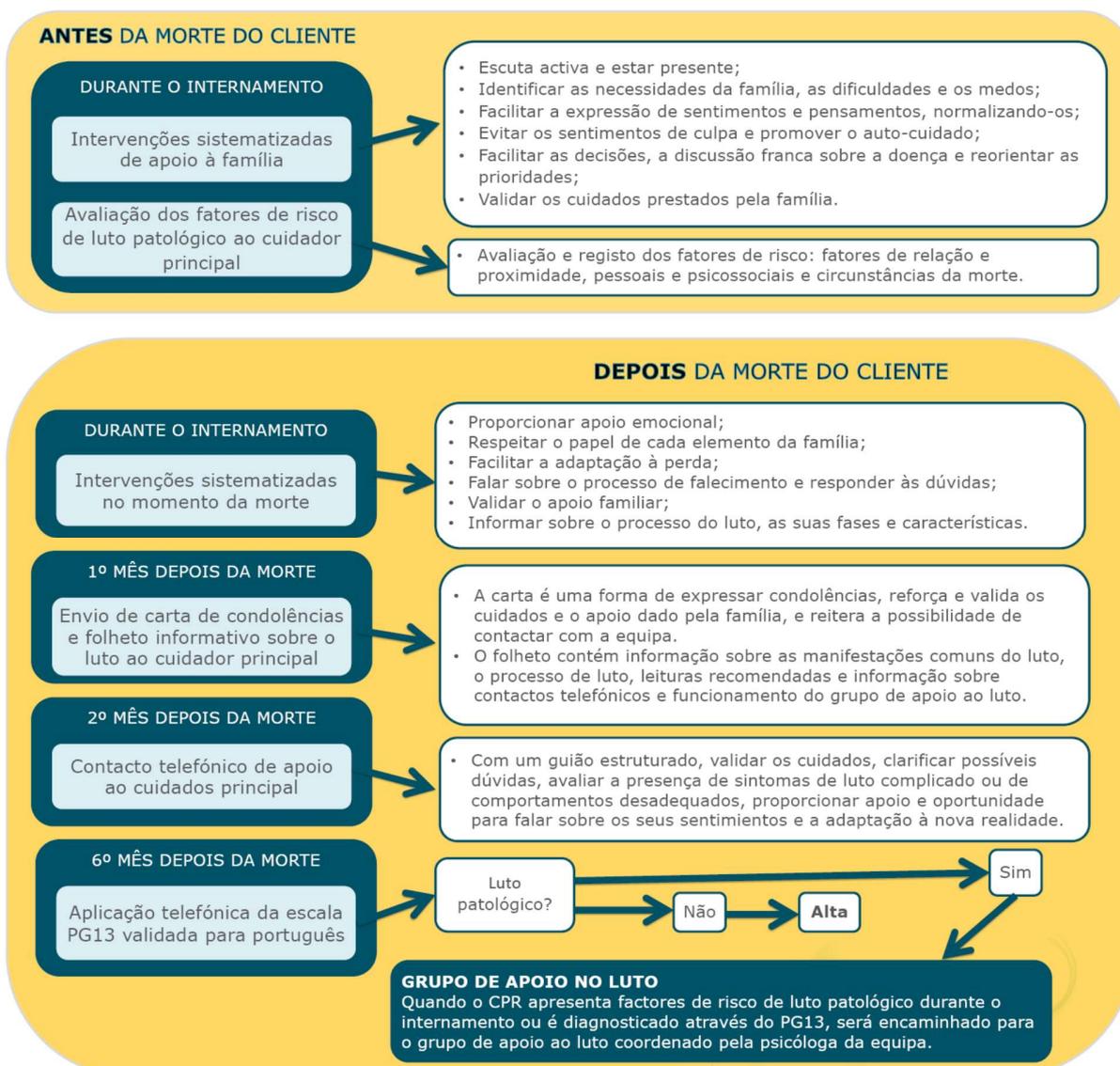




## 6. APÊNDICES

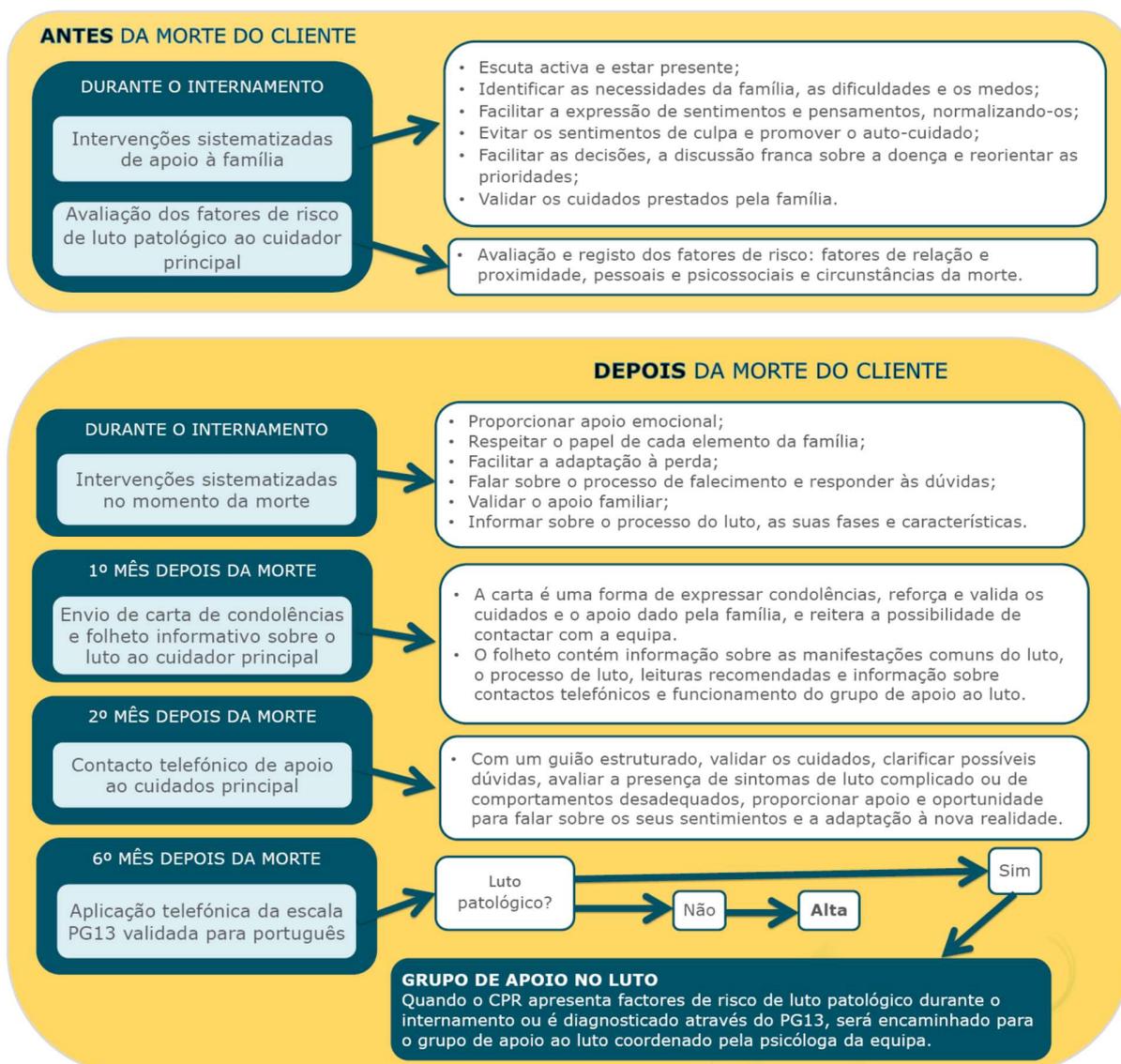






## APÊNDICE 1 - FLUXOGRAMA DO PROGRAMA DE APOIO AO LUTO

58



**ANTES DA MORTE DO CLIENTE****DURANTE O INTERNAMENTO**

Intervenções sistematizadas de apoio à família

Avaliação dos fatores de risco de luto patológico ao cuidador principal

- Escuta activa e estar presente;
- Identificar as necessidades da família, as dificuldades e os medos;
- Facilitar a expressão de sentimentos e pensamentos, normalizando-os;
- Evitar os sentimentos de culpa e promover o auto-cuidado;
- Facilitar as decisões, a discussão franca sobre a doença e reorientar as prioridades;
- Validar os cuidados prestados pela família.

- Avaliação e registo dos fatores de risco: fatores de relação e proximidade, pessoais e psicossociais e circunstâncias da morte.

**DEPOIS DA MORTE DO CLIENTE****DURANTE O INTERNAMENTO**

Intervenções sistematizadas no momento da morte

- Proporcionar apoio emocional;
- Respeitar o papel de cada elemento da família;
- Facilitar a adaptação à perda;
- Falar sobre o processo de falecimento e responder às dúvidas;
- Validar o apoio familiar;
- Informar sobre o processo do luto, as suas fases e características.

**1º MÊS DEPOIS DA MORTE**

Envio de carta de condolências e folheto informativo sobre o luto ao cuidador principal

- A carta é uma forma de expressar condolências, reforça e valida os cuidados e o apoio dado pela família, e reitera a possibilidade de contactar com a equipa.
- O folheto contém informação sobre as manifestações comuns do luto, o processo de luto, leituras recomendadas e informação sobre contactos telefónicos e funcionamento do grupo de apoio ao luto.

**2º MÊS DEPOIS DA MORTE**

Contacto telefónico de apoio ao cuidador principal

- Com um guião estruturado, validar os cuidados, clarificar possíveis dúvidas, avaliar a presença de sintomas de luto complicado ou de comportamentos desadequados, proporcionar apoio e oportunidade para falar sobre os seus sentimentos e a adaptação à nova realidade.

**6º MÊS DEPOIS DA MORTE**

Aplicação telefónica da escala PG13 validada para portugueses

**GRUPO DE APOIO NO LUTO**

Quando o CPR apresenta factores de risco de luto patológico durante o internamento ou é diagnosticado através do PG13, será encaminhado para o grupo de apoio ao luto coordenado pela psicóloga da equipa.

## ANTES DA MORTE DO CLIENTE

### DURANTE O INTERNAMENTO

Intervenções sistematizadas de apoio à família

Avaliação dos fatores de risco de luto patológico ao cuidador principal

- Escuta activa e estar presente;
- Identificar as necessidades da família, as dificuldades e os medos;
- Facilitar a expressão de sentimentos e pensamentos, normalizando-os;
- Evitar os sentimentos de culpa e promover o auto-cuidado;
- Facilitar as decisões, a discussão franca sobre a doença e reorientar as prioridades;
- Validar os cuidados prestados pela família.

- Avaliação e registo dos fatores de risco: fatores de relação e proximidade, pessoais e psicossociais e circunstâncias da morte.

## DEPOIS DA MORTE DO CLIENTE

### DURANTE O INTERNAMENTO

Intervenções sistematizadas no momento da morte

### 1º MÊS DEPOIS DA MORTE

Envio de carta de condolências e folheto informativo sobre o luto ao cuidador principal

### 2º MÊS DEPOIS DA MORTE

Contacto telefónico de apoio ao cuidador principal

### 6º MÊS DEPOIS DA MORTE

Aplicação telefónica da escala PG13 validada para portugueses

- Proporcionar apoio emocional;
- Respeitar o papel de cada elemento da família;
- Facilitar a adaptação à perda;
- Falar sobre o processo de falecimento e responder às dúvidas;
- Validar o apoio familiar;
- Informar sobre o processo do luto, as suas fases e características.

- A carta é uma forma de expressar condolências, reforça e valida os cuidados e o apoio dado pela família, e reitera a possibilidade de contactar com a equipa.
- O folheto contém informação sobre as manifestações comuns do luto, o processo de luto, leituras recomendadas e informação sobre contactos telefónicos e funcionamento do grupo de apoio ao luto.

- Com um guião estruturado, validar os cuidados, clarificar possíveis dúvidas, avaliar a presença de sintomas de luto complicado ou de comportamentos desadequados, proporcionar apoio e oportunidade para falar sobre os seus sentimentos e a adaptação à nova realidade.



### GRUPO DE APOIO NO LUTO

Quando o CPR apresenta factores de risco de luto patológico durante o internamento ou é diagnosticado através do PG13, será encaminhado para o grupo de apoio ao luto coordenado pela psicóloga da equipa.

### 1º MÊS DEPOIS DA MORTE

Envio de carta de condolências e folheto informativo sobre o luto ao cuidador principal

### 2º MÊS DEPOIS DA MORTE

Contacto telefónico de apoio ao cuidador principal

### 6º MÊS DEPOIS DA MORTE

Aplicação telefónica da escala PG13 validada para portugueses

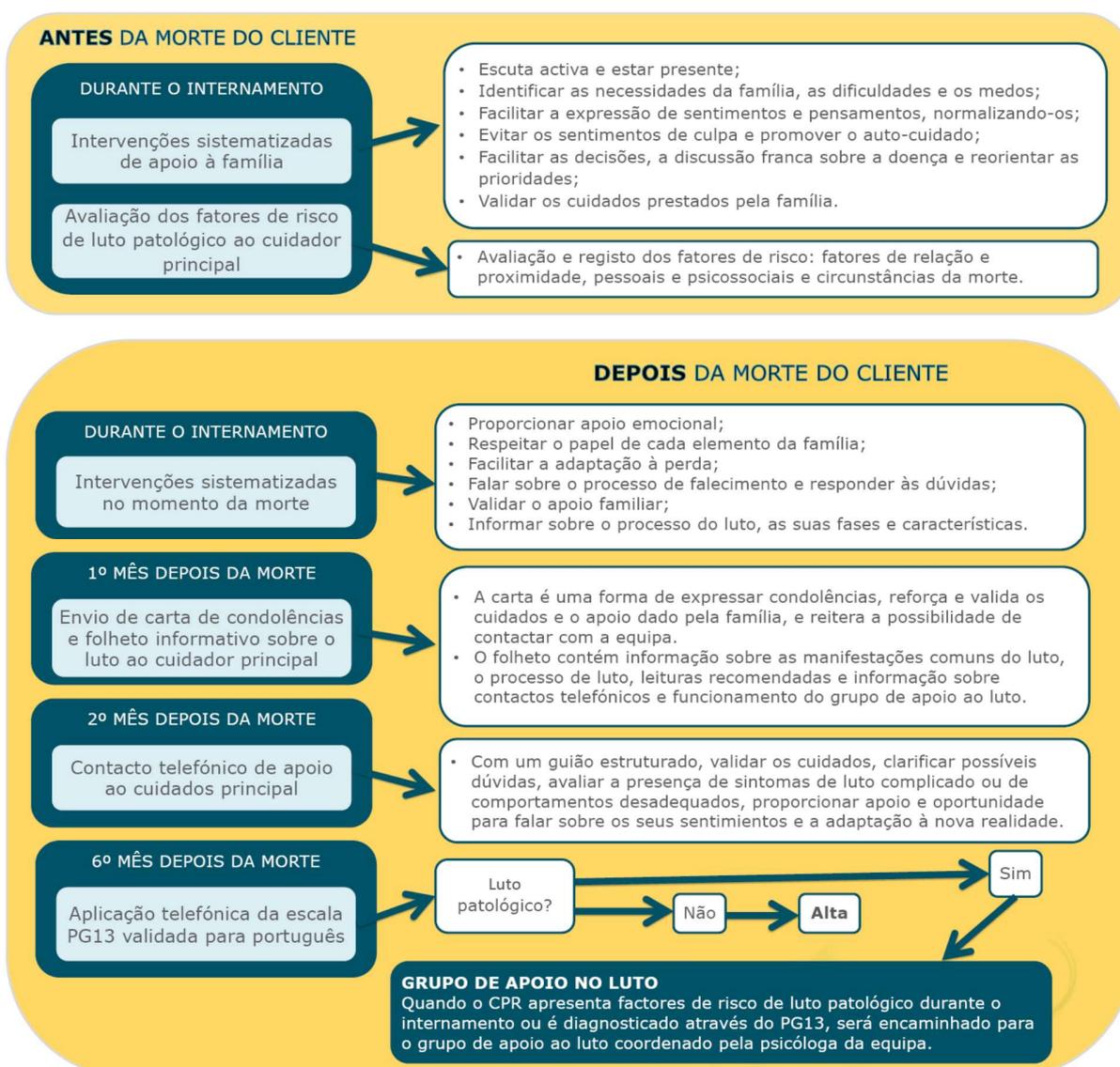
- A carta é uma forma de expressar condolências, reforça e valida os cuidados e o apoio dado pela família, e reitera a possibilidade de contactar com a equipa.
- O folheto contém informação sobre as manifestações comuns do luto, o processo de luto, leituras recomendadas e informação sobre contactos telefónicos e funcionamento do grupo de apoio ao luto.

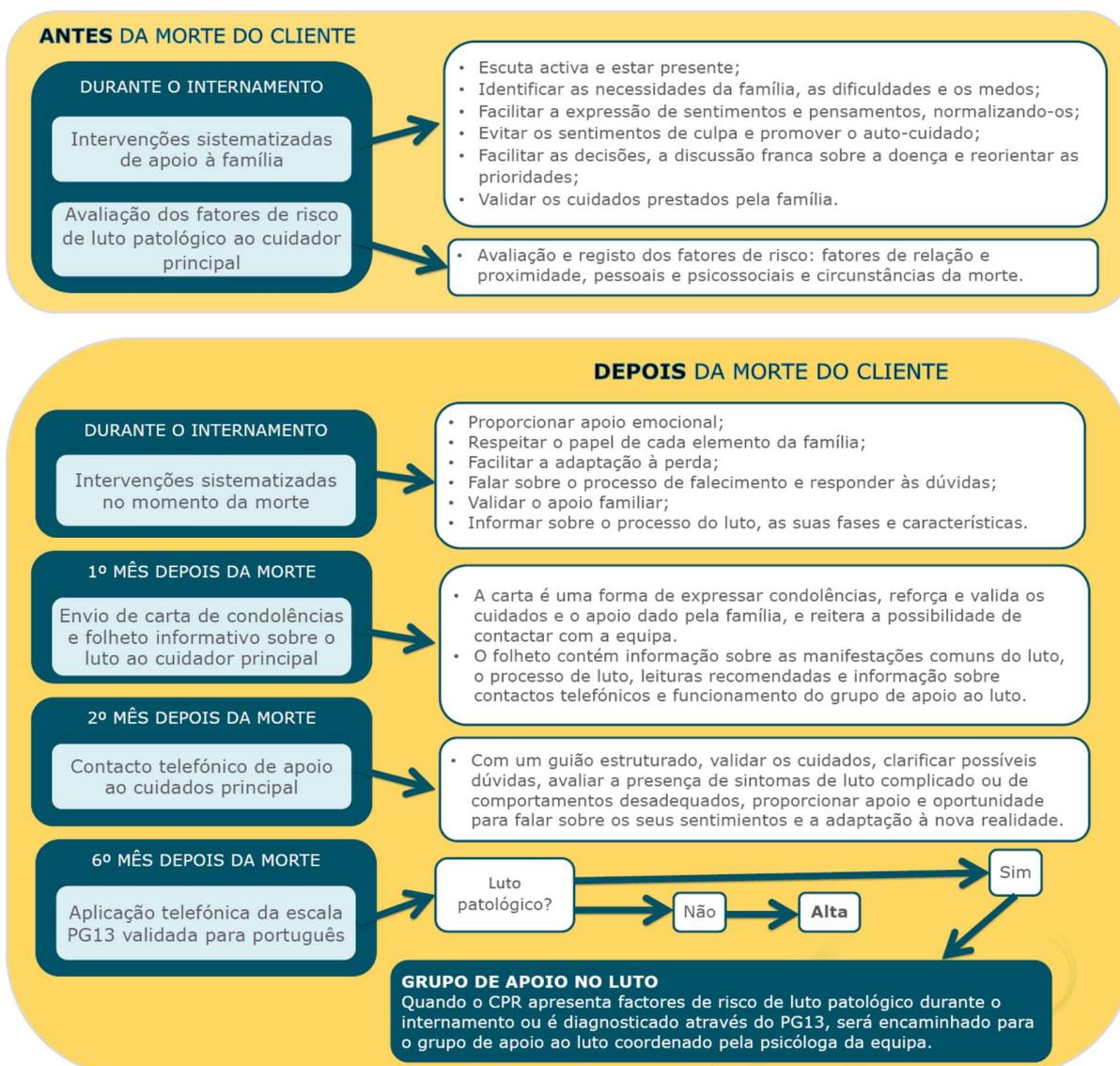
- Com um guião estruturado, validar os cuidados, clarificar possíveis dúvidas, avaliar a presença de sintomas de luto complicado ou de comportamentos desadequados, proporcionar apoio e oportunidade para falar sobre os seus sentimentos e a adaptação à nova realidade.



### GRUPO DE APOIO NO LUTO

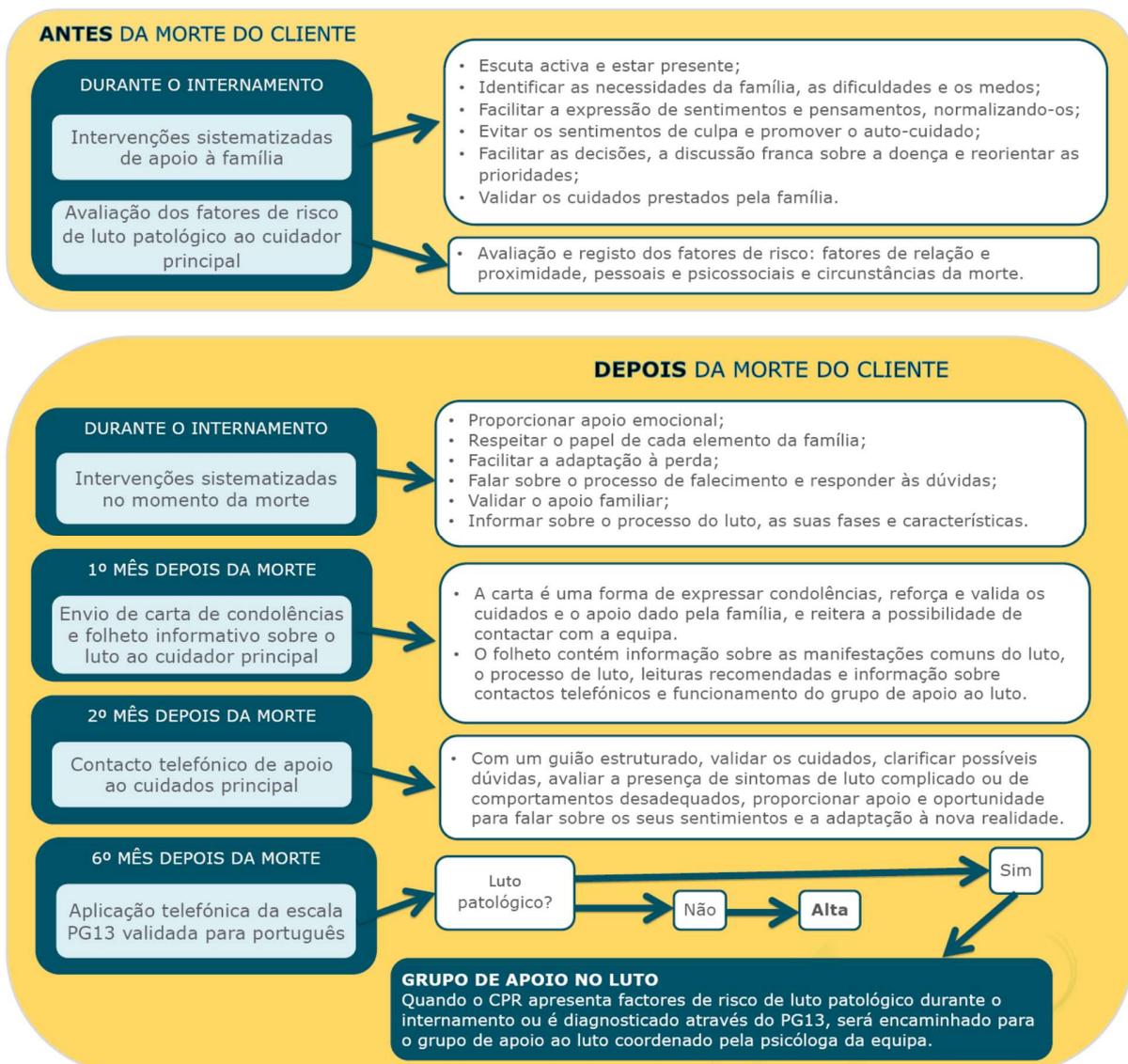
Quando o CPR apresenta factores de risco de luto patológico durante o internamento ou é diagnosticado através do PG13, será encaminhado para o grupo de apoio ao luto coordenado pela psicóloga da equipa.

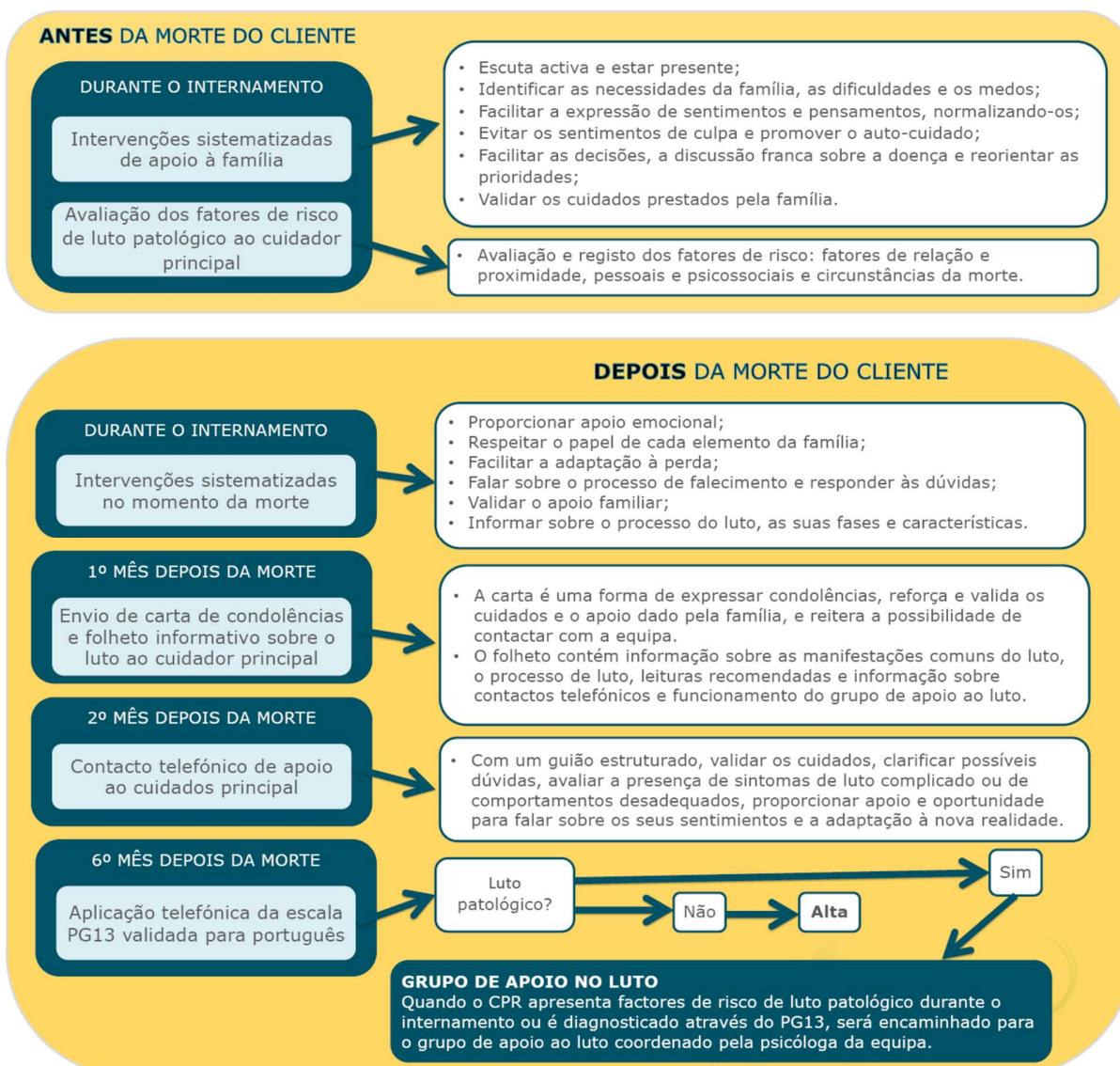




## APÊNDICE 2 - DOCUMENTO DE APOIO PARA AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO DE LUTO PATOLÓGICO NO CUIDADOR PRINCIPAL

63

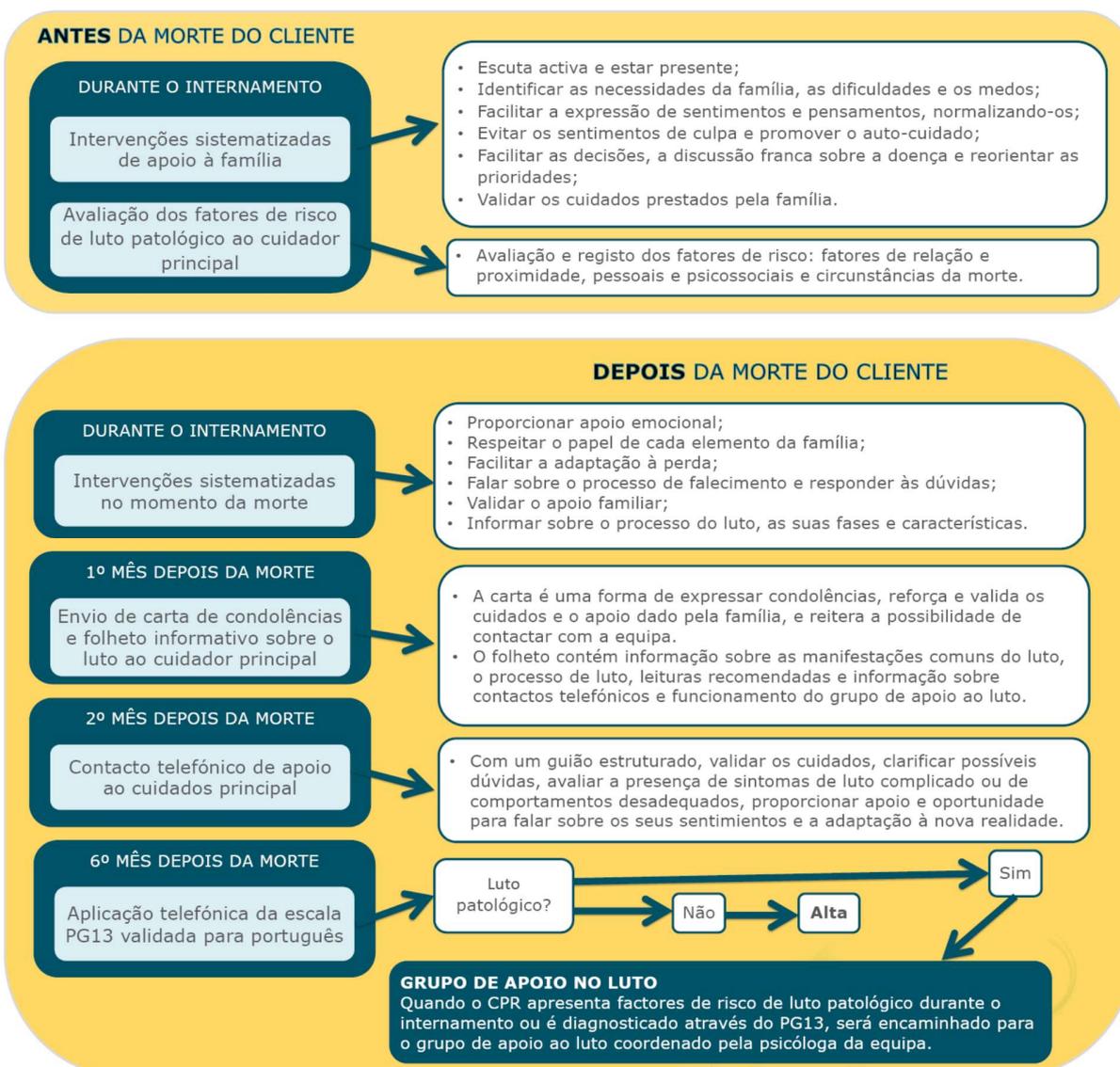




## AVALIAÇÃO DOS FATORES DE RISCO DE LUTO PATOLÓGICO

Avaliação do risco de Luto Patológico
<b>Nome do cliente:</b>
<b>Nº processo/ NHC</b>
<b>Sexo:</b>
<b>Idade:</b>
<b>Data do 1º internamento:</b>
<b>Data de óbito:</b>
<b>Nº Internamentos:</b>
<b>Nome do familiar:</b>
<b>Parentesco:</b>

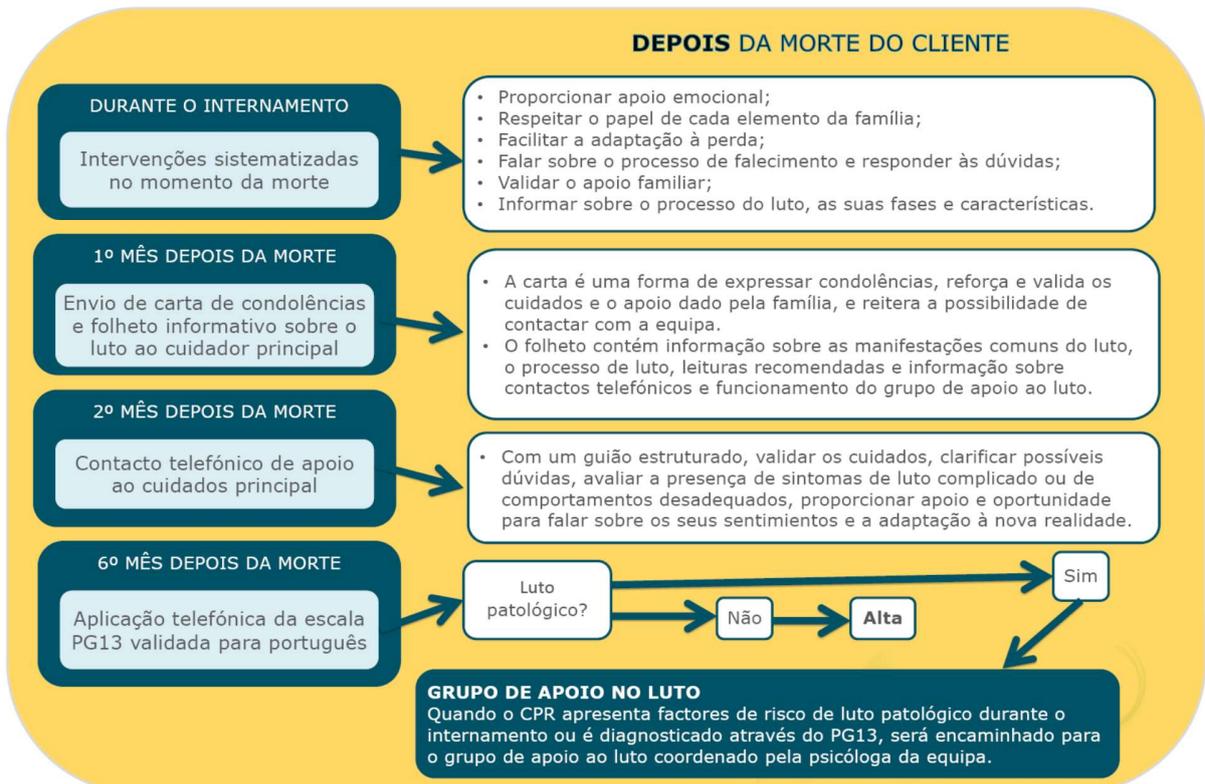
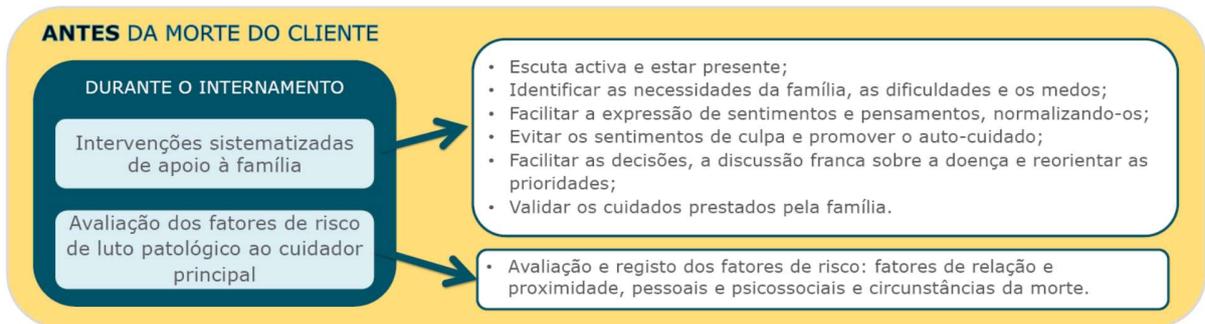
65



<b>Estado civil: solteiro/a, viuvo/a divorciada/a , casado/a</b>
<b>Contacto telefónico:</b>
<b>Data de início da avaliação:</b>

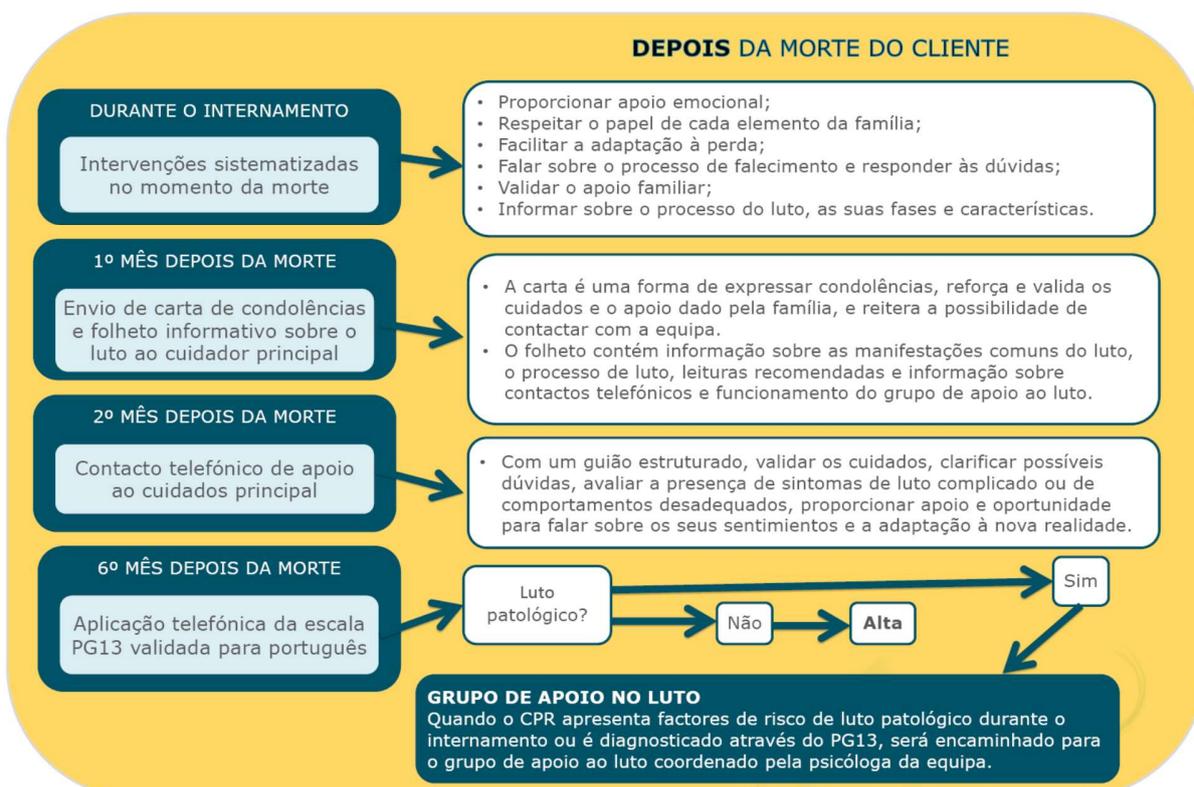
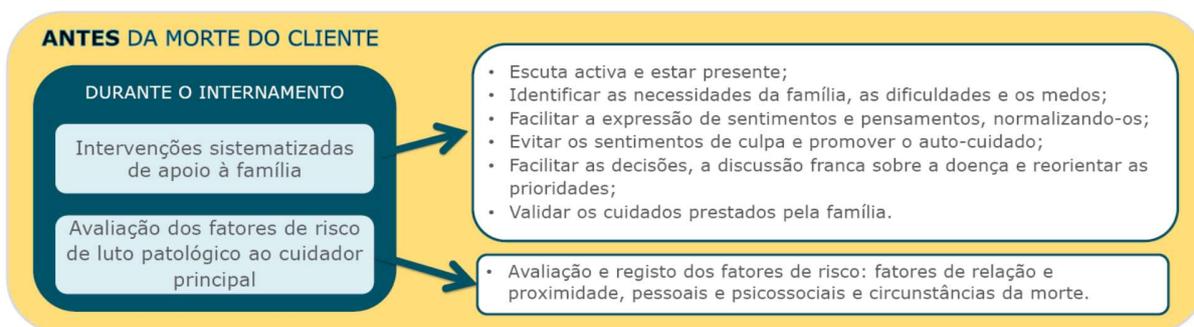
<i>Marcar com uma cruz aqueles fatores que sejam aplicáveis ao familiar avaliado</i>	
<b>Fatores relacionais e de parentesco:</b>	
	Relação muito próxima com a pessoa doente (filho; cônjuge; pai, mãe e/ou irmão/irmã na adolescência; criança/adolescente);
	Dependência psicológica ou social da pessoa doente;
	Adaptação complicada à mudança de papéis;
	Relação conflituosa ou ambivalente. Sentimentos de amor/ódio não específicos;
	Relação passional entre familiar e cliente nas últimas semanas;
	Falta de coesão familiar;
	Falta/ pobre comunicação familiar;

66

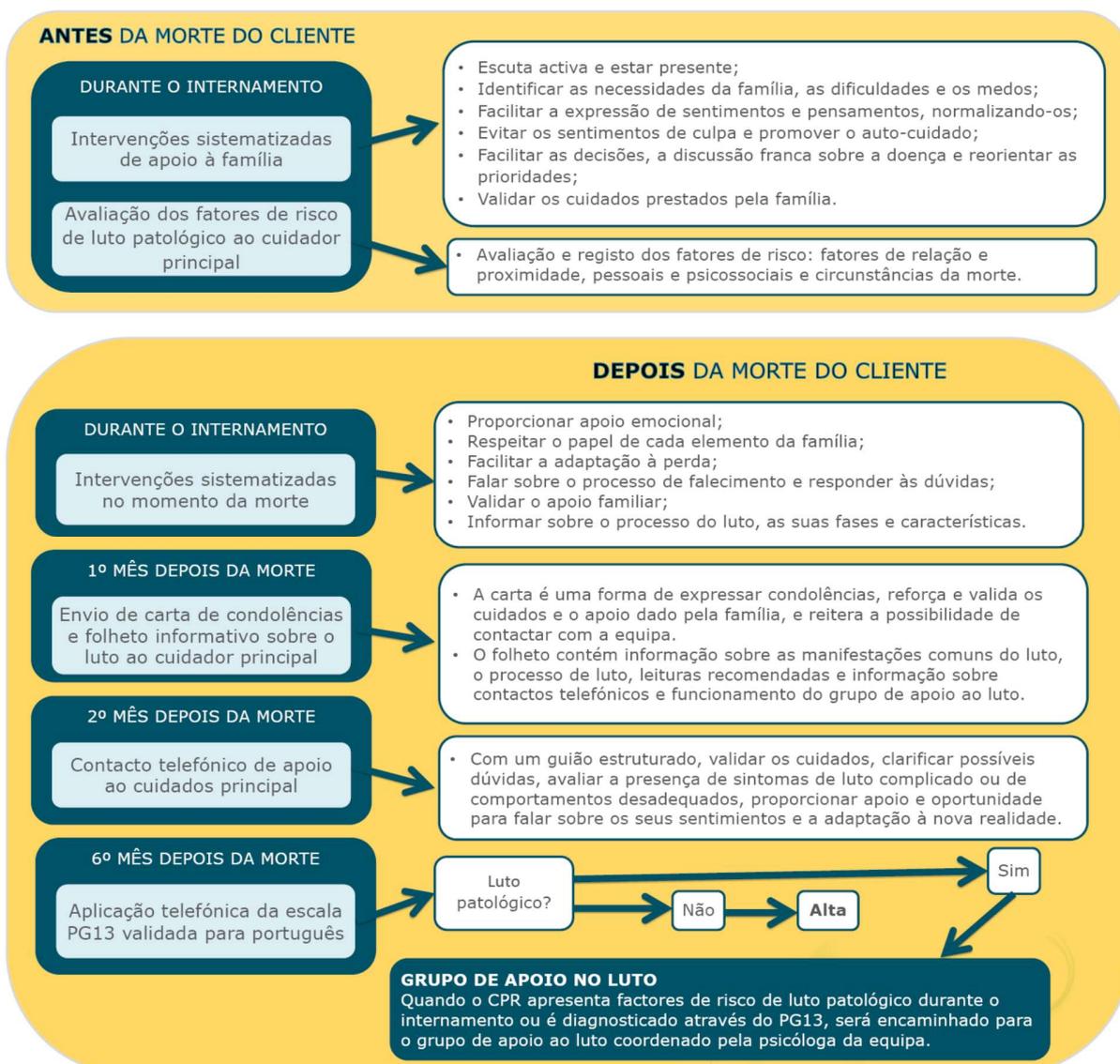


	Sobrecarga do cuidador.
Fatores Circunstanciais	
	Idade do cliente (juventude);
	Procedimentos e intervenções realizadas (ex: intervenções agressivas);
	Conflitos familiares relativamente ao tratamento (s);
	Insatisfação com a ajuda disponibilizada durante a doença;
	Duração da doença e da agonia;
	Morte súbita, acidente, homicídio, suicídio, incerta e/ou múltipla;
	Forma e local onde é dada a notícia de morte;
	Não recuperação do cadáver. Cadáver com aspeto danificado ou deformado; Impossibilidade de ver o corpo;
	Recordação dolorosa do processo: relações inadequadas com profissionais de saúde, dificuldades diagnósticas, mau controlo de sintomas e outros;
	Morte estigmatizada (SIDA, aborto, cônjuge não aceite socialmente);

67



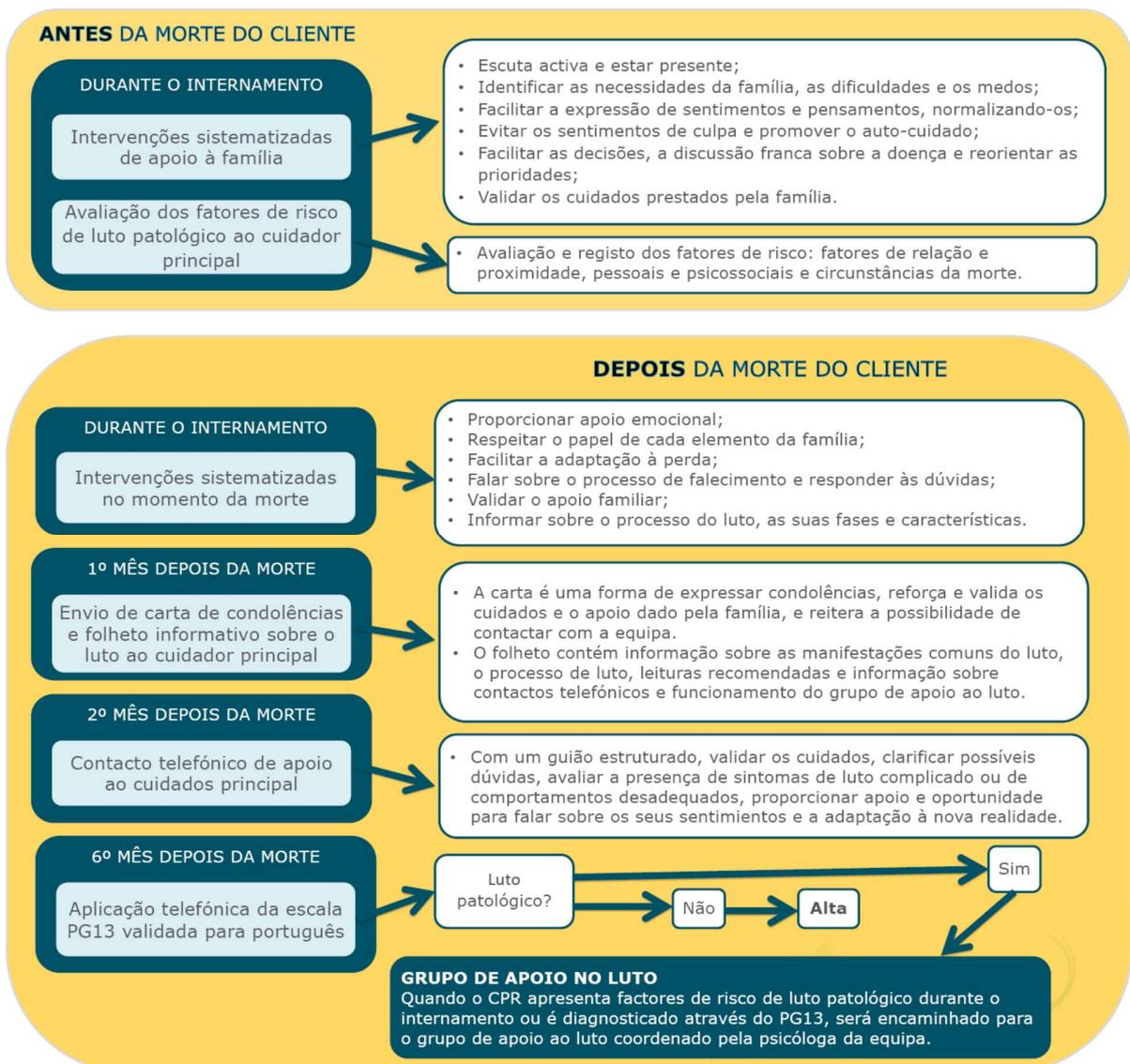
Fatores pessoais	
	Idade do familiar (criança ou idoso (+80anos));
	Género feminino;
	Escassez de recursos para gestão do <i>stress</i> / falta de mecanismos de <i>coping</i> ;
	Problemas de saúde física e/ou mental prévios (ansiedade, depressão, tentativas de suicídio, alcoolismo, drogas e transtorno de personalidade);
	Pouca tolerância à frustração;
	Baixa auto-estima;
	Tendência a isolar-se;
	Personalidade dependente;
	Escassez de <i>hobbies</i> e interesses;
	Outras/múltiplas perdas: divórcio, lutos anteriores, etc.
	Lutos anteriores mal resolvidos;



	Reações de raiva, amargura e culpabilidade muito intensas;
	Crenças e valores / religião;
	Elevados níveis de <i>stress</i> emocional “pré-morte”.
<b>Fatores Psicossociais</b>	
	Ausência/falta de rede de apoio social/familiar ou relações de conflito com estas;
	Nível sócio-económico baixo;
	Recursos sócio-económicos escassos;
	Filhos pequenos a seu cargo;
	Outros fatores de <i>stress</i> : conflitos laborais, projetos de vida interrompidos, etc;
	Não existirem pessoas com quem falar;
	Relações não conhecidas ou não aceites socialmente entre do cliente e familiar;

Considera que o familiar será capaz de superar a morte do cliente?

69



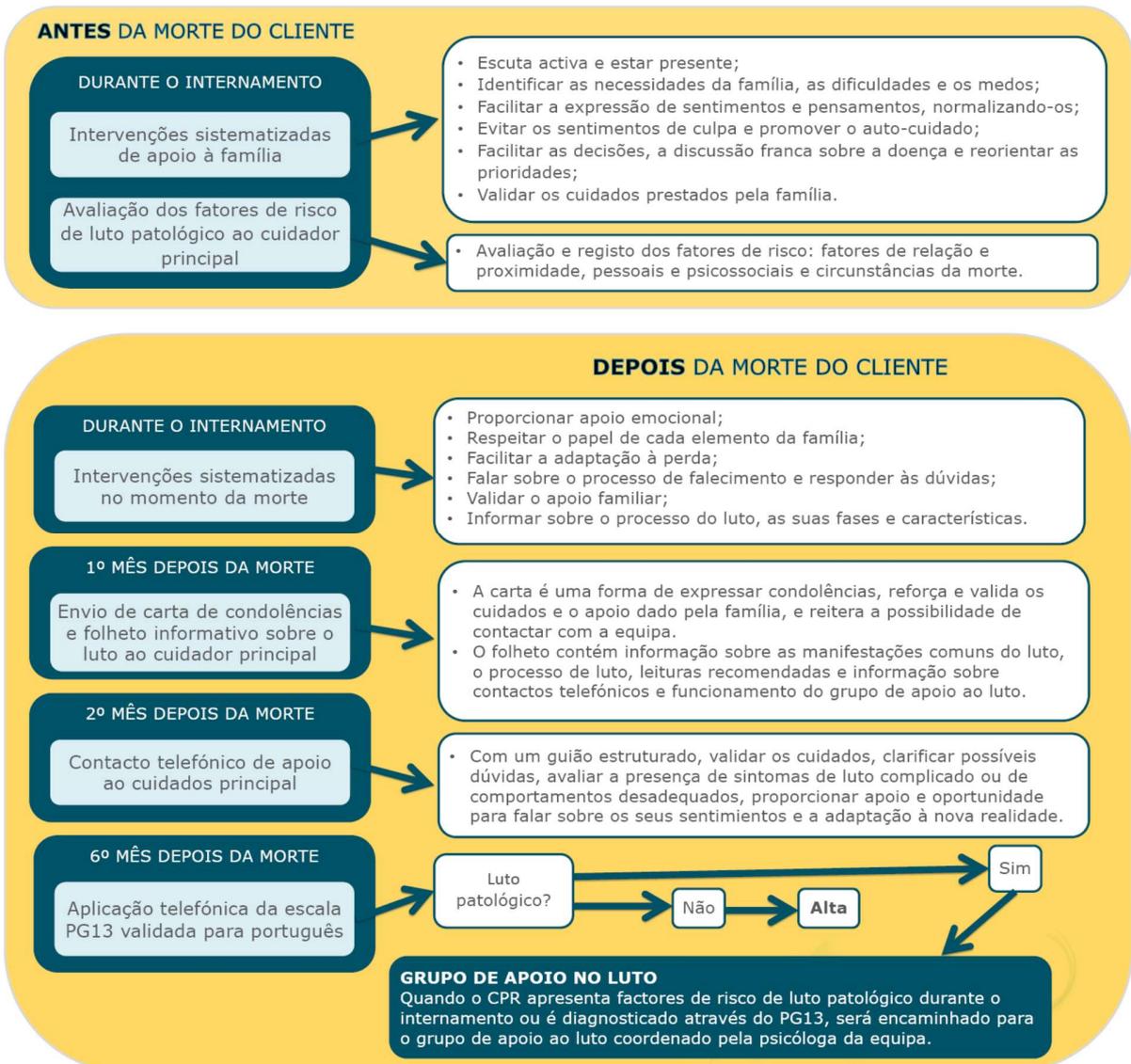
Sim	Não
-----	-----

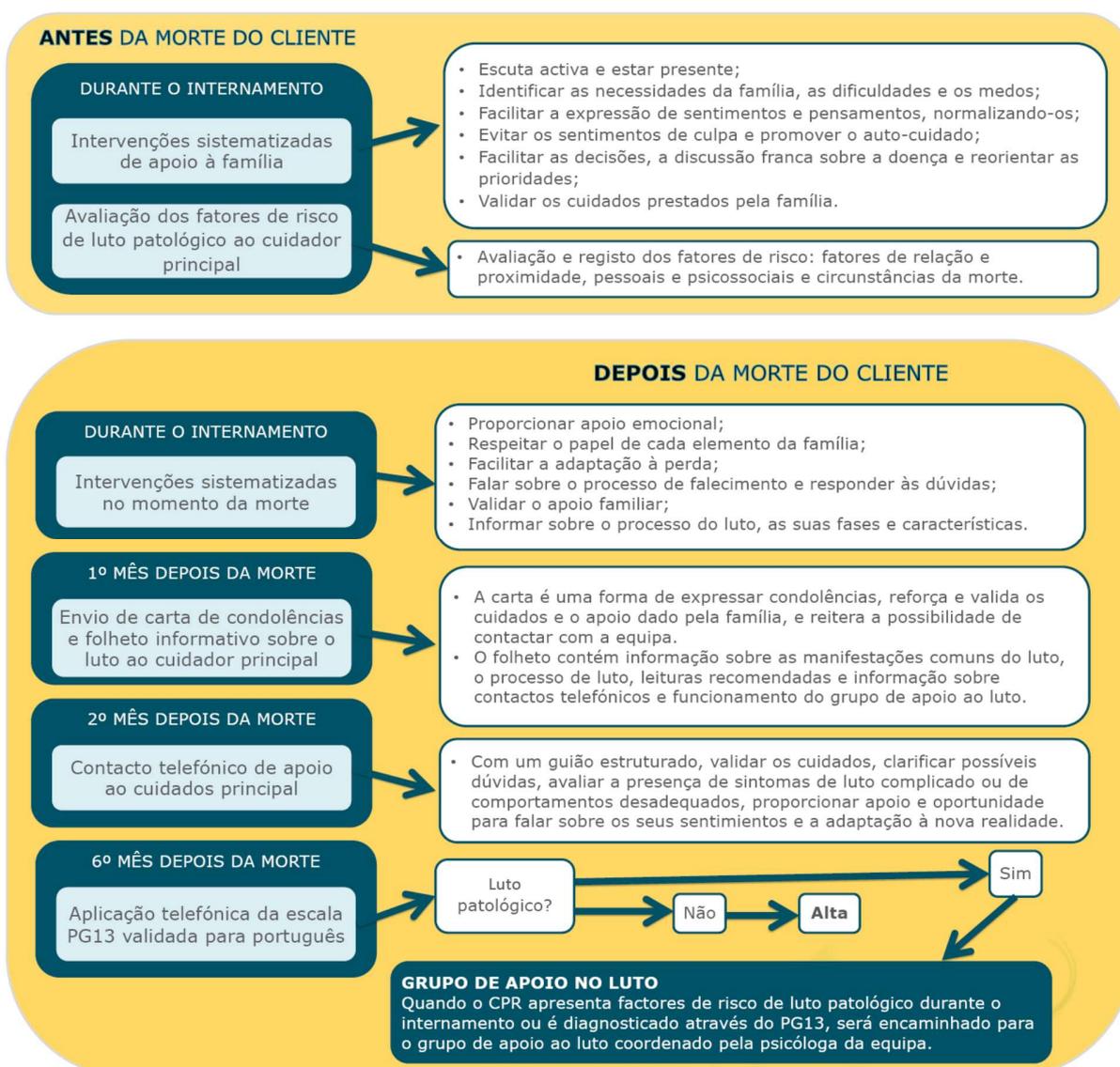
Considera que o familiar vai sofrer de luto patológico?

Sim	Não
-----	-----

Observações:

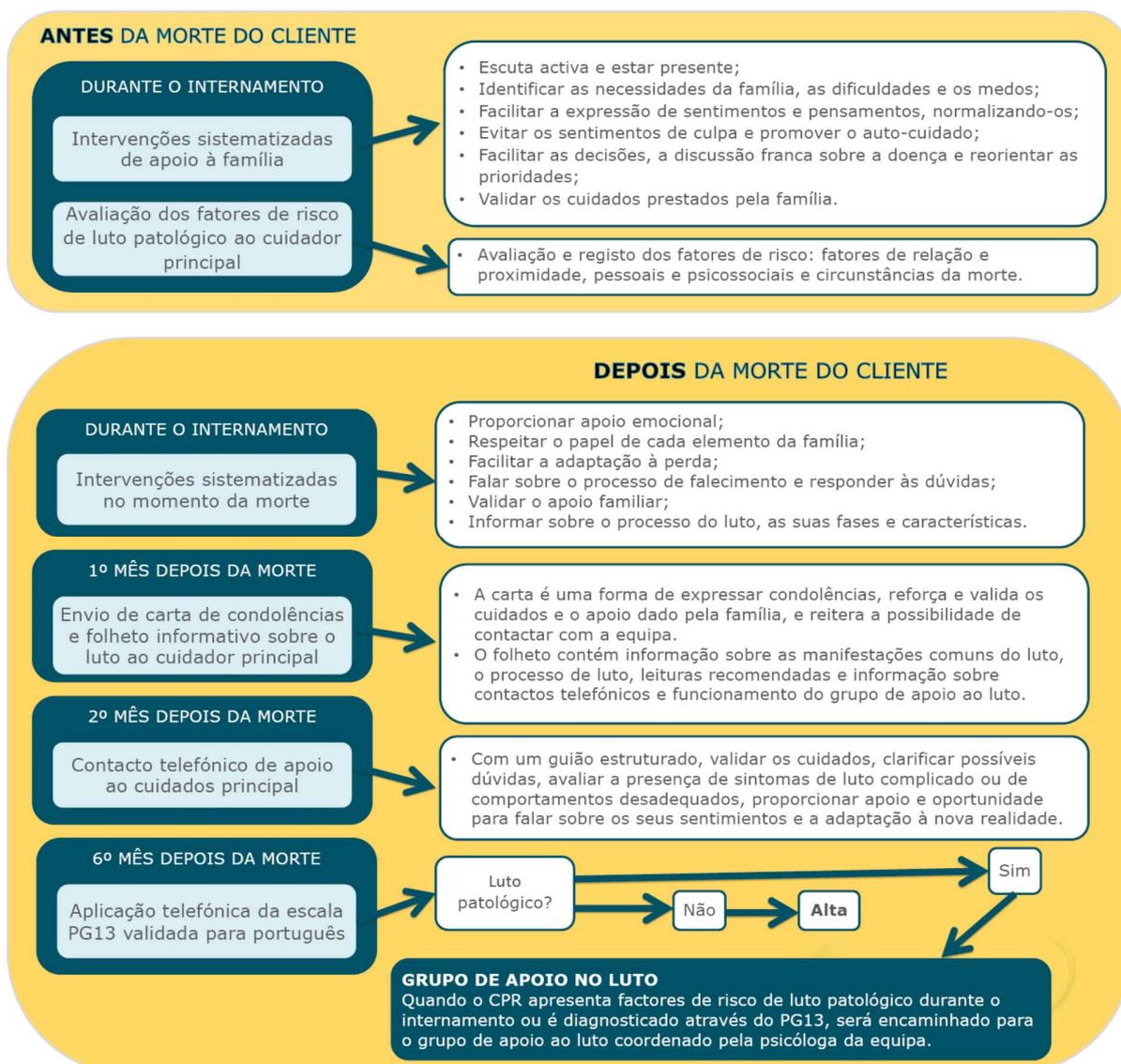
Professional e data: \_\_\_\_\_

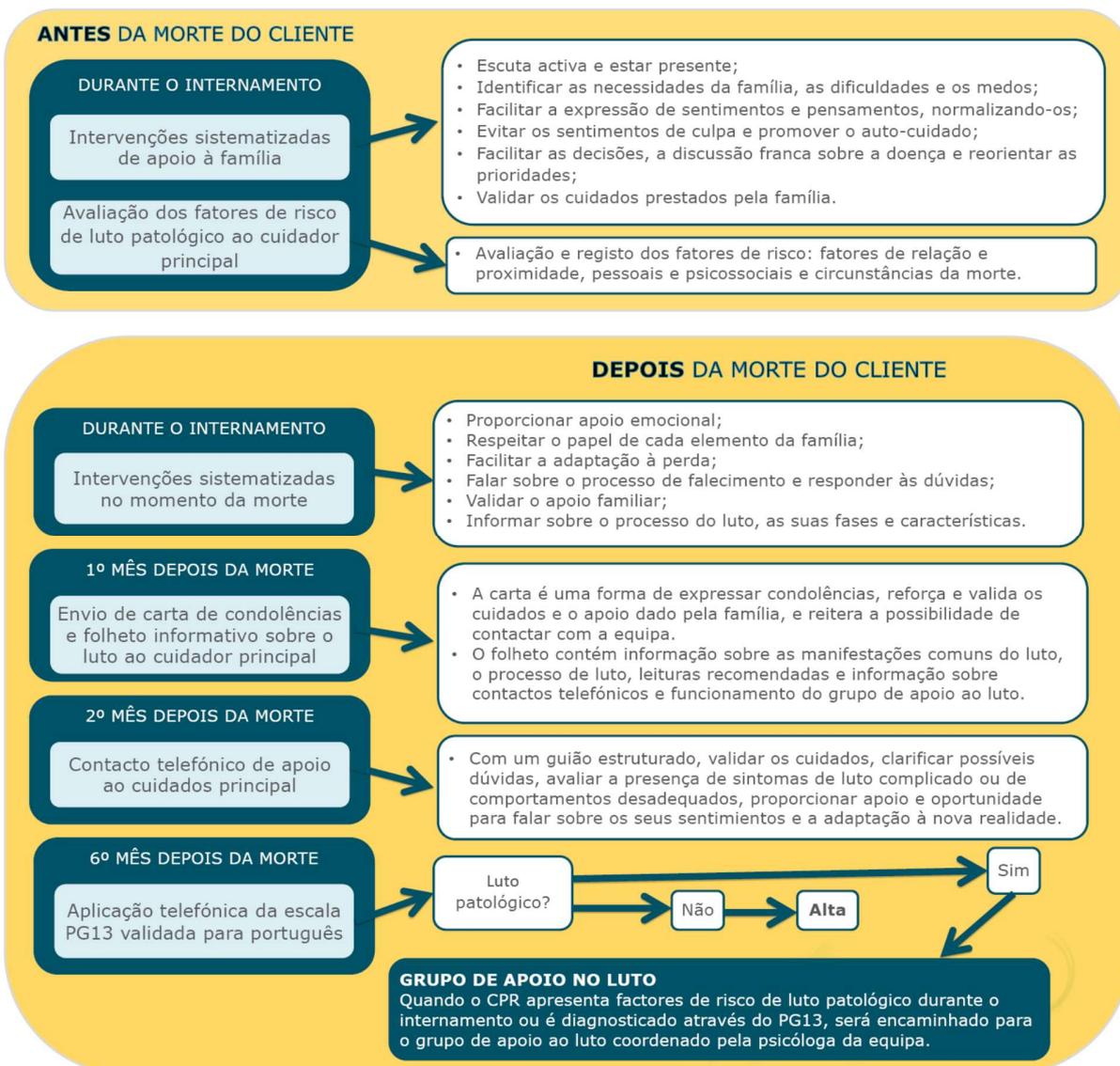




## APÊNDICE 3 - CARTA DE CONDOLÊNCIAS

72



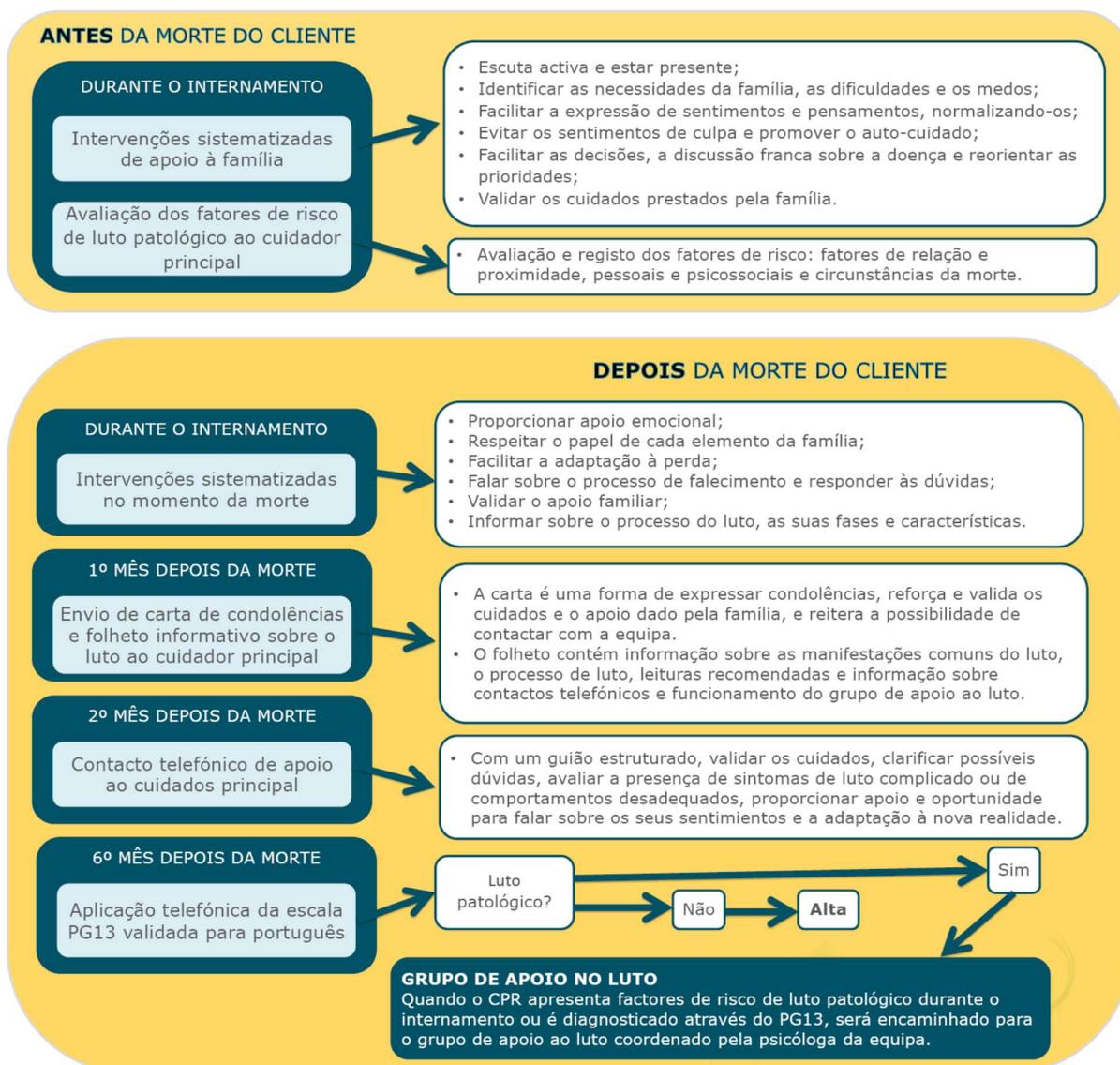


Exma. Família do(a) Sr.(ª)

Todos os profissionais desta Unidade, que vos acompanharam na última fase da doença do vosso familiar, se dirigem a vós neste momento para manifestarem as suas condolências.

Queremos que saibam que estamos muito satisfeitos de vos poder ter ajudado nesta etapa de vida, por vezes difícil, de cuidar de uma pessoa que se encontra doente. Queremos também reconhecer o vosso esforço já que, com a vossa entrega e dedicação, conseguiram que o vosso familiar vivesse os seus últimos dias rodeado de carinho dos seus o que, quando a morte está próxima, é o mais importante, e faz toda a diferença. Somente com o apoio da família se pode aspirar a uma morte digna, serena e tranquila e, por isso, consideramos que se devem sentir orgulhosos pelo apoio prestado.

74



Nesta etapa difícil e dolorosa, pela qual estão a passar, gostaríamos de reforçar que mantemos a nossa disponibilidade.

Em nome de todos os elementos da equipa,

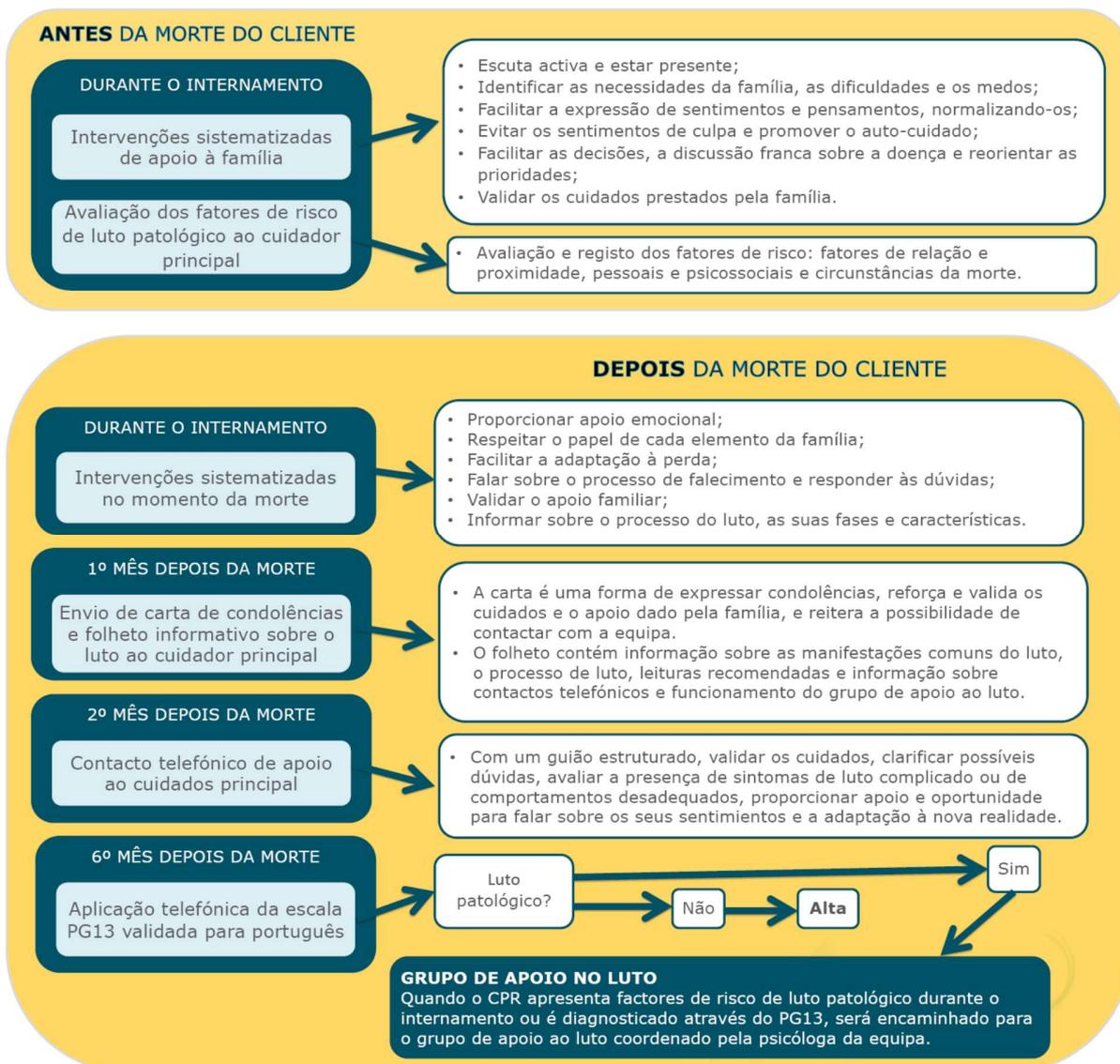
Com os nossos melhores cumprimentos,

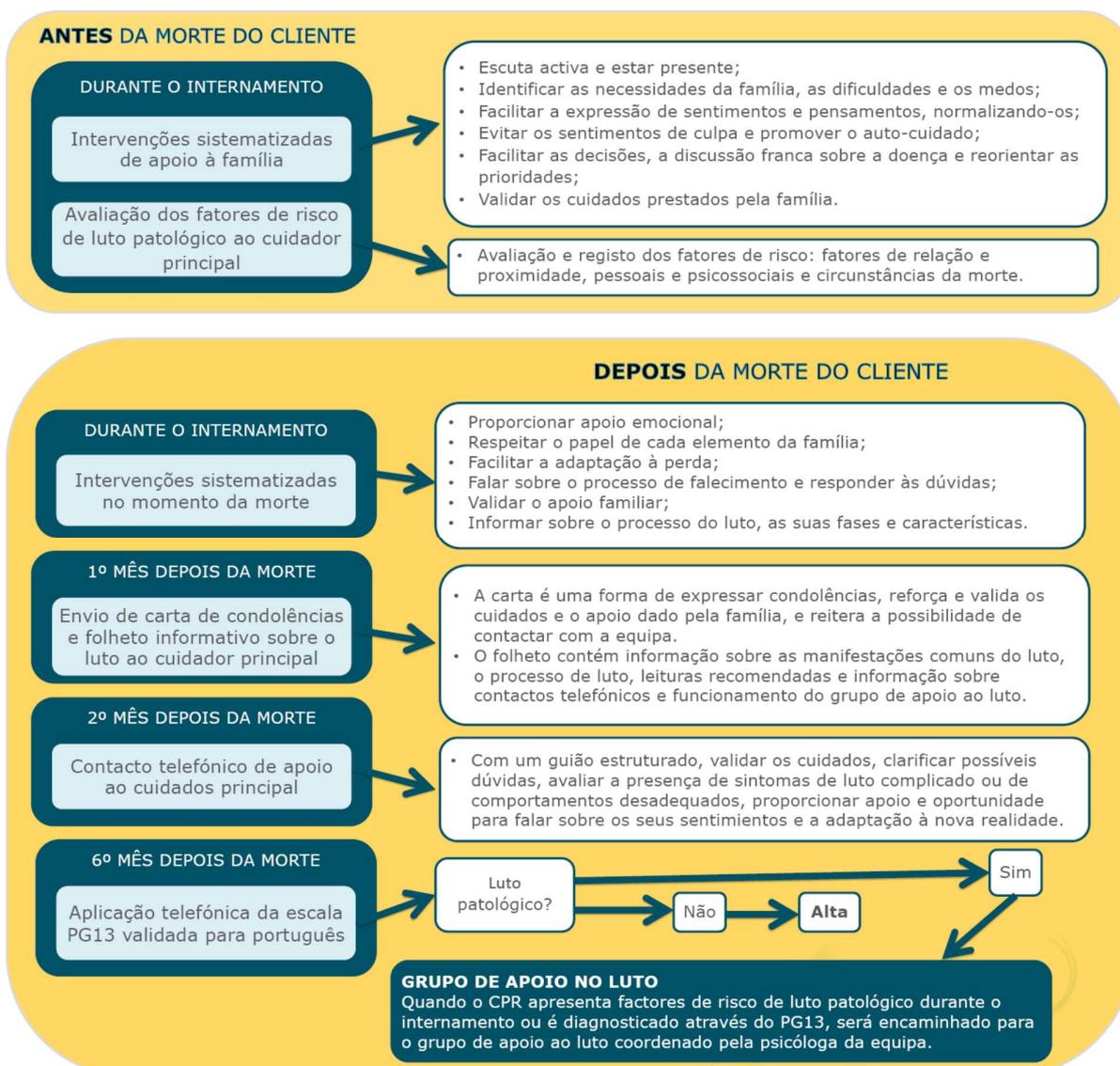
Nelia Trindade (Enfª Coordenadora)

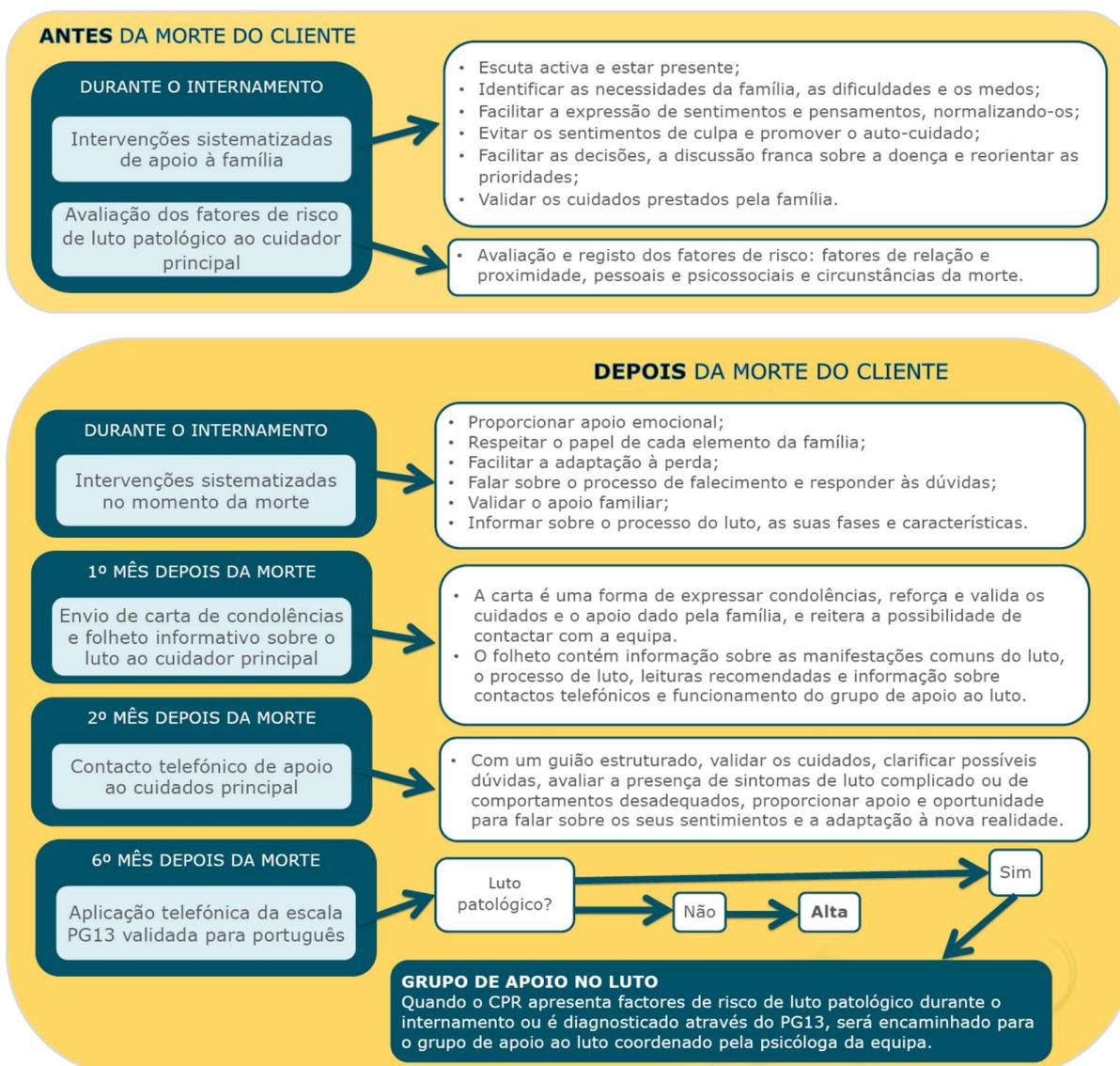
Maria Aparicio (Enfª Responsável)

Lisboa, data

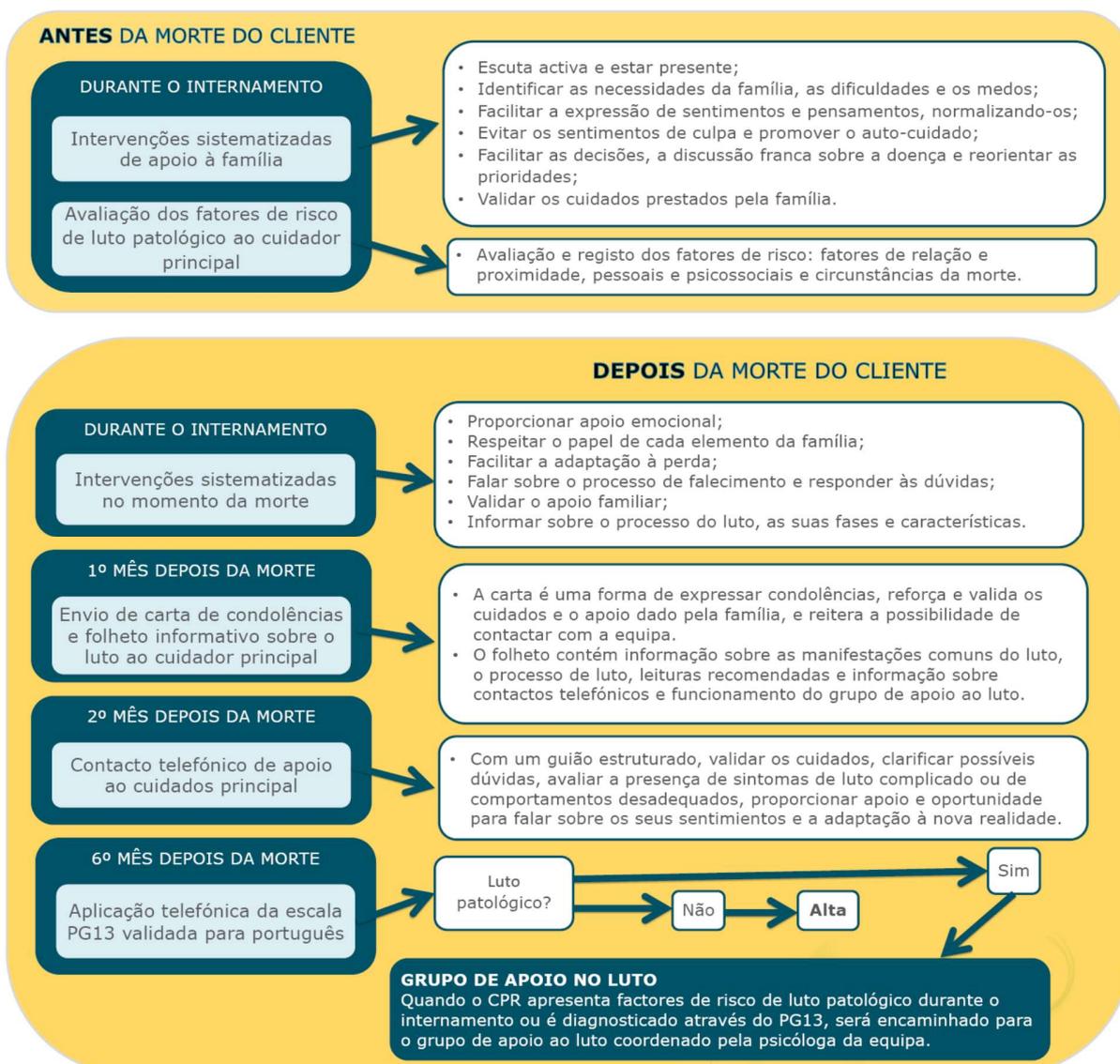
75





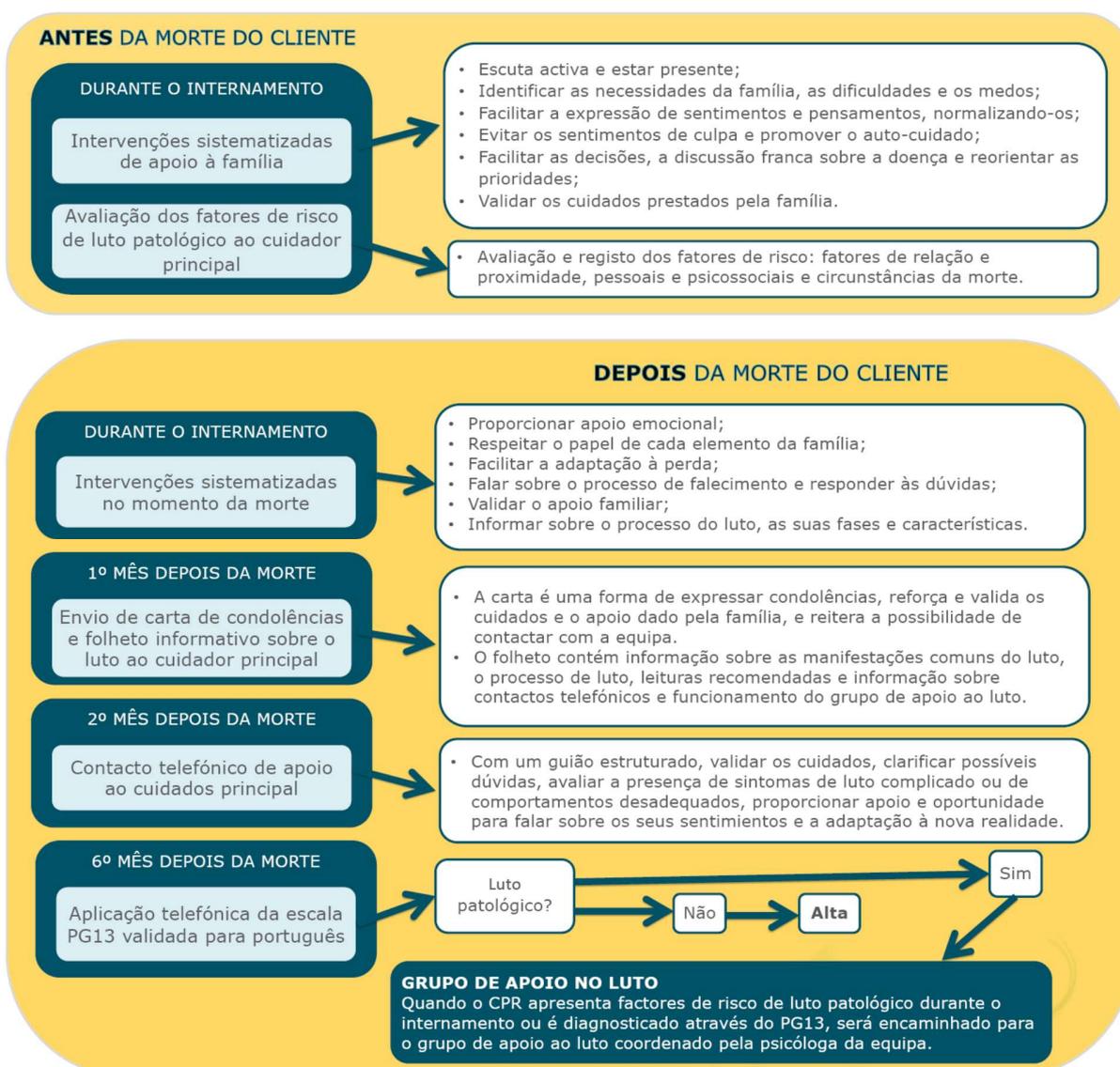


## APÊNDICE 4 -FOLHETO DE APOIO NO LUTO



## O LUTO

### O que é o luto?



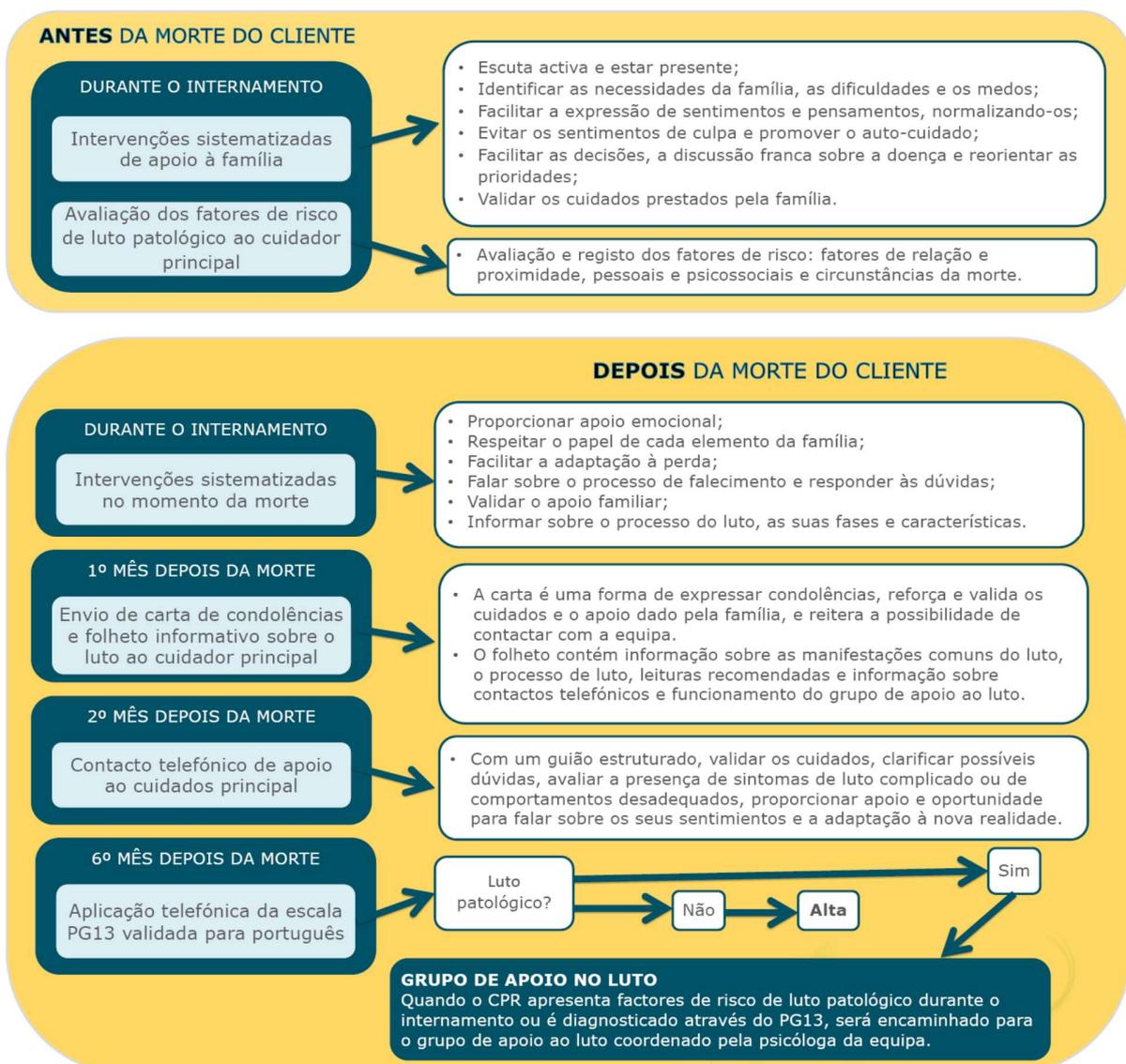
O luto é uma resposta humana normal ao falecimento de alguém próximo. É um processo gradual, individual e necessário para a adaptação à perda e pode ser uma das experiências mais traumatizantes e que mais sofrimento provoca.

### O que é normal pensar, fazer e sentir?

O processo de luto é vivido e sentido de forma diferente por cada pessoa. Existe, no entanto, um conjunto de reações normais e adequadas à situação, que são comuns às pessoas que perderam alguém próximo:

- **Sentimentos:** tristeza, raiva, culpa, ansiedade, solidão, desamparo, choque, alívio, dormência.
- **Sensações físicas:** vazio no estômago, aperto no peito, nó na garganta, hipersensibilidade ao barulho, sensação de falta de ar, fraqueza muscular, falta de energia, boca seca.
- **Pensamentos:** incredulidade, confusão, preocupação, alucinações, sensação de presença do falecido.

80



- **Comportamentos:** insónias, alterações do apetite, isolamento social, sonhar com o falecido, procurar e chamar pelo falecido, chorar, hiperatividade, agitação, visitar locais ou objetos que lembrem o falecido.

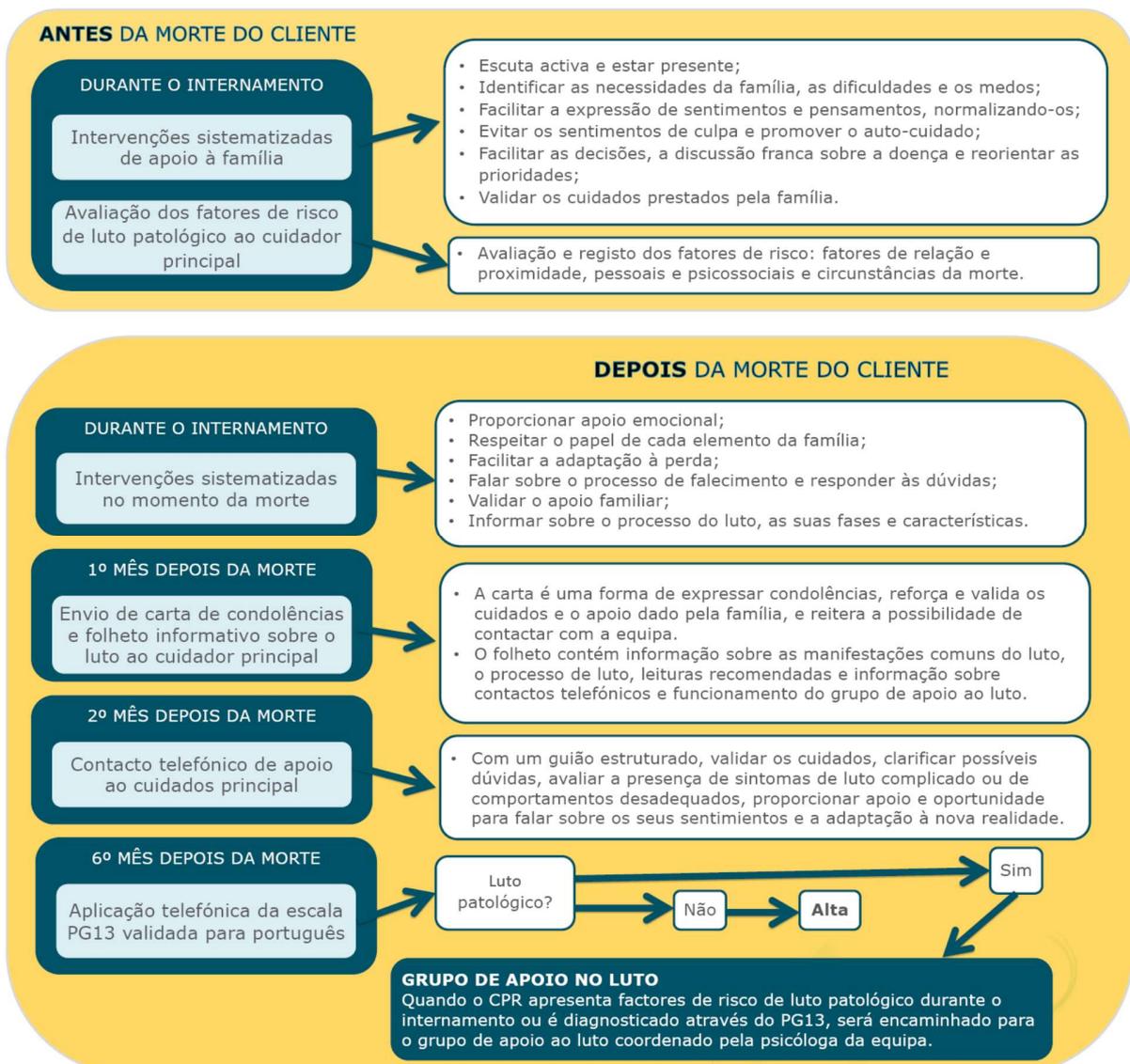
### Quanto tempo dura o período de luto?

O período de luto pode durar entre dois meses a dois anos. Dá-se por concluído quando se recorda o falecido sem sentir dor intensa, recupera o interesse pela vida, e a tristeza se torna menos presente, dando lugar à saudade.

### Como passar o processo de luto?

Não há receitas mágicas, mas há algumas sugestões que podem ajudar:

- Apesar de ser dolorosa, a perda de alguém próximo é uma realidade que inevitavelmente teremos de aceitar: é importante que o tentemos fazer.
- É normal que se sintam mal: não se force a querer estar bem rapidamente.
- É melhor expressar os sentimentos do que tentar reprimi-los.



- Procure apoio e companhia de outros familiares e amigos.
- É normal que não tenha vontade, mas faça coisas que habitualmente lhe dão prazer.
- Tente voltar à sua rotina, organizando as suas atividades para os dias seguintes.
- Dê atenção a hábitos de vida saudáveis.
- Não se automedique.

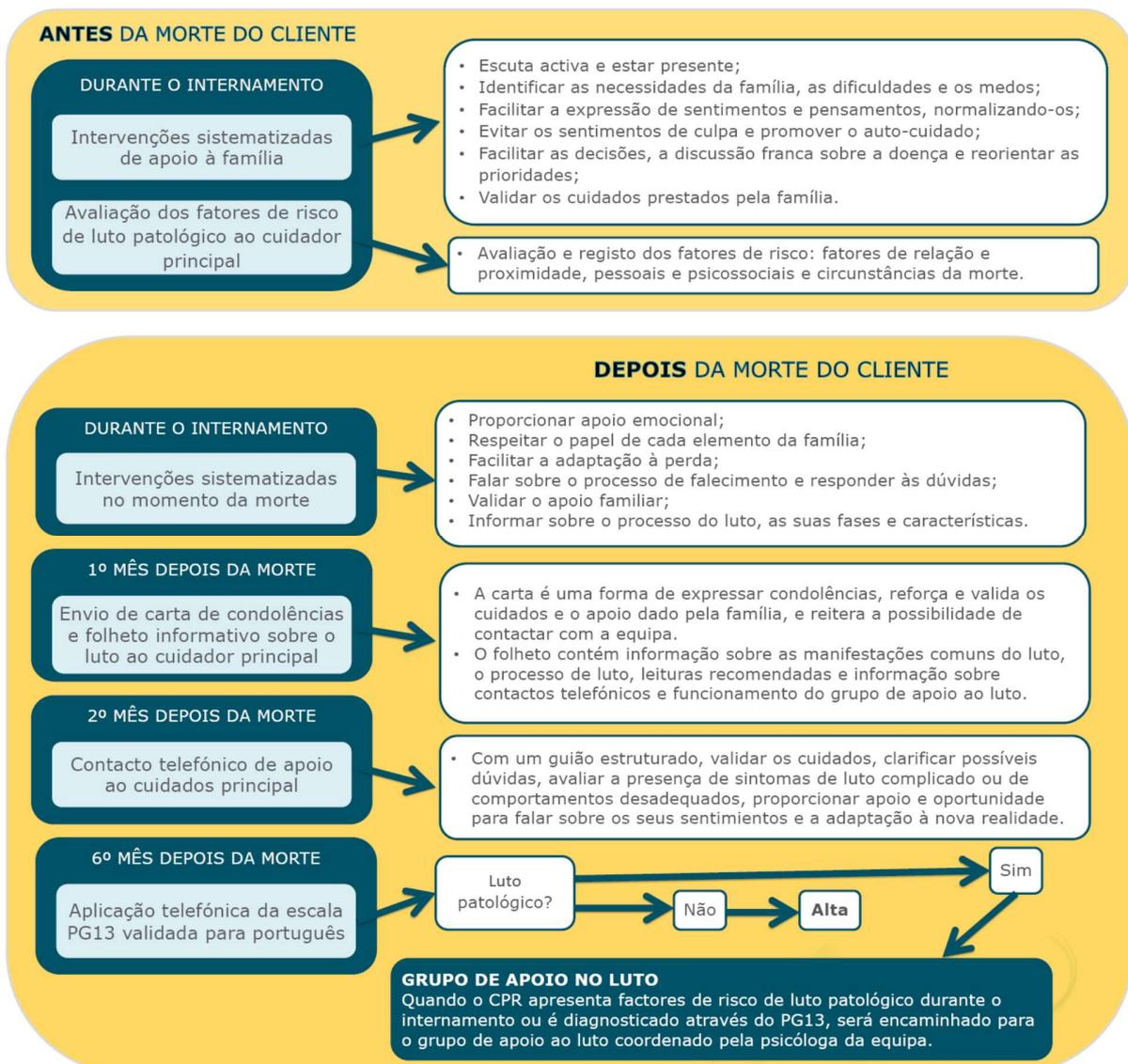
Não se autoimponha pressa para deixar de estar triste. Cada processo de luto é único e importa vivê-lo e reconhecer o seu início e o seu fim.

### Há sempre necessidade de ajuda?

A ajuda da família ou dos amigos é muitas vezes suficiente. No entanto, para outras pessoas é importante, e necessário, falar com alguém que não esteja envolvido pessoalmente na situação. Para muitas dessas pessoas há mesmo necessidade de voltar a falar com os profissionais da equipa que cuidou do familiar falecido.

### É possível encontrar ajuda na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz?

82



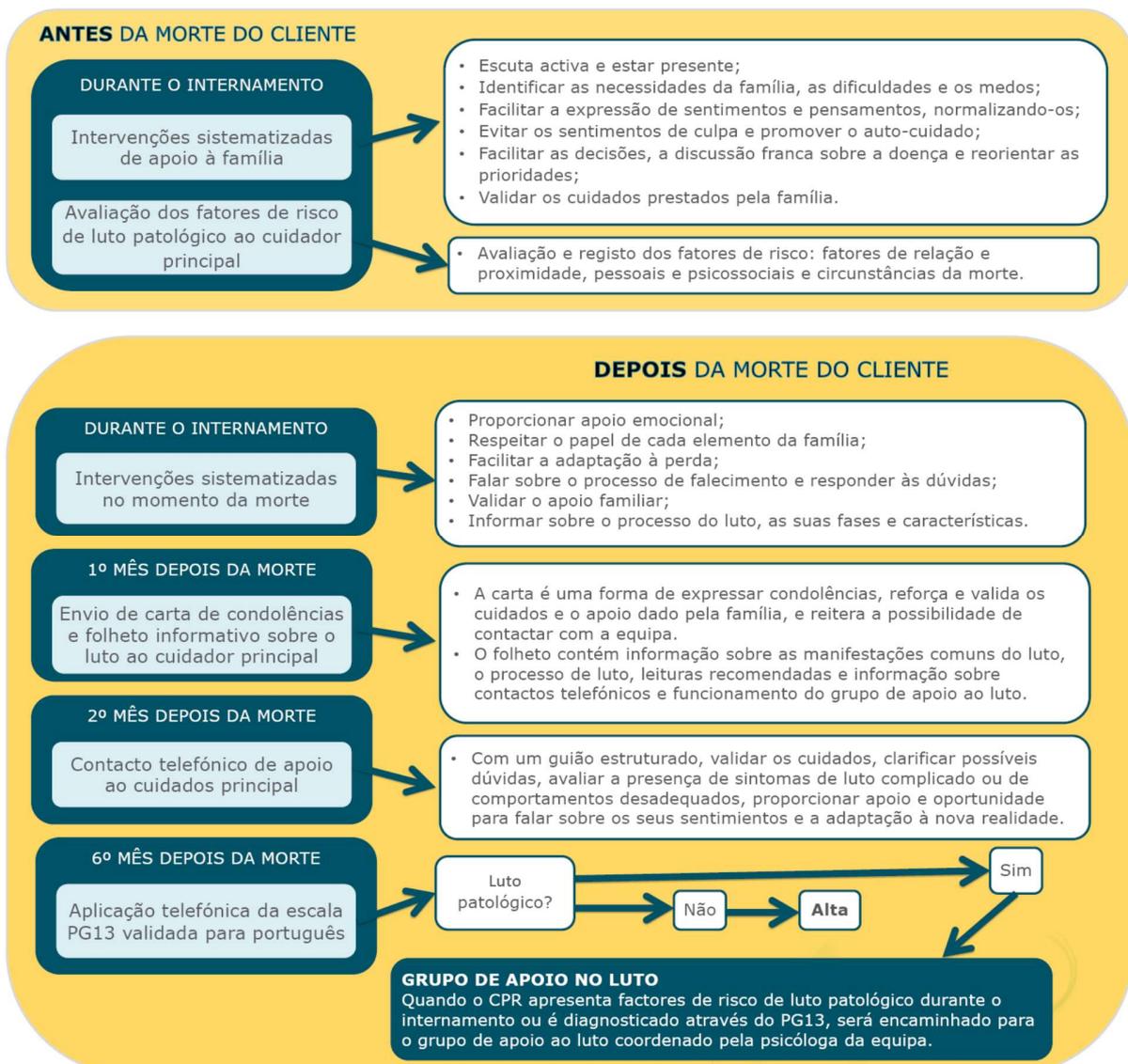
A Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz está disponível para ajudar quem sentir essa necessidade. A unidade possui um grupo de apoio ao luto, que se reúne periodicamente. Para quem precisa de falar sobre a sua perda e o seu processo de luto, este poderá ser um momento ideal de partilha, tanto com profissionais da equipa como com outros familiares na mesma situação. A unidade presta também apoio individual no luto, que pode ser presencial ou por via telefónica, e é realizado entre as 10h00 e as 17h00 mediante marcação prévia.

### Como sei se preciso de ajuda profissional?

Entre em contacto connosco se já passaram mais de três meses desde a perda de alguém próximo e continua a sentir que:

- É incapaz de falar do falecido sem sentir sofrimento intenso.
- Há acontecimentos pouco significativos que desencadeiam reações emocionais intensas.
- É incapaz de tratar dos pertences do falecido.
- Não consegue deixar de pensar no que aconteceu.
- Sente-se tenso e assustado durante a maior parte do tempo.

83



- Nada lhe dá prazer.
- É incapaz de regressar ao trabalho ou de assumir as suas responsabilidades habituais.
- Está mais irritado ou mais agressivo em relação às outras pessoas ou mantém impulsos autodestrutivos (p. ex. um consumo elevado de café, álcool, tabaco, drogas; automedicação; autoagressão).
- Tem tendência para imitar o falecido.

### Contactos

Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital da Luz

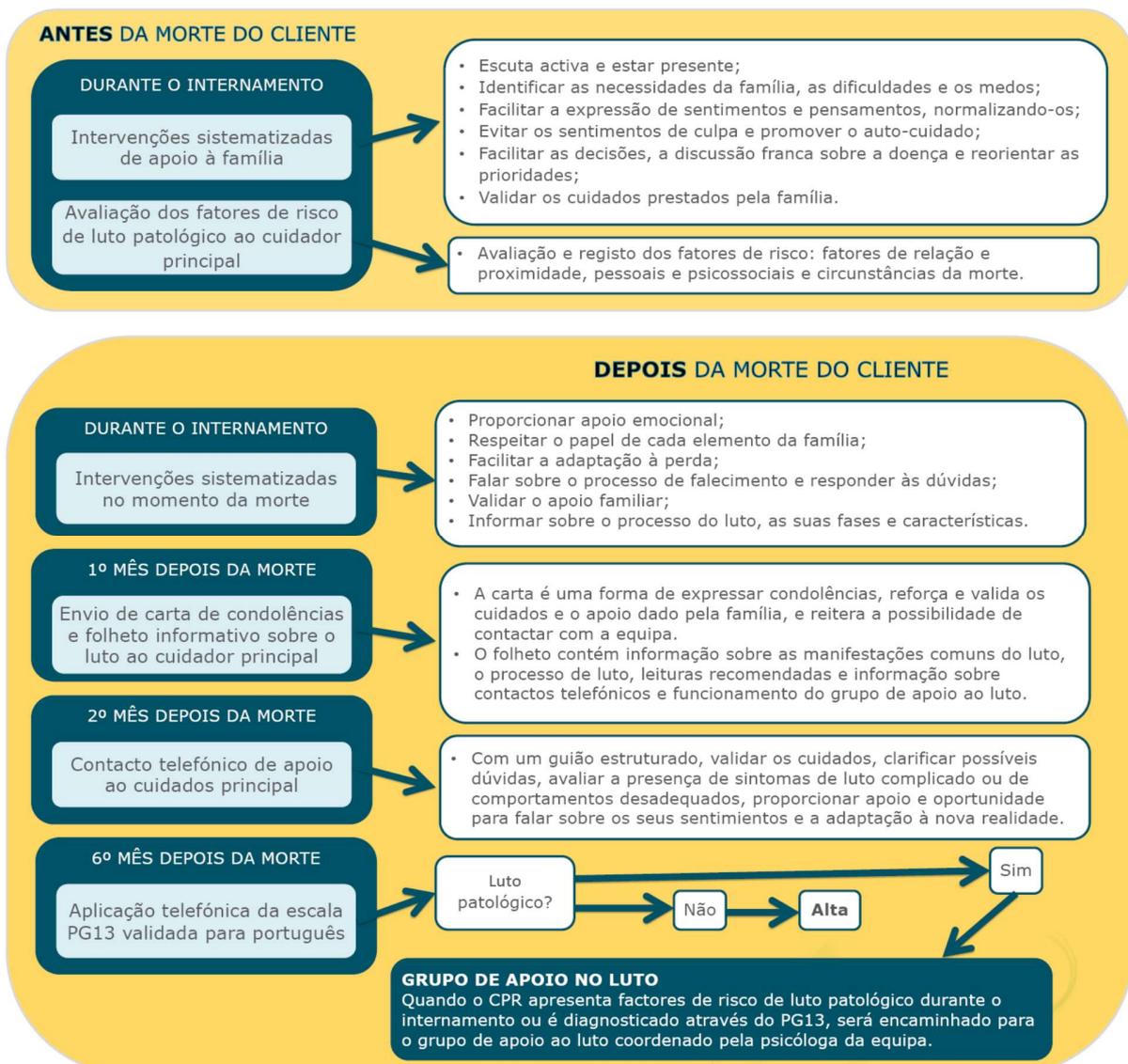
Piso 4HR, Acesso B

Av. Lusíada 100 | 1500-650 Lisboa

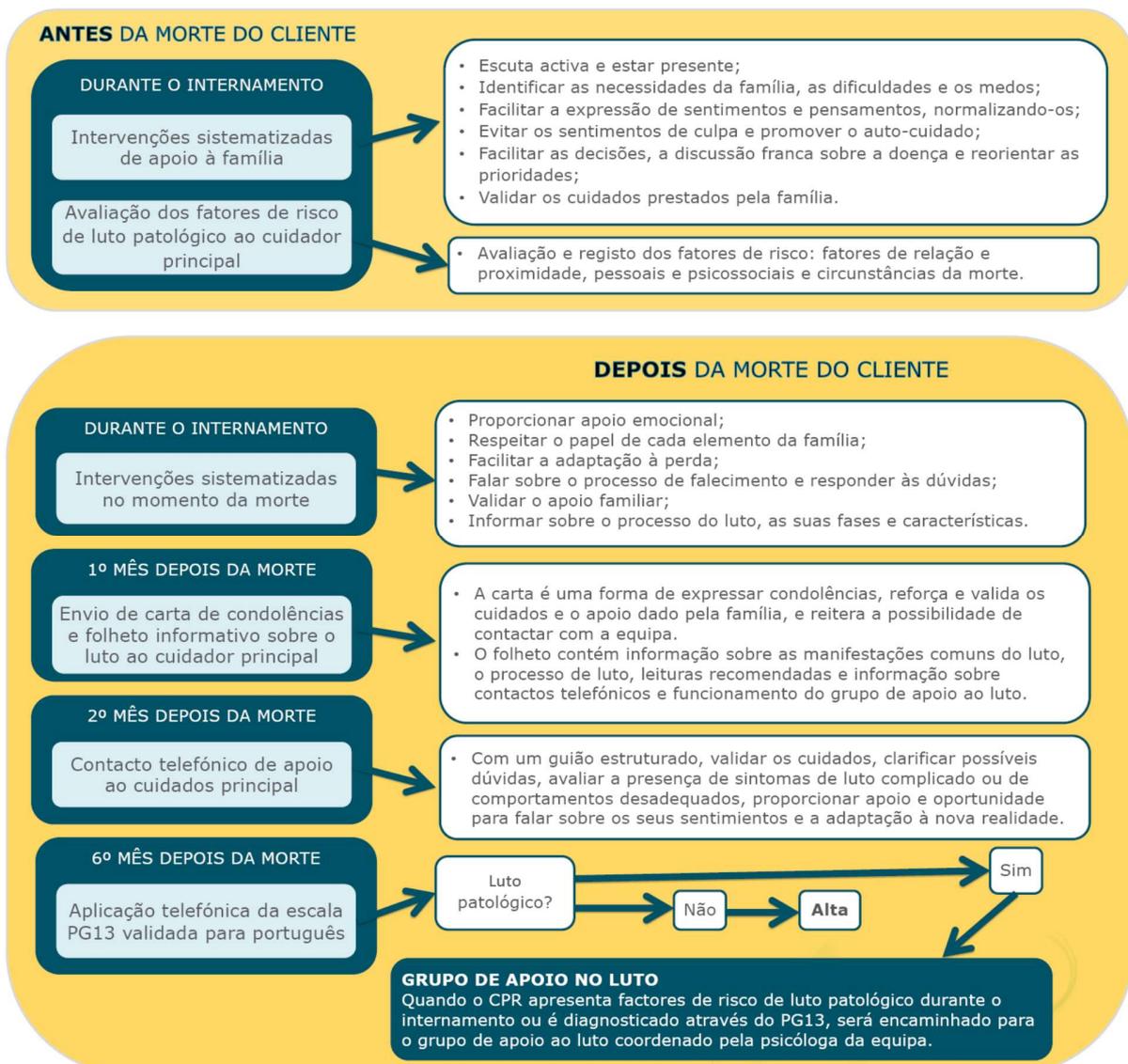
Telefone: 217104459

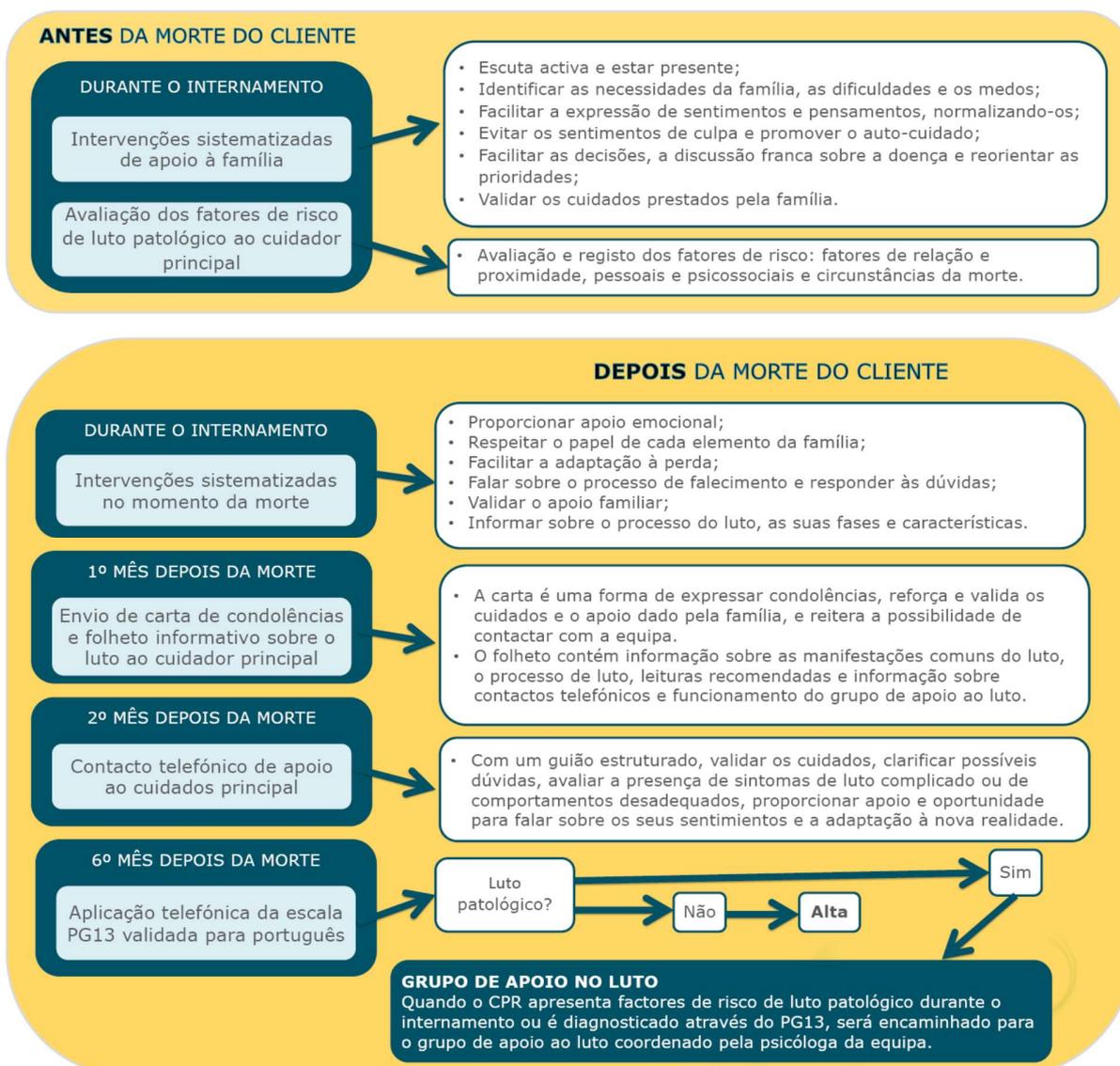
### Algumas leituras sugeridas

- O desafio da morte, de Abílio Oliveira. Âncora Editora, 2008.
- Amar e viver, de Morrie Schwartz. Editora Pergaminho, 2006.



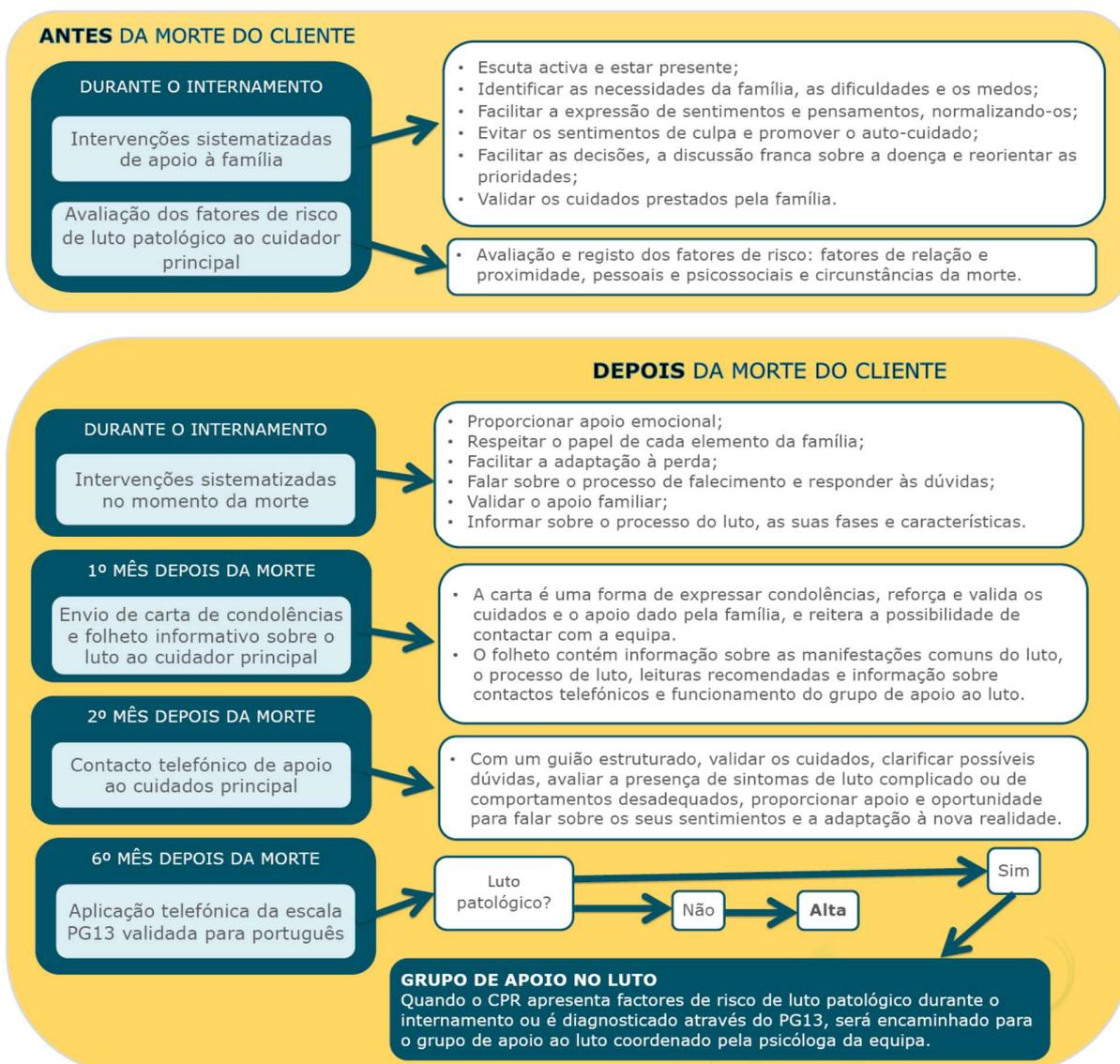
- A dignidade e o sentido da vida, de Isabel Galriça Neto, Tsering Paldron e Helena H. Aitken. Editora Pergaminho, 2004.
- As terças com Morrie, de Mitch Albom. Editora Sinais de Fogo Publicações, 1999.
- Desatar o nó do luto, de José Eduardo Rebelo. Editora Casa das Letras, 2004.
- Amor, luto e solidão, de José Eduardo Rebelo. Editora Casa das Letras, 2009.
- Defilhar - Como viver a perda de um filho, de José Eduardo Rebelo. Editora Casa das Letras, 2013.



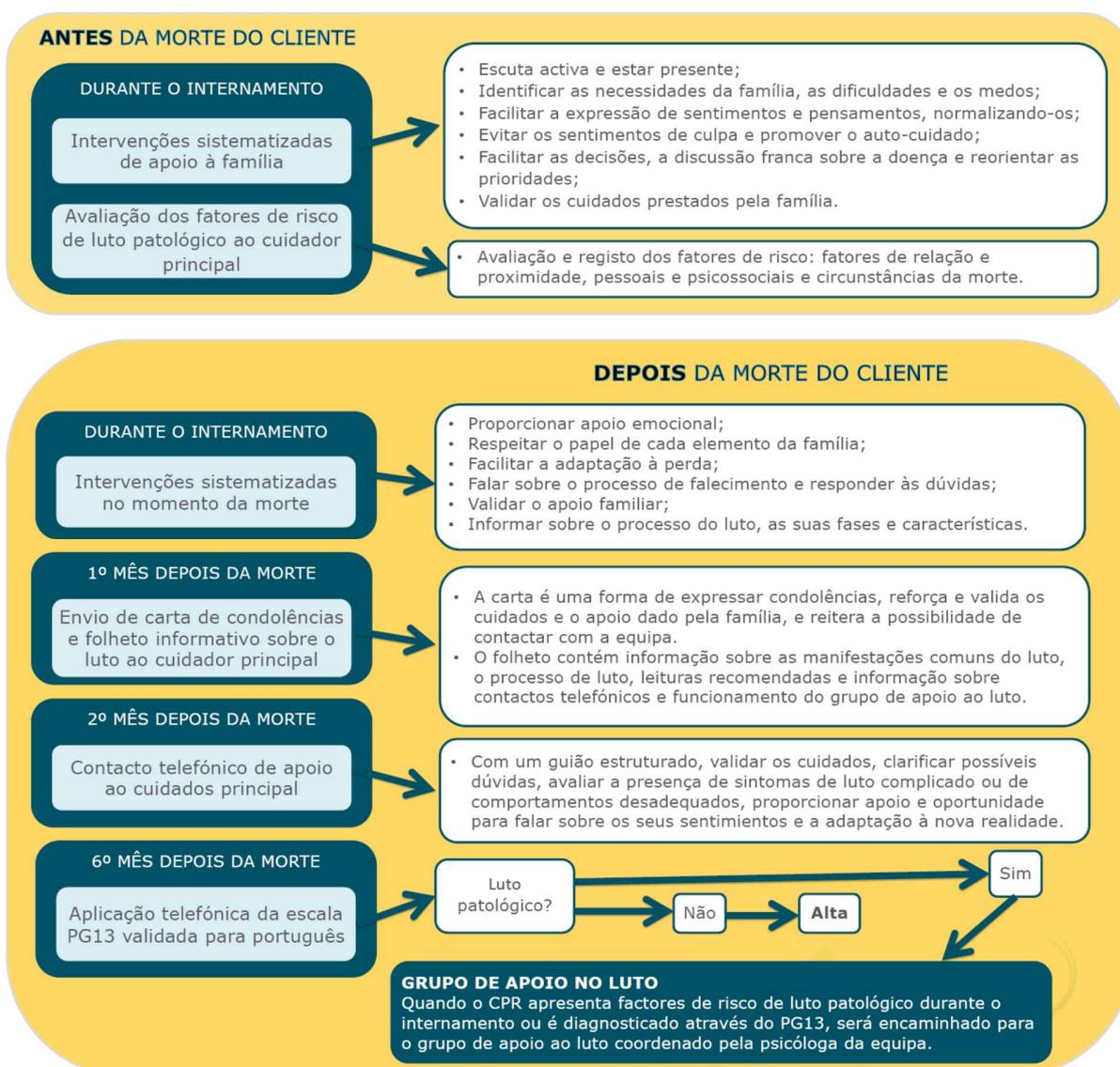


## APÊNDICE 5 - GUIÃO DE CONTACTO TELEFÓNICO

87



## 1º Contacto telefónico (2 mês do óbito) GUIÃO DO CONTACTO TELEFÓNICO

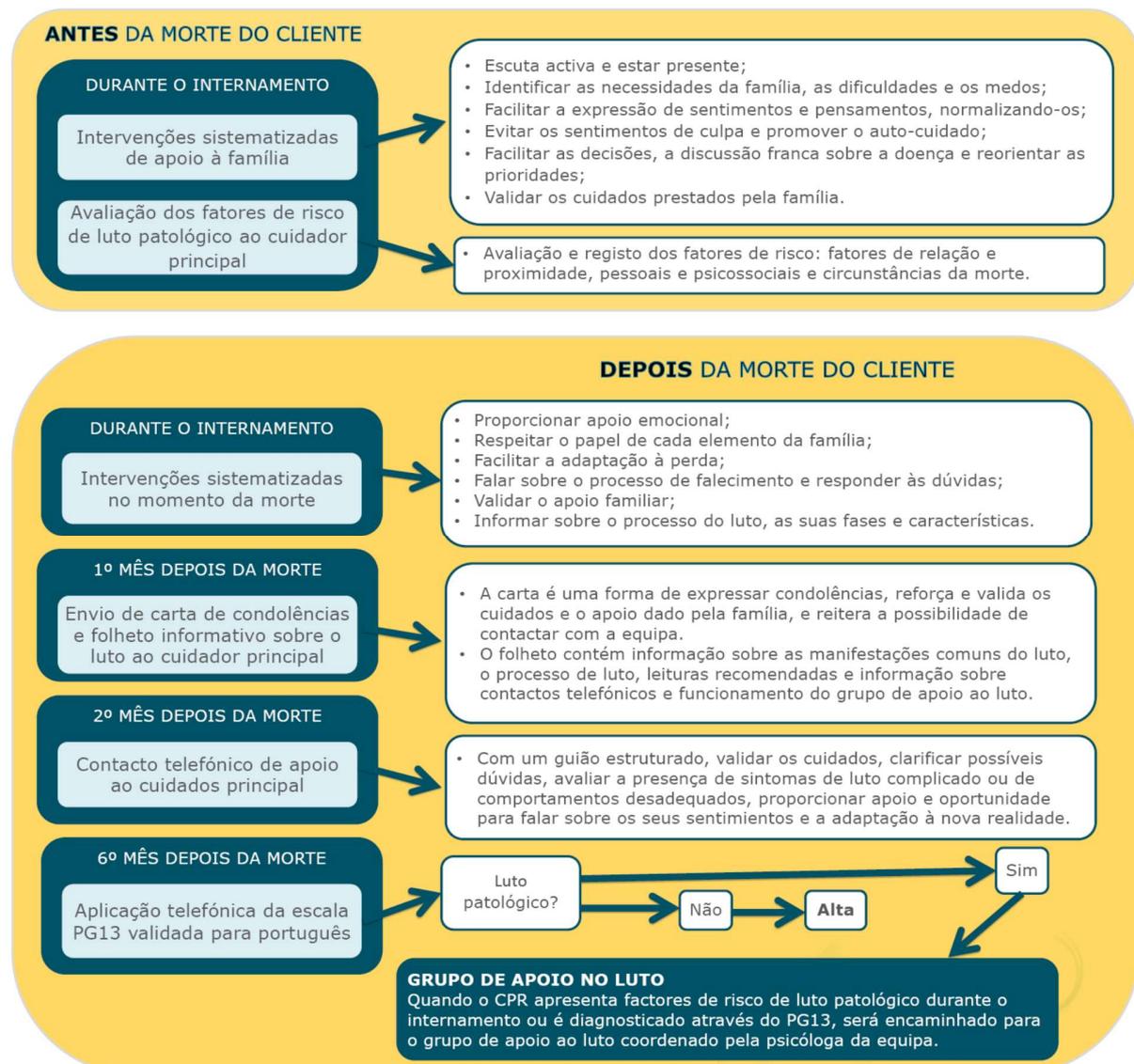


Como tem passado? (explorar sentimentos, comportamentos, pensamentos e sensações físicas exploradas no folheto informativo) importante verificar se tem dormido, se há culpa e se ainda vê ou ouve o familiar:

Sentimentos		
Tristeza	Ansiedade	Choque
Raiva	Solidão	Ansiedade
Culpa	Desamparo	Outros:
Alívio	Dormência	

Sensações físicas		
Vazio no estômago	Aperto no peito	Nó na garganta
Sensação falta de ar	Fraqueza muscular	Hipersensibilidd ao barulho
Boca seca	Falta de energia	Outros:

Pensamentos		

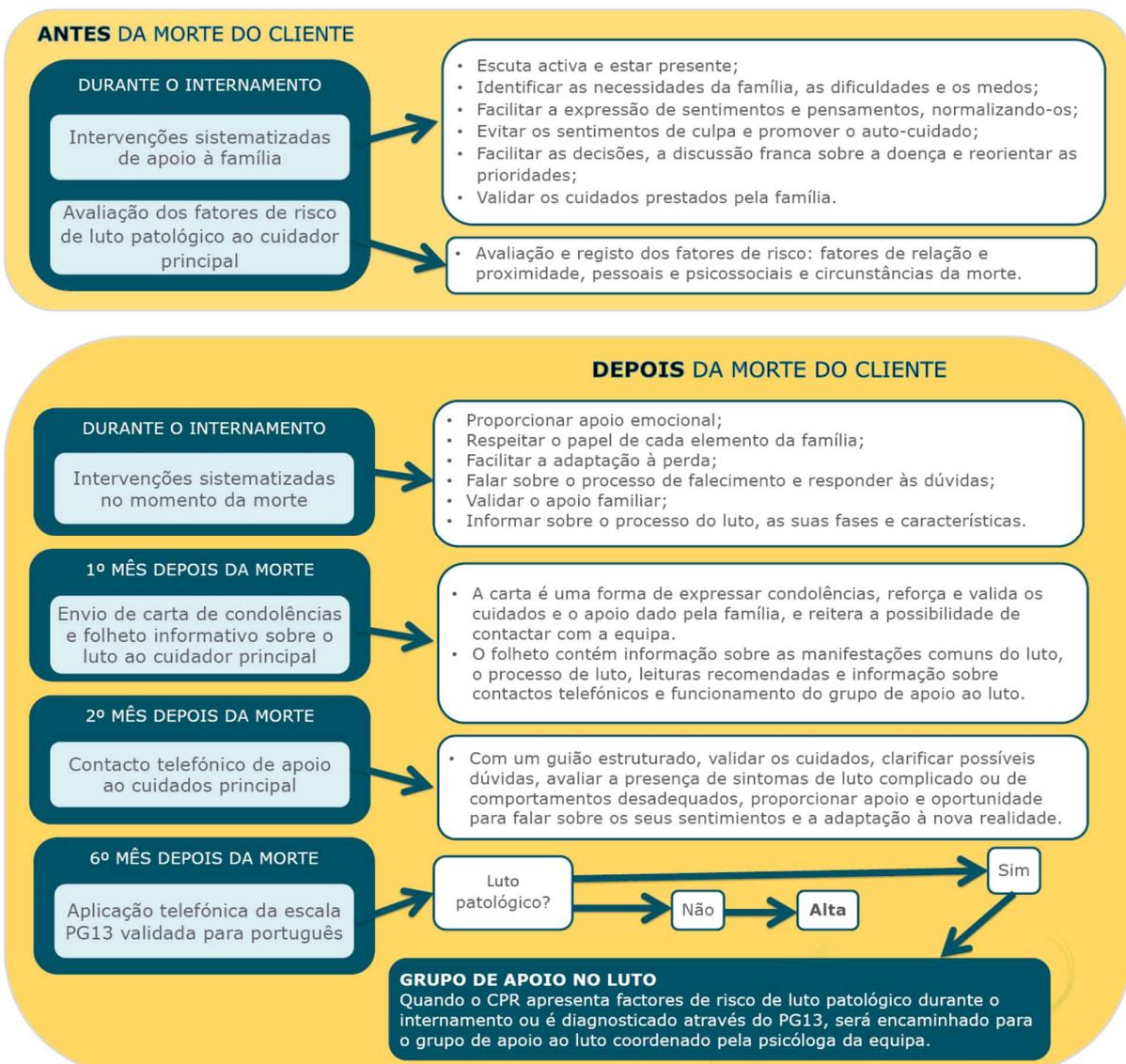


Incredulidade	Confusão	Preocupação
Alucinações	Sensação de presença do falecido	Outros:

Comportamentos		
Insónia	Distúrbios no apetite	Isolamento social
Sonhar com o falecido	Procurar e chamar pelo ente falecido	Choro
Hiperatividade	Visitar sítios ou transportar consigo objetos que lembrem o falecido	
Agitação	Outros:	

Como está a ser este tempo? (explorar o que tem feito, se tem saído de casa, suporte familiar, regresso ao trabalho):

90



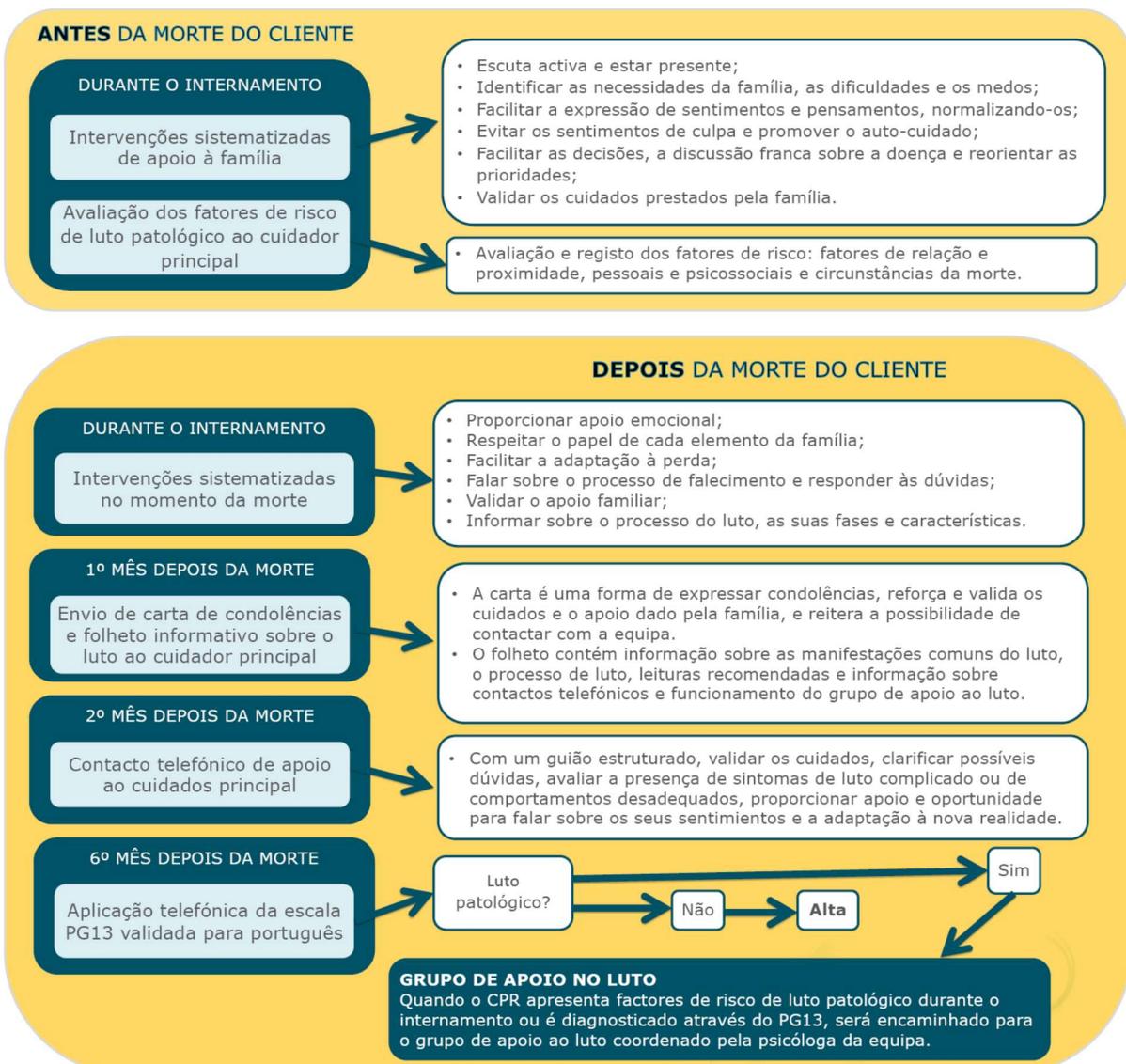
Passar ou desporto	Ouvir música	Relaxamento
Jantar fora	Família e amigos	Novas atividades
Ida ao cinema/teatro	Apoio profissional	Outros:
Ler / escrever	Retorno ao trabalho	

Tem alguma dúvida em relação aos cuidados oferecidos pela equipa UCCPHL, o do momento da morte? (sim, não, comentar e explorar os “se”):

Sim	Não

Como está o resto da família (caso exista):

Adaptado	Não adaptado



--

Validar os cuidados prestados pelo familiar:

Sim	Não
-----	-----

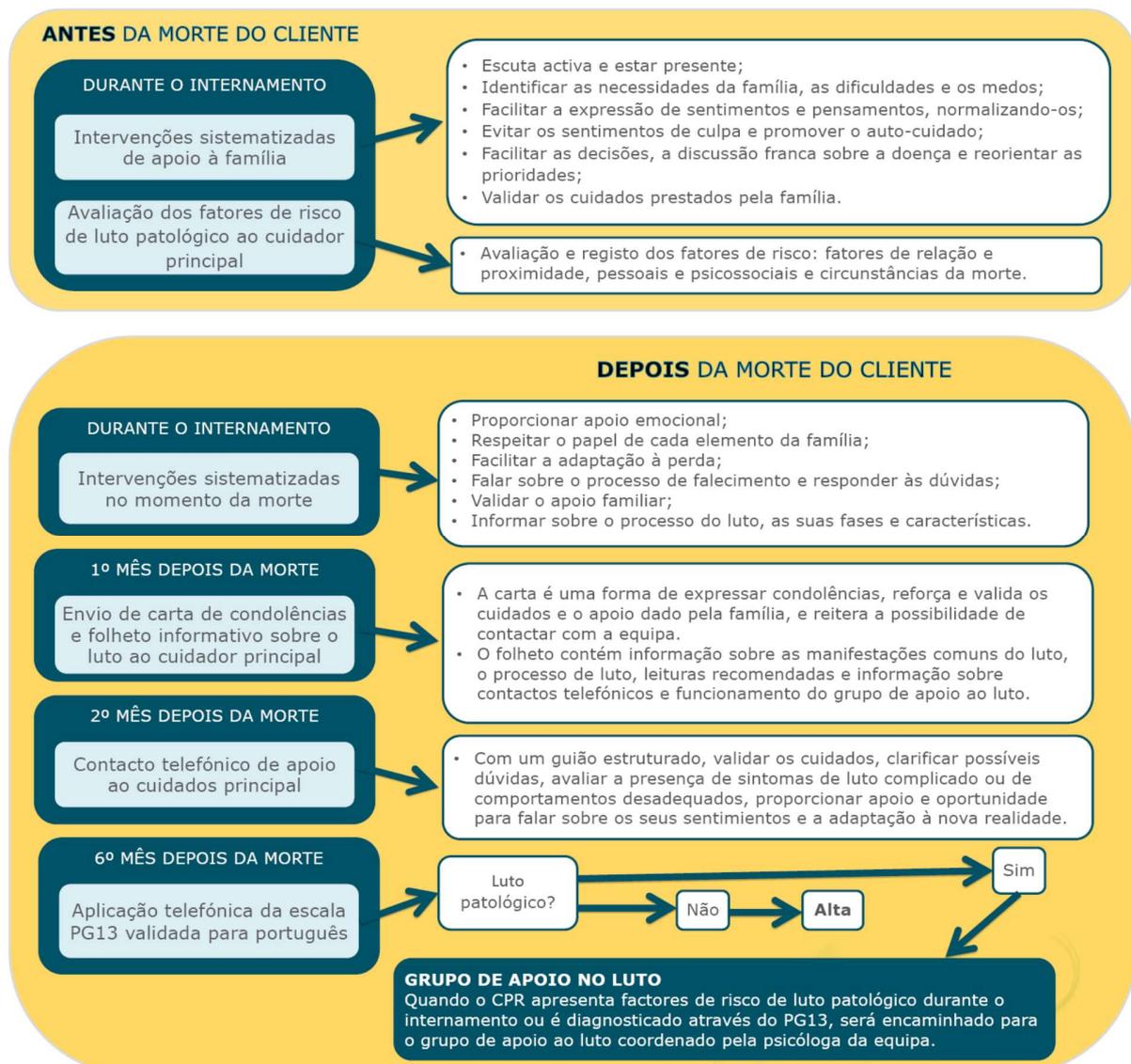
Informar sobre a evolução do luto (ainda é normal sentir-se triste, e não recordar não melhora):

Sim	Não
-----	-----

Oferecer a possibilidade de vir ao grupo de apoio ao luto caso precise (datas, horário, contacto):

Sim	Não
-----	-----

Impressão diagnóstica (adaptado, não adaptado):



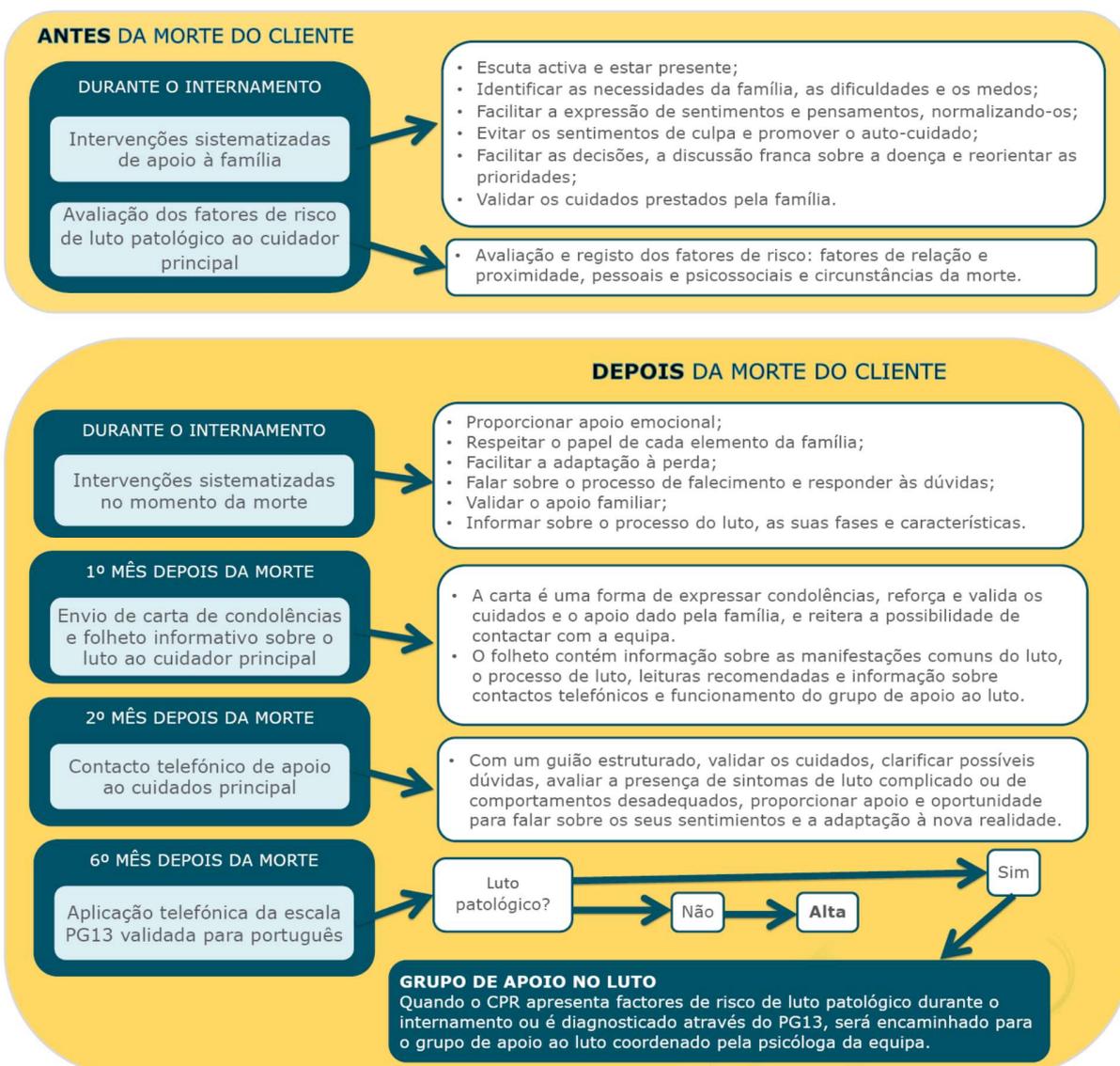
Adaptado	Não adaptado
----------	--------------

Duração do telefonema:

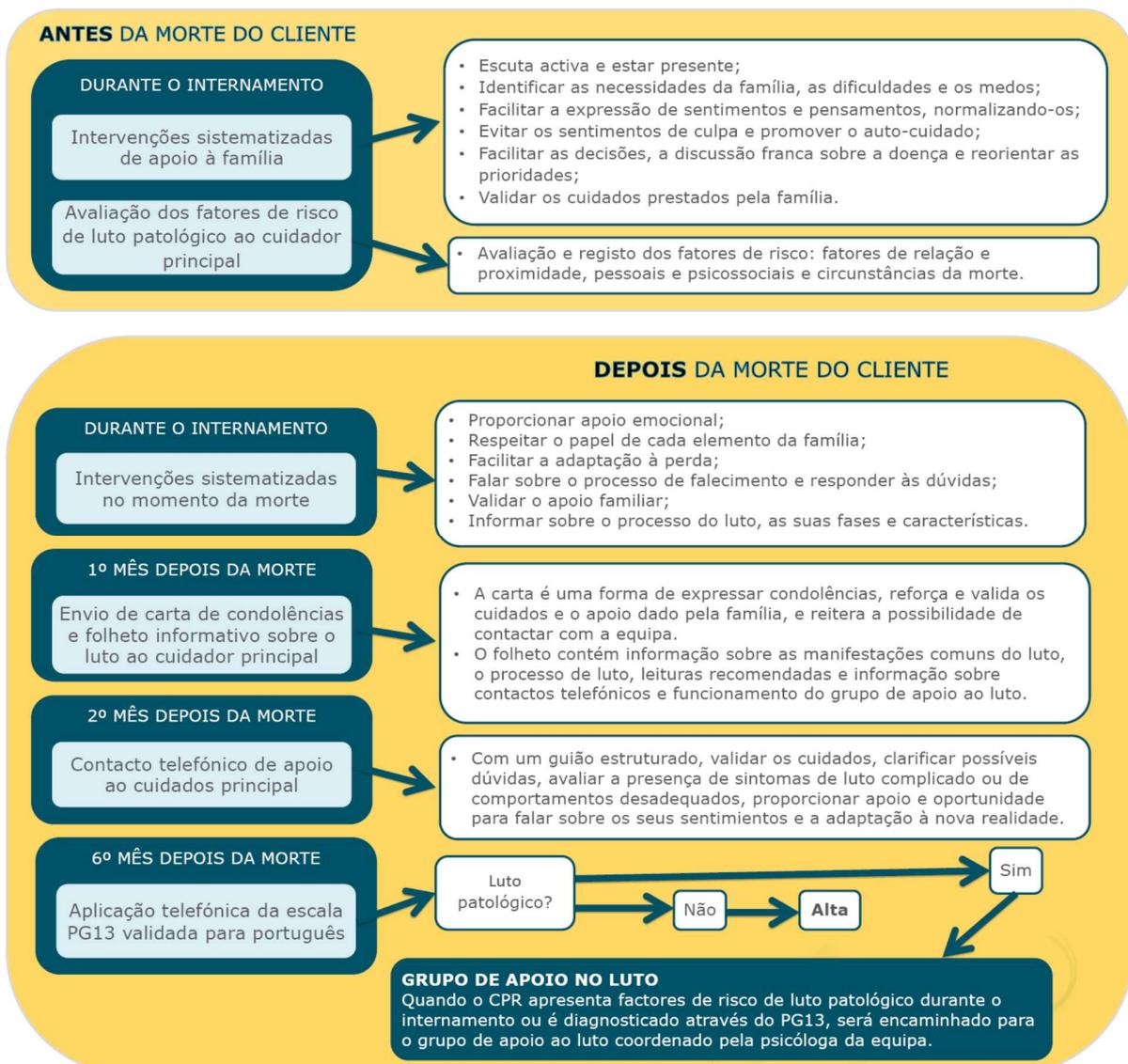
< 15 minutos	15-30 minutos	> de 30 minutos
--------------	---------------	-----------------

Plano:

Ligar ao 6º mês	Ligar antes do 6º mês	Marcar consulta individual

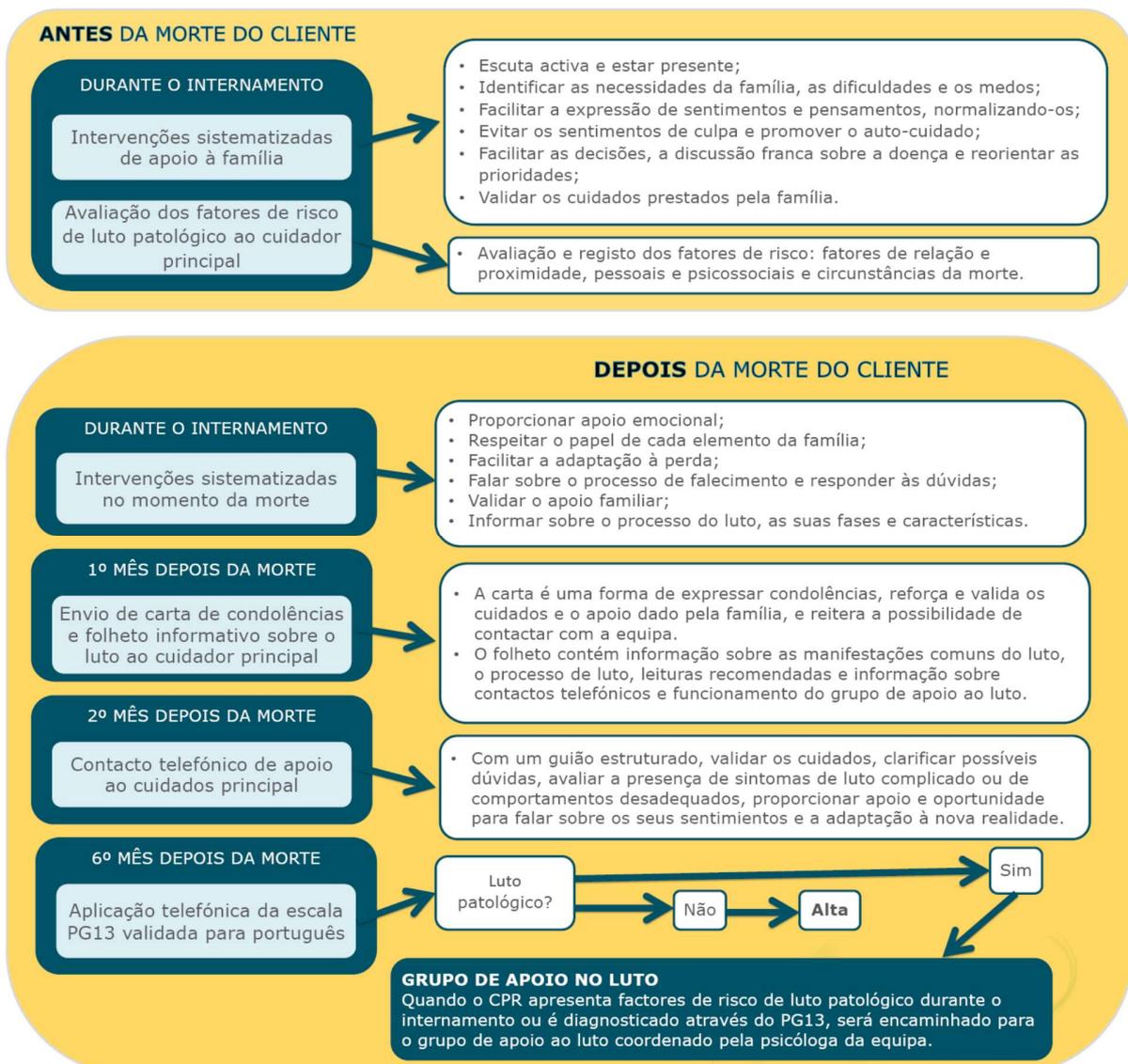


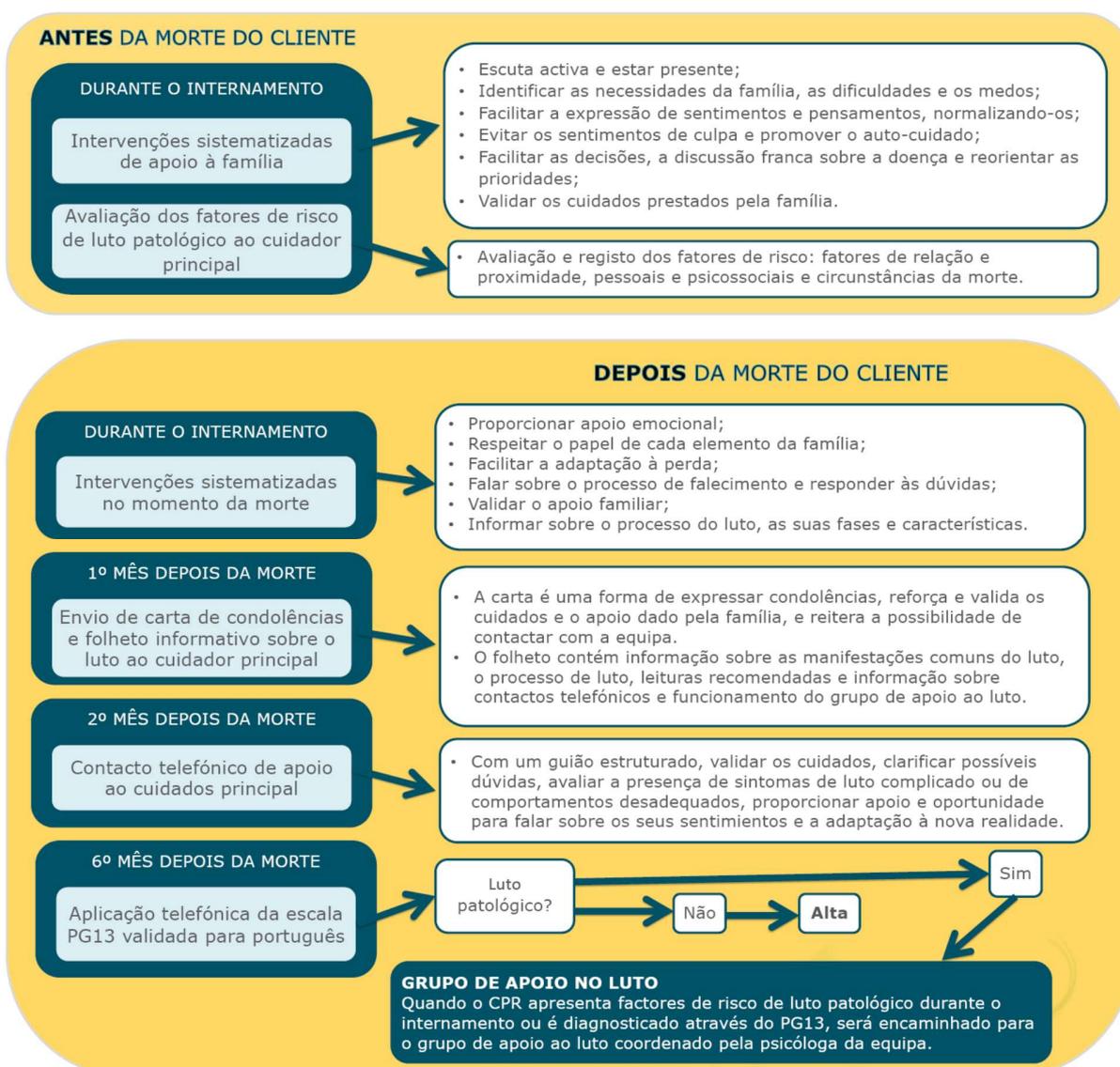
Quem realizou o telefonema: \_\_\_\_\_



## APÊNDICE 6 - INFORMAÇÃO A COLHER NA PRIMEIRA SESSÃO DE APOIO NO LUTO

95

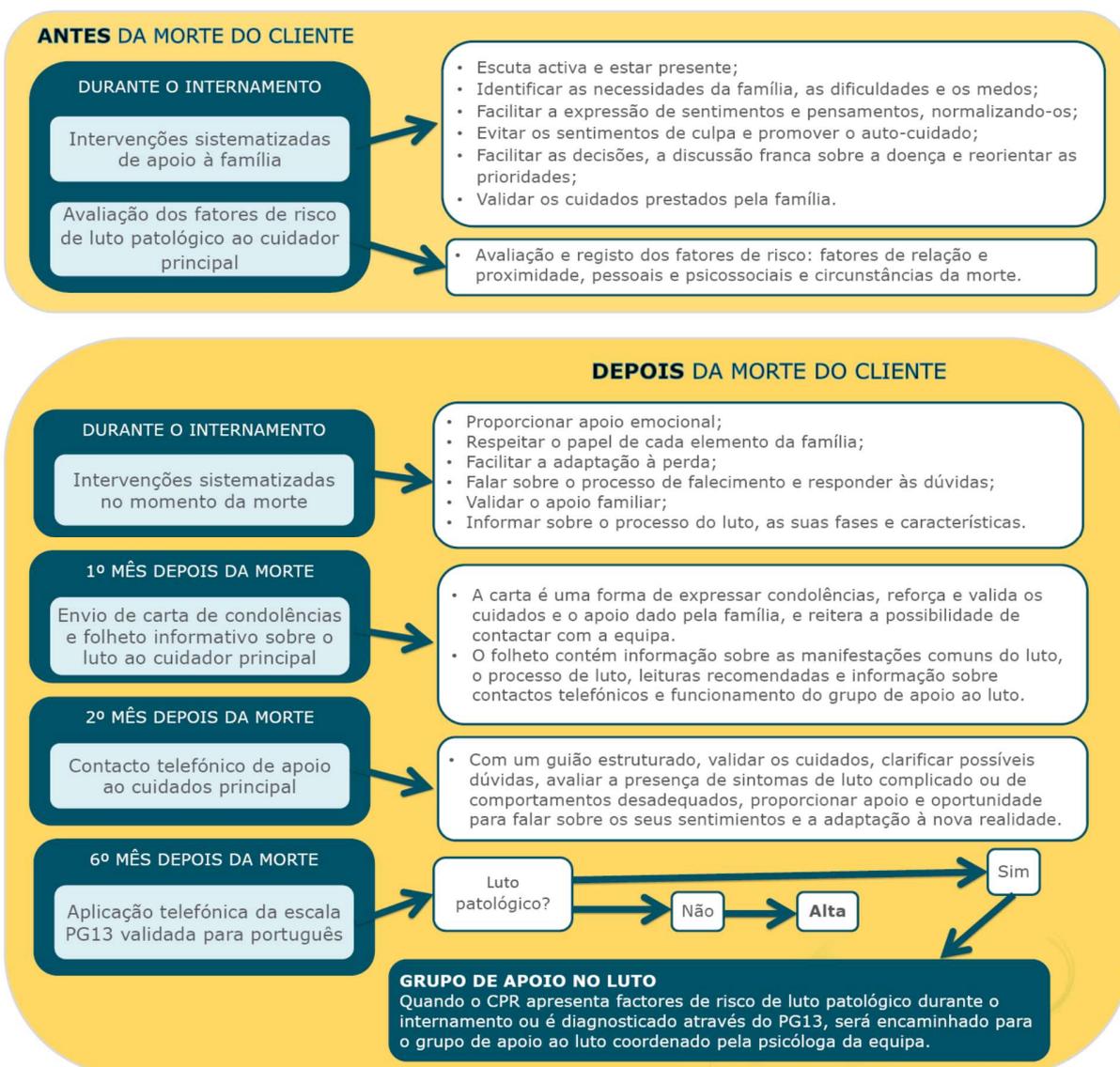




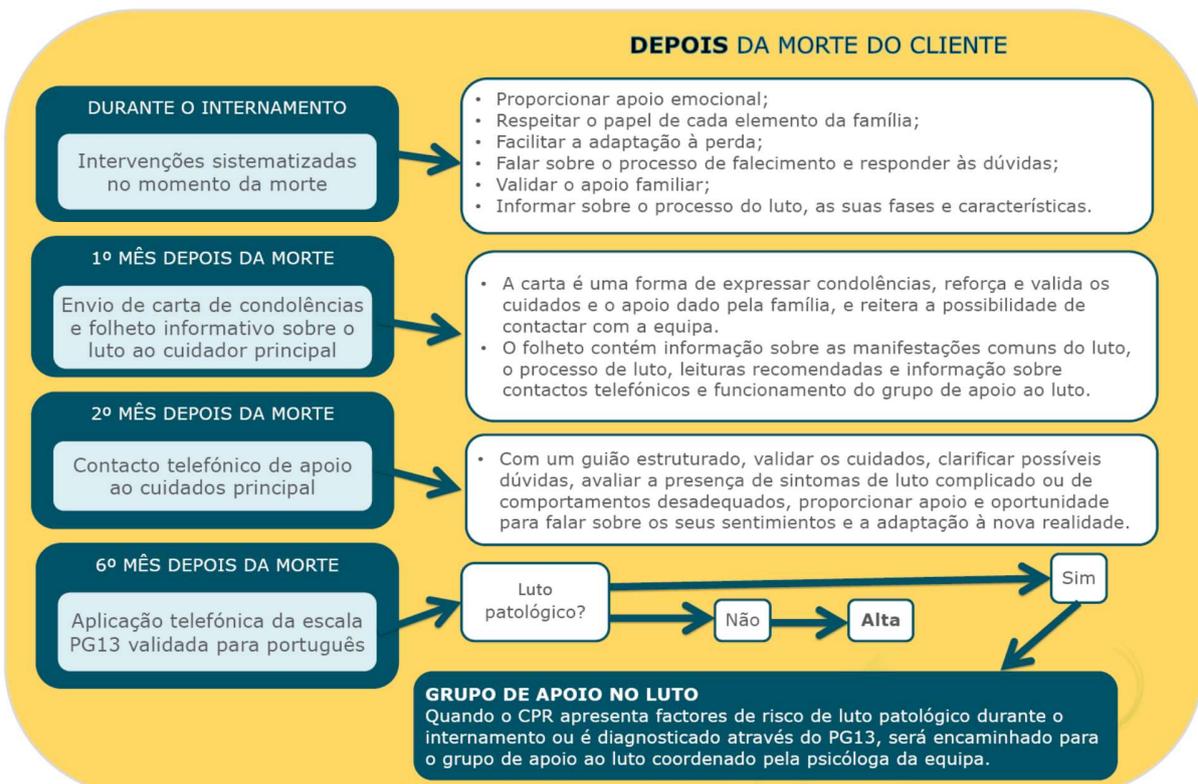
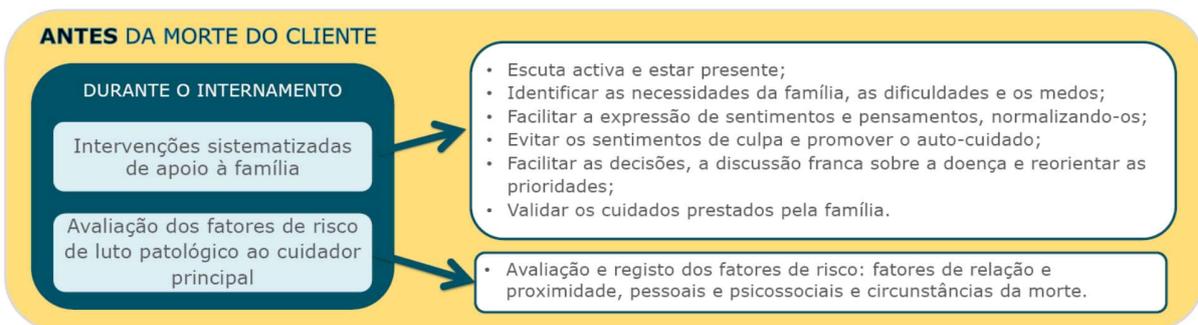
## SESSÃO DE APOIO NO LUTO

Nome: \_\_\_\_\_

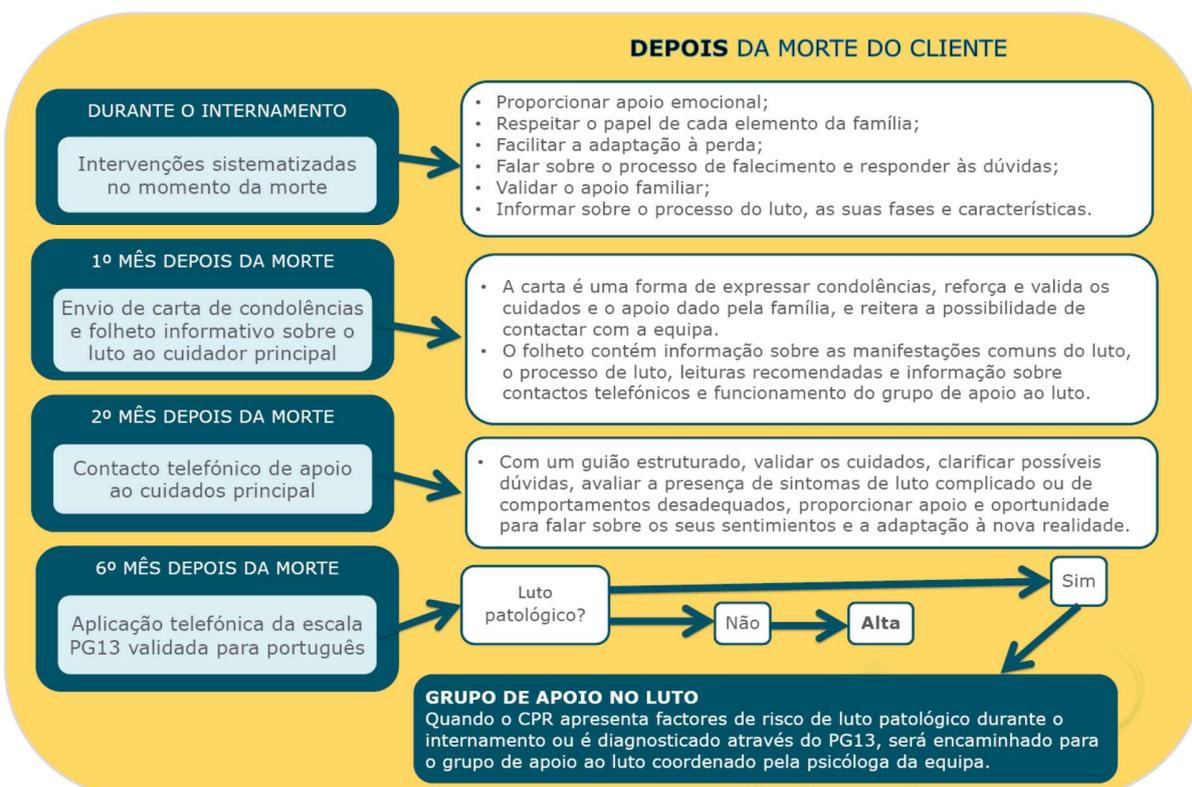
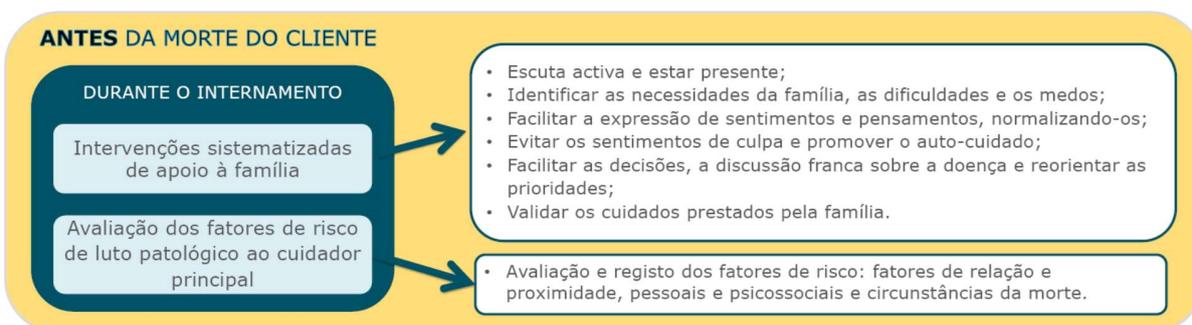
97

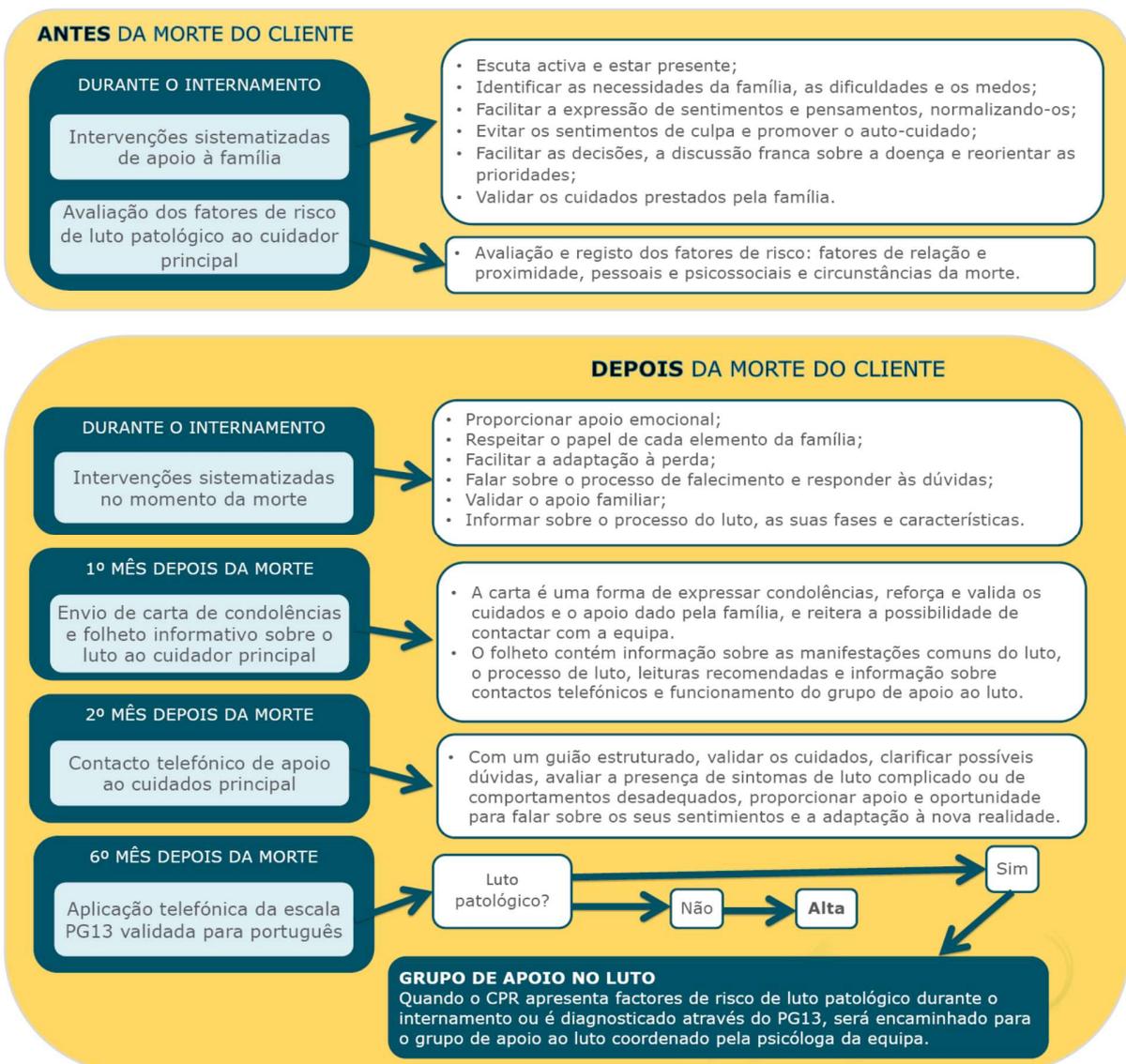


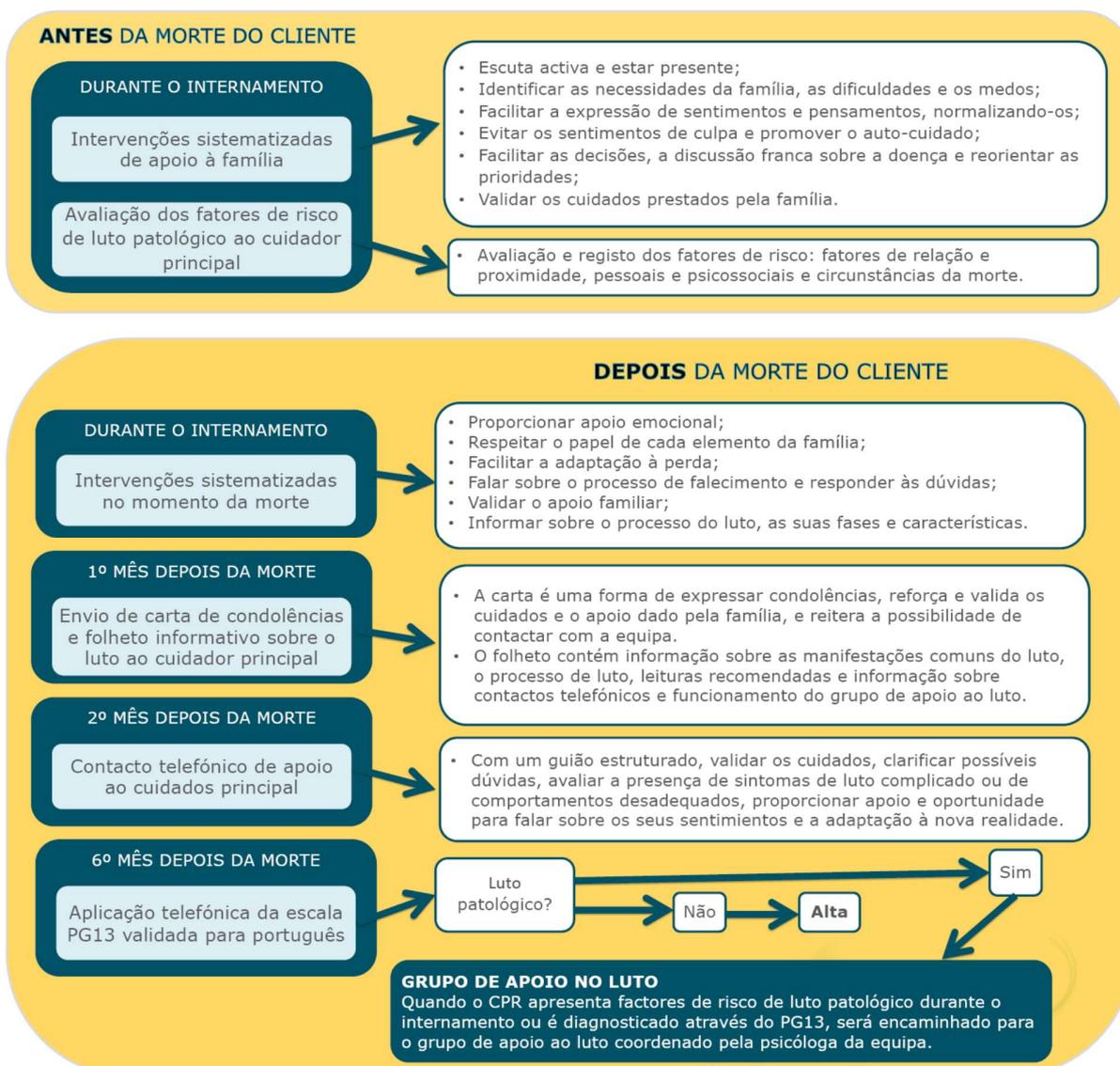
Relação com o falecido:
Motivo pelo qual decidiu vir à sessão de informação:
Principais dificuldades nesta nova fase da vida:
Emocionais:
Sociais:



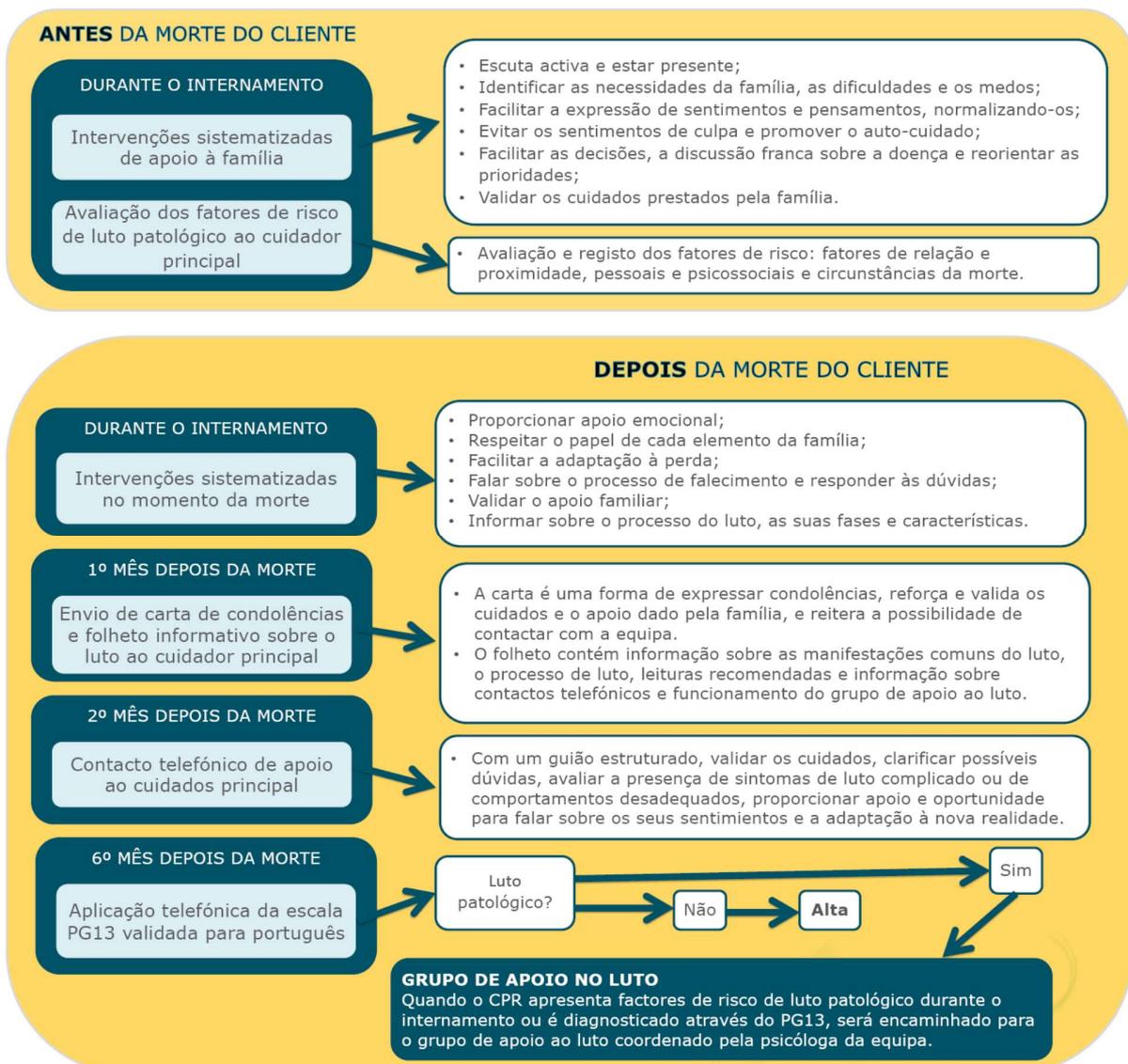
Familiares:
Económicas:
Pior momento desde a morte
Melhor momento desde a morte
O processo de luto está a decorrer como pensou?
Porquê?
A sessão de grupo foi importante?
Porquê?

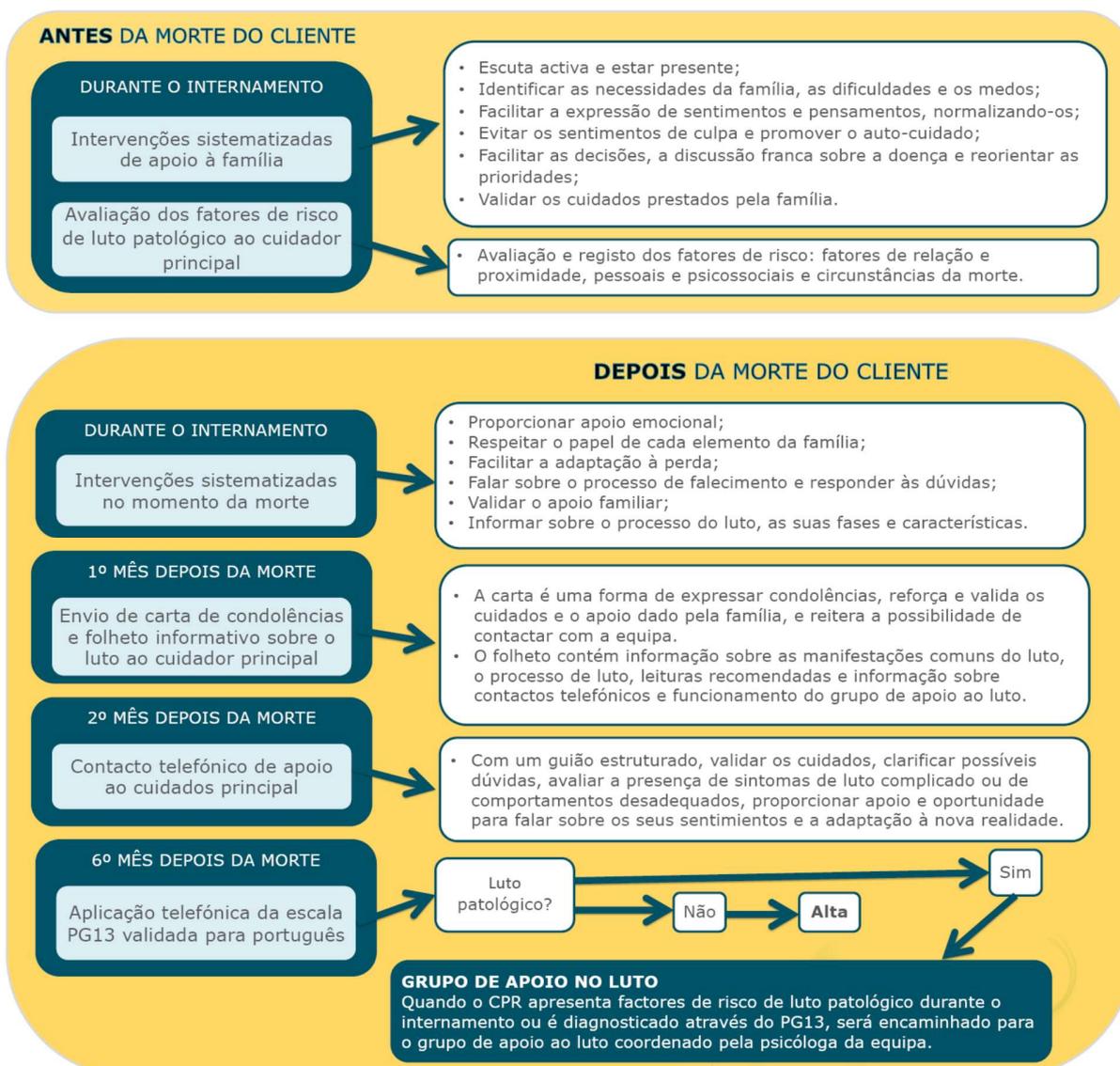


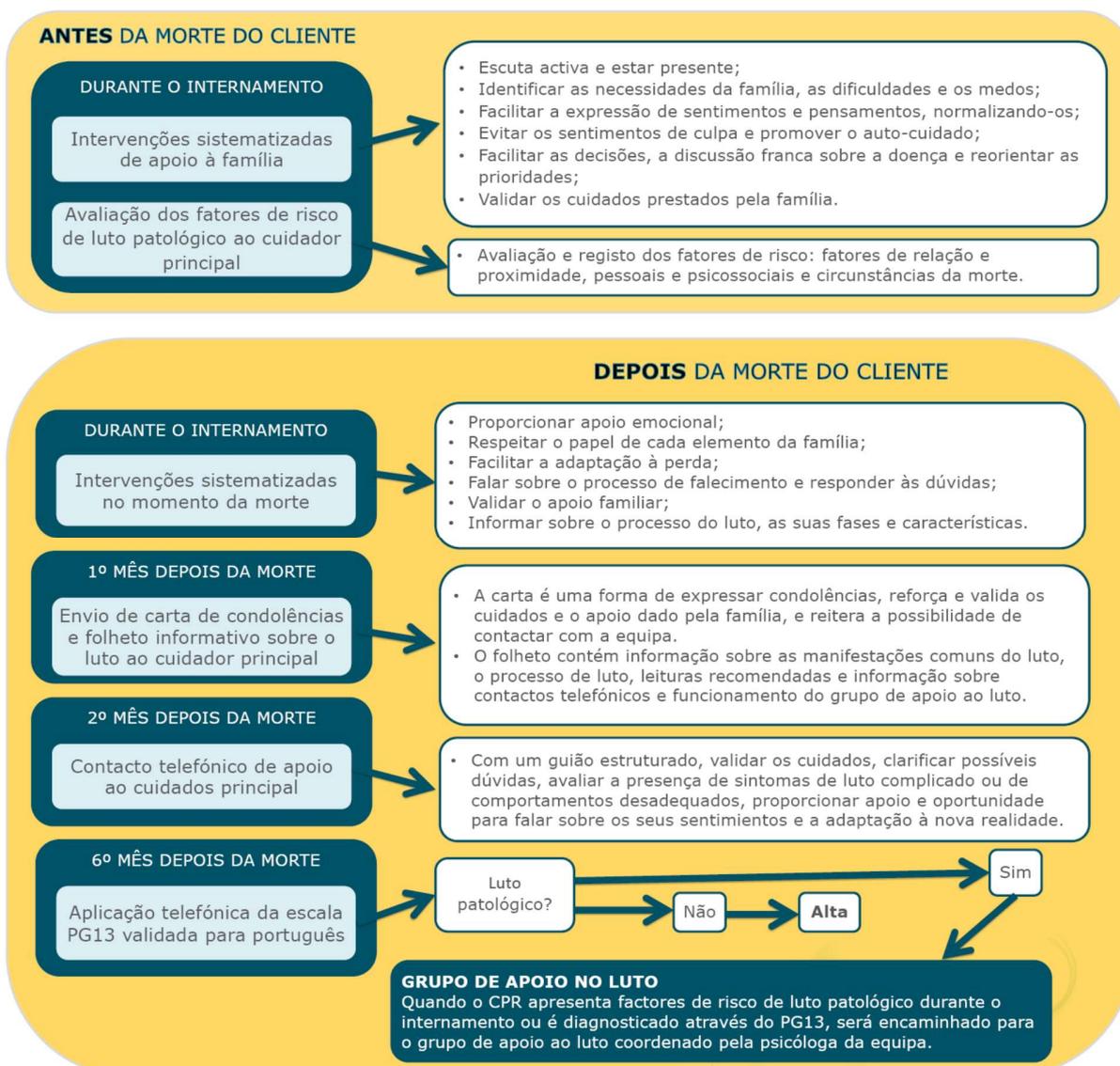





## 7. ANEXOS

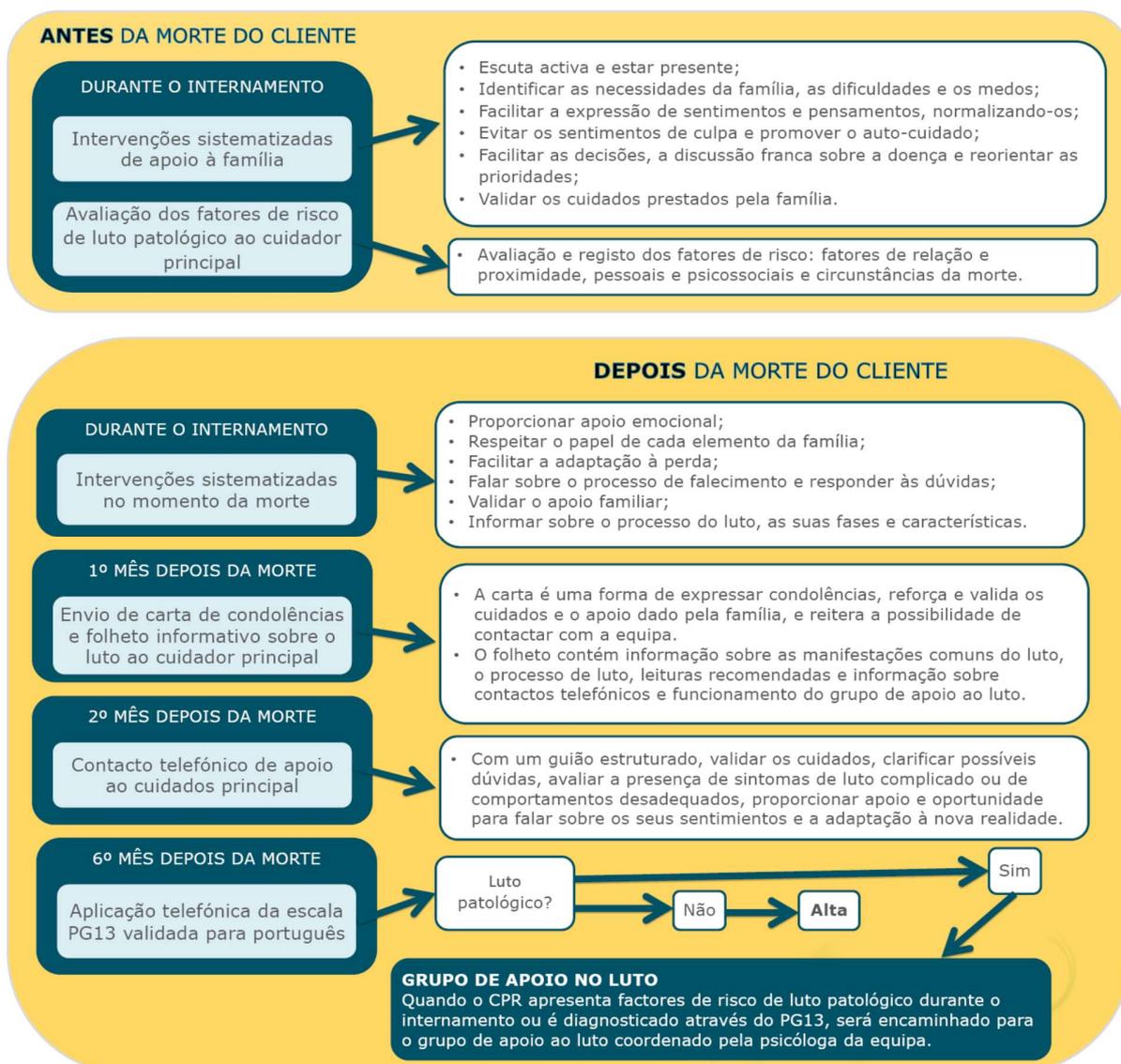






## ANEXO 1 - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO LUTO PROLONGADO (PG-13)

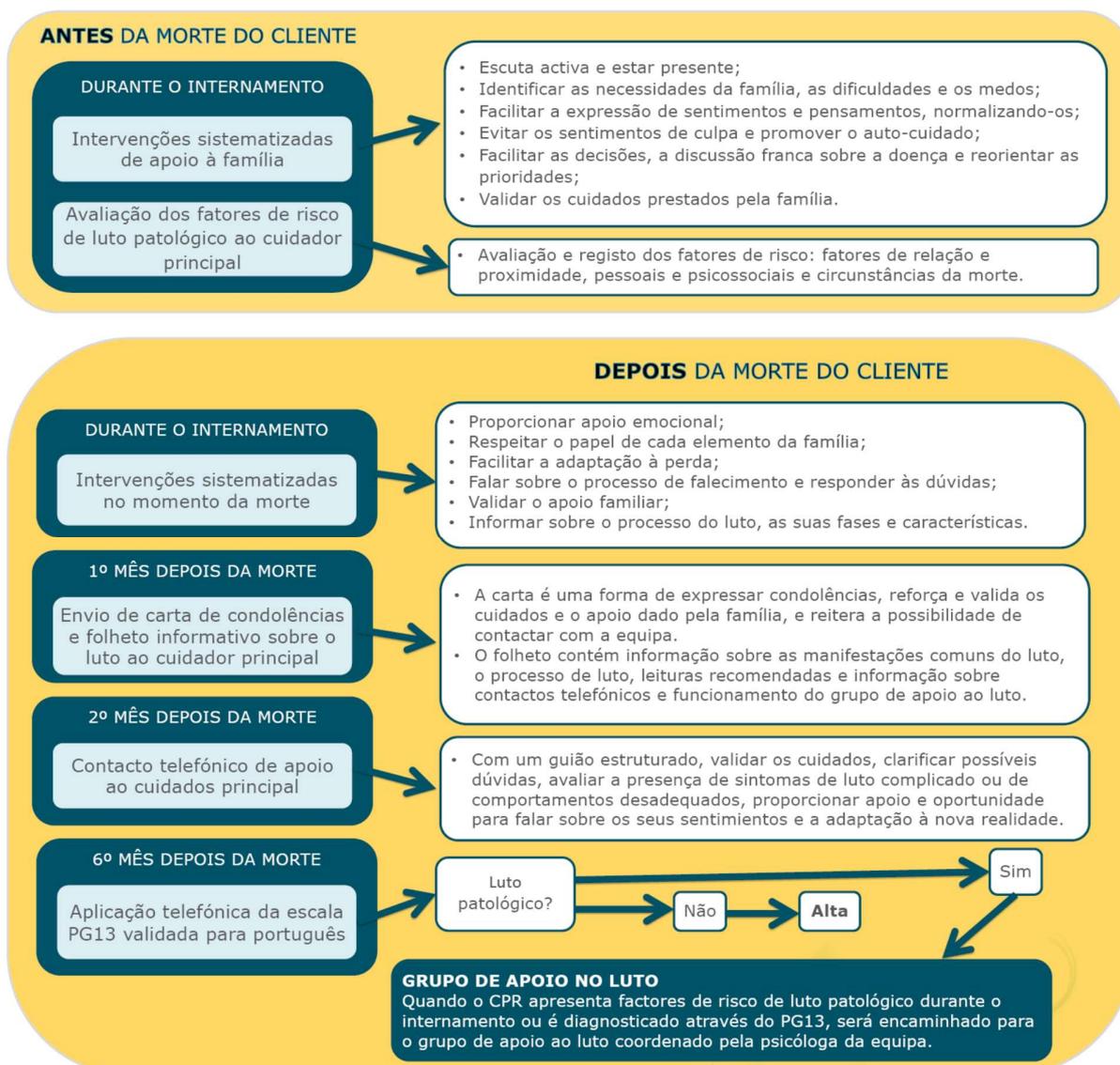
105



## INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO LUTO PROLONGADO (PG-13)

### INSTRUÇÕES DA PARTE I

Assinale a sua resposta em relação a cada item:



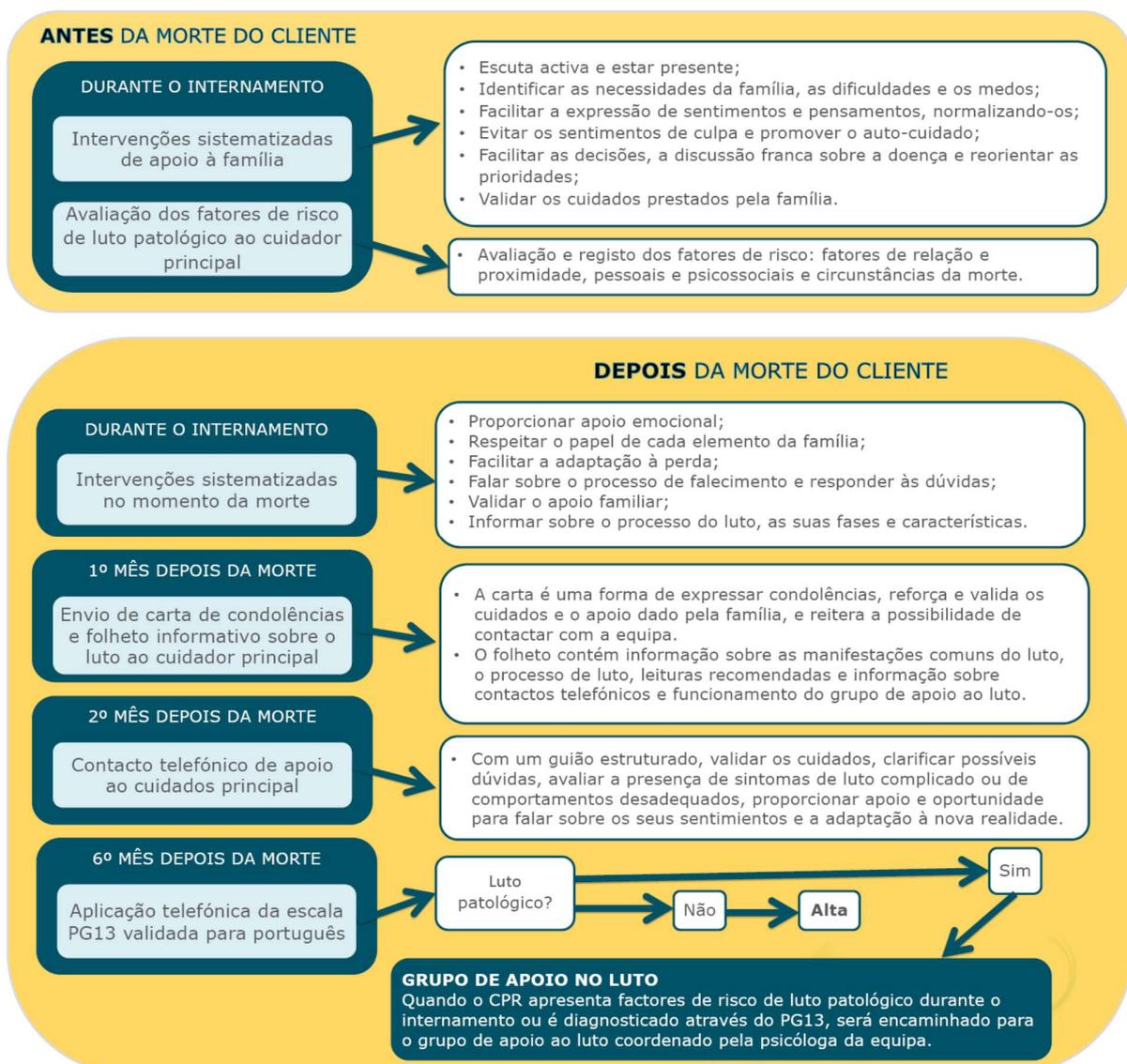
1. No último mês, quantas vezes sentiu saudades e a ausência da pessoa doente que perdeu?

1	Quase nunca
2	Pelo menos uma vez
3	Pelo menos uma vez por semana
4	Pelo menos uma vez por dia
5	Várias vezes por dia

2. No último mês, quantas vezes sentiu intensa dor emocional, tristeza/pesar ou episódios de angústia relacionados com a relação perdida?

1	Quase nunca
2	Pelo menos uma vez
3	Pelo menos uma vez por semana
4	Pelo menos uma vez por dia

107



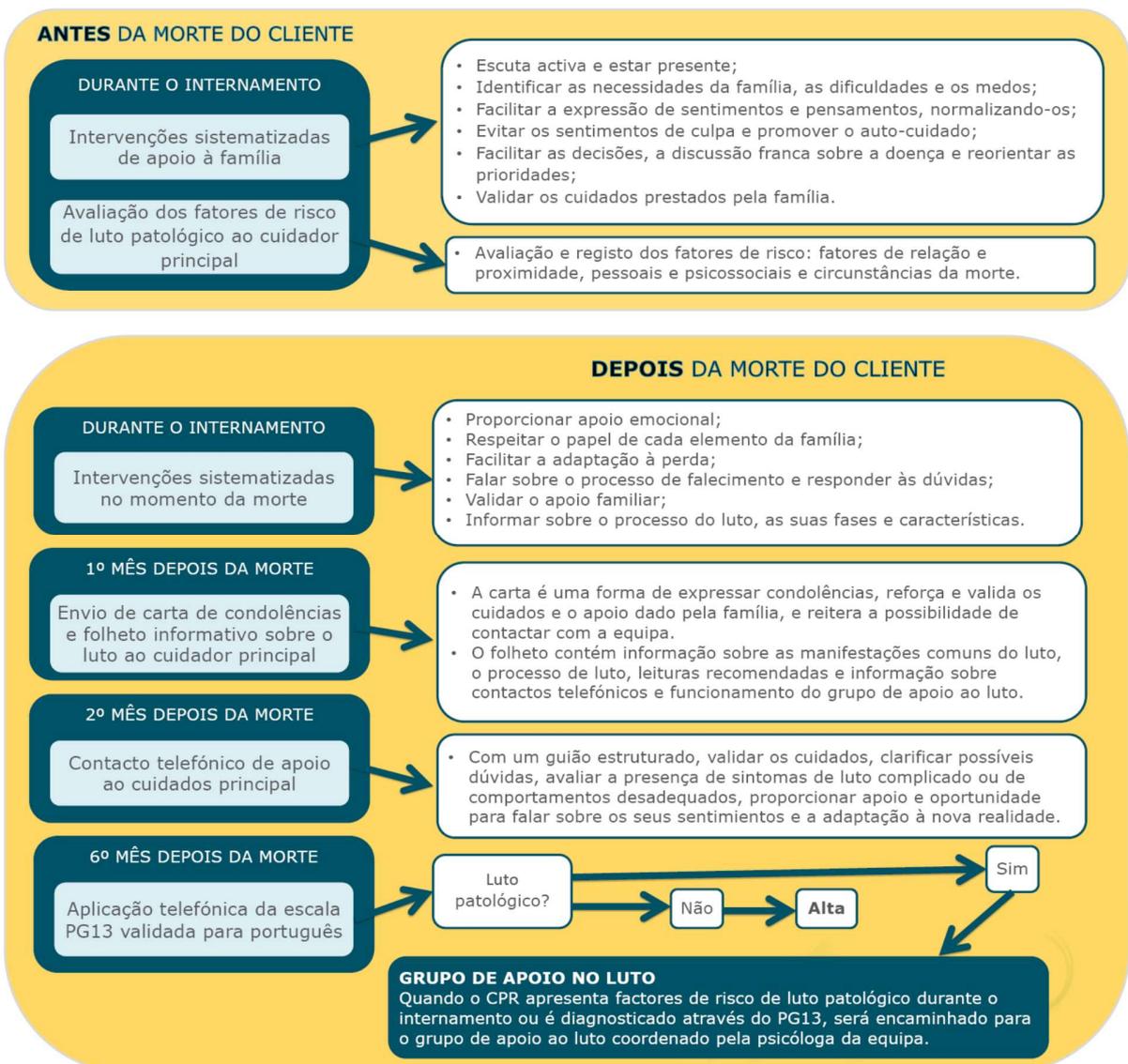
5	Várias vezes por dia
---	----------------------

3. Relativamente às questões 1 e 2, teve essa experiência pelo menos diariamente, por um período de, pelo menos, 6 meses?

Sim	Não
-----	-----

4. No último mês, quantas vezes tentou evitar contacto com tudo o que lhe recorda que o falecido?

1	Quase nunca
2	Pelo menos uma vez
3	Pelo menos uma vez por semana
4	Pelo menos uma vez por dia
5	Várias vezes por dia



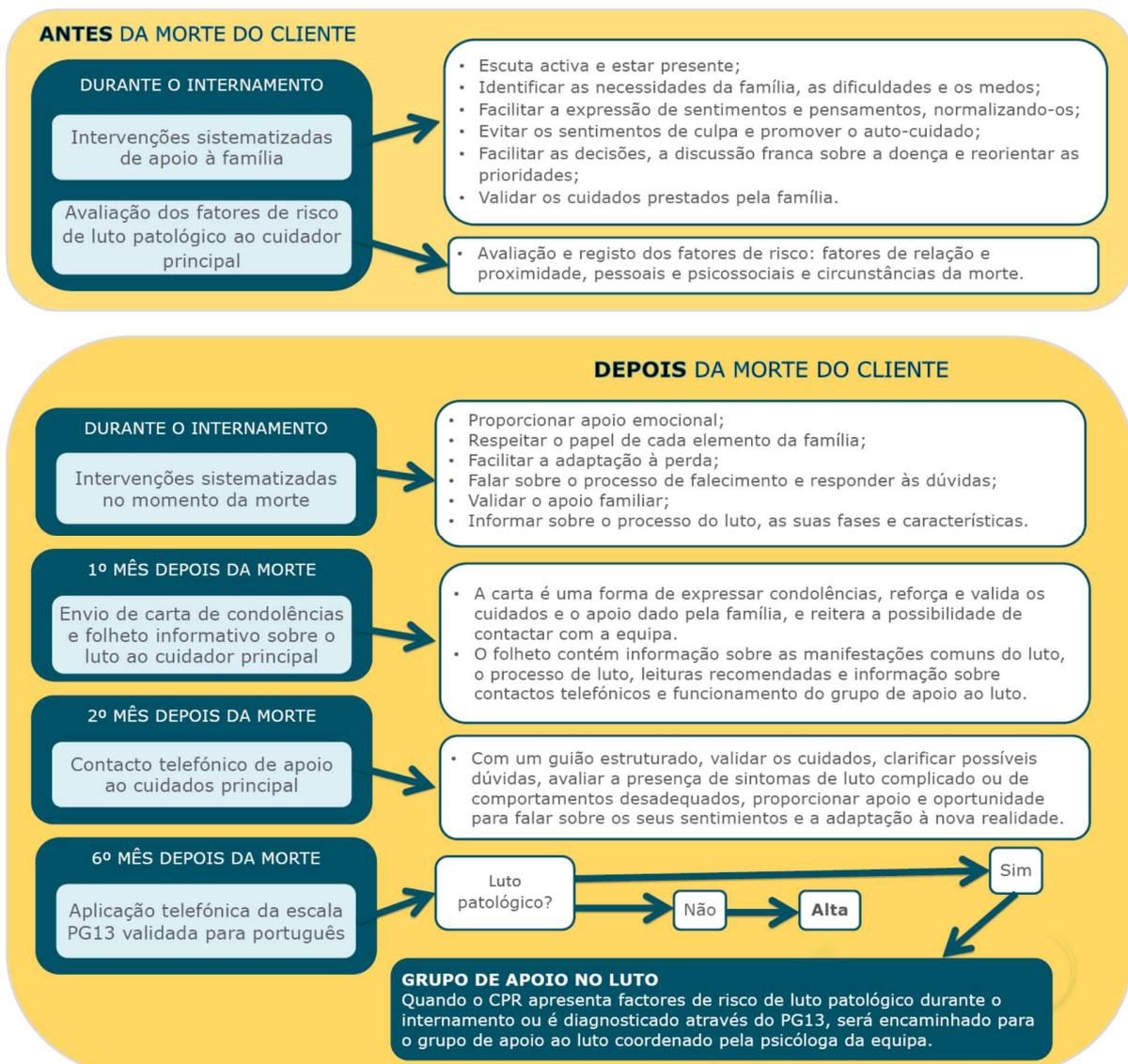
5. No último mês, quantas vezes se sentiu atordoado/a, chocado/a ou emocionalmente confundido/a pela sua perda?

1	Quase nunca
2	Pelo menos uma vez
3	Pelo menos uma vez por semana
4	Pelo menos uma vez por dia
5	Várias vezes por dia

## INSTRUÇÕES DA PARTE II

Em relação a cada item, indique como se sente habitualmente. Envolve com um círculo, o número adequado à sua situação: (1. Não de todo; 2. Ligeiramente; 3. Razoavelmente; 4. Bastante; 5. Extremamente):

109

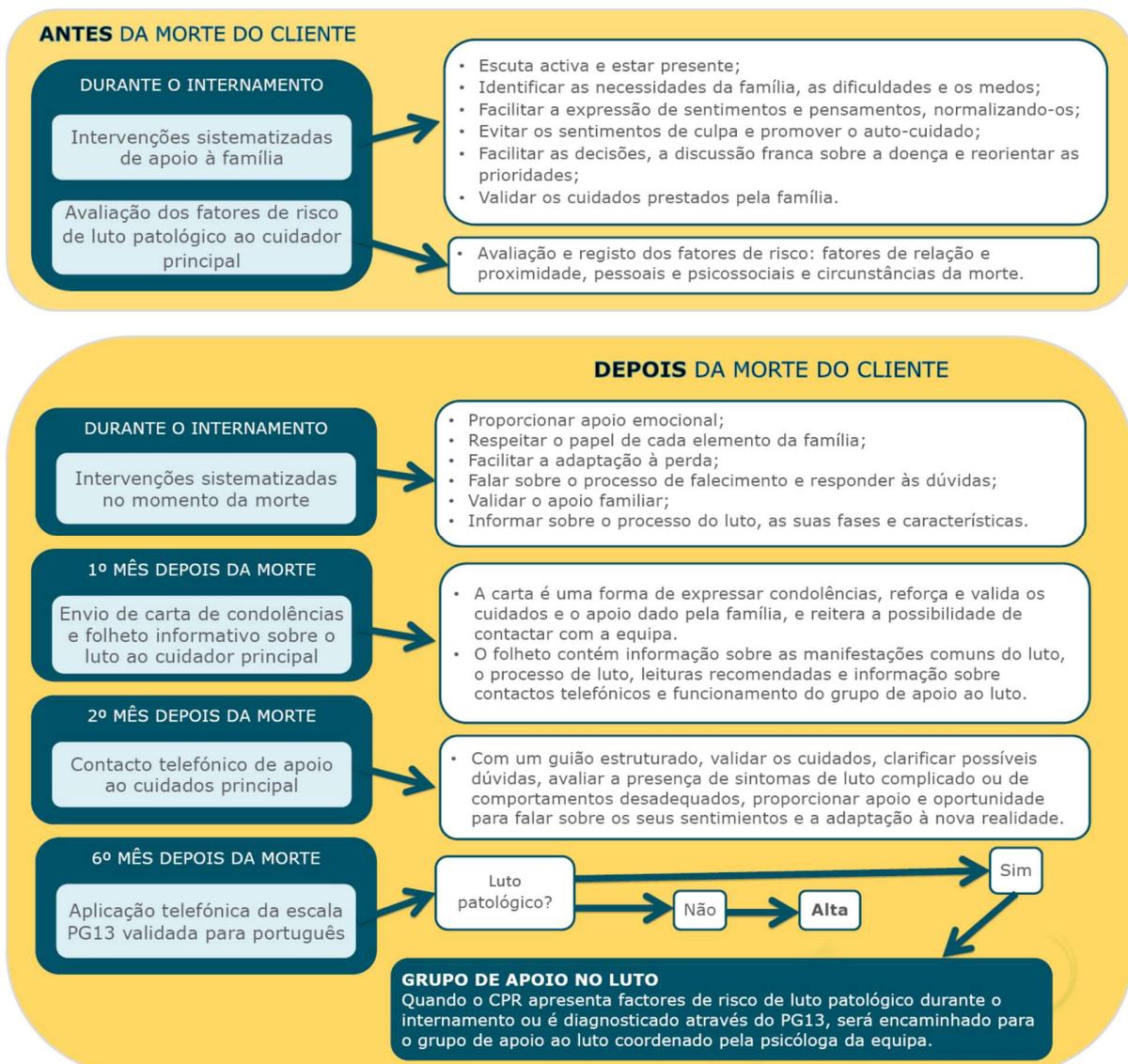


6. Sente-se confuso/a quanto ao seu papel na vida ou sente que não sabe quem é (i.e., sente que uma parte de si morreu?)	1	2	3	4	5
7. Tem tido dificuldade em aceitar a perda?	1	2	3	4	5
8. Tem tido dificuldade em confiar nos outros desde a perda?	1	2	3	4	5
9. Sente amargura pela sua perda?	1	2	3	4	5
10. Sente agora dificuldade em continuar com a sua vida (por exemplo, fazer novos amigos, ter novos interesses)?	1	2	3	4	5
11. Sente-se emocionalmente entorpecido desde a sua perda?	1	2	3	4	5
12. Sente que a sua vida é insatisfatória, vazia ou sem significado desde a sua perda?	1	2	3	4	5

### INSTRUÇÕES DA PARTE III

Assinale a sua resposta em relação a cada item.

110



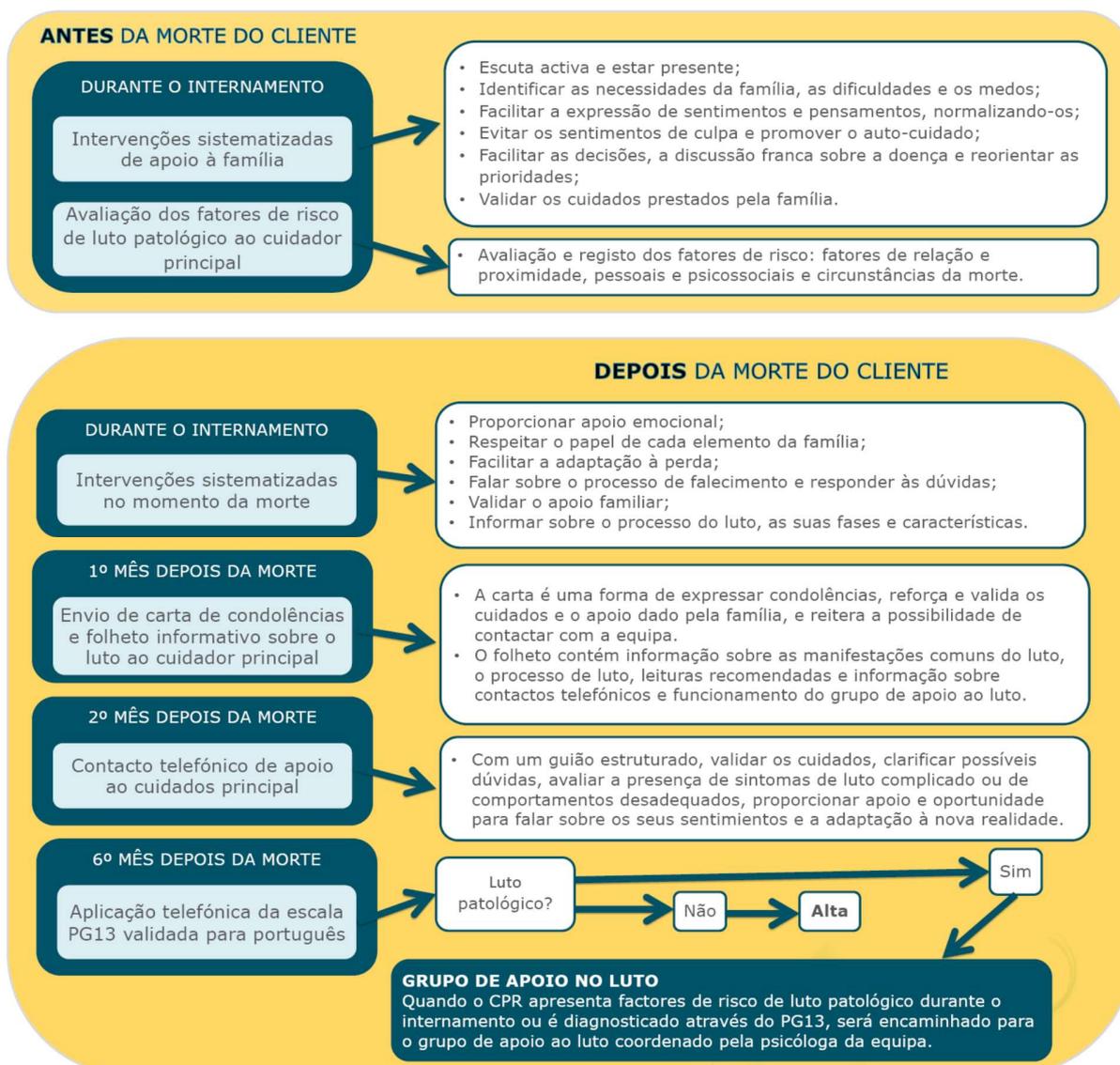
13. Sentiu uma redução significativa na sua vida social, profissional ou em outras importantes (por exemplo, responsabilidades domésticas)?

Sim	Não
-----	-----

Luto prolongado:

Sim	Não
-----	-----

Medidas tomadas:





Quem realizou o telefonema: \_\_\_\_\_

