

Mestrado em Enfermagem

**Área de Especialização de Enfermagem
Médico-Cirúrgica na área de Intervenção em
Enfermagem Oncológica**

Relatório de Estágio

**Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Doença
Oncológica, em fase agónica, no internamento
hospitalar de cirurgia**

Ana Cristina Mano Esteves Luís

**Lisboa
2016**



Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Intervenção em Enfermagem Oncológica

Relatório de Estágio


Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Doença Oncológica, em fase agónica, no internamento hospitalar de cirurgia

Ana Cristina Mano Esteves Luís

Senhora Professora Eunice Sá

**Lisboa
2016**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“Enquanto existir quem cuide, nenhum sofrimento será insuportável”.

(Cicely Saunders, 1959)

*Para Ti **Minha Mãe**, por seres sempre a minha estrela guia, mesmo nas noites mais escuras, pela força que a lembrança do Teu sorriso me dá, pela forma como permaneces junto a mim, sempre e para sempre...*

*Para ti **Minha Avó**, pelo carinho e força em cada palavra sábia que me dás, obrigada por seres quem és na minha vida, um exemplo de luta e coragem...*

*Para ti, **Meu Marido**, Meu Amor, pelo apoio incondicional, carinho, exemplo de luta e perseverança que nunca me deixam desistir, obrigada minha vida...*

*Para ti **Minha Tia**, pelas palavras de carinho e apoio, sempre a meu lado...*

*Para ti **Meu Pai**, pela presença constante tão importante para mim...*

*Para vocês **Meus “Manos”**, Cristina, Paula e Tito, sempre do meu lado com os vossos abraços cheios de força e motivação, obrigada por me acompanharem a cada desafio, a cada caminhada da minha vida...*

*Para a **Minha Família**, por estarem sempre junto de mim ...*

*Para o **meu serviço**, colegas e amigas incansáveis no apoio para que este projeto fosse possível, e para que esta caminhada chegasse ao fim, muito obrigada...*

*Para a **Carla**, companheira de tantas lutas e desafios que este Curso trouxe...*

*Para a **Professora Eunice** pelo apoio incansável, encorajando-me sempre a continuar ...*

*Para todos aqueles que se cruzaram comigo durante os estágios, **orientadores, colegas e pessoas de quem cuidei**, que me lembraram a cada momento o sentido do meu projeto...*

Para todos cuja presença na minha vida me deu alento para continuar esta caminhada até ao fim...

Muito Obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS

ANCP – Associação Nacional de Cuidados Paliativos

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CP – Cuidados Paliativos

DGS – Direção Geral da Saúde

DL- Decreto de Lei

EAPC – *European Association for Palliative Care*

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

EONS – *European Oncology Nursing Society*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCECG - Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais

PI – Projeto de Intervenção

PICO – População, Intervenção, Contexto, Resultados

PNCP – Programa Nacional de Cuidados Paliativos

PNDO – Plano Nacional de Doenças Oncológicas

RCCEE - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEEEEPSCP – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SCG – Serviço de Cirurgia Geral

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

RESUMO

A doença oncológica em Portugal tem vindo a revelar-se uma das principais causas de morte no nosso país, apresentando um progressivo aumento da sua incidência, com uma previsão de 50000 novos casos até 2030, (Direção Geral da Saúde, 2014). A existência do paradigma biomédico, incute um espírito curativo e declina a visão paliativa do cuidar da pessoa atrasando na maior parte das vezes os cuidados de conforto previstos para as pessoas com doença oncológica nesta fase.

A fase agónica da pessoa com doença oncológica é o tema central deste trabalho, por ser uma fase de intenso sofrimento para a pessoa doente e para os que a rodeiam, que requer um trabalho intenso para a promoção do seu conforto. A intervenção major de enfermagem nesta fase prende-se com a avaliação das necessidades de conforto da pessoa com doença oncológica e sua família, de forma a intervir sobre estas necessidades colmatando-as. Este conforto é defendido pela Teoria de Conforto de Kolcaba (1991; 1994; 2003) e pela filosofia dos cuidados paliativos que assume a importância das intervenções promotoras de conforto, baseando o cuidar em quatro pilares fundamentais, também eles a base de todo este trabalho, o controlo sintomático, a comunicação, a família e o trabalho em equipa.

Neste sentido, foi abordado o estertor como principal sintoma da pessoa em fase agónica com o intuito de dar resposta às necessidades da equipa de enfermagem, tendo sido implementadas Linhas Orientadoras do Cuidar da Pessoa em Fase agónica com estertor, de forma a avaliar o impacto da utilização destas na promoção do conforto nas pessoas nesta fase.

Como metodologia de projeto, partiu-se da elaboração de uma Revisão Integrativa da Literatura que permitiu a análise e síntese da informação encontrada de forma a aplicá-la na prática.

Palavras-Chave: pessoa com doença oncológica; enfermagem; fase agónica; cuidados paliativos; conforto e estertor.

ABSTRACT

Oncological disease in Portugal is proving to be a major cause of death, gradually increasing its impact with a forecast of 50,000 new cases by 2030 (Direção Geral da Saúde, 2014). The biomedical paradigm encourages a curative spirit and limits the palliative care vision of the person, delaying the necessary comfort care provided in this stage to people with oncological disease.

The study of the agonizing phase and death rattle symptom in the oncological ill person is made after a situation diagnosis in the ward where the project was implemented. This is a phase of intense distress to the sick and to those around him, which requires hard work to promote comfort. Death rattle is a symptom of difficult control in that service. The major nursing intervention at this stage is consistent with the assessment of the person's comfort needs with oncological diseases and their families, to intervene on these bridging them needs this comfort is assumed with three levels, relief, tranquility and transcendence (Kolcaba, 1991; 1994; 2003). In this sense there is the philosophy of the key palliative care for this work and the main promoters of comfort, basing care on four main pillars, they also base all this work, symptomatic control, communication, family and teamwork.

As methodology, the Bibliographical Systematic Review Integrative was used to manifest relevant and useful for the analysis and synthesis of knowledge found in the evidence in order to be applied in practice.

Keywords: person with oncologic disease; nursing; last hours or days of life; palliative care; comfort and death rattle.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
1. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA	5
1.1. Objetivos do projeto	7
2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	8
2.1. A Filosofia dos Cuidados Paliativos e a Doença oncológica	8
2.2. A pessoa com doença oncológica em fase agónica e a sua família	11
2.3. O controlo sintomático e promoção de conforto na fase agónica	15
2.4. Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba e sua aplicação à pessoa com doença oncológica em fase agónica	16
3. EXECUÇÃO DAS TAREFAS	19
3.1. Campos de Estágio e sua pertinência	19
3.2. Objetivo 1: Cuidar de pessoas com doença oncológica em fase agónica com estertor e seus cuidadores ou familiares diminuindo o seu sofrimento e maximizando o seu conforto	24
3.3. Objetivo 2: Gestão do sintoma estertor e intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em fase agónica	30
3.4. Objetivo 3: Desenvolver competências comunicacionais no cuidar da pessoa com doença oncológica em fase agónica e sua família.....	37
3.5. Objetivo 4: Percecionar a forma como agem os diferentes elementos da equipa multidisciplinar	43
3.6. Implementação do Projeto de intervenção no serviço	47
3.7. Discussão de resultados	49
4. AVALIAÇÃO	54
4.1. Análise SWOT	54
4.2. Contributos do Projeto para a melhoria da qualidade de cuidados	55
5. CONCLUSÃO	57
5.1. Perspetiva de trabalho futuro	59

6. BIBLIOGRAFIA.....61

7. ANEXOS

Anexo 1 – Descrição da Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura

Anexo 2 – Certificado de Participação no Workshop Terapia da Dignidade

Anexo 3 – Escala de Sedação de Ramsay, Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) , Índice de Karnofsky e Palliative Performance Scale (PPS)

Anexo 4 – Certificado de Participação no Curso de Cuidados Paliativos (APCP, 2015)

Anexo 5 – Níveis de Evidência e Níveis de Recomendação

Anexo 6 - Registo da Avaliação do Estágio com Relatório

8. APÊNDICES

Apêndice 1 – Projeto de Intervenção

Apêndice 2 – Caracterização estatística da população do Serviço de Cirurgia Geral

Apêndice 3 - Análise estatística da Sondagem de Opinião do Serviço de Cirurgia Geral

Apêndice 4 – Conferência Familiar

Apêndice 5 – Reflexão I - Hidratação e alimentação artificial numa pessoa com doença oncológica em fase agónica

Apêndice 6 – Reflexão II - A Relação Terapêutica como pilar na promoção do conforto

Apêndice 7 – A gestão de emoções e sentimentos realizada pelos enfermeiros que cuidam da pessoa com doença oncológica em fim de vida

Apêndice 8 – Reflexão III – Cuidados Transculturais em fim de vida – Hinduísmo

Apêndice 9 – Estudo de Caso II

Apêndice 10 – Reflexão IV – Sedação Paliativa numa pessoa com doença oncológica em fim de vida

Apêndice 11 – Reflexão V- Dor e receios acerca da utilização de morfina num doente em fim de vida

Apêndice 12 – Fluxograma de Referenciação à Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

Apêndice 13 – Questionário de Sondagem de Opinião

Apêndice 14 – Sessão de sensibilização à temática

Apêndice 15 – Sessão de Apresentação das Linhas Orientadoras

Apêndice 16 - Linhas Orientadoras do Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica em fase agónica com estertor

Apêndice 17 – Fluxograma de atuação face ao Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica em fase agónica com estertor

Apêndice 18 – Estudo de Caso III

Apêndice 19 – Tabelas de Contributos dos Campos de Estágio 1, 2 e 3 para a implementação do projeto

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Distribuição dos campos de estágio e respetiva duração25

Tabela 2. Análise SWOT da Implementação do Projeto54

INTRODUÇÃO

O presente relatório, realizado no âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica, vertente Oncológica, documenta as aprendizagens profissionais e pessoais efetuadas durante a passagem pelos diversos locais de estágio. Deste modo, torna-se uma oportunidade de compilação das mesmas através da reflexão acerca do meu desenvolvimento bem como das competências adquiridas numa perspetiva de enfermeira especialista. Trata-se de um trabalho final, fruto do culminar da aquisição de competências através do atingir de objetivos que foram planificados e descritos no Projeto de Intervenção, que se encontra no Apêndice 1.

A Ordem dos Enfermeiros (OE, 2009), define o conceito de enfermeiro especialista como sendo detentor de um conhecimento profundo num determinado domínio específico, concomitantemente com um elevado nível de julgamento clínico e tomada de decisão que por sua vez comportam um conjunto de competências clínicas especializadas. Assim, refiro-me ao Modelo de Dreyfus de Aquisição de Competências Aplicado à Enfermagem (Benner, 2001), do qual retiro a necessidade de evolução constante até atingir o quinto nível desta teoria, ou seja, o de perito, almejando ser uma profissional que tendo experiência a coordena com os saberes teóricos. Esta fase implica a reflexão sobre cada situação interiorizando o problema diretamente sem se prender com dúvidas na sua solução, permitindo um reconhecimento pelos pares.

Neste sentido, foram mobilizadas as competências da OE (2005), nomeadamente a do artigo 87º Do respeito pelo doente terminal, as competências do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (RCEEEEPSCP, 2011), as competências presentes no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE, 2010) e congruentes com a *European Oncology Nursing Society* (EONS, 2013), em concomitância com as previstas para a aquisição do grau de Mestre, ou seja, as Competências de 2º Ciclo (Decreto-Lei nº 115 / 2013).

Abordo ainda o desenvolvimento de julgamento clínico, elemento central do Modelo de Tanner (2006) que se baseia numa interpretação ou conclusão acerca das necessidades, preocupações ou problemas da pessoa doente e a ação sobre os mesmos, utilizando mecanismos que este já tenha, ajustando-os ou criando novos mecanismos de forma a ser dada uma resposta adequada.

Seria impossível não enunciar McComarck & McCance (2010), que referem o cuidado centrado na pessoa, como estar em relação com o outro, baseando as ações no reconhecimento, no respeito e na confiança. Sendo desta forma, expectável a satisfação proveniente dos cuidados, o envolvimento nos cuidados, o sentimento de bem-estar implementando uma cultura terapêutica.

Consequentemente, o objetivo principal deste trabalho é a promoção de conforto à pessoa com doença oncológica em fase agónica, contemplando sempre a família, cuidadores formais ou informais. Quando a estes me refiro, todo o sentido fez a utilização dos conceitos presentes na Teoria de médio alcance, de Conforto de Katharine Kolcaba (1991; 1994; 2003).

Como refere a DGS (2005), a doença oncológica é uma doença que se encontra a aumentar de ano para ano, perspetivando-se que em 2030 que existam no nosso país mais de 50000 novos casos desta doença. As faixas etárias mais afetadas por esta doença são entre os 40 e os 74 anos, com maior incidência no sexo feminino, existindo em 2009, 426,5 de tumores malignos por 100.000 portugueses (DGS, 2014). Esta mesma fonte sugere, que as neoplasias da mama, próstata, cólon, traqueia, brônquios e pulmão, estômago e reto, sejam as neoplasias mais frequentes na nossa população (DGS, 2014).

Desta forma, e vivendo a nossa sociedade sob um paradigma biomédico, existe dificuldade em assumir que um doente seja paliativo e não curativo, uma vez que o próprio paradigma da transição não é bem aceite pelas equipas de saúde em Portugal (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, APCP, 2005). Esta foi, efetivamente o expoente máximo da motivação pessoal e profissional, que impulsionou a realização e implementação do projeto em questão.

Sapeta (2011), afirma que 58% dos doentes continuam a morrer nos hospitais, onde a sua situação clínica, a natureza emocional dos cuidados e uma rede variável de contexto impulsiona um cenário complexo e de difícil gestão. A filosofia dos cuidados paliativos tornou-se fundamental para a abordagem da pessoa com doença oncológica em fase agónica, uma vez que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2010) definiu estes cuidados como uma abordagem que promove a qualidade de vida das pessoas e suas famílias com o intuito de prevenção e alívio do sofrimento, identificando precocemente os sintomas físicos, psicossociais e espirituais.

Os princípios dos Cuidados Paliativos (CP) revelam-se fulcrais para a promoção do conforto e adequação dos cuidados ao doente e sua família. A OMS (2004) citada pela DGS (2005, p. 6), refere que os CP devem ser uma prioridade da política de saúde, com a perspetiva de apoiar globalmente os doentes que se encontrem em fase mais avançada ou já em final de vida.

Deste modo, existem barreiras à identificação do doente em fase agónica agónico, como o não acordo da equipa médica ou a esperança irrealista que a situação seja ainda reversível (Witkamp, 2015).

A fase agónica é descrita na literatura anglo saxónica como *last days or hours of life*, *agonal stage*, sendo considerada como o espaço de tempo em que existe maior declínio a nível físico e psicológico acompanhada de um quadro de prostração, que pode levar dias ou apenas horas e onde os cuidados de conforto serão fundamentais, recusando medidas invasivas ou provocadoras de sofrimento desnecessário ou fútil (Muller-Busch, 2004, Barbosa & Neto, 2010, Ellershaw & Ward, 2003).

Neste sentido, existe necessidade de mudança de mentalidades e formação aos enfermeiros para a prestação dos cuidados para a promoção de conforto ao doente em agonia e à sua família, unidade integrante do cuidar (Ellershaw & Ward, 2003).

É neste ponto essencial, que debruçarei o meu projeto nas intervenções de enfermagem ao doente oncológico em fase agónica, pois existe uma cada vez maior hospitalização e morte institucionalizada nesta fase de vida do doente, seja por incapacidade das famílias, seja por descontrolo sintomático.

Como tal existe necessidade de maior investimento nesta área (Barbosa & Neto, 2010, Carloto & Capelas, 2012, Silva, 2009).

Assim, são identificados por Doran (2011), como ganhos em saúde: o estado funcional, o autocuidado, o controlo sintomático, a dor, a segurança/controlo de efeitos adversos, as estratégias de adaptação eficazes, a satisfação com os cuidados, a mortalidade e a utilização dos serviços de saúde. Este projeto foi o fruto do cuidado de pessoas em situação aguda e crónica, num contexto de internamento de cirurgia, em conjunto com a motivação dos enfermeiros para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, tendo sido considerados para análise o estado funcional, o controlo de sintomas e a satisfação com os cuidados, resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem.

1. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA

Parti de uma motivação pessoal e profissional para a área do cuidar em fim de vida e que foi complementada por uma auscultação das necessidades dos enfermeiros do serviço de internamento de cirurgia geral onde exerço funções, através de um diagnóstico de situação sobre o conhecimento acerca da temática a abordar, sustentado também com evidência científica atual e pertinente sobre a temática. Foi realizado uma sondagem de opinião a 41 dos 50 elementos da equipa de enfermagem do Serviço de Cirurgia Geral (SCG), em que a totalidade, demonstrou a necessidade de melhorar os cuidados prestados aos doentes em fim de vida que se encontram internados no serviço em questão, nomeadamente no controlo de sintomas nas últimas horas de vida e a gestão das necessidades da família.

Foi efetuada uma análise estatística acerca dos doentes existentes no serviço entre as datas de 1 de Agosto de 2015 e 1 de Setembro de 2015.

Dos 66 doentes internados, 19 doentes pertenciam à Cirurgia Vascular não sendo portanto oncológicos. Dos restantes 47 doentes, 35 pessoas tinham de base doença oncológica (74%), os restantes encontravam-se por outro tipo de patologia (pancreatite, acidente de viação, tentativa de suicídio ou cirurgias eletivas).

Dos doentes oncológicos 37% eram do sexo masculino e 63% do sexo feminino. Dos 10 doentes (28%) com metastização confirmada por exames complementares de diagnóstico, 4 apresentavam metastização única e 6 por múltiplas lesões metastáticas (Apêndice 2). Nenhum destes doentes se encontrava referenciado para a Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos.

Neste mesmo período, 5 pessoas com doença oncológica tiveram progressão de doença, encontrando-se durante o mês da colheita de dados em fase agónica. Os registos destes 5 doentes foram auditados havendo em 4 deles referência a sintomatologia presente em fase agónica (estertor, prostração, não reatividade, cianose periférica etc.). Destes 5 doentes apenas um iniciou medidas farmacológicas de conforto nomeadamente perfusão contínua de Morfina, Butiescopolamina e Midazolam, para controlo da referida sintomatologia. Verificou-se que a família apenas era referida nas notas de

evolução de enfermagem aquando da informação relativa ao falecimento do seu familiar, sem mencionar a sua presença ou reação.

Posteriormente, no sentido de dirigir a temática para os problemas prioritários da fase agónica foram aferidas as noções de doente oncológico nesta fase, o sintoma mais frequentemente descontrolado e aquilo que a equipa de enfermagem sente ser mais angustiante para as famílias. Foram também avaliadas as dificuldades dos enfermeiros na gestão das necessidades da família. Deste modo, com um total de respostas de 42 dos 50 enfermeiros existentes no serviço, 32% referiram o estertor, 25% a agitação, 16% a anorexia/caquexia, 16% delirium, 6% fadiga e 5% xerostomia, como sintomatologia presente e descontrolada nas últimas horas de vida.

Nesta mesma sondagem de opinião, em relação às dificuldades apontadas pela equipa de enfermagem no cuidar da família, foram enunciadas dificuldades em lidar com sofrimento da família (17%), abordar a morte (17%), lidar com expectativas irrealistas (15%), a não aceitação da situação (15%), falta de tempo para escutar a família (12%), a falta de informação da família face à situação (12%) e a falta de condições físicas que garantam a privacidade surgem com 7% (Apêndice 3).

Analisando a informação veiculada, dirigiu-se a problemática para a sintomatologia do estertor evidenciado nas últimas horas/dias de vida, de forma a dar resposta às lacunas encontradas no cuidar da pessoa com doença oncológica em fase agónica, tendo por base a melhoria dos cuidados de enfermagem através das medidas de conforto prestados.

Assim, e concomitantemente com a minha motivação pessoal e profissional e necessidade de evoluir nesta área para dar resposta às minhas próprias lacunas em lidar com as pessoas com doença oncológica em fase agónica nasceu esta problemática. A problemática refere-se a uma área que queria explorar, de forma a promover conforto aos doentes e famílias a passar por este tipo de situação. Provavelmente pela impotência que sentia ao ouvir dizer que nada mais havia a oferecer quando nesta fase existe uma panóplia de intervenções para cuidar desta díade com qualidade, pois como se verifica na evidência científica é nesta altura que deverão ser intensificados os

cuidados à pessoa e família de forma a evitar a sensação de abandono por parte destes (Shimizu *et al.* 2013).

Finalmente, a evidência científica demonstra que esta é uma área em crescente estudo revelando-se preocupação cada vez mais presente nos enfermeiros, sendo identificados muitos problemas relativos à dificuldade em lidar com uma morte iminente, à gestão de expectativas pela família, à comunicação com a mesma bem como a dificuldade em lidar com o sofrimento humano, e apontadas estratégias para cuidar destas pessoas (Carneiro *et al.*, 2011; Witkamp, 2015; Ellershaw & Ward, 2003).

1.1. Objetivos do projeto

O contexto de implementação do projeto, foi o local onde me encontro a exercer funções, tratando-se de um serviço de internamento de cirurgia geral, num hospital central de Lisboa. Os objetivos gerais da implementação deste projeto detiveram-se com:

- Melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica em fase agónica;
- Fomentar uma prática clínica baseada na evidência científica mais atual e pertinente para a população alvo;
- Promover segurança nas práticas exercidas pelos enfermeiros do serviço em questão;
- Contribuir para o melhor controlo sintomático do estertor na fase agónica.

Neste relatório será apresentado o enquadramento concetual sobre a temática, emergindo na filosofia de cuidados que a mesma tem subjacente, posteriormente são explicados os locais de estágio selecionados, bem como a sua pertinência e contributos para a implementação deste projeto no serviço de cirurgia geral, e finalmente a implicação deste projeto para a prática de cuidados.

Deste modo, o presente Relatório, realiza uma exposição acerca das fases de implementação do projeto, bem como uma análise dos objetivos previstos e competências mobilizadas.

2. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo serão abordados os quatro eixos centrais de todo o desenvolvimento deste trabalho, onde será desenvolvida a fundamentação teórica relacionada com a filosofia dos cuidados paliativos e a sua ligação com a doença oncológica, a descrição e evidência científica acerca da fase agónica vivenciada pela pessoa com doença oncológica, a promoção de conforto passível de ser proporcionada nesta fase e finalmente a Teoria de Conforto de Kolcaba (2003), que sustenta todas as intervenções de enfermagem neste sentido.

2.1. A Filosofia dos Cuidados Paliativos e a Doença oncológica

Seria impossível abordar esta temática sem abordar a filosofia do cuidar dos Cuidados Paliativos cuja definição se baseia em três princípios fundamentais: a consagração e defesa dos direitos dos doentes incuráveis e na fase final da vida, a proteção da autodeterminação dos doentes incuráveis e na fase final de vida e na interdição da colocação de fim à vida dos doentes incuráveis e na fase final da vida (Programa Nacional de Cuidados Paliativos, PNCP, 2005).

Também Twycross (2003), assume como elementos chave dos CP, o controlo sintomático, a comunicação adequada, o apoio à família e o trabalho em equipa, sendo que nenhum destes conseguiria ser total sem a presença dos outros três. Nenhuma área tem mais importância que outra no cuidar integral do doente em fim de vida.

As ações paliativas são aquelas sem intuito curativo e que em simultâneo visam minorar as repercussões negativas dos sintomas promovendo bem-estar, são integrantes da prática profissional, pois revelam-se práticas intensivas da promoção do conforto. Os princípios dos CP revelam-se fulcrais para a promoção do conforto e adequação dos cuidados ao doente e sua família. A OMS (2004) refere que os CP devem ser uma prioridade da política de saúde, com a perspectiva de apoiar globalmente os doentes que se encontrem em fase mais avançada ou já em final de vida.

Consequentemente, os CP baseiam-se nos seguintes princípios (PNCP, 2005): afirmam a vida e encara a morte como um processo natural; encara a doença como causa do sofrimento a minorar; considera que o doente vale por quem é e vale até ao fim; reconhece e aceita em cada doente os seus próprios valores e prioridades; considera que o sofrimento e o medo perante a morte são realidades humanas que podem ser médica e humanamente apoiadas; considera que a fase final da vida pode encerrar momentos de reconciliação e de crescimento pessoal; assenta na conceção central de que não se pode dispor da vida do ser humano, pelo que não antecipa nem atrasa a morte, repudiando a eutanásia, o suicídio assistido e a futilidade diagnóstica e terapêutica; aborda de forma integrada o sofrimento físico, psicológico, social e espiritual do doente; é baseada no acompanhamento, na humanidade, na compaixão, na disponibilidade e no rigor científico; centra-se na procura do bem-estar do doente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até ao fim; só é prestada quando o doente e a família aceitam; respeita o direito do doente escolher o local onde deseja viver e ser acompanhado no final da vida; e finalmente, é baseada na diferenciação e na interdisciplinaridade.

A OMS (2005) refere que os CP devem ser uma prioridade da política de saúde, com a perspetiva de apoiar globalmente os doentes que se encontrem em fase mais avançada ou já em final de vida.

Assim, a ANCP (2006), afirma que estes cuidados perspetivam uma atuação de melhoria da qualidade de vida dos doentes que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável com prognóstico limitado e grave, e das suas famílias através da prevenção e alívio do sofrimento, identificando precocemente situações problemáticas, e tratamento de problemas que não sejam apenas físicos mas igualmente psicossociais e espirituais.

Deste modo, a doença oncológica em Portugal tem-se tornado cada vez mais incidente, que exige uma abordagem multidisciplinar por parte das estruturas de saúde (DGS, 2014). Corroborando com esta ideia, Carrilho (2010) aponta que as doenças oncológicas representaram 23,2 % das causas de morte em Portugal nesse ano. Gómez-Batiste (2005) afirma que 2/3 das

peças que morrem por cancro necessitam numa ou noutra fase de cuidados paliativos. Ainda a DGS (2005, p. 26), afirma que o hospital “vocacionou-se e estruturou-se, com elevada sofisticação tecnológica, para tratar ativamente a doença (...) quando se verifica a falência dos meios habituais de tratamento e o doente se aproxima inexoravelmente da morte, o hospital raramente está preparado para o tratar e cuidar do seu sofrimento”, tornando-se difícil o tratamento e acompanhamento dos doentes em grande sofrimento para que vivam com dignidade. Com a melhoria das tecnologias e aumento de oferta de tratamentos, é cada vez mais expectável que o doente oncológico viva cada vez mais tempo.

O diagnóstico de cancro afeta não só a vida da pessoa diagnosticada, mas igualmente a vida de quem o rodeia sendo mais evidenciada na sua família mais próxima, pois também esta irá passar por alterações irreversíveis no seu funcionamento, organização e capacidade de desenvolvimento (Sousa, 2006).

Concomitantemente, Capelas (2009), assume tal como Cicely Saunders na década de 60, que os CP são um direito não apenas nos últimos momentos de vida mas desde que é diagnosticada uma doença incurável. Griffith, Lyman, & Blackhall (2010), afirmam que as famílias dos doentes acompanhados por equipas de CP, demonstram maior satisfação em relação ao controlo de sintomas, aos cuidados desenvolvidos à pessoas, ao controlo de dor, à avaliação médica e ainda à partilha de informação que lhes permitia uma tomada de decisão consciente.

Gonçalves (2006), afirma que a morte é vista, muitas vezes, como um fracasso pela parte das instituições de saúde, sendo aplicadas até ao final técnicas invasivas que agudizam o sofrimento de quem está em agonia e sem proveitos efetivos para este. Os momentos finais de vida são maioritariamente passados em instituições, passando a morte de “um acontecimento precoce e familiar para um mais tardio e institucional” (Capelas, 2014, p. 63).

Dentro das próprias instituições hospitalares são demonstradas muitas dificuldades no cuidar do doente em fase terminal de vida, iniciando-se esta dificuldade exatamente pelo diagnóstico de terminalidade (Kruse, Vieira,

Ambrosini, Niemeyer e Silva, 2007). É assim, neste momento final de vida e em concomitância com vários problemas que surgem neste tipo de doentes, que se sentem as lacunas na preparação dos profissionais de saúde em relação a esta situação e a forma de lidar com ela (Carneiro *et al.*, 2011). Deste modo, a APCP (2006), refere ainda que os CP exigem primordialmente uma preparação técnica, teórica mas igualmente uma prática reflexiva para os profissionais que a exercem.

2.2. A pessoa com doença oncológica em fase agónica e a sua família

Existem quatro fases de acompanhamento da pessoa com necessidade de CP, sendo que a fase terminal é onde se enquadra a fase agónica, prevista como a morte iminente em dias ou horas (Palliative Care Australia, 2005).

Servei Catalé de la Salut (1995), refere que o doente terminal é quem apresenta doença avançada, incurável, com enormes necessidades de saúde e imenso sofrimento, cuja situação se alonga entre 3 a 6 meses de vida, e que dentro dos doentes terminais, encontram-se os agónicos que se encontram nos últimos dias ou horas de vida. Mais recentemente, Muller–Busch, 2004 apresentou as fases da prestação de CP, dividindo-as em: reabilitativa, pré-terminal, terminal e final.

Na atualidade, a fase agónica, é designada na literatura anglo-saxónica por *last hours of life*, *last days of life*, *agonal stage* ou *last stage of dying*, tem um grande impacto familiar e cultural, contudo muitas vezes com obstáculos à sua identificação atrasando as intervenções ao doente nesta fase (Carloto & Sapeta, 2012).

Este reconhecimento situacional, de que faltam dias ou horas para morte revelam-se preciosas para o doente, mas sobretudo para a família, uma vez que é um momento muito importante para a preparação do luto próximo, surgindo aqui a necessidade de apoio psicológico e espiritual antes e após do falecimento do doente (Silva, 2009).

Para Carvalho, Santos e Filipini (2011), esta fase final de vida, é o culminar da escassez de esperança de melhoria do seu estado, em que o

enfermeiro tem o papel fulcral de prestar cuidados que humanizem este processo.

Segundo, Barbosa e Neto (2010), a fase agónica pode ter a duração de horas ou dias, sendo nos jovens e nos adultos mais demorada, bem como nas pessoas com situações não resolvidas ou mal resolvidas. Aqui, existe o aparecimento de novos sintomas e agravamento dos sintomas já existentes. Esta é a última fase da vida, consequente a um agravamento progressivo e degradação do estado geral da pessoa. Provoca grande impacto emocional pessoal, familiar e em toda a equipa que os acompanha, pois é o momento em que é dado lugar à expressão de sentimentos e às despedidas.

Para Ellershaw & Ward (2003), a fase agónica no doente oncológico é definida por alguém que se encontra acamado, num estado de consciência semicomatoso, com incapacidade para ingestão hídrica e como tal tem a via oral comprometida igualmente para administração de medicamentos. Apesar destes sinais visíveis, para estes autores, a agonia só é identificada quando todos os elementos da equipa multidisciplinar assumem que assim o é, podendo ser informados tanto o doente como a sua família que este terá dias ou mesmo horas de vida (Neto, 2010).

A agonia corresponde ao período em que se torna mais evidente o declínio das funções vitais, que se pode estabelecer de forma súbita ou progressiva, e que culmina com a morte a curto prazo, normalmente, em horas ou poucos dias (Olarte & Guillén, 2001).

Neste mesmo sentido, surgiu através de um médico John Ellershaw e de uma enfermeira Susan Wilkinson o Liverpool Care Pathway no Reino Unido, com o intuito de propagar a filosofia dos CP promovendo qualidade de vida no fim de vida, uma vez que 50% das mortes no Reino Unido são hospitalares, mas em serviços que não Unidades de Cuidados Paliativos. Sendo assim, vigoraria uma uniformização do cuidar do doente em fim de vida, proporcionando conforto e alívio sintomáticos à pessoa, independentemente do local onde esta se encontrava, preparando os profissionais para situações de final de vida e capacitando-os para agir nelas (Mayland, Williams, Addington-Hall, Cox & Ellershaw, 2013). O enfermeiro como sendo a pessoa de maior

contacto com o doente e sua família, tem papel privilegiado nestas intervenções uma vez que estas implicam um conhecimento prévio das vontades dos mesmos.

Apesar deste papel ativo do enfermeiro, Timmermans (2005), assume que os enfermeiros são seres sociais e culturais, sendo influenciados pela visão e valores da sua cultura e sociedade, agindo como pessoas portadoras de sentimentos e emoções negativas em relação à morte e ao doente moribundo. Também a herança cultural de formação insuficiente condiciona a forma como estes lidam com a morte e com a pessoa que se encontra a morrer, causando dúvidas, insegurança, ansiedade e medos.

Assim, como referem Barbosa e Neto (2010) todas as intervenções realizadas nesta fase visam maximizar o conforto, promovendo a máxima dignidade da vida, sem pretender acelerar ou atrasar a morte da pessoa, sendo defendido o doente, evitando encarniçamento terapêutico e intervenções desproporcionadas. Assim, valoriza-se o conforto como controlo de sintomas, qualidade de sono e bem-estar psicológico, verificando se a pessoa consegue descansar e acima de tudo se está tranquila. Esta proximidade com a morte enfatiza o papel do cuidar por parte do enfermeiro (Neto, 2010).

Desta forma, existe a necessidade do enfermeiro adequar a via pela qual pode administrar a medicação ao doente, tal como argumentar a simplificação dos medicamentos, uma vez que provavelmente já não fará sentido realizar todos os fármacos que fazia antes desta fase, tendo em conta o princípio do não abreviar a morte nem prolongar a agonia, sendo os familiares envolvidos nas decisões tanto quanto possível e estarem informados para os sintomas esperados daquela situação (Neto, 2010).

Para Watson (1985) os valores da enfermagem situam-se num contexto de responsabilidade, dirigindo-se pela ação para a manutenção, restauro e mobilização da vida humana com vista à preservação da dignidade do ser humano. Para Collière (2001), cuidar é a primeira arte da vida devendo esta ser parte integrante de todos os momentos da vida de um indivíduo. Igualmente, Hesbeen (1997) refere que mesmo quando se atingem os limites da intervenção, existe sempre a possibilidade de ser feita mais alguma coisa pelos

enfermeiros, de forma a contribuir para o seu bem-estar e serenidade, mesmo em casos mais complexos. Refere ainda que a atenção a pequenas coisas por parte dos profissionais, pode dar sentido à vida do doente, pois revela preocupação com a sua existência (Twycross, 2003).

Hales *et al* (2008), acrescentam que existem sete domínios do morrer com qualidade, sendo eles domínio físico e psicológico, domínio das experiências sociais e espirituais, a natureza dos cuidados de saúde, fim de vida e preparação para a morte e as circunstâncias da própria morte.

A família sendo parte integrante dos cuidados de enfermagem, é também o lugar onde cada um encontra o seu equilíbrio pois é aqui que habitualmente os indivíduos encontram o apoio necessário para enfrentarem as situações (Guarda, Galvão & Jesus, 2010). Existe assim, a necessidade de encorajar a adaptação emocional, individual ou coletiva à doença terminal, promover a capacitação dos familiares a cuidarem do doente e de si próprios e fomentar uma preparação do luto e adaptação às perdas sucessivas que se dão antes da própria morte do familiar (Neto & Trindade, 2007).

Alonso, Vilches & Díez (2008) afirmam que a identificação da pessoa em fase agónica é primordial não só no sentido de controlar os sintomas e promover conforto ao doente mas igualmente à sua família preparando-a para uma morte iminente. Estes autores referem a necessidade de avaliação da família, da existência de cansaço físico, do stress emocional através das suas reações, o aumento do apoio e assistência, a sua ansiedade face ao tratar o doente e a acumulação de tarefas que podem conduzir ao *burnout*.

Os mesmos autores referem que existe uma visão de “boa morte”, ou “qualidade de morte” pela família que se baseia na existência de uma boa relação e comunicação com a equipa, maior disponibilidade dos membros da equipa de saúde, uma morte na presença dos familiares, o doente encontrar-se sem sintomas descontrolados e a pessoa falecer onde era seu desejo (Alonso, Vilches & Díez, 2008).

A família deveria ser vista como um elemento a cuidar também, sendo-lhe explicado o plano de cuidados para também ela ser envolvida na tomada de decisão. Esta deve ter acesso à informação de forma a terem a possibilidade

de questionar, integrar informação, ter tempo para despedidas, contactar os familiares importantes e prepararem-se eles próprios para a morte do seu ente querido (Ellershaw & Ward, 2003).

2.3. O controlo sintomático e promoção de conforto na fase agónica

Ellershaw & Ward (2003), assumem que nesta fase os cuidados à pessoa deverão passar por medidas de conforto, ou seja, tudo o que é futilidade terapêutica deverá ser descontinuado, tal como análises, hidratação artificial, antibioterapia e até monitorização de parâmetros vitais. A via de administração de fármacos deverá ser primordialmente a via subcutânea, mais indolor, com maior durabilidade e menos frequência de infeção.

A comunicação sendo outro pilar dos CP é, igualmente fundamental para o controlo sintomático, para a perceção do desconforto quer da pessoa quer da família. Esta deverá ter o intuito de compreensão de como a família está envolvida na situação e de forma a prepará-los para uma morte iminente (Ellershaw & Ward, 2003). O suporte psicológico, religioso e espiritual deve ser dado à pessoa doente e sua família, pois são dimensões da existência humana que dão sentido à vida (Barbosa, 2010).

Este envolvimento da família nos cuidados permite uma mais direccionada promoção do conforto, uma vez que eles são quem melhor conhece a pessoa alvo dos cuidados e como tal, embora existam oscilações de estado de consciência existem pequenas expressões faciais, gemidos, olhares que lhes permitem a eles família, mais facilmente que a nós profissionais interpretar (Neto, 2010).

Direccionando para as necessidades do serviço onde foi implementado o projeto, o estertor surge como sintoma preditivo de uma morte iminente.

Ellershaw, Sutcliffe & Saunders (1995), definiram estertor como o ruído audível junto ao leito do doente, causado pela incapacidade de mobilização das secreções do trato respiratório que se acumulam na orofaringe. Concomitantemente, o estertor é o termo utilizado para descrever o som provocado pelas secreções acumuladas na orofaringe, segundo Owens (2006), é preditivo de morte nas 48h seguintes ao seu aparecimento. Está comprovado

igualmente que esta situação é mais angustiante para a família que propriamente para o doente, pois no momento em que ocorre este encontra-se com um nível de consciência diminuído não tendo capacidade para tossir ou expelir estas secreções (Shimizu *et al.*, 2013).

O estertor segundo Wildiers *et al.* (2009), é definido como o ruído produzido pelos doentes nas últimas horas de vida, causado pela oscilação das secreções nas vias aéreas associado à inspiração e expiração, está intimamente relacionado com o decréscimo do nível de consciência do doente e à sua incapacidade em expelir as secreções brônquicas, torna-se assim, o sinal major da morte iminente ocorrendo em cerca de 25% a 92% dos doentes.

Este sintoma é passível de ser avaliado através do Victoria Respiratory Congestion Scale (2001) que se baseia na audição do ruído provocado pelo mesmo, alocando quatro níveis: 0- sem ruído audível; 1- audível junto do doente; 2- audível ao fundo da cama do doente e 3- claramente audível a uma distância de 9,5 m, comparável à distância até à porta do quarto, contudo esta escala não se encontra validada para a população portuguesa. Em alternativa pode ser utilizada a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) através do item de ruído respiratório e avaliando-o de 0 a 10 (Sousa, 2012).

2.4. Teoria de Conforto de Katharine Kolcaba e sua aplicação à pessoa com doença oncológica em fase agónica

Tendo por base o pensamento primordial de promoção de conforto à pessoa com doença oncológica em fase agónica e sua família, esta teoria de médio alcance faria todo o sentido neste projeto.

Deste modo, abordo esta teoria, que sendo baseada numa visão holística e completa da pessoa doente, assume que o conforto é próprio de uma condição, sensível às mudanças de tempo, passível de ser promovido pelas ações de enfermagem e como tal, baseado na perspetiva que o todo é maior que a soma das suas partes (Kolcaba, 2003).

Segundo Kolcaba (1994), o conforto do doente deve ser a primeira e a última consideração da enfermeira quando presta cuidados, o que se aplica amplamente à situação de fim de vida, em que como já referido anteriormente este é efetivamente a base do cuidar.

Consequentemente, todas as necessidades do doente baseiam-se no conforto, sendo que este vai depender de variáveis pessoais, tais como as experiências passadas, a idade, a postura, o estado emocional, o suporte, o prognóstico, o estado financeiro e a vivência pessoal da situação de doença em que se encontra (Kolcaba, 1994).

Deste modo, existem três níveis de conforto, o alívio, ou seja, a satisfação de uma necessidade específica, como um controlo sintomático, pilar essencial dos cuidados paliativos; o sentido de tranquilidade, que se coaduna com um estado de conforto associado ao contentamento e calma e, finalmente o conforto dito de transcendência quando o doente suplanta os seus problemas e o seu sofrimento através da intervenção de enfermagem, promotora de conforto (Kolcaba, 2003).

Estes tipos de conforto, poderão ter várias vertentes como a física, referente às sensações corporais, à vertente psico-espiritual que se coaduna com a consciência interna de si próprio, relacionada com a autoestima, o autoconceito, a vertente ambiental, pertencente às condições externas ao individuo, como por exemplo o internamento, a privacidade ou o ruído e a vertente social, como as relações interpessoais, familiares e sociais (Kolcaba, 1994).

Na teoria de Kolcaba (1991; 1994; 2003) existem três conceitos centrais, a enfermagem, o doente e o ambiente. A **enfermagem**, refere-se à apreciação intencional das necessidades de conforto atuando sobre elas realizando uma posterior reavaliação das mesmas, indo ao encontro de Neto (2010), quando se refere à apreciação global do doente paliativo. O **doente** coaduna-se com o agente recetor dos cuidados de conforto, não se limitando ao individuo em si, mas igualmente à família ou comunidade. O **ambiente** é tudo o que envolva o alvo dos cuidados, passível de ser alterado de forma a melhorar o conforto. Saúde para esta autora, refere-se a um funcionamento intenso previamente definido pelo próprio doente (Kolcaba, 1991, 1994, 2003; Dowd, 2004).

Como postulados, esta teoria acomoda conceitos do cuidar em fim de vida, uma vez que define que o enfermeiro deve identificar as necessidades de conforto não satisfeitas pelo doente, este conforto é atingível apenas com uma

visão holística de avaliação da situação, sendo que o ser humano luta para a satisfação das suas necessidades de conforto e na sua incapacidade alguém o deve fazer por ele. Finalmente, o conforto melhorado transmite ânimo para que os doentes consigam realizar as restantes tarefas (Kolcaba, 1991). Esta é uma teoria de médio alcance baseada no cuidado centrado no doente, com aplicabilidade no cuidar da pessoa em fase agónica e sua família. Igualmente Cutcliffe & Lowe (2005) se debruçaram sobre o estudo deste conceito, considerando-o um dos centrais dos cuidados em enfermagem. Assim, segundo estes autores o conforto designa-se como a causa de alívio de um desconforto, um estado de alívio e de contentamento pacífico, algo que seja prazeroso ou que facilite a situação, força, encorajamento ou suporte (Cutcliffe & Lowe, 2005).

3. EXECUÇÃO DAS TAREFAS

Neste capítulo será explicada a pertinência dos locais de estágio selecionados e a forma como a literatura descreve a tipologia de cada unidade onde realizei os referidos estágios. Será igualmente explicitado o número de pessoa de quem cuidei bem como os resultados das intervenções de enfermagem para a promoção do conforto que foram realizadas.

Assim, como metodologia, foi utilizada a revisão integrativa da literatura após a elaboração de uma questão de investigação, dita final, direcionada para o estertor enquanto sintoma da pessoa com doença oncológica em fase agónica. O objetivo da nova revisão da literatura, foi a identificação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com doença oncológica em fase agónica com estertor. A pesquisa foi efetuada através da EBSCO, sendo orientada através dos seguintes termos: "death rattle", "noisy breathing", "Ruckle", "Gasp", "nurs*" e "palliative care" cruzados através de operadores booleanos, com critérios de full texto (Anexo 1).

O processo de revisão de literatura implica uma elaboração de uma síntese capaz de promover a compreensão acerca da temática (Botelho, Cunha & Macedo, 2011). Deste modo, a revisão bibliográfica sistemática pretende dar resposta à pergunta específica previamente elaborada, utilizando métodos explícitos e sistemáticos para análise dos estudos encontrados (Castro, 2006). Assim, assumo este trabalho como fruto de uma metodologia de revisão integrativa, parte integrante da revisão bibliográfica sistemática e que permite um resumo empírico ou teórico para que se compreenda um determinado fenómeno particular. É assim, utilizado o conhecimento já construído para que este seja utilizado no gerar de novos conhecimentos (Botelho, Cunha & Macedo, 2011).

3.1. Campos de Estágio e sua pertinência

Será realizada a justificação da pertinência de cada um dos campos de estágio por mim escolhidos para a realização do terceiro semestre deste Curso de Mestrado. Assim sendo, iniciei o período de estágio por uma Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), a qual designo ao longo de todo o Relatório como Campo de Estágio 1. Os critérios para a sua

seleção foram o facto dos elementos desta equipa terem formação específica em CP e seguirem a filosofia dos mesmos, bem como o facto de encontrar neste local a população alvo do meu estudo, pessoas com doença oncológica em fase agónica. Esta equipa era constituída por uma médica, quatro enfermeiras, uma administrativa que pertencia igualmente à equipa de gestão de altas, uma assistente social e uma psicóloga, que davam apoio à equipa. Para o internamento, aquando do meu estágio, encontrava-se uma enfermeira e duas para os cuidados domiciliários.

Deste modo e como define a ANCP (2006), as EIHS CP, não têm camas próprias articulando-se com os vários serviços do hospital e da comunidade realizando consultoria no cuidar da pessoa em fase terminal. Têm claras melhorias no controlo sintomático, adequando a terapêutica e os exames complementares, reduzindo igualmente os custos hospitalares com uma redução da futilidade terapêutica, ou seja, existe uma melhor resposta às necessidades das pessoas/ famílias cuidadas (ANCP, 2006). Neste primeiro campo de estágio, existiu a possibilidade de trabalhar com uma equipa preparada igualmente para a vertente comunitária através dos cuidados domiciliários. Tal como preconizado pelo documento de Recomendações para a Organização de Serviços de Cuidados Paliativos (2006), estes devem ter competências a nível de controlo de sintomas, trabalho com as famílias e ainda a nível de intercorrências passíveis de ocorrer. Estas equipas podem ter apoio telefónico, como era o caso, em que existia contacto móvel para cada um dos elementos de forma a manterem o contato com as famílias e com as pessoas doentes no caso de dúvidas, ajustes terapêuticos ou ainda intercorrências.

Assim, neste campo de estágio tive oportunidade de acompanhar 15 pessoas com doença oncológica em fase terminal, sendo que 5 destas pessoas foram acompanhadas em fase agónica, 3 com estertor presente nas últimas 24 horas. Nestas mesmas 3 pessoas, vi serem aplicadas as intervenções de enfermagem para o controlo do estertor, descritas na evidência científica internacional que descreverei mais adiante. Participei igualmente, na promoção de conforto que era notável através da adequação dos cuidados à pessoa em fase agónica e sua família. Desde o conhecimento

íntimo da pessoa a cuidar, demonstrando visão holística acerca da pessoa e da sua situação. Igualmente o trabalho em equipa com parcerias com as equipas de saúde dos internamentos, bem como psicólogo, assistente social e médico, foram importantes para o cuidar com qualidade e de uma forma multi vertente da pessoa e sua família. Pois o conforto é, segundo Kolcaba (2003), é o estado imediato após uma intervenção holística, de satisfação de necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência. Este conforto foi verificado neste campo de estágio como sendo um resultado essencial dos cuidados de saúde, manifestando-se holístico pela sua complexidade.

De acordo com a sua organização esta equipa é de nível 1, ou seja, presta cuidados de forma multidisciplinar, tendo elementos com formação específica em CP, que prestam diretamente cuidados ou apenas consultoria dando apoio técnico às outras equipas, dando apoio a pessoas internadas, de ambulatório ou no domicílio (Associação Europeia de Cuidados Paliativos, EAPC, 2004)

Por sua vez, o designado de Campo de Estágio 2, foi selecionado por ser um serviço que funciona 24 horas no cuidar de pessoas em fase paliativa, permitindo assim, uma visão diária e completa da complexidade do doente que, embora não seja apenas de patologia do foro oncológico, tornou-se de extrema importância para observação das práticas baseadas nos pilares dos CP. Desta forma, e em consonância com o Programa PNCP (2005), esta tipologia de Unidade de Cuidados garante a prestação direta de cuidados e de apoio efetivo durante as 24 horas. Os elementos destas equipas deverão ter formação diferenciada em CP e os elementos de coordenação, formação avançada na área. Estes poderão prestar cuidados em internamento próprio, domicílio e ambulatório, constituindo-se assim, como nível II (PNCP,2005).

Neste mesmo contexto, das 7 pessoas em fase terminal com doença oncológica, 3 foram seguidas em fase agónica até à sua morte, estes não manifestaram estertor nas últimas 24 horas, tendo iniciado medidas farmacológicas e não farmacológicas para o controlo deste sintoma cerca de 48h antes da morte. Aqui, foram intensificados os cuidados de conforto, baseados na visão holística de Kolcaba (2003), nos domínios físico, com o

controlo sintomático, no domínio psicoespiritual com a presença de guias espirituais como auxílios para atenuar o sofrimento, no domínio social, com a presença constante da família e rede de apoio e finalmente no domínio ambiental em que pude observar a privacidade e as condições físicas e estruturais do serviço (Kolcaba, 2003).

O Campo de Estágio 3 define-se novamente como uma EIHS CP, tendo por base a tipologia de cuidados descrita para o Campo de Estágio 1, todavia sem apoio domiciliário, afirmando-se na referenciação para estruturas da comunidade, como RNCP e UCP, bem como o seguimento em ambulatório hospitalar. Este campo de estágio foi selecionado por pertencer ao Centro Hospitalar onde exerço funções e onde foi implementado o projeto. Assim, este local permitiu uma visão de como funciona a interligação entre serviços, articulação de cuidados e ainda a referenciação à equipa, o que foi uma mais-valia para aquisição das competências necessárias à prossecução do projeto. Neste contexto foi-me possível, acompanhar 2 doentes em fase agónica com estertor grau II, em que foi feita consultadoria acerca das intervenções de enfermagem mais eficazes para o controlo do mesmo. A promoção de conforto deteve-se sempre com o controlo sintomático num papel de parceria com a equipa do internamento. Igualmente as conferências familiares foram importantes para a mobilização das competências e objetivos previamente definidos e explicitados de seguida.

O Campo de Estágio 4, foi o local onde exerço funções e onde foi implementado o projeto, este local permitiu-me a mobilização e aquisição de competências de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgicas, de seguida descritas. Tratou-se de um internamento hospitalar de cirurgia geral, em que a população alvo foram as pessoas com doença oncológica em fase agónica. Este local, tornou-se pertinente na estruturação de parcerias com equipa de enfermagem e equipa médica para uma continuação do projeto a longo prazo, fomentando assim a melhoria dos cuidados prestados e não apenas uma realização de projeto académico. Igualmente a presença constante da Teoria de Conforto de Kolcaba (1991; 1992; 2003), foi condutora

dos cuidados prestados às pessoas em fim de vida, nas suas diferentes dimensões.

De seguida serão analisados os objetivos de cada campo de estágio, concomitantemente com a sua pertinência e reflexão acerca das atividades neles desenvolvidas. Para alcançar os objetivos descritos de seguida, foram propostas a realização de reflexões segundo o Ciclo Reflexivo de Gibbs acerca de uma interação com uma pessoa com doença oncológica em fase terminal ou agónica, incidindo em alguma sintoma que esta tenha mais evidente e a forma de atuação dos profissionais face a este para a promoção de conforto em todas as vertentes preconizadas na Teoria de Kolcaba (2003). A elaboração de Estudos de Caso que evidenciem a vivência da doença e a proximidade da morte, bem como uma análise à luz da Teoria do Conforto, e ainda a revisão integrativa da literatura acerca do estertor, de forma a dar origem a Linhas Orientadoras do Cuidar da Pessoa em fase agónica com estertor, bem como aos fluxogramas orientadores da referenciação à EIHS CP e à aplicação das mesmas linhas, baseadas na evidência científica.

Para a mensurabilidade das intervenções de enfermagem realizadas para ir de encontro a cada um dos objetivos propostos, foi assim, utilizado o documento da Ordem dos Enfermeiros, Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde (2007), de onde foram retirados os indicadores de resultado que complementaram os propostos no projeto inicial.

Campos de Estágio	Datas de realização dos estágios
Campo de Estágio 1 - EIHS CP 1	28 de Setembro de 2015 a 23 de Outubro de 2015
Campo de Estágio 2 - UCP	26 de Outubro de 2015 a 30 de Novembro de 2015
Campo de Estágio 3 - EIHS CP	1 de Dezembro de 2015 a 8 de Janeiro de 2016
Campo de Estágio 4 - SCG	11 de Janeiro de 2016 A 12 de Fevereiro de 2016

Tabela 1. Distribuição dos campos de estágio e respetiva duração.

3.2. Objetivo 1: Cuidar de pessoas com doença oncológica em fase agónica com estertor e seus cuidadores ou familiares diminuindo o seu sofrimento e maximizando o seu conforto

O RCEEEEPSCP (2011), refere que o enfermeiro tem a capacidade de cuidar da pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida, concebendo, implementando e avaliando os planos de cuidados tendo em vista a preservação da dignidade e a diminuição do seu sofrimento.

Estes objetivos coadunam-se igualmente com a AACP (2004), que afirmam a importância da perceção por parte do enfermeiro acerca do impacto da doença tanto a nível pessoal como social e familiar, a comunicação como pilar dos cuidados à pessoa em fim de vida e ainda a compreensão da fase terminal, da morte e do luto, dando suporte nesta fase. Sendo a família um dos pilares dos CP, este objetivo permitiu-me interiorizar o seu papel e as suas necessidades aquando do acompanhamento da pessoa com doença oncológica em fase agónica.

Neste sentido, e baseando-me na OE (2007), o indicador de resultado encontrado para este objetivo é o mencionado no R3 – Taxas de ganhos possíveis/ esperados de efetividade. Assim, será analisado o que é expectável de atingir, em função do julgamento profissional que foi feito e o que foi efetivamente atingido, neste caso, em relação ao cuidado da pessoa em fase agónica, verificando o número de pessoas que foram cuidadas como estando nesta fase no período de tempo de Setembro a Janeiro, ou seja, 4 meses.

Campo de Estágio 1. EIHSCP 1. Neste campo de estágio, foi-me permitido observar a forma como a enfermeira especialista atuava e a utilização premente da evidência científica como base do seu cuidar. Aqui, foi possível assistir a Conferências Familiares sobre as quais realizei uma breve pesquisa bibliográfica a qual se encontra no Apêndice 4 e que me permitiu integrar a literatura na prática. Assim, através da compreensão de para que serve e qual o seu fundamento, verificando a sua aplicabilidade e benefícios na integração das famílias nos cuidados e na gestão de conflitos das mesmas ou

entre os elementos da família ou com a família e equipa de saúde, de forma a decidir o melhor plano de cuidados para a pessoa em fase agónica e as suas vontades e desejos, aliando a família a uma prestação de cuidados de qualidade. A doença oncológica e a perspetiva de fim de vida alteram irremediavelmente a família que envolve o doente, sendo que aqui a comunicação é fulcral. Em contexto hospitalar é fundamental o envolvimento das famílias na prestação direta de cuidados uma vez que a sensação de impotência e de abandono surge muitas vezes nesta fase (Neto, 2010).

Alonso, Vilches & Díez (2008), assumem os pontos básicos para cuidar da família que acompanha o doente agónico referindo-se à explicação clara da situação do doente, quais os sinais e sintomas de uma morte iminente e a sintomatologia que mais frequentemente surge nesta altura e o que se poderá fazer para a aliviar e promover conforto. Assumem a discussão dos objetivos terapêuticos bem como a clarificação da medicação prescrita em esquema e a de resgate. Deve ser fomentada uma postura de escuta ativa, alocando um envolvimento direto da família nos cuidados, reforçando a importância do toque e do acompanhamento dado pela família. O apoio emocional é referido pelos autores como facilitador para a expressão de sentimentos, de forma a colmatar medos e preocupações, o fato de se falar da morte torna-se uma forma de preparação e desmistificação da mesma (Alonso, Vilches & Díez, 2008).

Deste modo, realizei uma reflexão acerca da hidratação artificial em fase agónica (Apêndice 5), suscitada por uma experiência que causou me causou inquietação e outra acerca da Relação Terapêutica como pilar do cuidar em fim de vida (Apêndice 6). Finalmente, e como necessidade própria foram realizadas igualmente duas pesquisas bibliográficas que foram apresentadas em modo de *“journal club”* à equipa, que se referiam à gestão de emoções e de sentimentos realizada por quem cuida de quem tem doença oncológica em fase agónica e sua família. Estas foram muito importantes para mim, uma vez que me permitiram, conduzir à discussão e fomentar partilha pelos elementos da equipa e por sua vez a reflexão acerca das minhas próprias dificuldades (Apêndice 7).

Campo de Estágio 2. UCP. Este, foi um dos locais onde mais contatei com as famílias, pela sua presença constante, em alguns casos até nas 24 horas o que foi benéfico para integrar igualmente as competências comunicacionais às quais me tinha proposto.

Aqui deparei-me e cuidei de várias pessoas em fase agónica, sendo que, Alonso, Vilches & Díez (2008), assumem como critérios de identificação de uma pessoa em fase agónica, para além dos critérios sugeridos por Neto (2010) a presença de extremidades frias, livores, cianose labial, sonolência superior a 15 horas por dia, estertor, apneias superiores a 15 segundos e anúria com débitos inferiores a 300 ml por dia. Admitindo que quando um a três destes critérios se encontram presentes está-se perante um quadro de pré agonia, se estão presentes mais de quatro destes critérios 90% dos doentes tendem a falecer em 4 dias.

Como já foi referido sendo uma situação irreversível, o objetivo major, é proporcionar uma morte serena e confortável. Neste sentido, segundo Barbosa e Neto (2010) o doente oncológico em fase agónica é internado quando reúne os seguintes critérios: presença de sintomas de difícil controlo, fadiga ou claudicação dos familiares, pedido expresso do doente ou famílias, depois de devidamente ponderado pela equipa terapêutica e, inaptidão dos cuidadores para prestarem cuidados, e foi efetivamente neste campo de estágio que eu percecionei estes critérios e estes motivos de internamento das pessoas nesta fase.

Neste sentido, este objetivo foi atingido através do trabalho em parceria com toda a equipa na qual me encontrei integrada, desde as passagens de ocorrências, até à intervenção da psicóloga, as reuniões com a equipa médica, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e guias espirituais, quer da doutrina cristã, quer por exemplo do hinduísmo que tive oportunidade de acompanhar.

Assim, utilizei vários modelos de avaliação de crença espiritual como o Modelo HOPE (*sources of Hope, Organized religion, Personal spiritual practices, and Effects of these behaviors on health care*), o modelo BELIEF (*Belief system, Ethics of values, Lifestyle, Involvement in religious community,*

Education, and Future events), e o *Fowler's stages of faith* (March & Capel, 2014).

Neste seguimento, este campo de estágio foi premente para a avaliação das necessidades espirituais e atuação sobre elas, nomeadamente no aprofundar conhecimentos de outras doutrinas, compreendendo nomeadamente os cuidados transculturais numa família Hindú e nos cuidados à pessoa em fase agónica e na morte nesta cultura (Apêndice 8).

Este objetivo permitiu mobilizar igualmente as competências preconizadas a nível europeu pela EONS (2013), obter uma visão da pessoa com doença oncológica através do modelo Holístico, alocando todas suas dimensões enquanto pessoa e não enquanto doente, sendo esta efetivamente a visão de Kolcaba na Teoria do Conforto (2003), que refere que a pessoa é um todo, consistindo num conjunto indissociável de vida mental, espiritual e emocional intimamente ligada a um corpo físico. Neste campo de estágio, e porque as condições físicas assim o permitiam a família pernoitava, o que permitia uma interação mais profunda em termos de presença do enfermeiro, de tempo, espaço e disponibilidade quer da família quer da equipa de saúde, auscultando as suas necessidades e trabalhando os seus receios e dificuldades em termos de gestão de situação. Pois os CP têm como destinatários igualmente as famílias, de forma a envolvê-las tendo uma noção de uma equipa mais alargada (PNCP, 2005). Neste sentido, o papel dos cuidadores deve ser reconhecido como uma “*contribuição individual e social essencial*” (PNCP, 2005, p. 19).

Igualmente o RCEEEEPSCP (2011), afirma como competência fundamental o estabelecer relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte iminente. Esta competência é particularmente objetivada através da promoção de parcerias terapêuticas, do respeito por cada pessoa e família, e pela negociação das metas dos cuidados ajudando a pessoa doente e sua família a completar gradualmente as tarefas em fim de vida.

Para a concretização deste objetivo foi fulcral a realização de um estudo de caso que me permitiu a integração de conceitos através da visão holística de conforto promovida pela Teoria de Kolcaba (1991; 1994; 2003), clarificando a necessidade de declinar a Teoria das Transições de Meleis em prole da Teoria de Conforto, esta mesma visão foi-me permitida através da realização do Estudo de Caso II (Apêndice 9) acerca de uma doente à qual foi iniciada uma sedação paliativa que me impeliu à busca de informação acerca da mesma situação na evidência científica realizando igualmente uma reflexão escrita acerca da mesma (Apêndice 10). Estes dois trabalhos facilitaram-me o processo de integração de conceitos presentes na Teoria de Conforto, podendo trabalhá-los como agentes do cuidar para a promoção de conforto. Aqui os conceitos de enfermagem, pessoa, saúde, ambiente e conforto foram aprofundados e moldados através da situação de prestação de cuidados, bem como os três tipos de conforto, alívio, tranquilidade e transcendência, foram analisados através dos diferentes contextos, físico, psico-espiritual, social e ambiental, culminando na visão desta autora que efetivamente o conforto não é apenas a ausência de desconfortos físicos mas sim uma experiência imediata e holística de fortalecimento da pessoa, família ou comunidade a cuidar (Kolcaba, 2003).

Campo de Estágio 3. EIHSCP 2. Neste campo de estágio tive oportunidade de perceber a forma como a relação profissional-pessoa doente-família se dá aquando do ambulatório, da referenciação para UCP, aquando da morte no caso de estarmos com a família no momento do falecimento ou ainda através da Terapia da Dignidade.

Esta terapia permitiu uma experiência com grande interesse na abordagem ao fim de vida. Aqui é permitido às pessoas após conversas com questões feitas pela psicóloga deixarem o seu legado às pessoas que amam, o que para mim foi uma experiência muito enriquecedora. Ao ler aqueles legados e testemunhos consegui absorver o princípio chave desta psicoterapia que é efetivamente o ver a pessoa para além da sua doença (Chochinov, 2011). Os objetivos principais deste método coadunam-se com o deixar um testemunho, recomendações e pensamentos de apoio à família, estimular o sentido e o

valor da sua vida e promover a dignidade concomitantemente com a auto-estima e orgulho de ser quem é (Julião, 2013).

Esta experiência foi de tal forma marcante que suscitou em mim interesse, tendo posteriormente participado no VI *Workshop* Terapia da Dignidade, promovido pela Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, em 12 de Março de 2016, palestrado pelo Professor Doutor Julião, tendo sido deveras importante para a mobilização de competências comunicacionais, relacionais e ainda para a fomentação da vertente do conforto pela transcendência elemento da Teoria de Conforto de Kolcaba (1991; 1994; 2003). Este tipo de conforto, segundo a autora, refere-se à capacidade de planejar, controlar e resolver os seus próprios problemas, suprimindo algumas necessidades não satisfeitas, vista como um estado de renovação. Esta Terapia observada neste prisma, permitiu-me conferir que a elaboração de um legado permite à pessoa em fim de vida, renovar-se, permanecendo “viva” na vida dos que ama, mesmo após a sua morte (*Workshop* Terapia da Dignidade, 2016, Anexo 2).

A dignidade demonstrou-se assim estar relacionada intimamente com a prestação de cuidados em fim de vida. Como pilares são apontados por Watson, Lucas, Hoy & Wells (2009), a *atitude* de respeito por parte dos profissionais inclusivamente pelas suas crenças e valores bem como pelas escolhas éticas e culturais, o *comportamento* manifestado por atitudes positivas de carinho e bom senso, a *compaixão* manifestada pela apreciação intelectual de quem se cuida e finalmente, o *diálogo* manifestado por respeito pelo ser humano que se cuida e não apenas pelo doente que se cuida.

Em relação à família este campo também se revelou importante uma vez que a equipa realiza igualmente Conferências Familiares, fomentando a comunicação e gestão situacional feita através do envolvimento da família. Neste sentido, foi defendida a compreensão global da pessoa com doença oncológica em fase agónica e sua família, a sua importância e a necessidade do seu conhecimento profundo de forma a ajudá-la de forma urgente e adequada. Não poderia falar de dignidade sem falar em reconciliação, uma das maiores aprendizagens que efetuei durante este percurso, o chegar ao fim do

caminho, e conseguir partir em paz, ser capaz de dizer ou sentir “gosto muito de ti, perdoa-me, eu perdoo-te, obrigada e adeus” (LePoivedin, S. citado por Twycross, 2003, p. 17).

Neste sentido Kolcaba (2003), refere a existência de cuidados confortadores da alma, assumindo que estes não se demonstram por técnicas mensuráveis contudo, são fundamentais para as pessoas se sentirem fortalecidas de uma forma personalizada, atingindo a transcendência, este tipo de terapia assumiu este ideal, uma vez que também ela não quantifica o conforto que transmite ao doente, no entanto visivelmente tem resultados, tanto para a pessoa como para a sua família, na consecução do seu luto.

Dando resposta ao indicador de resultado, preconizado para este objetivo, a taxa de ganhos possíveis/ esperados de efetividade, durante estes 4 meses acompanhei 37 pessoas com doença oncológica em fim de vida sendo que, 8 destas pessoas foram cuidadas como estando em fase agónica, contudo outras 4 encontravam-se nas últimas horas de vida, não tendo sido identificadas como tal. Assim, 66, 7% demonstraram ganhos em saúde no sentido de terem sido cuidados efetivamente como pessoas nas últimas horas de vida, tendo sido implementados neles todos os cuidados ditos de “apenas” conforto, sem terem realizado medidas consideradas fúteis como métodos auxiliares de diagnóstico, terapêuticas sem benefício entre outros.

3.3. Objetivo 2: Gestão do sintoma estertor e intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em fase agónica

Este objetivo foi integrado na aquisição de competências previstas no RCEEEEPSCP (2011), em particular na unidade de competência L5.1, que afirma a identificação das necessidades da pessoa e sua família e promove intervenções sobre as mesmas, adotando medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio de sintomas.

Neste objetivo pretendia-se constatar a frequência dos sintomas da pessoa em fase agónica de forma a atuar sobre esta sintomatologia e quando passível e pertinente atuar de forma preventiva no aparecimento destes sintomas. O PNCP (2005), descreve o controlo sintomático como parte igualmente importante do cuidar da pessoa nesta fase. Igualmente Kolcaba

(2003) assume o alívio como uma parte caminho para o atingir o conforto, este alívio descrito pela autora refere-se a um alívio físico passível de ser controlado num plano do imediato, alívio este que por sua vez conduzirá à tranquilidade, segundo nível de conforto de acordo com a autora.

Como descrevem Ellershaw & Ward (2003), o assegurar uma “boa morte” ou ortotanásia, é transversal ao controlo de sintomas, ou seja, não promover a futilidade terapêutica, mas sim medidas de conforto. Estes autores referem inúmeras barreiras para o diagnóstico desta fase, contudo influem igualmente na necessidade de esta fase ser diagnosticada atempadamente de forma a reduzir o desconforto passível de surgir na mesma, tanto para o doente como para a sua família e até mesmo para os profissionais, pela impotência e insatisfação por não conseguirem controlar os sintomas (Carneiro *et al*, 2011; Witkamp, 2015; Ellershaw & Ward, 2003).

Witkamp (2015), afirmam que existem barreiras a que o enfermeiro desenvolva competências para o cuidado ao doente agónico. Este cuidado implica conhecimentos específicos, atitudes e competências, para a prestação de cuidados de qualidade. As barreiras a este desenvolvimento poderão estar no nível de envolvimento do próprio enfermeiro naquela situação específica, o desagrado e desacordo com a atitude dos médicos, a dificuldade em lidar com a família e com o seu sofrimento e finalmente lacunas existentes na sua educação e formação enquanto enfermeiro.

Daqui advém a necessidade de formação e capacitação dos enfermeiros para lidar com este estadió de vida de forma a promover o máximo de conforto ao doente e sua família, antes, durante e após o falecimento da pessoa cuidada, como preconiza a APCP (2013). Necessidade esta igualmente sentida por mim e motivo de implosão do desenvolver as presentes competências de enfermeiro especialista.

Deste modo o controlo sintomático em fase agónica deve, segundo Neto (2010) assentar em cinco bases essenciais: a oferta de cuidados globais, comportando uma visão holística, sendo cuidados personalizados e centrados na pessoa doente. Igualmente a unidade alvo de cuidados deve ser vista como sendo sempre a díade doente-família, devem ser prestados cuidados que

promovam dignidade e autonomia do doente, envolvendo-o sempre que possível na tomada de decisão. Em concomitância com uma concepção de terapêutica ativa, ou seja, um evitamento da cultura do “não há nada para fazer” substituindo-a por uma cultura do “há sempre mais a fazer” e finalmente refere a importância do tipo de ambiente que deve ser incidente no respeito, conforto e apoio com uma comunicação aberta (Neto, 2010).

Nesta fase a promoção do conforto, passa por evitar exames complementares supérfluos ou intervenções fúteis, tendo, contudo, um grande discernimento em relação àqueles que se possam revelar importantes para o alívio do doente. Igualmente Deodato (2014), refere-se ao cuidar da pessoa em fim de vida como repleto de dilemas éticos, nomeadamente incertezas quanto às intervenções a serem prestadas, quer junto dos doentes quer junto dos familiares, tendo preocupação com o respeito pela dignidade humana. Contudo existem incertezas na realização ou suspensão de cuidados que se julgam não trazer benefício aos doentes prolongando assim o seu sofrimento sem nenhum fim terapêutico.

Deste modo, Alonso, Vilches & Díez (2008), assumem a necessidade de se identificar a fase agónica corretamente de forma a serem prestados os cuidados devidos nesta fase. Este processo inicia-se com a mudança dos objetivos terapêuticos, potenciando o bem-estar e intensificando os cuidados, evitando intervenções desadequadas ou medidas fúteis, assegurando a via de administração de fármacos predominantemente subcutânea, controlando os sintomas e se possível prevendo-os, evitando o aparecimento de complicações, assumindo necessidades espirituais e emocionais, apoiando e envolvendo a família através de uma discussão do plano de cuidados, mostrando disponibilidade e ainda explicando o procedimento da morte.

Assim, a promoção de conforto é transversal a medidas como: a manutenção da privacidade e diminuição de ruídos, a utilização de roupas na cama leves e manter o contato físico com o doente, seja por parte dos profissionais seja por parte dos familiares, atuando nos quatro contextos preconizados por Kolcaba (1991; 1994; 2003). Os cuidados de higiene deverão passar por mudar os lençóis da cama pelo menos uma vez por dia, e a pele

deverá ser hidratada com creme hidratante e suaves massagens de conforto sempre que o fâcies do doente não demonstre dor ou desconforto. A incontidência vesical por si só não é motivo de colocação de sonda, no entanto, esta deve ser ponderada se isto desconforto o doente provocando agitação, por sua vez os laxantes via retal deixam de fazer sentido nesta fase (Alonso, Vilches & Diéz, 2008).

Os posicionamentos, devem ser realizados com as posições de conforto do doente, habitualmente esta é o decúbito semi-dorsal esquerdo, devendo evitar-se posicionamentos incómodos e dolorosos. No caso da existência de úlceras por pressão, o seu tratamento deve ser objetivado numa perspetiva de contornar a dor e o odor (SECPAL, 2014). A SECPAL (2014) assume a importância dos cuidados à mucosa oral, com perspetiva de controlar a prevenção da dor e desconforto associados aos maus cuidados à mesma, a manutenção da humidade dos lábios de forma a mantê-los limpos e suaves e prevenindo infeções oportunistas associadas ao acumular de placa bacteriana como mucosite e pela visão da família da pessoa agónica.

Nesta fase, e face à situação do culminar na morte, Kolcaba (2003), refere o “*coaching*” ou seja, ao mecanismo de orientação destas pessoas e suas famílias através de intervenções que visão aliviar a ansiedade, dar segurança e fornecer informação de forma a estabelecer um plano terapêutico realista, quer no controlo sintomatológico, quer na preparação e adaptação à morte.

Existem ainda diretivas associadas à alimentação e hidratação da pessoa em fase agónica, discutíveis e até com alguma controvérsia. A maioria dos autores defende que na fase agónica, esta não deverá ser uma preocupação, realizado a aplicação de pequenas quantidades de líquidos na cavidade oral apenas para hidratar, pois qualquer tipo de hidratação ou alimentação artificial não trará qualquer tipo de benefício para a pessoa nesta fase (SECPAL, 2014; Krishna, L., Puolose, J. & Goh, C.,2010; Nakajima, N., Takahashi, Y. & Ishitani, K.,2014; Río et al, 2011; Neto, 2010).

Neste seguimento todo o controlo de sintomas deve gerido da seguinte forma: avaliar antes de tratar, ou seja, ter em conta o mecanismo fisiológico

que está subjacente ao aparecimento do sintoma e qual o impacto emocional que este tem no doente e na sua família; a explicação da causa do sintoma e do que será feito para o tentar aliviar; não esperar que exista uma queixa do doente, até porque durante a fase agónica não existe esta verbalização mas uma observação direta e profunda da pessoa, por sua vez, é uma fase em que não se deve esperar que o sintoma apareça atuando assim na base da sua prevenção, como por exemplo a dor e o estertor, devendo as medidas farmacológicas previamente prescritas (Neto, 2010). Segundo esta mesma autora, deve ser adotada uma estratégia mista com medidas farmacológica e não farmacológicas e deve ser efetuada uma monitorização dos sintomas, utilizando os instrumentos preconizados tal como Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS, Anexo 3), numérica, para quando o doente ainda se encontra reativo e capacitado para se expressar. A reavaliação regular do impacto das medidas realizadas e o controlo sobre o efeito adverso das mesmas torna-se muito importante nesta altura (Twycross, 2003; Neto, 2010).

Para este objetivo, torna-se pertinente o indicador de resultado, R1-Taxa de efetividade na prevenção de complicações, neste caso o estertor (OE, 2007). Ou seja, o número de pessoas em fase agónica que acompanhei no total dos campos de estágio que acabaram por não desenvolver o estertor, sintoma expectável nesta fase, por intervenção direcionada para a redução e prevenção do mesmo, implementados de encontro à evidência científica.

Campo de Estágio 1. e Campo de Estágio 3. Estes campos de estágio tornaram-se pertinentes neste objetivo, uma vez que me permitiram ter observado diferentes realidades dos serviços. Interagi com 15 pessoas com doença oncológica, sendo que acompanhei 5 delas em fase agónica durante estes estágios.

Nesta fase o intuito foi de gestão de sintomas, através da parceria com a médica da equipa, bem como consultoria com os colegas das enfermarias, fundamentando a pertinência da terapêutica que se iriam introduzir e o que era expectável de resultados, através da evidência científica descrita na literatura. Senti neste estágio, que existe uma linha muito ténue nesta fase entre controlar

um sintoma e provocar que outro surja, ou seja, tem de existir um conhecimento profundo por parte dos elementos da equipa acerca da otimização terapêutica (Watson, Lucas, Hoy & Wells, 2009). Foi-me possível ver as dificuldades dos colegas dos outros serviços, transparecendo e identificando as do meu próprio local de implementação do projeto, conseguindo perceber as estratégias que aqui foram utilizadas.

Igualmente questões acerca das decisões éticas em fim de vida, como a alimentação e hidratação artificiais foram discutidas e refletidas por escrito (Apêndice 5), algo que foi muito produtivo, numa comparação com o local de implementação do projeto, pois a pode ser colmatada com gotículas de água ou pequenas lascas de gelo na boca do doente em fase agónica que já tenha total incapacidade de deglutir. Concomitantemente, Río et al (2011) assumem que estas decisões de alimentar ou hidratar artificialmente os doentes em fase paliativa implicam um conhecimento profundo dos benefícios e prejuízos uma vez que envolvem as componentes ética, emocional e cultural, tanto para os familiares como para os profissionais envolvidos na tomada de decisão. O assumir desta decisão implica uma visão por parte da família e equipa multidisciplinar que o fim da pessoa estará próximo aceitando-o, o que implica uma grande carga emocional e de ansiedade (Río *et al*, 2011).

Esta foi uma parte importante deste estágio, uma vez que aprofundi conhecimentos acerca da xerostomia e da sua reversibilidade, e atuação para a promoção do conforto bem como a ineficaz aplicação de fluidoterapia para este efeito, sendo a teoria do conforto, mais uma vez visível neste ponto, através da promoção de conforto físico ou seja, de alívio de uma necessidade de conforto específica que pode ser satisfeita através de sensações corporais, de mecanismos de homeostasia em que o relaxamento, o controlo sintomático e a hidratação podem estar presentes (Kolcaba, 2003).

Campo de Estágio 2. UCP. Neste campo de estágio foi possível de para além de perceber a sintomatologia dos últimos dias de vida, atuar sobre ela de forma direta, uma vez que se tratava de uma unidade de internamento, dando-me possibilidade de verificação de doses de titulação, compatibilidades farmacológicas, concomitantemente com escalas de

equivalências de fármacos, técnica de hipodermóclise bem como os fármacos passíveis de serem administrados por esta via. Nesta UCP, foi possível, participar em vários momentos de reuniões de equipa com discussão acerca de medidas promotoras de conforto em fim de vida tendo por base a vontade expressa da pessoa doente e sua família, nomeadamente acerca da gestão de cardiodesfibriladores e pacemakers, particularmente da sua desativação, bem como suspensão de sessões de hemodiálise, numa visão que perspetivava uma “boa morte”. Neste sentido, Bakitas, Bishop & Hahn (2014) afirmam que na fase em que a morte se encontra iminente, as medidas acima referidas são discutíveis uma vez que na maioria das vezes apenas comportam o prolongar do sofrimento.

A fase agónica é marcada pelo surgir de sintomas nos últimos 3 dias de vida. Estes, segundo Nauck, (2001), são: confusão (55%), estertor (45%), agitação (43%), dor (26%), dispneia (25%) e náuseas e vômitos (14%). Outros fatores condicionantes do agravamento de sintomas ou início de agitação podem ser a presença de retenção urinária, presença de fecalomas e aparecimento de úlceras por pressão e como tal é fulcral despistar estes fatores (Barbosa & Neto, 2010). Existem as constantes baseadas na presença de conforto, na qualidade de sono e no bem-estar psicológico, sendo na fase agónica estes três princípios a regerem os cuidados (Twycross, 2003; Neto, 2010).

Neste mesmo campo de estágio, tive a oportunidade de observar todas as componentes da sedação paliativa, desde a tomada de decisão inerente à mesma até à sua aplicação, espelhadas numa reflexão escrita (Apêndice 10). Tendo interiorizado que a sua utilização acarreta, como todas as decisões tomadas nesta fase de vida, uma grande reflexão ética, bem como, a tomada de decisão conjunta com a equipa e a pessoa e sua família, sempre baseada nos princípios éticos da não maleficência, bem como nos princípios dos CP de não prolongar a vida nem antecipar a morte (Deodato, 2014; Neto, 2010; ANCP, 2005).

Permitiu-me estar em contato direto com a utilização da escala de sedação de Ramsay, a ESAS, Índice de Karnofsky e Palliative Performance

Scale (Anexo 3), instrumentos importantes para a avaliação do conforto da pessoa doente, uma vez que permitiam a implementação de medidas específicas de conforto, defendidas por Kolcaba (2003), uma vez que permitem a quantificação da sintomatologia presente de forma a interpretá-la e atuar sobre ela com o intuito major de promoção de conforto. Estas escalas de avaliação revelam-se assim, ferramentas importantes para a implementação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o contributo do alívio da pessoa.

Este objetivo permitiu-me a mobilização de competências de enfermeiro especialista, nomeadamente a promoção de parcerias terapêuticas, o respeito pela dignidade e autonomia do doente que se encontra a vivenciar processos de morte e de luto, negociar objetivos com o doente e sua família e reconhecer todas as crenças e valores que envolvem a díade doente-família em fase agónica (RCEEEEPSCP, 2011). A competência prevista no RCCEE (2010), relativa ao desenvolvimento de uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção, demonstrando tomada de decisão ética na situação de oncologia e final de vida, suportando as decisões através do Código Deontológico e dos princípios da Ética, foi também trabalhada.

Assim, indo de encontro ao indicador de resultado preconizado para este objetivo, nestes 3 campos de estágio durante os 4 meses, das 10 pessoas assumidas como estando em fase agónica, 5 manifestaram estertor, destas 4 passaram de estertor grau II para o estado de sem estertor, após a aplicação das medidas descritas nas linhas orientadoras, fruto da compilação da evidência científica. Deste modo, este indicador foi pertinente em 80% dos casos.

3.4. Objetivo 3: Desenvolver competências comunicacionais no cuidar da pessoa com doença oncológica em fase agónica e sua família

Este objetivo coaduna-se com outro dos pilares da filosofia dos CP, a comunicação. Esta é igualmente uma competência fundamental prevista no RCCEE (2010), RCEEEEPSCP (2011) da OE (2011), estabelecer uma comunicação e relações interpessoais eficazes, relações terapêuticas com o

cliente e cuidadores utilizando a comunicação apropriada, com consistência, compreensível dentro da sua área de competência, respondendo assim às questões, solicitações e problemas da pessoa doente e da sua família (OE, 2011).

Strang, Henoch, Danielson, Browall & Melin-Johansson (2013), referem a comunicação como fundamental para quem sofre de uma doença incurável em final de trajetória, afirmando que na fase terminal as pessoas e suas famílias esperam dos profissionais uma boa comunicação baseada em atitudes positivas, honestidade e abertura/ conforto em falar da doença e da própria morte. A comunicação torna-se assim, uma oportunidade extraordinária de ajuda, apoio, confiança e esperança para as pessoas doentes e suas famílias. Esta deve basear-se na identificação da situação/ necessidade da pessoa, de seguida a compreensão dessa mesma situação, respeitando os seus sentimentos, pontos de vista ou mesmo silêncios, dando suporte e apoio concomitantemente com a exploração dos fatores envolvidos na situação bem como formas de o confortar (Back, Arnold, Baile, Tulsky & Fryer-Edwards, 2005).

Deste modo foi realizada a observação direta dos enfermeiros que acompanhei na prestação de cuidados, e discussão e reflexão com os mesmos de forma a eu própria desenvolver comunicação assertiva e autoconhecimento (RCEEEEPSCP, 2011). Para este objetivo foi designado o indicador de resultado R2 – Modificações positivas no estado dos diagnósticos de enfermagem, ou seja, o número de vezes que esta comunicação entre profissionais se revelou frutífera para a adequação dos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica em fase agónica (OE, 2007).

Campo de Estágio 1. EIHSCP 1. A abordagem multidimensional da pessoa a cuidar, segundo a Teoria de Conforto de Kolcaba (2003), permitiu-me perceber a forma como poderia intervir junto da pessoa de forma a promover o seu conforto. Observar várias técnicas de comunicação, e a forma como outros profissionais trabalham e lidam com as pessoas que se encontram com perspectiva de morte iminente, como transmitem as más notícias e como eles próprios comunicam entre si, foi uma mais valia neste percurso. Neste campo

de estágio, tenho de enunciar a comunicação não verbal e sublinhá-la como de extrema importância que é, para a compreensão de sintomatologia e de conforto ou desconforto, bem como espelho de emoções.

Foi possível a identificação dos focos dos problemas das pessoas que cuidámos, a nível físico, emocional, intervindo de forma interdisciplinar neles, conduzindo à promoção do conforto de alívio, tranquilidade e transcendência, nos contextos físicos, ambientais, psicoespiritual e social. Aqui a realização de desejos pessoais e familiares traduziram-se numa morte sem sofrimento, e numa família mais tranquila, assumindo o conforto de transcendência previsto por Kolcaba (2003), como o estado em que a pessoa suplanta os seus problemas, desprendendo-se da preocupação pelo próprio desconforto. Aqui faço referência à Reflexão 2, Relação Terapêutica como pilar da promoção do conforto (Apêndice 6), em que abordo os componentes da comunicação bem como a forma que a relação terapêutica e os seus pilares dão sentido ao trabalho que fazemos com estas pessoas e suas famílias, no seu trajeto até à morte.

Como nos remete a SECPAL (2007), a comunicação em CP, deve servir para fomentar a participação ativa do doente e família no processo de doença, garantir que a esta díade é prestado apoio emocional onde se presencia diálogo, escuta ativa e comunicação efetiva, fomentar o respeito pela dignidade da pessoa doente e seus cuidadores, garantir que a informação transmitida é verdadeira, compreensível e adequada à pessoa que temos à nossa frente, respeitando ainda o direito da pessoa e sua família de não serem informadas, se não o desejarem (SECPAL, 2007).

Campo de Estágio 2. UCP. Como já foi referido a presença constante da família exigiu intensificação da comunicação e grande treino, sendo que acompanhei 3 doentes em fase agónica neste local, e que a necessidade de explicação do que se passava, o que era expectável, qual o fundamento daquela medicação, o que esperar dela e do evoluir da situação eram permanentes questões às quais não se podia fugir. Igualmente o envolver como parceiros aquelas famílias exigia uma comunicação assertiva e eficaz como preconizado pela OE (2001).

Neste sentido, a transmissão de más notícias revelou-se motivo de aprofundamento neste campo de estágio, para que também eu, enquanto pessoa e enfermeira, gerisse melhor as dificuldades nesta área, entendendo que não existem palavras certas ou erradas, mas sim sensibilidade e compreensão para que o outro se sinta apoiado. Seria impossível abordar esta temática sem falar da importância da aplicação do Protocolo Buckman e dos seus seis passos “SPIKES”: ter ambiente apropriado, compreensão do que o doente ou família sabem acerca da situação e da sua evolução/ desfecho expectável, incentivar à partilha das suas dúvidas e receios, responder a estas mesmas questões, usar como base fundamental a empatia e por fim realizar um sumário de forma a sintetizar e validar a informação que foi falada (Buckman, 2005).

Hudson, Quinn, O’Hanlon & Aranda (2008) referem a comunicação entre o doente/ família e a equipa de saúde produz uma visão e atuação integral baseada na situação. Por outro lado, existe uma prospeção de partilha de informação, clarificação de metas, discussão de diagnóstico, tratamento, prognóstico e desenvolvimento de um plano de cuidados para a pessoa doente e sua família.

Segundo a literatura nesta fase de final de vida os cuidados à pessoa e família deverão ser intensificados para que não exista a sensação de abandono por parte destes, e para que haja um apoio quer físico, como o controlo sintomático, quer emocional no intuito de confortar ambos os elementos desta díade (Barbosa & Trindade, 2007; Barbosa, & Neto, 2010; Shimizu *et al.*, 2013).

Aqui, pude igualmente fomentar a assertividade e auto confiança, pois como já foi referido existiam as reuniões de equipa semanalmente onde eram abordadas temáticas pertinentes referentes a situações passadas com as pessoas ou famílias, sendo possível intervir em discussões de equipa baseadas numa pesquisa e análise de evidência científica acerca da temática de forma a arguir acerca da mesma com o objetivo major de tomada de decisão refletida e conjunta acerca do doente, nomeadamente acerca de duas situações específicas como a continuidade da frequência de sessões de

hemodiálise de um doente em fim de vida e a desativação do seu cardiodesfibrilhador aquando do mesmo em fase agónica.

Campo de Estágio 1. EIHS CP 1. Campo de Estágio 2. UCP. Campo de Estágio 3. EIHS CP 2. A comunicação foi utilizada como ferramenta no cuidar e na gestão da situação da pessoa em fase agónica e sua família, abordando e reforçando a Conferência Familiar (Apêndice 4) em que tive oportunidade de participar nestes três locais, e a qual me permitiu o desenvolvimento de competências comunicacionais preconizadas no RCCEE (2010). Assim, e segundo a literatura a conferência familiar é uma intervenção que envolve membros da família/ cuidadores formais ou informais e um ou mais membros da equipa multidisciplinar. Esta intervenção tem o intuito de discutir a situação clínica da pessoa doente, a sua evolução, bem como as necessidades e expectativas dos cuidadores e do próprio, idealmente realizada com mais que um membro da equipa multidisciplinar, o que a torna mais completa, é todavia realizada maioritariamente por elementos isolados da equipa (Reed & Harding, 2015).

Neto & Trindade (2007), referem como principais necessidades das famílias de doentes em fim de vida, a honestidade, expectativas realistas e informação apropriada. Assumem ainda o respeito pelas suas crenças, atitudes e valores culturais e espirituais como importantes a par do apoio emocional, oportunidade de participação nos cuidados, oportunidades de expressão de sentimentos e ainda garantia de que existe uma apropriada prestação de cuidados ao seu familiar doente (Barbosa & Trindade, 2007). Igualmente, Powazki, Walsh, Hauser & David (2014), referem que a conferência familiar se tem manifestado como uma intervenção muito satisfatória, quer para as famílias quer para os profissionais que nelas participam.

A SECPAL (2007), assume a importância da comunicação pela necessidade de ser mantida uma atitude empática, com o doente e sua família, mantendo sempre uma postura de abertura e serenidade de forma a que o outro seja convidado a repartir com o profissional os seus medos e inseguranças. Este mesmo documento refere a importância de respeito pela autonomia do doente, mantendo a confidencialidade e o respeito pela vontade

do mesmo. Neste sentido o apoio à família deverá ser feito exatamente em resposta a este direito, informando-a acerca da doença, do seu significado e implicações, mantendo a congruência no discurso. Este apoio à família deve ser individualizado para que exista adaptação à situação, respeitando os tempos de cada família. Estas metas só serão passíveis de atingir através da comunicação (APCP, 2005; SECPAL, 2007; Neto, 2010).

Igualmente o apoio da família à própria pessoa em agonia passa por processos de comunicação, sendo que segundo a SECPAL (2007), nesta fase de últimos dias de vida é necessário manter a comunicação com a pessoa, falando em tom sereno e privilegiando o contato físico, recordando os familiares que a comunicação não verbal é de extrema importância nesta fase. É igualmente esta comunicação não verbal que permite inferir aos profissionais e família acerca dos sinais de desconforto da pessoa em fase agónica, sinais como expressões faciais, postura corporal ou gemidos.

Neste sentido, foi de particular importância a análise das dificuldades comunicacionais evidentes na prática. Assim, Watson, Lucas, Hoy & Wells (2009), assumem que os profissionais apresentam dificuldades de comunicação por quatro fatores: os medos, as crenças, as competências desadequadas e as lacunas no suporte. Pude efetivamente, sentir cada uma destas dificuldades, o medo de dizer algo errado ou, de estar em dissonância com o que a equipa médica havia dito acerca da situação, as crenças em relação ao silêncio, ou seja, se não fosse falado não provocaria sofrimento àquela família. A necessidade de crescer e desenvolver competências comunicacionais foram impulsionadoras para enveredar por este objetivo. Neste sentido, este objetivo foi valioso numa perspetiva de desenvolvimento de maturidade e assertividade, igualmente importantes para o meu desenvolvimento. A perceção da comunicação como essencial para a promoção de conforto advém da ideia de “*coaching*” de Kolcaba (1991) ou seja, intervenções baseadas na escuta ativa, no toque e nos reforços positivos. Integram-se igualmente as designadas pela autora de cuidados confortadores da alma, que permitem atingir a transcendência através da relação estabelecida entre os enfermeiros e os doentes (Kolcaba, 2003).

Este objetivo foi alcançado através do indicador de resultado, supra citado, em que foram contabilizados o número de casos em que o estertor foi resolvido após a comunicação entre os elementos da equipa, ou seja, aquando da sua identificação como doente agónico com estertor e aplicadas as linhas orientadoras previamente definidas. Assim, 5 pessoas manifestaram estertor grau II, das quais após comunicação entre a equipa e fomentação das linhas orientadoras, 4 melhoraram ficando sem estertor, deste modo este indicador de resultados assumiu-se em 80% dos casos acompanhados.

3.5. Objetivo 4: Percecionar a forma como agem os diferentes elementos da equipa multidisciplinar

Este objetivo coaduna-se na perfeição com o quarto pilar da filosofia dos CP, o trabalho em equipa, e como tal não se revela nem mais, nem menos importante que os outros, mas igualmente relevante para o cuidar de pessoa em fase agónica. Assim, e na fase agónica é dever de cada um dos profissionais interagir de forma concordante para o bem do doente. A SECPAL (2007) assume a importância de manter comunicação com o resto da equipa acerca da situação do doente e sua família.

Wittenberg-Lyles, Oliver, Demiris & Regehr (2010), defendem que o trabalho em equipa deve assumir interdependência e flexibilidade, colaboração, partilha de responsabilidade pelas metas propostas em equipa e reflexão, necessárias a este trabalho interdisciplinar. Igualmente as competências previstas pela EONS (2013), como adequar o papel de cada membro da equipa de forma a gerir as necessidades mais complexas dos doentes oncológicos. O trabalho em equipa interdisciplinar vem abordado no RCEEEEPSCP (2011), assumindo a colaboração com outros membros da equipa de saúde ou serviços de apoio, utilizando comunicação e o trabalho de equipa bem como os conhecimentos teóricos para a tomada de decisão ética. Concomitantemente o RCCEE (2010), assume a importância da gestão dos cuidados otimizando a resposta da equipa de enfermagem bem como a articulação na equipa multiprofissional, colaborando nas decisões de equipa multiprofissional, através de informação melhorada acerca do processo de cuidar, negociando e referenciando para outros profissionais quando assim é necessário.

No mesmo sentido, foram mobilizadas as competências de adaptação da liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados, através do trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades dos cuidados, fundamentando metodologias de trabalho, organizando e coordenando a equipa, negociando recursos e utilizando-os de forma eficiente e pertinente (RCCEE, 2010).

Twycross (2003), assume a importância de existir uma equipa que se encontre empenhada coletivamente no bem-estar da pessoa doente e da sua família, assumindo o médico e enfermeiro como núcleo essencial, com interligação com fisioterapeuta, terapeuta ocupacional ou outros membros especializados bem como assistente social, capelão, assistente social, psicólogo, igualmente motivados e capacitados para a promoção de conforto na sua componente holística ou seja, centrar o cuidado na pessoa, estando em relação com o outro, baseando as ações no reconhecimento, no respeito e na confiança. Sendo desta forma, expectável a satisfação proveniente dos cuidados, o envolvimento nos cuidados, o sentimento de bem-estar implementando uma cultura terapêutica (Kolcaba, 2003; McComarck & McCance; 2010).

Para este objetivo, assumo, o indicador de resultado preconizado pela OE (2007) e Donabedian (2003). Este indicador refere-se a R3 – Taxas de ganhos possíveis/ esperados de efetividade, e segundo estes autores compara o que é esperado conseguir-se em função do julgamento profissional acerca do estado de uma pessoa, família ou grupo e aquilo que é efetivamente conseguido.

Campo de Estágio 1. EIHSCP 1. Campo de Estágio 3. EIHSCP 2. Assumo, o papel de cada elemento da equipa interdisciplinar como primordial para o cuidar de forma centrada na pessoa em fase agónica e da sua família (McComarck & McCance, 2010). Assim, nestes locais o que fiz foi observação da interação de cada elemento da equipa e da forma como juntos prezavam o bem do doente e da sua família.

As Conferências Familiares já destacadas, as reuniões interdisciplinares essenciais para o desenvolvimento da competência comunicacional, foram

igualmente fulcrais para a perceção do papel de cada elemento na equipa e da sua importância. Aqui foi igualmente importante verificar as discussões de equipa de forma a evitar futilidades terapêuticas em pessoas com doença oncológica em fase agónica, sendo que futilidade terapêutica define-se por procedimentos para o diagnóstico ou terapêuticas que são vias inúteis e desadequadas face à situação de irreversibilidade e apenas trarão mais sofrimento à pessoa e sua família (PNCP, 2005).

A EAPC (2004) afirma a responsabilidade da equipa como grupo, devendo atender ao papel de cada um neste trabalho interdisciplinar incluindo família, utilizando ferramentas como negociação e suporte entre os seus elementos, bem como consultadoria e discussão entre os elementos de forma a trazer novos conhecimentos acerca de temáticas ou situações.

Assim, para além da observação dos elementos da equipa pude efetivamente sentir a pertença às mesmas, de forma a trazer assuntos pertinentes para reflexão. Neste sentido, foi-me permitido assumir o trabalho de equipa interdisciplinar como estratégia para captar as necessidades do doente e família em fase agónica, centrando numa comunicação eficaz, numa clara perceção acerca do valor e da importância dos outros profissionais e ainda a necessidade de referenciação precoce para os outros profissionais quando assim se justifica (Watson, Lucas, Hoy & Wells, 2009).

Nestes dois locais foi particularmente importante entender as dinâmicas dos próprios serviços de internamento e do papel do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa, existentes nestas equipas apostando na promoção do conforto da pessoa a cuidar. Aqui verifiquei dúvidas e mitos, nomeadamente acerca da utilização ou rotação de opiáceos as quais destaco e reflito por escrito (Apêndice 11).

Estes locais de estágio, permitiram-me observar nos outros serviços de internamento as dúvidas e lacunas verificadas no meu contexto de trabalho. Tendo como estratégia observado os enfermeiros orientadores a colmatar e gerir estas dificuldades, sendo vistos pelas equipas dos internamentos como aliados importantes no controlo sintomático, reforçando mais uma vez o trabalho de equipa interdisciplinar.

Neste mesmo sentido, elaborei um Fluxograma de Referência à EIHSCP, com o propósito major de incentivar este trabalho de equipa e de forma a clarificar as formas de referenciar, quando referenciar e a quem referenciar a pessoa com doença oncológica a necessitar de intervenção específica e de cuidados paliativos sensibilizando assim os elementos das equipas também (Apêndice 12).

Campo de Estágio 2. UCP. Para este campo de estágio o ponto chave foi efetivamente a observação e análise das dinâmicas da equipa com o intuito de perceber o seu funcionamento, sobretudo quando se trata do cuidar de pessoas com doença oncológica em fase agónica, fase muito sensível e deveras complexa. A melhor descrição que posso ter é baseada na ideia de Bernardo, Rosado & Salazar (2010) com a sigla PERFORM, que identifica as características de uma equipa interdisciplinar, algo que encontrei neste campo de estágio, nas 24h do dia no cuidado integral e completo da pessoa e sua família (Kolcaba, 2003). Assim, P- propósito partilhado ou seja, objetivo comum que rege a forma de atuar de forma a promover conforto ao doente, E – Empowerment, esta equipa manifestava capacidade de tomada de decisão e iniciativa, R – Relações e Comunicação, capacidade de escutar os seus elementos e de contribuir para o seu crescimento, F – Flexibilidade, com estilo de liderança participativo em que existe divisão desta liderança dependendo dos momentos, com clara capacidade de adaptação a situações de mudança, O - Ótimo rendimento analisando os objetivos adequando-os de forma às alterações das necessidades da equipa, R – Reconhecimento, das contribuições de cada elemento para o atingir das metas do grupo e M – Motivação através da prestação de bons cuidados, os profissionais desta equipa sentem-se mais satisfeito e mais motivados (Bernardo, Rosado & Salazar, 2010).

Nesta UCP e tendo em conta que funciona 24h por dia, o risco de desgaste por compaixão é elevado, motivo pelo qual, este trabalho em equipa permite a prevenção do desgaste por “burnout” uma vez permite igualmente a partilha de situações, pois o trabalhar com pessoas em fim de vida e suas famílias é particularmente exigente (PNCP, 2005). Neste sentido, foi muito

positivo para o atingir deste objetivo a escolha e pertinência dos campos de estágio supra citados uma vez que verifiquei os pontos positivos do trabalho de uma equipa interdisciplinar, ou seja o apoio mútuo, reconhecimento, continuidade e diferenciação de cuidados, partilha de experiências e tomada de decisão refletida e formação e desenvolvimento de competências, percecionando assim, que as vantagens deste tipo de trabalho se sobrepõem às dificuldades do mesmo (Bernardo, Rosado & Salazar, 2010).

Indo de encontro ao indicador de resultado previamente assumido para este objetivo, foram verificados ganhos em saúde, nomeadamente o controlo sintomático pretendido como o estertor, em 90% dos doentes acompanhados pelas EIHS CP e no caso do Campo de Estágio 2, esta atuação trouxe 80% de ganhos em saúde às pessoas com doença oncológica em fase agónica.

3.6. Implementação do Projeto de intervenção no serviço

Numa ideia de aplicabilidade das competências desenvolvidas nos campos de estágio anteriormente referidos, realizo este subcapítulo explicativo da fase de implementação do projeto de intervenção.

Neste campo de estágio 4, foi realizado o diagnóstico de situação descrito na Introdução do presente Relatório, sendo que posteriormente foram sondados os colegas de enfermagem no sentido de percecionarem as suas maiores dificuldades ao cuidar da pessoa com doença oncológica em fase agónica e sua família.

Deste modo as questões colocadas encontram-se no Apêndice 13. Foram assim, verificadas as necessidades explícitas pelos colegas em relação ao cuidado à pessoa com doença oncológica em fase agónica mais especificamente com estertor, sintoma sugestivo de últimos momentos de vida. Igualmente na Sondagem de Opinião ficaram expressas as dificuldades em gerir a família e o seu processo de vivência de doença e de luto.

Desta forma, iniciei a promoção de parcerias terapêuticas tanto com a equipa de enfermagem como com a equipa médica de forma a dar resposta a uma das competências previstas no RCCEE (2010), que assume a optimização do trabalho de equipa adequando-o às necessidades de cuidados, negociando

os recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade. A equipa médica, foi sensibilizada para a importância do projeto e da implementação de Linhas Orientadoras para o Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica em fase agónica com estertor, sendo que a parceria passou pela disponibilidade em adotar medidas para prevenir este sintoma, deixando prescrito em SOS medicação passível de ser iniciada pelos enfermeiros. Esta parceria revelou-se uma mais valia para o cuidar com qualidade da pessoa nesta fase, deixando o doente sintomatologicamente mais controlado e a família mais tranquila, uma vez que via o envolvimento da equipa de saúde, apostando no conforto da pessoa.

Em simultâneo, foram promovidas parcerias com o que designei serem elos de ligação do projeto, tendo assim em cada enfermaria um enfermeiro de referência que pudesse supervisionar a aplicação das referidas Linhas orientadoras. Concomitantemente, foram realizadas sessões de sensibilização da equipa de enfermagem à problemática dos cuidados em fim de vida, de forma a abranger a totalidade dos 50 elementos da mesma equipa.

A primeira sessão mais geral subordinada ao tema do cuidado ao doente em fase agónica que pretendia promover a implementação das Linhas Orientadoras previstas, que se encontram nos Apêndices 14 e 15. O documento das Linhas Orientadoras do Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica em fase agónica com estertor (Apêndice 16), foi realizado após pesquisa da evidência científica acerca da temática, foram eleitas as práticas com maior recomendação e evidência, e analisadas por um painel de peritos na área, Enfermeiros Especialistas e Enfermeiros de Referência na área do cuidar em fim de vida, num total de 4, 1 de um Hospital Centro de referência na deteção e tratamento da patologia oncológica, pertencente a uma EIHSCP, 2 pertencentes a uma unidade de internamento de um hospital central e especialistas em Médico Cirúrgica, e outro elemento da EIHSCP deste hospital central, com o intuito de o tornar mais válido, ficando como um documento de referência a nível do serviço onde exerço funções, a análise dos contributos dados por cada um dos peritos encontram-se descritos no Apêndice 16.

Para além da aplicação destas Linhas Orientadoras, foi realizado um Fluxograma de atuação face ao cuidar da pessoa com doença oncológica em fase agónica com estertor de forma a ser afixada pelo serviço, e tornar-se de fácil consulta para os colegas de enfermagem (Apêndice 17).

Neste mesmo Campo de Estágio 4, foi realizado um estudo de caso, em conjunto com outra colega que se encontra igualmente em processo formativo a nível do 2º Ciclo nesta área de intervenção de enfermagem oncológica, de forma a analisarmos a intervenção de enfermagem a um cliente, abordando a forma como as linhas orientadoras de ambas se aplicavam à situação e como o conforto é um objetivo no cuidar de pessoas em fase final de vida e das suas famílias (Kolcaba, 2003), sublinhando as intervenções de enfermagem passíveis de serem realizadas (Apêndice 18). Este Estudo de Caso substituiu o que tinha previsto como Jornais de Aprendizagem, uma vez que teria um limite temporal estreito e como tal este seria mais útil e pertinente para a análise das intervenções de enfermagem realizadas e o seu efeito na promoção de conforto ao doente em fase agónica, demonstrando desta forma os resultados da implementação das linhas orientadoras que estavam a ser elaboradas neste contexto.

3.7. Discussão de resultados

Neste sentido, o Campo de Estágio 4 permitiu-me consolidar as competências que fui trabalhando ao longo dos outros campos de estágio (Apêndice 19), nomeadamente as de trabalhar em equipa interdisciplinar, a partir desta criação de parcerias terapêuticas com equipa de enfermagem, equipa médica, equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos, onde havia feito o estágio e com as famílias. Esta intervenção surgiu no âmbito da questão realizada na Sondagem de Opinião referente às dificuldades no controlo sintomático, em que 60% dos elementos da equipa de enfermagem apontavam a falta de coesão entre equipas do serviço. Estas parcerias, permitiram a identificação precoce da pessoa com doença oncológica em fase agónica de forma a implementar as medidas de conforto com o intuito de

diminuir ou evitar o aparecimento de sintomatologia passível de provocar desconforto à pessoa doente e à sua família, como já descrito.

A comunicação enquanto competência, foi fomentada com os colegas e as famílias, pela realização de sessões de sensibilização à temática, contribuindo para a minha própria formação e pela assertividade do discurso bem como uma postura com maior autoconfiança, como previsto no RCEEEEPSCP (2011) e RCCEE (2010).

Na Sondagem de Opinião em relação às dificuldades apontadas pela equipa de enfermagem no cuidar da família, foram enunciadas as dificuldades em lidar com sofrimento da família (17%), em abordar a morte (17%), em lidar com expectativas irrealistas (15%), a não aceitação da situação (15%), a falta de tempo para escutar (12%), a falta de informação face à situação (12%) a falta de condições físicas que garantam a privacidade surgem com 7% e 5% com a informação discrepante da pessoa e sua família face à sua situação clínica.

Por sua vez, a intervenção de enfermagem para o controlo sintomático, sendo uma das competências já mobilizadas nos campos de estágio anteriores, tornou-se fulcral para a implementação do Projeto, uma vez que impeliu à consolidação da evidência científica fruto da revisão integrativa da literatura realizada (Anexo 1) e à aplicação das Linhas Orientadoras com consequente auditoria aos processos e observação direta da promoção de conforto. Assim, durante o estágio neste contexto foram acompanhadas 6 pessoas em fim de vida desde a fase agónica e posterior morte.

A equipa de enfermagem do local de implementação do projeto seguiu o fluxograma realizado, que orientava para os seguintes passos: 1- Identificação da pessoa com doença oncológica em fase agónica; 2- Informação de um dos elementos designados como elos de ligação presentes em cada uma das enfermarias num total de 3 pessoas (de forma a que esta informação chegasse até mim, enfermeira de referência do projeto); 3- Assim que estertor presente iniciar medidas não farmacológicas e farmacológicas previstas nas linhas orientadoras, potenciando assim o efeito; 4- Descrição em Sistema de Registo Informático a cada turno, o problema identificado (confusão, estertor, agitação, dor, dispneia, náuseas e vômitos, xerostomia) a intervenção de enfermagem

desenvolvida; envolvimento da família na situação (principais dúvidas e receios, intervenção realizada) e resultados obtidos em relação aos sintomas supracitados.

De acordo com o grau de recomendação e nível de evidência, internacionalmente reconhecidos (Anexo 6) os posicionamentos preferencialmente em decúbito lateral ou semi ventral, no sentido de promover a drenagem postural e prevenir a acumulação de secreções a nível da orofaringe, a aspiração de secreções se revela pertinente e promotora de conforto se for leve e suave, o aporte hídrico limitado, para redução da produção de secreções brônquicas. Os cuidados orais nesta fase revelam-se medidas fulcrais promotoras de conforto, pelo que deverão ser intensificados os cuidados à cavidade oral com hidratação mantida com pequenas quantidades de água ou de lascas de gelo evitando xerostomia.

A família revela-se um pilar fundamental no cuidado à pessoa em fase agónica com estertor, sendo demonstrada na evidência científica a importância de manter uma comunicação efetiva, a explicação da situação, da intervenção de enfermagem efetuada e da sua pertinência. Concomitantemente com estas medidas deverá ser contactada a equipa médica de forma a dar apoio com medidas farmacológicas, nomeadamente as escopolaminas via subcutânea e a atropina via oral (Wildiers et al, 2009; Back. Jenkins, Blower & Beckhelling, 2001; Shimizu et al, 2013; Campbell, 2015; Wee & House, 2008; Morita et al, 2004; Hirsch, Marriot & Faull, 2012; Nunn, 2014; Twomey & Dowling, 2013; Pastrana, Reineke – Bracke & Elsner, 2012).

A elaboração do documento de Linhas Orientadoras, permitiu-me ir de encontro às CCEE, referentes ao papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas, bem como a conceção, gestão e colaboração em projetos de melhoria, gestão de recursos otimizando a qualidade dos cuidados, e ainda o basear a prática especializada em sólidos padrões de conhecimento. Avaliando a aplicabilidade das Linhas Orientadoras, desde o período da projeção das mesmas até ao final do estágio, após a introdução das mesmas linhas, foi verificável, o trabalho em equipa nomeadamente entre equipa de enfermagem e equipa médica em doentes em fim de vida, assumido por ambas

as partes a fase agónica do doente, em 2 casos a EIHS CP encontrava-se a dar suporte, motivo pelo qual precocemente os doentes iniciaram perfusão de morfina, butilescopolamina e um antiemético para um e sedativo noutra caso, a equipa iniciou a sua colaboração precocemente, acompanhando-os desde o início do seu internamento.

Verificando-se a melhoria do quadro de estertor em 4 pessoas, passando do grau II para sem estertor e noutras 2 a ausência do mesmo sintoma não tendo surgido até à sua morte, por uma atuação precoce da equipa de enfermagem. Em relação à família esta foi envolvida em todos os casos, sendo que foi possível a presença da mesma em 4 pessoas durante a morte havendo oportunidade de explicação da situação e das medidas que se encontravam a ser realizadas.

Como os posicionamentos cuja revisão da literatura havia mostrado nível de evidência B, e nível de recomendação grau IIa (DGS, 2007), no serviço esta foi efetivamente a mais frutuosa nos 2 doentes com estertor que manifestavam grau 2 de estertor na *Victoria Respiratory Congestion Scale*, ou seja, audível apenas junto do doente, sendo que ambos em concomitância com medidas farmacológicas como butilescopolamina via subcutânea. Esta medida obteve igualmente efeito na prevenção do aparecimento do estertor, sendo previamente promovida a posição de conforto da pessoa a cuidar.

Em relação à aspiração de secreções com o intuito de desobstruir a via aérea uma vez que na fase agónica existem oscilações de consciência e a pessoa encontra-se incapacitada para o fazer de uma maneira fisiológica, esta intervenção foi verificada na revisão de literatura como tendo um nível de evidência B, e um grau IIb de recomendação, ou seja, uma utilidade/eficácia pouco comprovada pelas evidências/opinião. Foi efetivamente o que se verificou na aplicação no serviço em questão, uma vez que existiu uma melhoria pontual e transitória nos momentos após a aspiração de secreções gentil e suave, contudo apenas em 4 doentes obteve este efeito nos outros 2 nada melhorou, o que demonstra que esta poderá manifestar-se em algumas situações uma das intervenções fúteis já anteriormente refletidas.

A diminuição do aporte hídrico, foi referida na evidência científica como nível de evidência C, e nível de recomendação IIa, demonstrando evidências/opinião maioritariamente a favor da utilidade/eficácia, congruentemente com o que aconteceu durante a aplicação do projeto em que foram reforçados os cuidados à mucosa oral, em que apenas 3 dos doentes tiveram hidratação artificial e esta foi via subcutânea, tendo sido suspensa nas últimas 24 horas anteriores à morte por estar a provocar edemas.

Quanto à administração de escopolaminas, foi realizada nos 6 doentes, como descrito anteriormente 2 iniciaram a perfusão logo aquando do internamento quando estes manifestavam critérios de pré agonia referidos no início deste documento, estas perfusões foram importantes para a promoção de uma morte muito mais tranquila e confortável, tanto para a pessoa doente como para a família que os acompanhou até ao fim.

Apresento em Anexo 7, as avaliações de cada local de estágio, fruto de um longo trabalho demonstrando os contributos por mim adquiridos bem como competências desenvolvidas em cada um dos campos de estágio.

Cada um destes campos de estágios, permitiu-me um crescimento pessoal pelo desenvolvimento de capacidades de gestão de sentimentos aquando do lidar com o sofrimento do outro, capacidades técnicas, nomeadamente na via subcutânea, titulação de fármacos, utilização de opióides e rotação dos mesmos, competências comunicacionais com o desenvolvimento da autoconfiança e assertividade, baseando a praxis em conhecimentos bem sedimentados baseados na evidência científica encontrada aquando das pesquisas. Permitiu-me ainda a mobilização dos conhecimentos adquiridos nestes campos e implementação dos mesmos no meu local de prática clínica traduzindo-se em benefícios significativos na promoção do conforto das pessoas em fase agónica neste internamento.

4. AVALIAÇÃO

4.1. Análise SWOT

Utiliza-se uma análise “SWOT” de forma a avaliar a implementação do projeto de intervenção (Apêndice 1).

Assim, Capelas (2014) refere-se a esta análise “SWOT” como sistema de auto-avaliação que permite avaliar sistematicamente qualquer aspeto da qualidade no qual destaco as forças e oportunidades nas quais baseei todo o desenvolvimento e implementação deste Projeto. Destaco assim como força principal, a participação da totalidade dos elementos da equipa de enfermagem para este projeto, uma vez que se revelou tema de motivação para toda esta equipa. Como oportunidade principal destaco o interesse da equipa em trabalhar para uma progressiva melhoria da qualidade dos cuidados prestados às pessoas alvo dos cuidados.

Tabela 2. Análise SWOT da implementação do Projeto.

Sistema de avaliação de qualidade “SWOT”	Análise do Projeto de Intervenção <i>Intervenção de enfermagem à pessoa com doença oncológica em fase agónica, no internamento hospitalar de cirurgia.</i>
“Strength” – Forças	<ul style="list-style-type: none">• Participação dos elementos da equipa de enfermagem na implementação do projeto;• Motivação em relação à temática, com forte interesse profissional e pessoal pela área;• Promoção de parcerias terapêuticas entre equipa de enfermagem, equipa médica, EIHSCP, pessoa com doença oncológica e sua família;• Promoção de conforto às pessoas com doença oncológica em fase agónica;• Controlo sintomático dos doentes oncológicos em fase agónica nomeadamente o estertor;• Contribuição para a satisfação dos elementos da equipa por melhoria da qualidade dos cuidados prestados;• Pertinência e atualidade da temática;• Procura da melhor evidência científica acerca da temática;• Elaboração de documento com Linhas Orientadoras do Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica em fase agónica com estertor, com fluxograma para fácil consulta;• Elaboração de Fluxograma de Referenciação à EIHSCP;• Mobilização de competências previstas no RCCEE (2010), RCEEEEPSCP (2011), e EONS (2013).
“Weaknesses” – Fraquezas	<ul style="list-style-type: none">• Equipa de Enfermagem muito extensa o que constitui entraves à permeabilidade da informação;

	<ul style="list-style-type: none"> • Espaço temporal limitado para a aplicação do projeto neste serviço (4 semanas); • Distribuição da equipa em três espaços físicos diferentes (dispersão de informação).
“Opportunities” – Oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> • O sentimento de querer melhorar práticas com vista à realização profissional e pessoal de cada enfermeiro; • Promoção de qualidade de vida aos doentes, com controlo de sintomas e aumento do conforto dos doentes em fase agónica; • Melhor acompanhamento do doente e família em fase final de vida; • Equipa que manifesta interesse pela melhoria da qualidade de cuidados; • Promoção de parcerias terapêuticas com outros elementos da equipa interdisciplinar;
“Threats” – Ameaças	<ul style="list-style-type: none"> • As dificuldades da equipa de enfermagem em lidar / intervir com o doente em final de vida; • Possibilidade de existirem registos menos completos em relação à fase final de vida do doente por desequilíbrio entre os recursos humanos e a crença nas medidas negociadas. • Equipa enfermagem numerosa e com rotatividade que poderá comprometer a continuidade do projeto, a longo prazo.

4.2. Contributos do Projeto para a melhoria da qualidade de cuidados

Este trabalho revelou-se muito importante e útil para a prática de cuidados de enfermagem, bem como para a melhoria da qualidade dos mesmos. Sendo uma temática pertinente e de interesse assumido pela equipa de enfermagem, permitiu um cuidado global da pessoa com doença oncológica em fase agónica, conduzindo a um envolvimento da família ou cuidadores. O facto de terem sido realizadas sessões de sensibilização à temática permitiu fomentar a reflexão e discussão em equipa desmistificando as ideias pré-concebidas em relação à morte e ao processo de morte durante a fase de agonia. Foi possível trazer novos contributos, como as linhas orientadoras, como as parcerias terapêuticas desenvolvidas durante o mesmo, ficando como figura de referência na área do doente em fase agónica no serviço, o que se revelou ser muito gratificante para mim enquanto profissional e enquanto pessoa.

Foi igualmente de extrema importância a elaboração de Linhas Orientadoras do Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica em fase agónica

com estertor, de forma a fomentar práticas baseadas na evidência científica mais recente, promovendo segurança nas práticas do cuidar em fim de vida.

Tendo por base a Teoria de Conforto de Kolcaba, foi inculcado aos profissionais o conforto como meta no cuidar das pessoas nesta fase, impelindo a uma satisfação dos profissionais na promoção de conforto efetuada aos doentes e famílias.

Concomitantemente, foram criadas parcerias terapêuticas importantes tendo por base o trabalho em equipa interdisciplinar, a referenciação, impelida pela utilização do fluxograma realizado para referenciação das pessoas a necessitarem de CP, bem como o despertar da equipa de enfermagem para os “pormenores”, nomeadamente, o fácies de desconforto, a postura corporal, o olhar, assumidos como fulcrais por Twycross (2003). Igualmente a adesão dos colegas ao mesmo, trouxe benefícios, pois a discussão das dúvidas de uns eram igualmente as dúvidas dos outros.

De um prisma mais pessoal, este trabalho permitiu-me um crescimento pessoal e profissional, através da aquisição de competências de enfermeira especialista no cuidar da pessoa em situação paliativa. Admito que o basear da *praxis* nos pilares dos cuidados paliativos se tornou uma mais valia aquando do cuidado da pessoa em fase agónica, de forma a identificar as suas necessidades atuando sobre elas na melhor promoção de conforto possível (Kolcaba, 2003).

Também a aquisição e mobilização de competências de enfermeiro especialista foi fundamental para este crescimento profissional e pessoal, pois sem basear a minha prática nele jamais teria conseguido estes resultados mensuráveis de promoção de conforto da pessoa com doença oncológica em fase agónica com estertor. O fato de termos integrado as intervenções de enfermagem presentes nas linhas orientadoras, nas nossas práticas comuns foi o culminar que desejava para este projeto, uma vez que estas, tal como o projeto em si, fazem agora a prática da minha equipa de enfermagem, na busca incessante pela promoção de conforto de quem cuidam.

5. CONCLUSÃO

O objetivo major da minha prática de cuidados é efetivamente a promoção de conforto às pessoas em fim de vida envolvendo sempre que possível a sua família, minimizando assim o seu sofrimento, perspectiva esta que sempre me motivou.

Desta forma, os locais de estágio foram selecionados de forma a ter oportunidade de cuidar de pessoas em fim de vida, com as suas famílias e com profissionais especializados neste tipo de cuidado. O ter estado presente, o envolver a família, o ser-me permitido ser elemento ativo na vivência do fim de vida e morte das pessoas, o apoiar a família durante este período, preparando-a para uma morte iminente, explicando-lhes o que é expectável de acontecer e o porquê. Igualmente a intervenção na pessoa que se encontra em agonia, de forma farmacológica e não farmacológica, foram aprendizagens fundamentais.

A escolha da Teórica Kolcaba, com a sua teoria de médio alcance do Conforto, foi de encontro ao meu objetivo auxiliando na visão holística do cuidar, igualmente a visão centrada na pessoa doente enquanto pessoa e não enquanto doente foi positiva e condutora neste caminho. Os profissionais com os quais me cruzei neste percurso foram exemplos a seguir tendo demonstrado efetivos conhecimentos e competências na área que se manifestaram importantíssimos para a implementação deste projeto. Igualmente cada pessoa e família de quem cuidei foi um pilar que fortaleceu a minha motivação, uma vez que foi para eles e para aliviar o seu sofrimento que me aventurei neste longo caminho.

Assim, os cuidados paliativos e a sua filosofia deveriam ser vistos como base de todos os cuidados de enfermagem prestados a pessoas em fase agónica, todos deveriam ter direito a ações paliativas, consideradas o nível mais básico de palição e de promoção de conforto e alívio de sintomas, contudo nem todos as recebem e nem todos os profissionais se encontram capacitados para os prestar. Deste modo, o enfermeiro deve identificar e intervir sobre as necessidades das pessoas confortando-as e voltar a reavaliar intervindo assim, até à sua satisfação. Este conforto deve ser baseado num cuidado global podendo ter os três níveis de conforto, sendo que o alívio

deverá ser aquele que mais “facilmente” poderá ser colmatado como um sintoma físico, o sentido de tranquilidade em que advém uma sensação de bem-estar promovida pela satisfação das necessidades e transcendência promovida pelo sentimento de estar completo e totalmente confortável (Kolcaba, 2003).

Igualmente o centrar os cuidados naquilo que a pessoa é enquanto pessoa, permitiu perceber as suas vontades e desejos de forma a poder colmatá-los (McComarck & McCance, 2010). Exemplos básicos deste cuidado podem ser o posicionamento da pessoa ou a forma como é feita a hidratação da cavidade oral, podendo assim, personalizar os cuidados potenciando a qualidade dos mesmos.

Concomitantemente permitiu-me seguir o Modelo de Dreyfus de Aquisição de Competências Aplicado à Enfermagem (Benner, 2001), do qual retiro a necessidade de evolução constante até atingir o quinto nível desta teoria, ou seja o de perito, almejando ser uma profissional que tendo experiência a coordena com os saberes teóricos, compreendendo assim, cada situação interiorizando o problema diretamente sem se prender com dúvidas na sua solução, sendo reconhecida pelos pares. Neste sentido foram desenvolvidas competências fulcrais a nível pessoal e profissional, como já referi. Estas competências foram referentes ao RCCEE (2010), especialmente as que concernem ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no domínio da melhoria contínua da qualidade, no domínio da gestão de cuidados, e no domínio das aprendizagens profissionais, sendo de ressaltar o auto-conhecimento e a assertividade, necessidades fulcrais também para o meu crescimento pessoal.

Em relação às CEEEPSCP (2011), assumo de extrema importância a aquisição das competências referidas nos domínios do cuidar de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares em todos os contextos clínicos, de forma a diminuir o seu sofrimento, maximizando o bem-estar, conforto e qualidade de vida, e ainda a promoção de parcerias terapêuticas com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, seus

cuidadores e familiares, para facilitar o processo de adaptação às perdas e à morte.

Assumo que ao longo deste percurso não surgiu nenhum constrangimento, apenas oportunidades de aprendizagem e crescimento que julgo ter aproveitado e utilizado no meu contexto clínico. Foram inúmeras as oportunidades de me tornar uma melhor profissional, um elemento dinamizador da equipa de enfermagem, uma enfermeira mais segura e assertiva na minha prática, capaz de reconhecer os meus limites e as minhas lacunas refletindo sobre elas sempre numa perspetiva de as colmatar e evoluir ainda mais.

5.1. Perspetiva de trabalho futuro

Numa perspetiva de trabalho futuro, prevejo uma continuidade e consolidação do mesmo projeto. Continuar a motivar a equipa de enfermagem para projetos futuros na melhoria dos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica em fase agónica e sua família, continuar a fomentar parcerias terapêutica e consolidar as já existentes, de forma a articular cada vez melhor os cuidados prestados e melhorar a qualidade dos mesmos potenciando a satisfação de quem cuida e promovendo o conforto de quem cuidamos, bem como da sua família.

Seria minha intenção ficar como elemento de referência em relação à implementação de medidas paliativas na pessoa com doença oncológica em fase agónica, sendo elo de ligação entre o serviço onde me encontro e a EIHSCP, de forma a fortalecer a comunicação e melhorar os cuidados prestados em parceria, mantendo estreito contato com a EIHSCP e mantendo a afixação do fluxograma pelo serviço, bem como exemplares das Linhas Orientadoras. Encontro-me igualmente a integrar um grupo de trabalho acerca da hipodermoclise e terapêutica subcutânea com formações para a equipa de enfermagem já marcadas para este ano. Igualmente será de pensar a criação de mais Linhas Orientadoras do Cuidar da Pessoa com Doença Oncológica em fase agónica, uma vez que se tornou bastante pertinente e útil, tal como as já realizadas, que em conjunto com fluxogramas se tornam numa excelente ferramenta de fácil e rápida consulta.

Como projeto futuro, pretendo propor a parametrização do documento das Linhas Orientadoras do cuidar da pessoa com doença oncológica em fase agónica com estertor, no Sistema Informático de Registos *SClinico* utilizado no serviço em questão de forma a personalizar os cuidados de enfermagem prestados à pessoa com doença oncológica em fase agónica, dando-lhes visibilidade nos registos.

Finalmente, seria um objetivo para manter a longo prazo promover reuniões planeadas com a equipa de enfermagem de forma a centrar a preocupação na melhoria contínua dos cuidados por parte da equipa de enfermagem.

Para concluir, assumo a importância deste trabalho para a minha evolução, agradecendo a cada elemento que deste caminho fez parte, cresci com todos eles. Assumo a importância de cada elemento na equipa interdisciplinar de prestação de cuidados, tendo fomentado e afirmado a minha importância também com este caminho, o que se afirmou ser muito gratificante. Aqui aponto as inúmeras contribuições, já anteriormente referidas que este projeto elencou à minha forma de ser e de agir, fomentando o saber saber, o saber fazer e o saber agir, no meu local de trabalho contribuindo para a melhoria de cuidados prestados às pessoas e suas famílias nesta fase de vida.

A elaboração do documento das Linhas Orientadoras e a sua implementação no serviço onde me encontro a exercer funções, permitiu-me articular a teoria de conforto de Kolcaba (2003) com as necessidades reais das pessoas em fase agónica com estertor, apostando numa *praxis* assente em conhecimentos teóricos como preconizado pelo RCCEE (2010) e RCEEEEPSCP (2011).

Assim, e como durante esta caminhada tantas vezes me inspirou afirmo a importância de Cicely Saunders para o evoluir dos cuidados paliativos e para a promoção de conforto às pessoas com doença incurável e prognóstico de vida limitado, deixando por fim um pensamento da mesma com o qual já iniciei este trabalho:

“Enquanto existir quem cuide, nenhum sofrimento será insuportável”.

(Cicely Saunders, 1959)

6. BIBLIOGRAFIA

- Alligood, M. R. (2014) - *Nursing theorists: and their work*. (8ª edição) St. Louis: Elsevier Mosby.
- Back, A., Arnold, R., Baile, W., Tulsy, J. & Fryer-Edwards, K. (2005). Approaching Difficult Communication Tasks in Oncology. *A Cancer Journal for Clinicians*. 55. 164-177.
- Back, I., Jenkins, K., Blower, A. & Beckhelling, J. (2001). A study comparing hyoscine hydrobromide and glycopyrrolate in the treatment of death rattle. *Palliative Medicine*. 15. 329-336.
- Bakitas, M., Bishop, M. & Hahn, M. (2014). Symptoms When Death is Imminent. In Yarbro, C, Wujcik, D. & Gobel, B. *Cancer Symptom Management* (706-712). Estados Unidos da América. Jones & Bartlett Learning.
- Barbosa, A., & Neto, I. (2010) – *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Benner, P (2001). De iniciado a Perito - excelência e poder na prática clínica de enfermagem. Coimbra: Quarteto editora.
- Botelho, L., Cunha, C., & Macedo, M. (2011). O Método da Revisão Integrativa nos Estudos Organizacionais. *Gestão e sociedade*. 11. 121-136. Anima Educação. 8-11.
- Bradley, K., Wee, B. & Aoun, S. (2010). Management of death rattle: what influences the decision making of palliative medicine doctors and clinical nurse specialists?. *Progress in Palliative Care*. 18. 270-277.
- Broeckeaert, B. (2008). Treatment decisions at the end of life. In Payne, S., Seymour, J. & Ingleton, C. *Palliative Care Nursing. Principles and Evidence for Practice* (402-423). Nova Iorque. Mc. Graw Hill.
- Buckman, R. Breaking bad news: the S-P-I-K-E-S strategy. *Community Oncology* 2005; 2: 183-142.

- Campbell, M. (2015). Caring for Dying Patients in the Intensive Care Unit. *AACN Advanced Criticak Care*.26. 110-120.
- Capelas, M. (2014) – *Indicadores de Qualidade para os Serviços de Cuidados Paliativos*. Lisboa. Universidade Católica Portuguesa.
- Carloto, C., & Sapeta, P. (2012). *Estado de Agonia: Obstáculos ao seu Diagnóstico Clínico*. Instituto Politécnico de Castelo Branco. Escola superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos. Castelo Branco.
- Carneiro, R., Barbedo, I., Costa, I., Reis, E., Rocha, N. & Gonçalves, E. (2011). Estudo comparativo dos cuidados prestados a doentes nos últimos dias de vida. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 545-554.
- Chinn, Peggy L (1995) - Theory and Nursing a systematic approach. Fourth Edition. St Louis, Missouri: Mosby, pág.211-219.
- Chochinov, H.M., et al (2011). Effect of dignity therapy on distress and end-of-life experience in terminally ill patients: a randomised controlled trial. *The Lancet Oncology*, 12(8):753-62.
- Collière, M.F. (2001) – *Cuidar...A primeira arte da vida*. (2ª ed). Camarate. Lusociência. (169-175).
- Comissão Nacional da Pastoral da Saúde (2010). *Manual da Assistência Espiritual e Religiosa Hospitalar*. Junho de 2010. Acedido em http://www.enfermagem.edu.pt/images/stories/manual_assist_espiritual.pdf, a 11 de Novembro de 2015.
- Craig, J. & Smyth, R. (2004) – *Prática Baseada na Evidência – Manual para Enfermeiros*. Loures. Lusodidacta.
- Cunha, P. (2014) – *Manual da revisão Bibliográfica Sistemática Integrativa: a pesquisa baseada em evidências*.
- Cutcliffe, J. & Mackenna, H. (2005) – *The Essential Concepts of Nursing*. Elsevier. 51-65.
- Deodato, S. (2014) – *Decisão Ética em Enfermagem do Problema aos Fundamentos para o Agir*. Almedina. Coimbra.

- Dias, A. (2012). *Referenciação para Unidades de internamento de Cuidados Paliativos portuguesas: Quando?, Quem? E Porquê?* Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos. Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências Médicas. Lisboa.
- Doran, D. (2003). Preface. In Doran, D. (eds). *Nursing-sensitive outcomes: state of the science*. Sudbury, MA: Jones and Bartlet.
- Dowd, T. (2004). Katharine Kolcaba. Teoria do Conforto. In Tomey A. & Alligood M. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra. Modelos e Teorias de Enfermagem*, 481- 496. Loures. Lusociência.
- Ellershaw, J. & Ward, C. (2003). Care of the dying patient: last hours or days of life. *British Medical Journal*, 326, 30-34.
- Ellershaw, J., Sutcliffe, J. & Saunders, C. (1995). Dehydration and the Dying Patient. *Journal of Pain and Symptom Management*. 10. 192-198.
- *European Oncology Nursing Society* (2013). *EONS – Cancer Nursing Curriculum*. Bruxelas. Disponível em: [http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf#search="skills"](http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf#search=) , acedido em: 30 de Junho de 2015.
- Ferrel, B. & Coyle, N. (2010) – *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. 3ª edição. Oxford University Press. Oxford.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.
- Frias, C. (2008). O Enfermeiro com a Pessoa em fim de vida na Construção do Cuidar. *Revista Referência*.6. 56-67.
- Gonçalves, J. (2006). *A Bos Morte: Ética no fim de vida*. Dissertação de Mestrado em Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto.

- Griffith, J., Lyman, J., & Blackhall, L. (2010). Providing Palliative Care in the Ambulatory Care Setting. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14, 170-179.
- Hesbeen, W. (1993) - *Cuidar no Hospital. Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa perspectiva de Cuidar*. Camarate. Lusociência. 45-50
- Hipp, B. & Letizia, M. (2009). Understanding and Responding to The Death Rattle in Dying Patients. *MEDSURG Nursing*. 18. 17- 32.
- Hirsch, C., Marriot, J. & Faull, C. (2012). Influences on the decision to prescribe or administer anticholinergic drugs to treat death rattle: A focus group study. *Palliative Medicine*. 27. 732-738.
- Johns, C. (2009) – *Becoming a Reflective Practitioner*. 3ª Edição, United Kingdom:Wiley-Blackwell, págs. 1-49;
- Julião, M.(2013, Dezembro 07). A pessoa existe para além da doença. *Jornal Sol*. Disponível em: sol.sapo.pt
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178-1184.
- Kolcaba, K. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1301-1310.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice – A vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kruse, M., Vieira, R., Ambrosini, L., Niemeyer, F. & Silva, F. (2007). Palliative Care – An Experience. *Revista HCPA*, 27, 49-52.
- March, P. & Capel, C. (2014). *Spiritual needs of hospitalized patients. Evidence-based care sheet*. Cinahl Information Systems/EBSCO Publishing.
- Mayland, C., Williams, E., Addington-Hall, J., Cox, T. & Ellershaw, J. (2013). Does the “Liverpool Care Pathway” facilitate an improvement in quality of dying cancer patients?. *British Journal of Cancer*.108, 1942-1948.

- McCormack, B. & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing* 56(5), 472–479.
- McComarck, B. & McCance, T. (2010) – *Person-Centred Nursing Theory and Practice*. Wiley - Blackwell.26-31.
- Mercadante, S. *et al.* (2011). How Do Cancer Patients Receiving Palliative Care at Home Die? A Descriptive Study. *Journal of Pain and Symptom Management*. 42. 702-710.
- Miranda, N. *et al.* (2014). Portugal Doenças Oncológicas em Números – 2014. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Direção Geral de Saúde. Acedido em: <http://www.dgs.pt/?cr=26705> , a 25 de Junho de 2015.
- Morita, T., Ichiki, T., Tsunoda, J., Inoue, S. & Chihara, S. (1998). A prospective study on the dying process in terminally ill cancer patients. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*. Julho/Agosto. 2017-222.
- Morita, T. *et al.* (2004). Incidence and Underlying Etiologies of Bronchial Secretion in Terminally Ill Cancer Patients: A Multicenter, Prospective, Observational Study. *Journal of Pain and Symptom Management*. 27. 533-540.
- Muller-Busch, H.C. - Comunicação Sedação Paliativa: o mesmo que eutanásia?. Em III Congresso Nacional de Cuidados Paliativos. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2004.
- Nauck, F. (2001). Symptomkontrolle in der Finalphase. *Schmerz*. 15. 362-369.
- Nunn, C. (2014). It's not just about pain: Symptom management in palliative care. *Nurse Prescribing*. 12. 338- 344.
- Olarte, J., & Guillén, D. (2001). Ethical Dilemmas in Palliative and End-of-Life Care in Spain: The Definition of "Terminality": The Tradition of the Agonía. *Cancer control* , 8(1):46-54.
- Direção Geral de Saúde (2004). Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Lisboa: Direção Geral de Saúde.

- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Recomendações para a Elaboração de Guias Orientadores de Boa Prática de Cuidados*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf, acessido a 26 de Junho de 2015.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Lisboa. Acessido em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_188_2015_Competencias_Especificas_EE_Pessoa_Situacao_Cronica_Paliativa.pdf , em 26 de Junho de 2015.
- Organização de Serviços em Cuidados Paliativos, *Recomendações da ANCP (2005) – Associação Nacional de Cuidados Paliativos*. Acessido em: http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf , a 25 de Junho de 2015.
- Pacheco, S. (2004) – *Cuidar a pessoa em fase terminal, perspectiva ética*. 2ª edição. Loures. Lusociência.
- Pastrana, T., Reineke – Bracke, H. & Elsner, F. (2012). Recommendations for death rattle. *Der Schmerz*. 5. 1-7.
- Payne, S., Seymour, J. & Ingleton, C. (2008). *Palliative Care Nursing. Principles and Evidence for Practice*. Nova Iorque. Mc. Graw Hill.
- Phaneuf, M. (2002) – *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Lusociência.
- Rodrigues, S. L. L. (2013). *A Perspetiva dos Profissionais de Saúde no Cuidar do Doente em Fim de Vida*. Instituto Politécnico de

Viana do Castelo. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos. Viana do Castelo.

- Sant'ana, H. M. (2008). *Migrantes Hindus em Portugal: Trajectos, Margens e Poderes*. Instituto Superior do trabalho e da Empresa. Tese de Doutoramento. Lisboa.
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência*. Vol. 11, 59-62;
- Sapeta, P. (2011) – Cuidar em fim de vida: o processo de interacção enfermeiro – doente. Loures. Lusociência.
- Sharma, H., Jagdish, V., Anusha, P & Bharti, S. (2013). End-of.life care: Indian perspective. *Indian J. Psychiatry*. 55, 293-298.
- Shimizu, Y., Miyashita, M., Morita, T., Sato, K., Tsuneto, S. & Shima, Y. (2013). Care Strategy for Death Rattle in Terminally Ill Cancer Patients and Their Family Members: Recommendations From a Cross- Sectional NationWide Survey of Bereaved Family Members' Perceptions. *Journal of Pain and Symptom Management*. 5. 1-13.
- Silva, S. (2009). *Caracterização dos cuidados de saúde prestados ao doente oncológico em agonia num Serviço de Cuidados Paliativos*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Porto.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos e Organización Médica Colegial (2011) – *Guía de Sedación Paliativa*, Andaluzia, Espanha.
- Souza, M., Silva, M. & Carvalho, R. (2010). Revisão Integrativa: o que é e como fazer?. *Einstein*. 8. 102-106.
- Strang, S., Henocho, I., Danielson, E., Browall, M. & Melin-Johansson, C.(2013). Communication about existential issues with patients close to death-burses' reflections on content, process and meaning. *Psycho-Oncology*. 23. 562-568.
- Tanner, (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Education*. Vol. 45(6). Págs. 204-211.

- Twomey, S. & Dowling, M. (2013). Management of death rattle at end of life. *British Journal of Nursing*. 22. 81-86.
- Twycross, R. (2003) – *Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa. Climepsi Editores.
- Watson, M., Lucas, C., Hoy, A. & Wells, J. (2009) – *Oxford handbook of Palliative Care*. 2ª edição. Oxford. Oxford University Press.
- Watts, T. & Jenkins, K. (1999). Palliative care nurses' feelings about death rattle. *Journal of Clinical Nursing*. 8. 615-618.
- Wildiers, H., et al. (2009). Atropine, Hyoscine Butylbromide, or Scopolamine Are Equally Effective for the Treatment of Death Rattle in Terminal Care. *Journal of Pain and Symptom Management*. 38. 154-134.
- Wee, B., Coleman, P., Hillier, R. & Holgate, S. (2008). Death rattle: its impact on staff and volunteers in palliative care. *Palliative Medicine*. 22. 173-176.
- Wiffen, P. (2008). Evidence- Based Pain Management and Palliative Care in Issue One for 2008 of the Cochrane Library. *Journal of Pain & Palliative care Pharmacotherapy*. 22. 239-244.
- Witkamp, E. (2015). What Happens and What Matters. A study on Palliative and Terminal care in the Hospital (PalTec-H). *University Medical Center*.
- Wittenberg-Lyles, E., Oliver, D., Demiris, G. & Regehr, K. (2010). Interdisciplinary collaboration in hospice team meetings. *Journal of Interprofessional Care*. 24. 264-273.
- Yarbro, C, Wujcik, D. & Gobel, B. (2014). *Cancer Symptom Management*. Estados Unidos da América. Jones & Bartlett Learning.
- <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/normas-clinicas-graus-de-recomendacao-e-niveis-de-evidencia.aspx>, acedido a 29 de Janeiro de 2016;
- <https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/65130/2/92475.pdf>, acedido a 1 de Fevereiro de 2016;

- http://www.a3es.pt/sites/default/files/DL%20115_2013%20GADES.pdf Decreto de lei das competências de 2º ciclo, acedido a 29 de Janeiro de 2016;
- http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documentos/rmde_indicadores-vfout2007.pdf

7. ANEXOS

**Anexo 1 – Descrição da Metodologia de
Revisão Integrativa da Literatura**

Inicialmente foi desenvolvida uma questão de investigação que teve por base o diagnóstico de situação realizado no serviço. Posteriormente a questão foi ajustada às necessidades mais explícitas da equipa de enfermagem, sendo por isso alterada e afinada para o sintoma mais descontrolado, neste caso o estertor.

Assim, a questão inicial foi: Quais as intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em fase agónica, no internamento hospitalar de cirurgia? Inicialmente foi realizada uma pesquisa generalista subordinada ao tema, como forma de verificar a evidência científica já existente a nível nacional e internacional. Posteriormente, foi efetuada pesquisa no Joanna Briggs Institute e no motor de busca EBSCO, utilizando como base de dados a CINAHL, MEDLINE, cujos critérios de inclusão foram o espaço temporal entre 2010 e 2015, com as palavras chave infra descritas, em full text, com posterior verificação de termos indexados e seleção dos artigos de potencial interesse para a pesquisa. Foi também realizada uma pesquisa em literatura cinzenta, sendo a pesquisa por estudos não publicados realizada junto das bases de dissertações académicas. A pesquisa foi orientada pelos seguintes termos:

- Participantes: adults, cancer, oncology, agonal stage, last hours and days of life, last stage of dying, end of life, terminal stage, terminal ill;
- Intervenções: nursing, palliative care, oncology nursing, palliative nursing;
- Contexto: hospice, hospital, ward;
- Resultados: alívio de sintomas;

Posteriormente, foi elaborada uma nova questão de investigação, direcionada para a gestão da sintomatologia do estertor. Assim, o objetivo da nova revisão da literatura, foi a identificação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com doença oncológica em fase agónica com estertor. A pesquisa foi efetuada através da EBSCO, mantendo as bases de dados utilizadas, de 2000-2015, sendo orientada através dos seguintes termos: "death rattle", "noisy breathing", "Ruckle", "Gasp", "nurs*" e "palliative care" cruzados através de operadores booleanos, novamente com critérios de full text. Foram obtidos 40 artigos elegíveis. Após avaliação dos resumos, foram identificados 14 que apresentam as características desejadas para a revisão. Os critérios de

exclusão foram, idade da população alvo inferior a 18 anos. Assim, a pergunta de investigação final foi: Quais as intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em fase agónica, com estertor, no internamento hospitalar de cirurgia? O processo de revisão de literatura implica uma elaboração de uma síntese capaz de promover a compreensão acerca da temática (Botelho, Cunha & Macedo, 2011). Deste modo, a revisão bibliográfica sistemática pretende dar resposta à pergunta específica previamente elaborada, utilizando métodos explícitos e sistemáticos para análise dos estudos encontrados (Castro, 2006).

Assim, assumo este trabalho como fruto de uma metodologia de revisão integrativa, parte integrante da revisão bibliográfica sistemática e que permite um resumo empírico ou teórico para que se compreenda um determinado fenómeno particular. É assim, utilizado o conhecimento já construído para que este seja utilizado no gerar de novos conhecimentos (Botelho, Cunha & Macedo, 2011). Tal como refere Redeker (2000), trata-se de um sumário da literatura acerca de uma determinada temática, de forma a dar origem a análise e conclusões.

Assim, foram seguidas as seis etapas da revisão integrativa, ou seja, identificação do tema e formulação da questão, de seguida foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão para a pesquisa, na terceira etapa a seleção dos estudos pertinentes, tendo sido posteriormente categorizados em níveis de evidência científica, feita uma análise e interpretação dos resultados e finalmente realizada a produção e síntese de conhecimento prevista (Botelho, Cunha & Macedo, 2011; Cunha, 2014; Souza, Silva & Carvalho, 2010). Em simultâneo foi efetuada prática reflexiva baseada na evidência em cada um dos campos de estágio como estratégia de integração das situações e plano de ação sobre as mesmas (Craig & Smith, 2004).

O quadro referente ao resultado da Revisão da Literatura encontra-se no documento das Linhas Orientadoras do Cuidar da pessoa com doença oncológica em fase agónica com estertor, situado no Apêndice 16 do relatório de Estágio.

**Anexo 2 – Certificado de Participação
no Workshop Terapia da Dignidade**



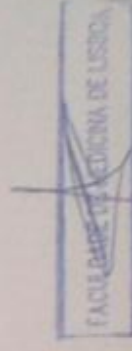
FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE LISBOA

UNIDADE DE FORMAÇÃO CONTÍNUA

CERTIFICADO

Certifica-se que **Ana Cristina Luís** esteve presente no VI Workshop **Terapia da Dignidade** que decorreu na Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa no 12 de Março de 2016, num total de 7 horas letivas/presenciais.



Prof. Doutor António Barbosa
Diretor do Curso

**Anexo 3 – Escala de Sedação
de Ramsay, Escala de Avaliação de
Sintomas de Edmonton (ESAS),
Escala e Índice de Karnofsky e
Palliative Performance Scale (PPS)**

1	Paciente ansioso, agitado, impaciente ou ambos.
2	Paciente cooperativo, orientado e tranqüilo.
3	Paciente que responde somente ao comando verbal.
4	Paciente que demonstra resposta ativa a um toque leve na glabella ou a um estímulo sonoro auditivo.
5	Paciente que demonstra resposta débil a um toque leve na glabella ou a um estímulo sonoro auditivo.
6	Paciente que não responde aos mesmos estímulos dos itens 4 ou 5.

Fig. 1 – Escala de Sedação de Ramsay

Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS)		
Sem dor	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior dor possível
Sem cansaço	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior cansaço possível
Sem náusea	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior náusea possível
Sem depressão	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior sonolência possível
Muito bom apetite	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior apetite possível
Sem falta de ar	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior falta de ar possível
Melhor sensação de bem-estar possível	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	Pior sensação de bem-estar possível
Outro problema	0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10	

Fig. 2 – Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS).

Apto para atividades normais e trabalho; nenhum cuidado especial é necessário.	100	Normal; nenhuma queixa; nenhuma evidência de doença.
	90	Capacitado para atividades normais. Pequenos sinais e sintomas.
	80	Atividade normal com esforço. Alguns sinais e sintomas de doença.
Inapto para o trabalho; apto para viver em casa e cuidar de muitas de suas necessidades. As quantidades de assistência e suporte necessários são bastante variáveis.	70	Cuidados para si, incapaz para seguir com atividades normais ou trabalho ativo.
	60	Requer ajuda ocasional, porém apto a cuidar de muitas de suas necessidades pessoais.
	50	Requer ajuda considerável e freqüente assistência médica ou especializada.
Inapto para cuidar de si mesmo; requer cuidados hospitalares ou equivalentes especializado; doença pode estar progredindo rapidamente.	40	Incapacitado; requer cuidado especial e assistência.
	30	Severamente incapacitado; admissão hospitalar é indicada, mas a morte não é iminente.
	20	Muito doente; admissão hospitalar é necessária, necessitando de terapia e cuidados intensivos.
	10	Moribundo; processo de fatalidade progredindo rapidamente.
	0	Morte

Fig. 3 – Índice de Karnofsky.

Gradação (%)	Significado
100	Normal, ausência de queixas, sem evidências de doença
90	Capaz de realizar atividades normais, sinais e sintomas mínimos da doença
80	Atividade normal com esforço, alguns sinais ou sintomas da doença Incapacidade para grande esforço físico, consegue deambular
70	Não requer assistência para cuidados pessoais, mas é incapaz de realizar atividades normais, como tarefas caseiras e trabalhos ativos
60	Requer assistência ocasional, mas consegue realizar a maioria dos seus cuidados pessoais
50	Requer considerável assistência e frequentes cuidados médicos
40	Incapacitado, requer cuidados pessoais e assistência, autocuidado limitado Permanece mais de 50% do horário vigil sentado ou deitado
30	Severamente incapacitado, necessidade de tratamento de suporte permanente, embora a morte não seja iminente
20	Paciente muito doente, completamente incapaz, necessidade de tratamento de suporte permanente, confinado ao leito
10	Moribundo, processo de morte progredindo rapidamente

Fig. 4 – Palliative Performance Scale (PPS)

**Anexo 4 – Certificado de Participação
no Curso de Cuidados Paliativos (APCP, 2015)**

CERTIFICADO

CERTIFICA-SE QUE:

Ana Cristina Mano Esteves Luís

Frequentou o Curso Básico de Cuidados Paliativos, realizado no Centro de Exposições da Câmara Municipal de Odivelas, nos dias 13, 14 e 21 de novembro de 2015, com a duração total de 21 horas letivas.



P' D I R E Ç Ã O

A handwritten signature in blue ink is written over a white rectangular background. The signature appears to be "Ana Cristina Mano Esteves Luís".

21/11/2015

**Anexo 5 – Níveis de
Evidência e Graus de
Recomendação**



Normas Clínicas Graus de Recomendação e Níveis de Evidência

Na Tabela 1 e 2 encontram-se, respetivamente, os Graus de Recomendação e os Níveis de Evidência, adotados por esta Direção-geral, para a emissão das Normas Clínicas elaboradas pelo Departamento da Qualidade na Saúde, em parceria com a Ordem dos Médicos, sempre que outros não sejam referidos na própria norma.

Tabela 1: Graus de Recomendação

Grau de recomendação	Descritivo
Grau I	Existem evidências e/ou consenso geral de que determinado procedimento/tratamento é benéfico, útil e eficaz.
Grau II	Existem evidências contraditórias e/ou divergência de opiniões sobre a utilidade/eficácia de determinado tratamento ou procedimento.
Grau IIa	Evidências/opinião maioritariamente a favor da utilidade/eficácia.
Grau IIb	Utilidade/eficácia pouco comprovada pelas evidências/opinião.
Grau III	Existem evidências e/ou consenso geral de que determinado procedimento/tratamento não é benéfico/ eficaz e poderá ser em certas situações prejudicial.

Fonte: adaptado e traduzido de www.escardio.org

Tabela 2: Níveis de Evidência

Nível de evidência	Descritivo
A	Informação recolhida a partir de vários ensaios clínicos aleatorizados ou meta-análises.
B	Informação recolhida a partir de um único ensaio clínico aleatorizado ou estudos alargados não aleatorizados.
C	Opinião consensual dos especialistas e/ou pequenos estudos, estudos retrospectivos e registos.

Fonte: adaptado e traduzido de www.escardio.org

**Anexo 6 – Registo da
Avaliação do Estágio com Relatório**



ANEXO 3

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO E PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio _____

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A discente demonstrou, ao longo do período de estágio, sempre grande interesse e determinação, procurando aproveitar ao máximo as oportunidades de aprendizagem que foram surgindo. Considero que tem uma resposta muito boa aos objectivos gerais e específicos que havia traçado para esta etapa do seu processo de aprendizagem, tendo desenvolvido com qualidade as actividades planeadas.

Assim, considero que foram demonstradas, pela discente, competências específicas do enfermeiro especialista, nomeadamente:

- Cuida da pessoa com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em diversos contextos da prática clínica (internamento e consulta externa), diminuindo o seu sofrimento e maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.
- Estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte.

Por conseguinte, avalio o desempenho da discente no presente estágio em **Muito Bom**.

Data:

Orientador:

Estudante (nome e matriculamento)

Orientador:

Docente:



ANEXO 3

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
CURSO DE MESTRADO E PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
ÁREA ESPECÍFICA DE INTERVENÇÃO: ENFERMAGEM ONCOLÓGICA

REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio _____

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A Ana Luís apresentou-se disponível, com iniciativa e proactividade ao longo de todo o estágio. Integrou-se com facilidade, profissionalismo na equipa multidisciplinar. Cumpriu os objetivos esperados e propõe ações pela própria. Respondeu de forma correta e adequada às necessidades dos doentes e família. Estabeleceu relações simpáticas e comunicativas. Adquiriu e desenvolveu conhecimentos de controlo sintomático. Procura desenvolver conhecimentos nas diversas áreas de cuidados paliativos e aplica-os de forma concreta. De forma qualitativa classifico este estágio como: Muito Bom.

Data: _____ Orientador: _____

25 Nov. 2015 Estudante (tomar conhecimento) Ana Luís

Orientador: _____

Docente: _____

REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio _____

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

A estagiária Ana teve integração facilmente na equipa multidisciplinar, demonstrando interesse na aprendizagem, sendo pontual na sua presença formativa. Fundamentou os seus conhecimentos, reflexões e intervenções em base na evidência, mostrando capacidade e participação na tomada de decisão, promovendo no mesmo interesse a sua própria. Foi diligente na realização das atividades que se propôs tendo atingido os objetivos definidos para este campo de ensino clínico. Revela uma atitude profissional madura, presente no ambiente de trabalho e no relacionamento com o professor efetivando excelentes competências interpessoais, intrapessoais e técnicas, na área de Inf. e Hematologia - Unidade Exp. de Oncologia. Através da avaliação qualitativa de Paulo Sousa

Data: 23/10/15 Orientador

Orientador:

Estudante (nome conhecido)

Docente:

REGISTO DA AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Local de Estágio _____

Avaliação Qualitativa do Enfermeiro Orientador do campo da prática Clínica:

Considero que o estágio foi muito produtivo sendo que a aluna revelou a aquisição de competências na área específica de intervenção de enfermagem à pessoa com doença oncológica, em base agénica, no internamento hospitalar de urgência. Esta conseguiu atingir os objetivos propostos tendo desempenhado um papel dinamizador e interventivo em vista à aplicação do seu projecto, através do cumprimento das actividades de intervenção/gestão a que se comprometera. Enquanto orientadora, considero que a mais valia deste projecto se traduziu na facilitação da reflexão sobre a prática da equipa de enfermagem com vista à mudança de mentalidades e na capacitação dos enfermeiros para a prestação de cuidados ao doente em agénia e à sua família. Por todo o trabalho desenvolvido atribuo a classificação de **BUENO**.

Data: _____

Orientador: _____

Orientador

Docente.

Estudante (nome e conhecimento)

8. APENDICES

Apêndice 1 – Projeto de Intervenção



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
6º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico- Cirúrgica
Vertente Oncológica

PROJETO

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM
DOENÇA ONCOLÓGICA, EM FASE AGÓNICA, NO
INTERNAMENTO HOSPITALAR DE CIRURGIA

Ana Cristina Mano Esteves Luís Nº 221

Lisboa
2015



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
6º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico- Cirúrgica
Vertente Oncológica

PROJETO

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM À PESSOA COM
DOENÇA ONCOLÓGICA, EM FASE AGÓNICA, NO
INTERNAMENTO HOSPITALAR DE CIRURGIA

Discente:

Ana Cristina Mano Esteves Luís Nº 221

Docente:

Professora Eunice Sá

Lisboa

2015

**“Enquanto existir quem cuide, nenhum sofrimento será
insuportável”.**

(Cicely Saunders, 1959)

LISTA DE ABREVIATURAS

ANCP – Associação Nacional de Cuidados Paliativos

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CP – Cuidados Paliativos

DGS – Direção Geral de Saúde

EAPC – *European Association for Palliative Care*

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

EONS – *European Oncology Nursing Society*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCECG - Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais

PI – Projeto de Intervenção

PICO – População, Intervenção, Contexto, Resultados

PNCP – Programa Nacional de Cuidados Paliativos

PNDO – Plano Nacional de Doenças Oncológicas

RCCEE - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEEEEPSCP – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SCG – Serviço de Cirurgia Geral

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

ÍNDICE

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO	6
2. METODOLOGIA E PALAVRAS-CHAVE	6
3. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS.....	6
4. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA.....	7
4.1. SUMÁRIO	7
4.2. REVISAO DA LITERATURA	10
4.3. PLANO DE TRABALHO E METODOS.....	14
4.4. COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER NESTE PROJETO	17
5. CONCLUSÃO.....	19
6. BIBLIOGRAFIA.....	20
7. APÊNDICES	23
7.1. APENDICE I – INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS	
7.2. APENDICE II – ANALISE SWOT	
7.3. APÊNDICE III – CRONOGRAMA DO 3º SEMESTRE	
7.4. APENDICE IV - PLANO E METODOS DE TRABALHO	

1. IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

Questão de Investigação

Quais as intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em fase agónica, no internamento hospitalar de cirurgia?

2. METODOLOGIA E PALAVRAS-CHAVE

Inicialmente foi realizada uma pesquisa generalista subordinada ao tema, como forma de verificar a evidência científica já existente a nível nacional e internacional. Posteriormente, a metodologia utilizada, foi a pesquisa no Joanna Briggs Institute, no motor de busca EBSCO, utilizando como base de dados a CINAHL, MEDLINE, cujos critérios de inclusão foram o espaço temporal entre 2010 e 2015, com as palavras-chave infra descritas, em full text, com posterior verificação de termos indexados e seleção dos artigos de potencial interesse para a pesquisa.

Foi também realizada uma pesquisa em literatura cinzenta, sendo a pesquisa por estudos não publicados realizada junto das bases de dissertações académicas.

A pesquisa foi orientada pelos seguintes termos:

- Participantes: adults, cancer, oncology, agonal stage, last hours and days of life, last stage of dying, end of life, terminal stage, terminal ill;
- Intervenções: nursing, palliative care, oncology nursing, palliative nursing;
- Contexto: hospice, hospital, ward;
- Resultados: alívio de sintomas;

Data do início 28 de Setembro de 2015 a 29 de Março de 2016

Duração 1 semestre

3. INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

As instituições envolvidas encontram-se discriminadas no APÊNDICE I.

4. COMPONENTE CIENTÍFICA E FORMATIVA

4.1. SUMÁRIO

A doença oncológica tem-se vindo a tornar a maior problemática do nosso século, tanto no que concerne à qualidade de vida dos sobreviventes como à relevância da sua taxa de mortalidade. Assim, temos de nos questionar como serão os últimos dias de quem vive o culminar de uma doença oncológica, e se estarão os profissionais capacitados para cuidar destes doentes com necessidades tão específicas?

Assim, como refere a DGS (2014, p. 9-10), a doença oncológica é uma doença do futuro, uma vez que se encontra a aumentar de ano para ano, sendo a perspetiva para 2030 que existam no nosso país mais de 50000 novos casos desta doença.

Desta forma, e vivendo nós sob um paradigma biomédico, existe dificuldade em assumir que um doente seja paliativo e não curativo, uma vez que o próprio paradigma da transição não é bem aceite pelas equipas de saúde em Portugal (APCP, 2005, p.5). É, efetivamente esta dificuldade que é visível igualmente no local onde me encontro a exercer funções, o que atrasa a implementação de ações paliativas e a própria identificação do doente como paliativo.

Sapeta (2011, p. 12), afirma que 58% dos doentes continua a morrer nos hospitais, onde a sua situação clínica, a natureza emocional dos cuidados e uma rede variável de contexto impulsiona um cenário complexo e de difícil gestão.

Griffith, Lyman & Blackhall (2010, p. 171), citando a OMS (2010) define os cuidados paliativos como "uma abordagem que melhora a qualidade de vida dos pacientes e suas famílias que enfrentam os problemas associados a doença com risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio de início identificação e avaliação impecável e tratamento da dor e outros problemas físicos, psicossociais e espirituais".

Os princípios dos CP revelam-se fulcrais para a promoção do conforto e adequação dos cuidados ao doente e sua família. A OMS (2004) citada pela DGS (2005, p. 6), refere que os CP devem ser uma prioridade da política de saúde, com a perspetiva de apoiar globalmente os doentes que se encontrem em fase mais avançada ou já em final de vida.

Deste modo, vários autores referem barreiras existentes à identificação do doente como agónico, sendo elas o não acordo da equipa médica ou a esperança irrealista que a situação seja ainda reversível (Witkamp, 2015, p. 11).

A fase agónica é então encontrada na literatura anglo saxónica como *last days or hours of life*, *agonal stage*, sendo considerada o espaço de tempo em que existe maior declínio a nível físico e psicológico onde existe um quadro de prostração, que tem um espaço temporal que pode levar dias ou ser de apenas horas e onde apenas os cuidados de conforto farão sentido, recusando medidas invasivas ou provocadoras de sofrimento desnecessário ou fútil (Muller-Busch, 2004, Barbosa & Neto, 2010, Ellershaw & Ward, 2003).

Neste sentido, existe necessidade de mudança de mentalidades e capacitação dos enfermeiros para a prestação destes cuidados ao doente em agonia e à sua família, unidade integrante do cuidar (Ellershaw & Ward, 2003, p.32).

Os enfermeiros, nesta fase são os pilares dos cuidados de conforto, uma vez que são responsáveis por tudo o que envolve a díade doente e família. É neste ponto essencial, que debruçarei o meu PI, nas intervenções do enfermeiro ao doente oncológico em fase agónica, portanto nas últimas horas ou dias de vida, aquando do seu internamento, pois existe uma cada vez maior hospitalização e morte institucionalizada nesta fase de vida do doente, seja por incapacidade das famílias seja por descontrolo sintomático e como tal existe necessidade de aprendermos efetivamente a cuidar do doente em fim de vida (Barbosa & Neto, 2010, Carloto & Capelas, 2012, Silva, 2009).

Consequentemente, o objetivo major deste PI que pretendo implementar num serviço de internamento cirúrgico, é a capacitação dos enfermeiros que cuidam de doentes em fase agónica, de forma a desmistificar ideias pré concebidas e a fornecer-lhes orientações mais recentes e atualizadas do modo como promover conforto e qualidade nos momentos finais destes doentes

oncológicos. Será, assim, um projeto que contribuirá para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, conduzindo à maior satisfação do profissional que presta cuidados e do doente e família que são alvo destes mesmos cuidados.

Neste sentido, será utilizada como teórica de enfermagem Afaf Meleis, com a Teoria das Transições, uma vez que se coaduna com tudo o que está descrito neste PI. Desde a transição do doente e família para a sua morte, lutos pessoais inerentes o processo de morrer, até às próprias transições de ideais biomédicos para ideais holísticos da prática do cuidar. Concomitantemente abordarei, Kolcaba pois incide sobre a Teoria do Conforto, que se resume ao objetivo primordial deste PI, promover o conforto do doente em fase agónica controlando a sintomatologia, intervindo neste e na sua família.

Considero como adquiridas as competências do PCECG, previstas pela OE (2011) e como tal, como competências a atingir, baseio-me no RCEEEEPSCP, (2011, p.1-4), algumas competências presentes RCCEE, (2010) especialmente no âmbito da tomada de decisão e no âmbito da implementação de práticas que visem a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e desenvolvimento de autoconhecimento e assertividade, que serão posteriormente descritas.

Desejo, ainda, adquirir ou melhorar competências previstas pela EONS (2013), como ter uma visão centrada na pessoa com doença oncológica sistematizando o conhecimento desta e de sua família, demonstrar julgamento e raciocínio críticos acerca da situação e mais direcionado para a minha intervenção descrever e interpretar os sintomas relacionados e desenvolver técnicas de comunicação para com os doentes e família bem como para os colegas e restante equipa.

Desta forma, este PI advém de necessidades expressas pela equipa de enfermagem do local onde será implementado e da minha motivação pessoal, uma vez, que decorre de um favoritismo pela área dos cuidados paliativos e pela promoção de conforto e qualidade de vida às pessoas com quem contato diariamente.

4.2. REVISÃO DA LITERATURA

A doença oncológica em Portugal tem-se tornado cada vez mais incidente, sendo já considerada uma doença do presente e do futuro que exige uma abordagem multidisciplinar por parte das estruturas de saúde. É, assim, perspectivado que em 2030 existam no nosso país, entre 50000 a 60000 novos casos de cancro, o que nos faz refletir acerca da necessidade de formação de profissionais para lidarem com esta situação (DGS, 2014, p.9). Corroborando com esta ideia, Carrilho (2010, p. 121) aponta que as doenças oncológicas representaram 23,2 % das causas de morte em Portugal nesse ano.

Gómez-Batiste (2005, p.81-98) citado por Capelas & Coelho (2014, p.21), afirma que 2/3 das pessoas que falecem por cancro necessitam numa ou noutra fase de cuidados paliativos.

Sendo os momentos finais de vida maioritariamente passados em instituições, a noção de morte é alterada de “um acontecimento precoce e familiar para um mais tardio e institucional (...)” (Capelas, 2014, p. 33). O fim de vida no doente oncológico e os cuidados de enfermagem que se lhe podem, e devem, ser prestados têm-se revelado numa grande problemática (OMS, 2008).

As limitações vigentes a este cuidado, segundo Gonçalves (2006, p.8), baseiam-se na morte ser vista, muitas vezes, como um fracasso pela parte das instituições de saúde, sendo aplicadas até ao final técnicas invasivas que agudizam o sofrimento de quem está em agonia e nenhum proveito próprio lhe traz.

Cicely Saunders, em Inglaterra na década de 70 foi a impulsionadora do movimento moderno de valorização e aplicação de cuidados paliativos a doentes em fim de vida em “Hospices”, ou seja, em domicílios ou lares especialmente destinados a este tipo de pessoas nesta fase específica da sua vida. Posteriormente, este movimento e filosofia do cuidar foi avançando pela Europa, até aos dias de hoje (Kruse, Vieira, Ambrosini, Niemeyer e Silva, 2007, p. 3).

É assim, neste momento final de vida e em concomitância com vários problemas que surgem no doente oncológico neste período, que se sentem as lacunas na preparação dos profissionais de saúde em relação a esta situação e

a forma de lidar com ela. Deste modo, surge a necessidade dos CP nos serviços de internamento, com vista a colmatar as necessidades destes doentes e suas famílias na fase final de vida, existindo já a nível internacional projetos direcionados para o alívio de sintomas nas últimas horas ou dias de vida, designados por fase agónica. (Carneiro et al., 2011, p. 546).

Assim, o cuidar com qualidade na fase agónica, torna-se fulcral para a designada “boa morte” a que todos os doentes deverão ter direito. Capelas (2014, p. 37), afirma que a experiência de “boa morte” pode ser vista como algo individual, inerente às crenças, aos valores, ao sofrimento atual e à própria experiência de vida do indivíduo, contudo o desejo final, é na generalidade, ser tratado com respeito e dignidade, ter ausência de sintomatologia desconfortável e acima de tudo, estar acompanhado por família ou amigos.

Seria impossível abordar esta temática sem falar no PNCP (2005, p. 7) que afirma que as ações paliativas são aquelas sem intuito curativo e que em simultâneo visam minorar as repercussões negativas dos sintomas promovendo bem-estar, sendo assim integrantes da prática profissional, pois revelam-se práticas intensivas da promoção do conforto.

No seguimento, a ANCP (2006, p.5-7), admite existir confusão entre os conceitos de doente em cuidados paliativos, doente terminal e doente agónico, salientando que um doente a receber este tipo de cuidados não é necessariamente um doente terminal.

Na atualidade, a fase agónica, é designada na literatura anglo-saxónica por *last hours or days of life* tem um grande impacto familiar e cultural, contudo muitas vezes com obstáculos à sua identificação atrasando as intervenções ao doente nesta fase (Carloto & Sapeta, 2012, p.12).

Este reconhecimento situacional, de que faltam dias ou horas para que culmine na morte são de certa forma preciosas, para o doente mas essencialmente para a família, uma vez que é um momento muito importante para o luto próximo, surgindo aqui a necessidade de apoio psicológico e espiritual antes e após do falecimento do doente (Silva, 2009, p.10).

O doente oncológico em fase agónica é identificado por um estado de consciência semicomatoso, com incapacidade para ingestão hídrica e como tal tem a via oral comprometida igualmente para via de administração de medicamentos (Ellershaw & Ward, 2003, p. 31).

Deste modo, o cuidar do doente em fase agónica, deve basear-se nos quatro pilares preconizados pela filosofia dos CP: controlar sintomas, comunicar adequadamente, apoiar a família e trabalhar em equipa. Estes cuidados centram-se na importância da dignidade da pessoa, aceitando a morte como etapa natural da vida, que deve ser vivida intensamente até ao fim (APCP, 2013).

Neste mesmo sentido, surgiu através de um médico Ellershaw e de uma enfermeira Wilkinson, o Liverpool Care Pathway (LCP) no Reino Unido, com o intuito de aplicar a filosofia das Unidades de Cuidados Paliativos para outras áreas do cuidar, promovendo qualidade no fim de vida, uma vez que 50% das mortes no Reino Unido são hospitalares, mas em serviços que não Unidades de Cuidados Paliativos. Sendo assim, vigoraria uma uniformização do cuidar do doente em fim de vida, proporcionando conforto e alívio sintomáticos à pessoa, independentemente do local onde esta se encontrar, preparando os profissionais para situações de final de vida capacitando-os para agir nelas (Mayland, Williams, Addington-Hall, Cox & Ellershaw, 2013, p. 4). Algo que seria de extrema importância também em Portugal, uma vez que como já foi referido existem lacunas nos hospitais e nos próprios profissionais em cuidar em fim de vida.

Neste sentido, Witkamp (2015, p.11), realizou um estudo acerca do desempenho do enfermeiro na fase final de vida do doente, e refere a importância das equipas de enfermagem nesta fase agónica. Pois é nesta fase, que tanto os doentes como as famílias necessitam de maior atenção e cuidados mais intensos e dedicados. Refere ainda que apesar de tudo os enfermeiros manifestam dificuldades em lidar com o sofrimento, em comunicar com os doentes e suas famílias, em lidar com a incerteza e com as expectativas irrealistas das famílias.

Daqui, advém a necessidade de formação e capacitação dos enfermeiros para este estadió de vida de forma a promover o máximo de conforto ao doente e sua família, antes, durante e após o falecimento da pessoa cuidada, como preconiza a APCP (2013).

Como referem Barbosa e Neto (2010, p. 389) todas as intervenções realizadas nesta fase visam maximizar o conforto e, promovendo a máxima dignidade de vida, sem pretender acelerar ou atrasar a morte da pessoa.

Sendo defendido o doente, evitando encarniçamento terapêutico e medidas desproporcionadas.

Assim, valoriza-se o conforto como controlo de sintomas, qualidade de sono e bem-estar psicológico, verificando se a pessoa consegue descansar e acima de tudo se está tranquila. Esta proximidade com a morte enfatiza o papel do cuidar por parte do enfermeiro.

Pacheco (2004, p. 121-135), reforça a importância do enfermeiro nesta fase da vida do doente, afirmando que este tem uma relação mais íntima com o mesmo, não apenas porque passa mais tempo na instituição como é também o seu prestador de cuidados diretos.

É, igualmente, expectável que existam igualmente dilemas éticos por esta altura e neste caso, terão de ser discutidos e decididos em equipa interdisciplinar, sendo os familiares envolvidos nas decisões tanto quanto possível e estarem informados para os sintomas esperados daquela situação (Barbosa e Neto, 2010, p.391).

Assim, face a um doente agónico devem ser respeitados três princípios essenciais, a adequação da via de administração dos fármacos, a adequação e simplificação da medicação e as medidas designadas de conforto, ou seja, os posicionamentos, os cuidados com a higiene oral e as massagens.

No estudo de Witkamp (2015, p. 62), os sintomas físicos mais frequentes no doente agónico, neste caso, 24h antes da sua morte, são: xerostomia (51%), diminuição do estado de consciência (48%), fadiga (46%), dispneia (45%), anorexia (42%), dificuldades na deglutição (39%), agitação (38%), dor (37%) e estertor (36%). A nível dos sintomas psicológicos como sentimento de impotência (33%), tristeza (30%), ansiedade (28%), preocupação (26%), dependência (22%) e depressão (21%).

Para concluir assumo a pertinência desta temática no meu contexto de trabalho, pois a maior parte das vezes em que existe um doente em fase agónica e se aborda a equipa médica de forma a serem realizadas medidas paliativas estas são implementadas muito tardiamente ou não são implementadas.

4.3. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS

Este plano de trabalhos e os métodos a serem utilizados, encontram-se descritos detalhadamente no APÊNDICE IV.

A problemática a ser trabalhada foi decidida após identificação do problema pela maioria dos colegas da equipa de enfermagem e dos elementos de chefia de enfermagem do serviço onde me encontro a exercer funções e onde será aplicado, denominado neste PI como Campo de estágio 4. Esta necessidade foi identificada após conversas informais com os elementos atrás discriminados.

A população deste serviço de internamento é composta maioritariamente por doentes cirúrgicos de base oncológica, o que nos permite inferir ser um bom local para acompanhar doentes oncológicos paliativos e em fase final de vida, uma vez que existe o regresso dos mesmos ao serviço nesta fase.

As principais necessidades apontadas, foram a gestão do doente em fase de agonia, o alívio de sintomas, bem como o lidar com a família.

De seguida, foi realizada novamente em contexto informal a pesquisa da identificação, dentro do leque de sintomas mais comumente descontrolados na fase agónica, daqueles que os colegas consideram ter maior dificuldade em gerir bem como os que consideram mais importantes de serem abordados no serviço, de forma a dirigir o meu trabalho para as necessidades específicas dos enfermeiros deste serviço.

Assim, a necessidade vigente é o efetivo tratamento das situações agónicas de forma a promover conforto e qualidade de vida na morte, incluindo a sua família, independentemente da EIHCP se encontrar envolvida na situação, uma vez que a Equipa de Enfermagem do serviço necessita de formação e conhecimentos de forma a promover estas intervenções 24 horas por dia até à morte.

Consequentemente, a fase de agonia, é de extrema importância tanto para o alívio do sofrimento da pessoa doente, como para quem o rodeia, uma vez que esta fase tem um papel fundamental para a prevenção de lutos patológicos dos que ficam e para a resolução de situações pelos que partem, pois como afirma Barbosa & Neto (2010, p. 389), as pessoas que se encontram

em paz interior e com as situações resolvidas têm fases agónicas menos complexas e com maior harmonia, com menor tempo das mesmas.

Deste modo, e como refere Capelas (2014, p. 128 - 129), existem indicadores de qualidade relacionados com os cuidados ao doente paliativo em morte iminente. Os que ressaltam e que fariam sentido neste PI seriam: presença da família no momento do falecimento; informação à família da morte iminente/próxima do doente; informação à família do processo de morte; reconhecimento e registo da transição para a fase de agonia e comunicação ao doente, família e equipa; informação regular à família, de forma adequada à idade e cultura da mesma, dos sinais e sintomas de aproximação da morte; satisfação da família sobre a continuidade da informação transmitida acerca da evolução do estado do doente e finalmente, satisfação da família sobre a continuidade da informação transmitida acerca das abordagens terapêuticas para o controlo sintomático do doente.

Contudo, encontrando-se este PI direcionado para a pessoa alvo de cuidados e para os profissionais de saúde, em específico, os enfermeiros, os indicadores de qualidade seriam avaliados nos últimos dias de vida e basear-se-iam em:

- A). Auditorias aos processos verificando nos registos acerca do doente a existência de sintomas descontrolados, as intervenções de enfermagem realizadas para o controlo destes sintomas e a presença da família junto ao doente;
- B). Avaliação da satisfação destas famílias observando diretamente como estas se encontram.

Com a implementação deste PI pretendo a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem ao doente em fase agónica e sua família, identificando a sintomatologia mais frequente nesta fase, descrita em literatura, de forma a geri-la melhor e minimizá-la, promovendo uma morte sem desconforto. Estas intervenções poderão ser avaliadas através dos registos efetuados pela equipa de enfermagem que descrevem a forma como o doente se encontra desde os últimos dias até ao momento em que se dá a morte.

Assim, inicialmente destes registos, a informação a ser retirada será:

- A transição para o estado de agonia do doente;

- Presença de sintomas de difícil controlo como? Quais?
- Presença de sinais de desconforto nos últimos dias antes de morrer?
- Intervenções de enfermagem realizadas? Obtiveram efeito?
- Dificuldades da equipa de enfermagem em gerir a situação?
- Como se encontrava o doente no momento da morte e a sua família?

Pois o que se pretende, efetivamente, é o culminar numa designada “boa morte” como Capelas (2014, p. 37), afirma que a experiência de “boa morte” pode ser vista como algo individual, inerente às crenças, aos valores, ao sofrimento atual e à própria experiência de vida do indivíduo, contudo o desejo final, é na generalidade, ser tratado com respeito e dignidade, ter ausência de sintomatologia desconfortável e acima de tudo, estar acompanhado por família ou amigos.

Após apresentar a problemática e a justificação da mesma, apresento uma análise da situação em si.

Utiliza-se uma análise “SWOT” de forma a avaliar as condições do local onde me encontro a realizar funções e onde pretendo aplicar o presente PI.

Assim, Capelas (2014) citando Gómez-Batiste (2005, p. 153-172), define esta análise “SWOT” como sistema de auto-avaliação que permite avaliar sistematicamente qualquer aspeto da qualidade. Sendo este um sistema de análise positivo, pois avalia não apenas os aspetos limitadores mas igualmente os provedores de mudança e desenvolvimento. Deste modo, dividem-se em:

- “Strengths” /Forças: aspetos internos da equipa que se considerem positivos e serem capacitadores;
- “Weaknesses” / Fraquezas: aspetos em que se tem mais dificuldades ou em que se sente necessidade de melhoria;
- “Opportunities” /Oportunidades: fatores que facilitam o desenvolvimento da equipa e que podem por ela ser desenvolvidos;
- “Threats” /Ameaças: aspetos externos alheios à equipa mas que a podem afetar negativamente;

Consequentemente a análise “SWOT”, no serviço onde será aplicado o PI, é realizada no quadro inserido em APÊNDICE II, por impossibilidade de colocar ao longo do trabalho.

Assim, como metodologia de trabalho, foi realizado um diagnóstico de situação, de onde emergiu a problemática vigente neste PI. De seguida, realizado o planeamento de intervenção no serviço de internamento onde foi verificada a problemática.

Foi realizada pesquisa em bases de dados digitais acerca da mais recente evidência científica sobre a sintomatologia acima descrita, seguida da observação nos serviços onde realizarei estágios, das intervenções de enfermagem realizadas nesta sintomatologia e o nível de eficácia verificada no alívio das mesmas, quer seja por auditorias a registos quer seja por observação direta das mesmas. Numa fase final de PI, ou seja, a sua aplicação no serviço onde me encontro a exercer funções de forma a melhorar a qualidade das práticas de enfermagem ao doente oncológico em fase agónica.

Deste modo, o resultado pretendido com a implementação deste PI, é efetivamente a ausência ou diminuição da frequência destes sintomas nos doentes oncológico em fase agónica implementando intervenções que favoreçam o conforto tanto do doente como da sua família.

4.4. COMPETÊNCIAS A DESENVOLVER NESTE PROJETO

As competências que pretendo desenvolver encontram-se de seguida descritas e partem de um pensamento articulado com os conceitos envolvidos neste PI, ou seja, com a oncologia e com o paliar, não descurando a comunicação e assertividade essenciais para a gestão da equipa e implementação do projeto.

Foram, assim, selecionadas competências de cariz internacional, para uma prática em consonância com as competências de Enfermeiro Especialista no contexto Europeu. Igualmente, abrangidas as competências do CD, da OE, pelo qual nos regemos em contexto nacional.

Deste modo, pretendo incidir este PI no desenvolvimento das seguintes competências:

Relacionadas com o RCEEEEPSCP (2011, p. 4):

- L5- Cuidar de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida. Pretendendo com isto, identificar as necessidades, promover intervenção junto do doente e sua família envolvendo-os sempre numa perspetiva de visão holística trabalhando de forma interdisciplinar de modo a promover e maximizar a qualidade de vida do doente até à sua morte.

- L6. Estabelecer relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte. Nesta competência é pretendida a promoção de parcerias terapêuticas, o respeito pela dignidade e autonomia do doente que se encontra a vivenciar processos de morte e de luto, negociar objetivos com o doente e sua família e reconhecer todas as crenças e valores que envolvem a díade doente família em fase agónica.

Relacionadas com o RCCEE (2010, p. 4-10):

- A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção. Demonstrando tomada de decisão ética na situação de oncologia e final de vida, suportando as decisões através do Código deontológico e dos princípios da Ética.

- A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, incidindo na unidade de competência gerir na equipa, de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, privacidade e a dignidade do doente, incidindo na fase terminal da sua vida e sublinhando a dignidade do doente.

- B1. Desempenha um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. Desenvolvendo mais especificamente o iniciar e participar em projetos institucionais na área da qualidade.

- B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua de qualidade, desenvolvendo maioritariamente, a avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem nas vertentes de Estrutura, Processo e Resultado.

- D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade. Desenvolvendo por necessidades pessoais e profissionais, a detenção de uma elevada consciência de mim enquanto pessoa e enquanto enfermeira.

- D2. Basear a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento, incidindo o desenvolvimento desta competência no suporte da prática clínica através da investigação e no conhecimento acerca do doente oncológico em fase agónica.

Referentes às Competências do EONS (2013, p. 32):

- Obter uma visão da pessoa com doença oncológica através do modelo Holístico, alocando todas as suas dimensões enquanto pessoa e não enquanto doente.

- Avaliar a pessoa e a sua família de forma sistemática, com instrumentos adequados. Demonstrar julgamento e raciocínio crítico em relação ao sistema composto pela pessoa com doença oncológica e sua família.

- Descrever e interpretar escalas e ferramentas de avaliação da sintomatologia oncológica.

- Utilizar e adaptar a comunicação como ferramenta, principalmente treinar assertividade, gerindo sentimentos e traduzindo relação terapêutica.

Desta forma, apresenta-se em Apêndice II o Cronograma de Atividades para o 3º semestre bem como os Locais de Estágio pretendidos para a aquisição e desenvolvimento das competências supra-citadas.

5. BIBLIOGRAFIA

- Aroso, A. *et al.* (2005). Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Direção Geral de Saúde. Acedido em: <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-cuidados-paliativos.aspx>, a 25 de Junho de 2015.
- Barbosa, A., & Neto, I. (2010) – *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Capelas, M. (2014) – *Indicadores de Qualidade para os Serviços de Cuidados Paliativos*. Lisboa. Universidade Católica Portuguesa.
- Carloto, C., & Sapeta, P. (2012). *Estado de Agonia: Obstáculos ao seu Diagnóstico Clínico*. Instituto Politécnico de Castelo Branco. Escola superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos. Castelo Branco.
- Carneiro, R., Barbedo, I., Costa, I., Reis, E., Rocha, N. & Gonçalves, E. (2011). Estudo comparativo dos cuidados prestados a doentes nos últimos dias de vida. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 545-554.
- Dias, A. (2012). *Referenciação para Unidades de internamento de Cuidados Paliativos portuguesas: Quando?, Quem? E Porquê?* Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos. Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências Médicas. Lisboa.
- Ellershaw, J. & Ward, C. (2003). Care of the dying patient: last hours or days of life. *British Medical Journal*, 326, 30-34.
- *European Oncology Nursing Society* (2013). *EONS – Cancer Nursing Curriculum*. Bruxelas. Disponível em: [http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf#search="skills"](http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf#search=) , acedido em: 30 de Junho de 2015.
- Ferrel, B. & Coyle, N. (2010) – *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. 3ª edição. Oxford University Press. Oxford.
- Gonçalves, J. (2006). *A Bos Morte: Ética no fim de vida*. Dissertação de Mestrado em Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto.

- Griffith, J., Lyman, J., & Blackhall, L. (2010). Providing Palliative Care in the Ambulatory Care Setting. *Clinical Journal of Oncology Nursing* ,14, 170-179.
- Kruse, M., Vieira, R., Ambrosini, L., Niemeyer, F. & Silva, F. (2007). Palliative Care – An Experience. *Revista HCPA*, 27, 49-52.
- Mayland, C., Williams, E., Addington-Hall, J., Cox, T. & Ellershaw, J. (2013). Does the “Liverpool Care Pathway” facilitate an improvement in quality of dying cancer patients?. *British Journal of Cancer*.108, 1942-1948.
- Meleis, A.; Sawywe, L.; Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Meleis, A. (2007) - *Theoretical Nursing: Development and Progress* (4th Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, págs.51-68.
- Miranda, N. *et al.* (2014). Portugal Doenças Oncológicas em Números – 2014. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Direção Geral de Saúde. Acedido em: <http://www.dgs.pt/?cr=26705> , a 25 de Junho de 2015.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf, acedido a 26 de Junho de 2015.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Lisboa. Acedido em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_188_2015_Competicencias_Especificas_EE_Pessoa_Situacao_Cronica_Paliativa.pdf , em 26 de Junho de 2015.
- Organização de Serviços em Cuidados Paliativos, Recomendações da ANCP (2005) – Associação Nacional de Cuidados Paliativos. Acedido em: http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf , a 25 de Junho de 2015.

- Pacheco, S. (2004) – *Cuidar a pessoa em fase terminal, perspectiva ética*. 2ª edição. Loures. Lusociência.
- Sapeta, P. (2011) – *Cuidar em fim de vida: o processo de interacção enfermeiro – doente*. Loures. Lusociência.
- Silva, S. (2009). *Caracterização dos cuidados de saúde prestados ao doente oncológico em agonia num Serviço de Cuidados Paliativos*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Porto.
- Witkamp, E. (2015). *What Happens and What Matters. A study on Palliative and Terminal care in the Hospital (PalTec-H)*. *University Medical Center*.

7. APÊNDICES

7.1. APÊNDICE I – INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Campo de estágio 1 – Por pertencer a um centro de excelência na deteção e tratamento do cancro, torna-se pertinente acompanhar os elementos desta equipa, seguindo a sua filosofia de cuidar em CP e acompanhando doentes em fase agónica de doença oncológica, população alvo deste estudo.

Campo de estágio 2 – Por ser um serviço que funciona 24h no cuidar de doentes paliativos, permite uma visão diária e completa da complexidade do doente que, embora não seja apenas de patologia do foro oncológico, torna-se de extrema importância para observação das práticas.

Campo de estágio 3 – Irá permitir, uma noção de como funciona a interligação entre serviços, articulação de cuidados e ainda a referenciação à equipa.

Campo de estágio 4 – Serviço de internamento destinado essencialmente a doentes cirúrgicos de patologia oncológica onde foi realizado o diagnóstico de situação e onde se pretende aplicar o PI.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa- instituição de ensino de enfermagem onde decorre o curso de Mestrado e onde será realizado o acompanhamento do PI.

7.2. APÊNDICE II – ANÁLISE SWOT

Análise “SWOT”

Sistema de avaliação de qualidade “SWOT”

Análise do serviço onde será desenvolvido o PI Intervenção de enfermagem à pessoa com doença oncológica em fase agónica, no internamento hospitalar de cirurgia.

“Strength” – Forças

- Identificação pelos membros da equipa de enfermagem como sendo uma problemática pertinente;
- Disponibilidade da maior parte da equipa de enfermagem em participar nas atividades propostas para implementação do PI;
- Área de interesse dos elementos da equipa de enfermagem;
- Grupos coesos dentro da equipa de enfermagem com espírito de entreajuda;
- Abertura da maior parte dos elementos da equipa de enfermagem para a nova informação e novas formas de agir mais atualizadas;
- Existência de elementos fixos, que poderão ser uma mais-valia para o acompanhamento das situações e importantes elos para a transmissão de informação;
- Capacidade do autor do PI em despertar os elementos da equipa de enfermagem para a problemática;
- Motivação do autor em relação à temática.

“Weaknesses” – Fraquezas

- A equipa de enfermagem ser consideravelmente grande e dispersa em 3 serviços, com 50 elementos, o que pode trazer entraves à chegada de informação;
- Existirem elementos que poderão mostrar-se renitentes à mudança ou adesão à evidência científica mais recente;
- Dificuldade em assumir que o doente se encontra em fase terminal, por parte da equipa Médica;
- Medos e mitos acerca de medidas de conforto em fase agónica (de posicionamentos, hidratação ou outras medidas de conforto).

“Opportunities” - Oportunidades

- O sentimento de querer melhorar práticas com vista à realização profissional e pessoal de cada

enfermeiro;

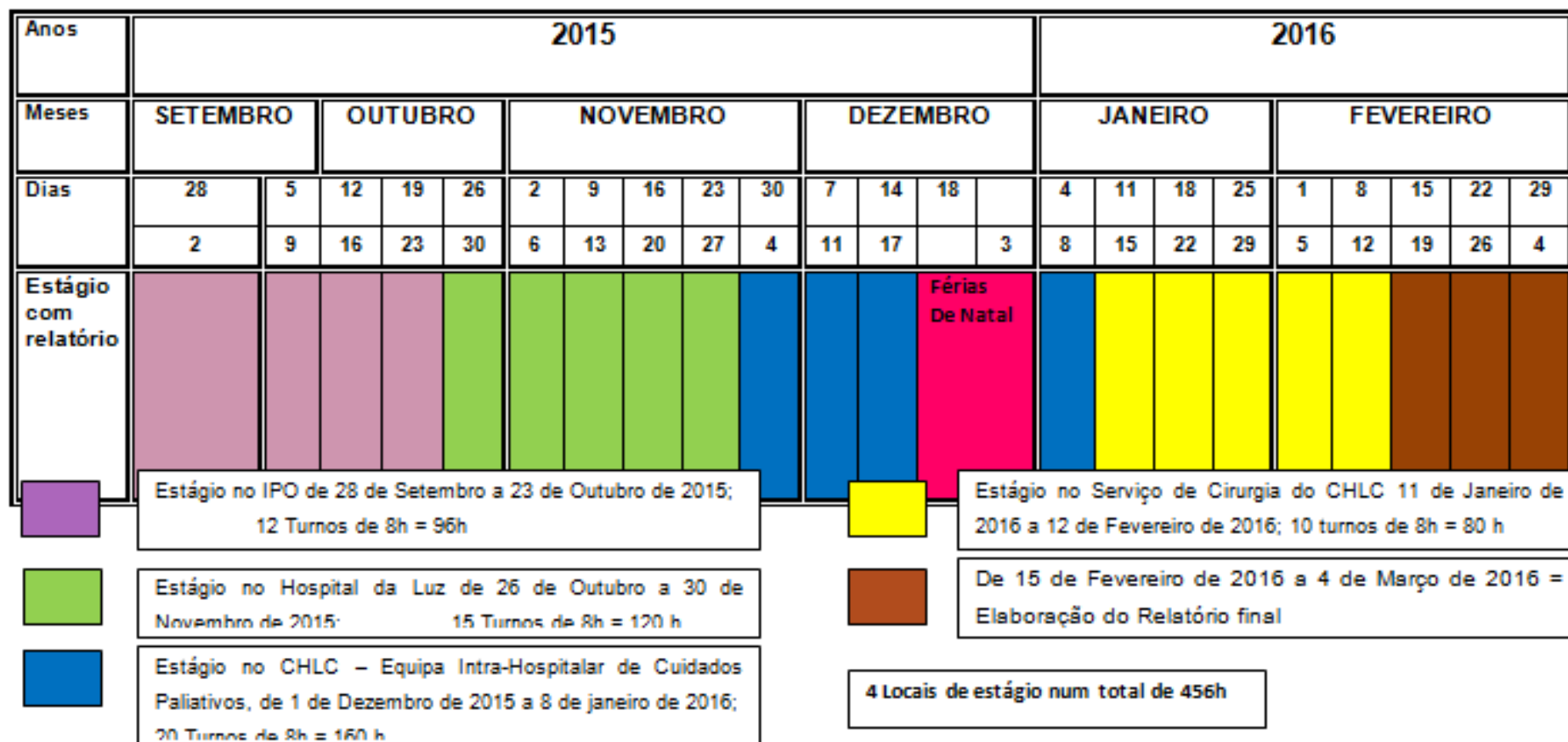
- Promoção de qualidade de vida aos doentes, com redução dos sintomas de desconforto e sofrimento dos doentes em fase agónica;
- Melhor acompanhamento do doente e família em fase final de vida;
- Satisfação das famílias uma vez que vêm os seus entes queridos com o menor sofrimento possível;

**“Threats” -
Ameaças**

- As dificuldades de lidar / intervir com o doente em final de vida;
 - Possibilidade de existirem registos menos completos em relação à fase final de vida do doente por existência de cada vez menos tempo e cada vez mais carga de trabalho;
-

**7.3. APÊNDICE III – CRONOGRAMA DO 3º
SEMESTRE**

CRONOGRAMA PARA OS ESTÁGIOS DO 3º SEMESTRE



**7.4. APÊNDICE IV -
PLANO E MÉTODOS DE TRABALHO**

Campo de estágio 1 - 28 de Setembro de 2015 a 23 de Outubro de 2015

Campo de estágio 2 – UCP - 26 de Outubro de 2015 a 30 de Novembro de 2015

Objetivos gerais

- a). Desenvolver competências na gestão da sintomatologia da pessoa com doença oncológica em fase agónica;
- b). Desenvolver competências comunicacionais, através da observação dos enfermeiros deste local de estágio;
- c). Obter uma visão centrada no doente e na sua família captando as suas transições à Luz da teoria de Meleis e as intervenções realizadas à luz da teoria do conforto de Kolcaba;
- d). Perceber a interação entre os membros das equipas de saúde destes locais;

Objetivos específicos/ tarefas

Atividades

Avaliação

- a). Cuidar de pessoas com doença terminal, dos seus cuidadores e familiares, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.
- a). Perceber as intervenções de enfermagem realizadas aos doentes oncológicos em fase agónica;
- a). Analisar sintomatologia mais frequente nos últimos dias de vida;
- b). Analisar as competências de comunicação, gestão de situação

- a). Acompanhamento do enfermeiro na prestação direta de cuidados;
- a). Realização de tabela com a caracterização de sintomas apresentados e intervenções realizadas e sua eficácia;
- b). Observação das técnicas de comunicação utilizadas pelos enfermeiros dos serviços;
- c). Estabelecimento de relação terapêutica com pessoas com doença terminal, e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte;

- Realização de 1 reflexão segundo o Ciclo Reflexivo de Gibbs de 2 em 2 semanas, num total de 2 por campo de estágio, acerca de uma interação com doente em fim de vida e um sintoma que este tenha descontrolado e outra acerca de uma interação com uma família do doente em fase agónica;

<p>agónica, e prestação de cuidados ao doente agónico;</p> <p>c).Identificar as necessidades destas pessoas e da sua família envolvendo-a sempre que possível;</p> <p>d).Percecionar a forma como interagem os diferentes elementos da equipa multidisciplinar;</p>	<p>c). Identificação das transições de saúde doença do doente e sua família, promovendo a intervenção junto destes de modo a promover e maximizar a qualidade de vida do doente até à sua morte, apostando no conforto do mesmo.</p> <p>a) e c).Consulta de processos clínicos no sentido de retirar de lá a informação pertinente acerca das questões chave do projeto, como o palear, fase agónica, transição, sintomas;</p> <p>a), b) e c).Promoção de parcerias terapêuticas, o respeito pela dignidade e autonomia do doente que se encontra a vivenciar processos de morte e de luto, negociar objetivos com o doente e sua família e reconhecer todas as crenças e valores que envolvem a díade doente família em fase agónica.</p> <p>d). Observação das dinâmicas de funcionamento dos serviços;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Descreve e reflete acerca da sintomatologia observada, da forma como o doente e a própria família a vivência; • Realiza um Estudo de caso de um doente neste estadió evidenciando os cuidados de conforto e transições vivenciadas por ele e sua família, num total de 1 estudo de caso por campo de estágio. • Realiza Revisão Sistemática da Literatura de forma a elaborar uma tabela comparativa das intervenções com maior eficácia no controlo de sintomas.
---	---	---

Campo de estágio 3 – 1 de Dezembro de 2015 a 8 de Janeiro de 2016

Objetivos gerais

- e). Desenvolver competências na gestão da sintomatologia da pessoa com doença oncológica em fase agónica;
- f). Perceber a dinâmica da equipa multidisciplinar;
- g). Perceber como o doente é referenciado à Equipa bem como a posterior gestão da situação;

Objetivos específicos/ tarefa

- e). Analisar sintomatologia mais frequente nos últimos dias de vida;
- f). Percecionar a forma como interagem os diferentes elementos da equipa multidisciplinar;
- g). Observar como é feita a gestão de situação pela Equipa;

Atividades

- e). e f). Acompanhamento de um enfermeiro nas visitas aos doentes em internamento de forma a verificar a gestão da situação do doente desde a admissão na equipa até ao falecimento;
- g). Análise dos processos para verificação dos planos de cuidados implementados e a forma como o doente foi referenciado à equipa;
- g). Aplicação do fluxograma vigente no CHLC;

Avaliação

- Utilização do fluxograma de como é a referenciação à equipa de Cuidados Paliativos de forma estruturar a dinâmica da mesma.
 - Realização de 1 reflexão segundo o Ciclo Reflexivo de Gibbs que retrate uma situação experienciada;

Campo de estágio 4 - 11 de Janeiro de 2016 a 12 de Fevereiro de 2016

Objetivos gerais

- h). Promoção de intervenções que visem alívio de sintomas e conforto ao doente e sua família em fase agónica;
- i).Desempenhar um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais, nomeadamente a aplicação deste projeto;
- j).Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade;

Objetivos específicos/ tarefas	Atividades	Avaliação
<p>h).Prestação de cuidados que conduzam ao alívio do desconforto e controlo sintomático;</p> <p>h). Promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais enquanto futura enfermeira especialista;</p> <p>h).Valorizar as intervenções que incluem respeito pela dignidade e sofrimento do doente;</p> <p>i). Participar em projetos institucionais na área da qualidade.</p> <p>l).Implementação do projeto no serviço;</p>	<p>h). Prestar cuidados à pessoa em fase agónica e sua família;</p> <p>i).Consulta de processos para verificação dos planos de dados;</p> <p>i). Colaborar em programas de melhoria de qualidade;</p> <p>i).Realização de sondagem para perceber as necessidades da equipa de enfermagem antes da implementação do projeto;</p> <p>i).Realização de ações de sensibilização aos elementos da equipa multidisciplinar do serviço;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza 3 sessões de sensibilização à problemática do cuidar em fim de vida, a médicos, e enfermeiros; • Realização de Jornais de Aprendizagem desde Outubro de 2015 a Janeiro de 2016 acerca de artigos que se coadunem com as lacunas de conhecimento mostradas pelos profissionais deste serviço; • No final da implementação do projeto realiza novamente o questionário para avaliação da

<p>l).Desenvolvimento de suporte da prática clinica através da investigação e no conhecimento acerca do doente oncológico em fase agónica;</p> <p>j).Desenvolvimento de competências de assertividade e autoconhecimento.</p>	<p>i). Realização das linhas orientadoras baseadas na evidência científica para a prestação de cuidados aos doentes em situação agónica por doença oncológica.</p> <p>i).Implementação das linhas orientadoras da boa prática supra citadas;</p> <p>i).Realização de auditorias aos processos para verificar a aplicação do plano de linhas orientadoras de boas práticas preconizadas.</p> <p>j).Realização de reflexões de forma a desenvolver o autoconhecimento;</p>	<p>implementação do PI;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realiza auditorias aos processos para verificar se as linhas orientadoras implementadas, foram úteis; • Introdução das linhas orientadoras no programa informático “SClinic” de forma a torná-las parte integrante dos planos de cuidados, após seguir protocolo hospitalar de introdução de intervenções neste aplicativo.
---	--	--

Recursos:

Pesquisa Bibliográfica;

Observação direta da prestação de cuidados;

Consulta de processos clínicos;

Orientadores da escola e dos locais de estágio;

Prática Reflexiva.

**Apêndice 2 – Caracterização estatística da população do Serviço de
Cirurgia Geral**

Distribuição dos doentes por tipologia de patologia:

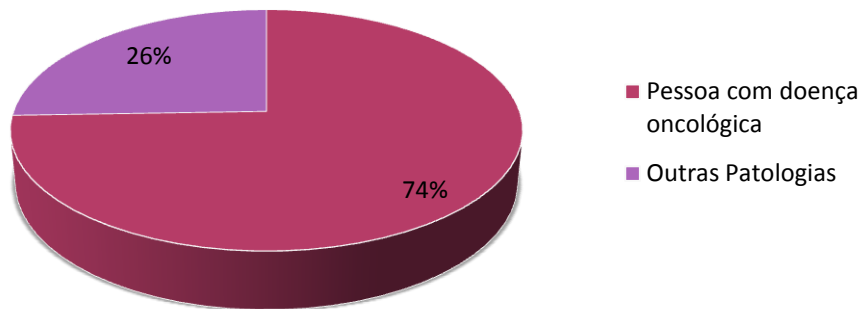


Fig. 6. Caracterização da população do SCG – Tipologia de doentes.

Distribuição dos doentes com patologia oncológica, por sexo

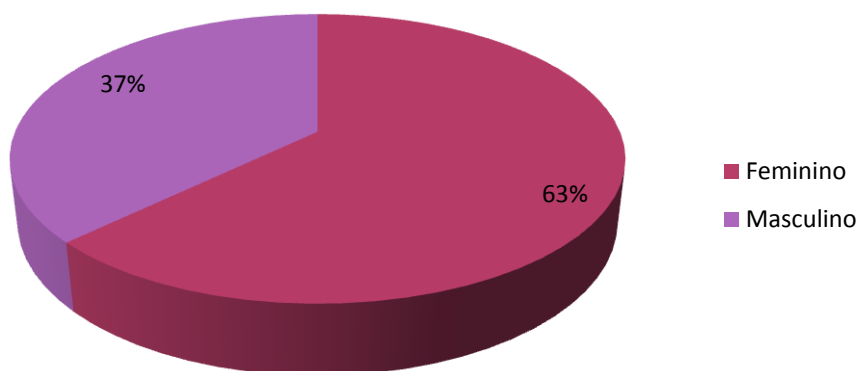


Fig. 7. Caracterização da população do SCG – Sexo.

Presença de Metastização

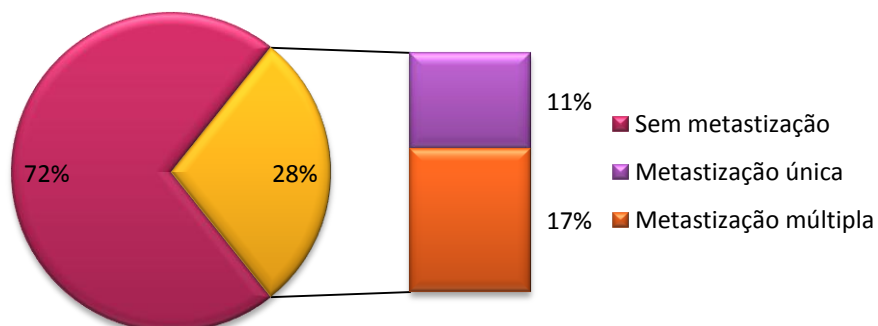


Fig. 8. Caracterização da população do SCG – Existência de Metástases.

Classificação de Fase agónica nos registos de Enfermagem

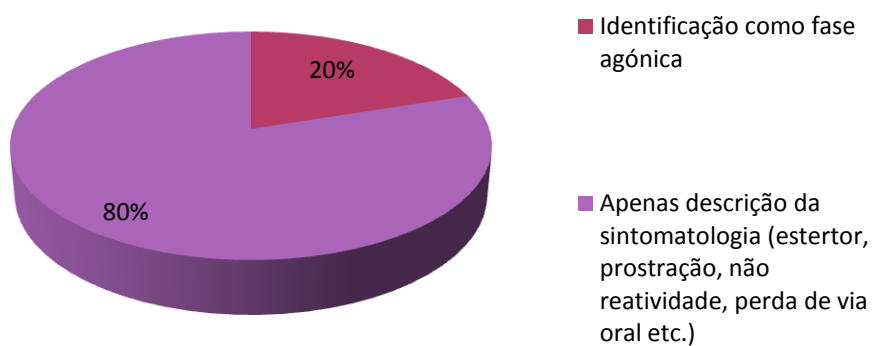


Fig. 9. Caracterização da população do SCG – Classificação nos registos.

**Apêndice 3 - Análise estatística da Sondagem de
Opinião do Serviço de Cirurgia Geral**

Questão 1. O que considera ser a fase agônica de uma pessoa com doença oncológica?

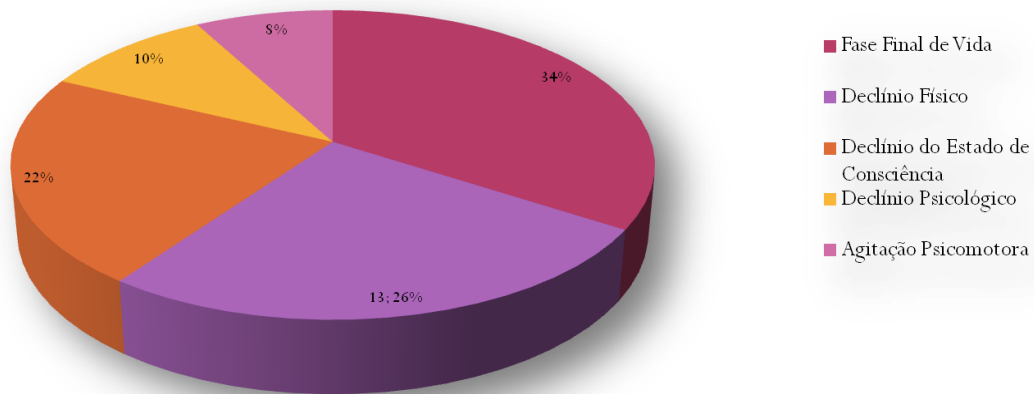


Fig. 10. Sondagem de Opinião – Questão 1.

Questão 2. Sintomas mais frequentes na fase agônica, no serviço de Cirurgia

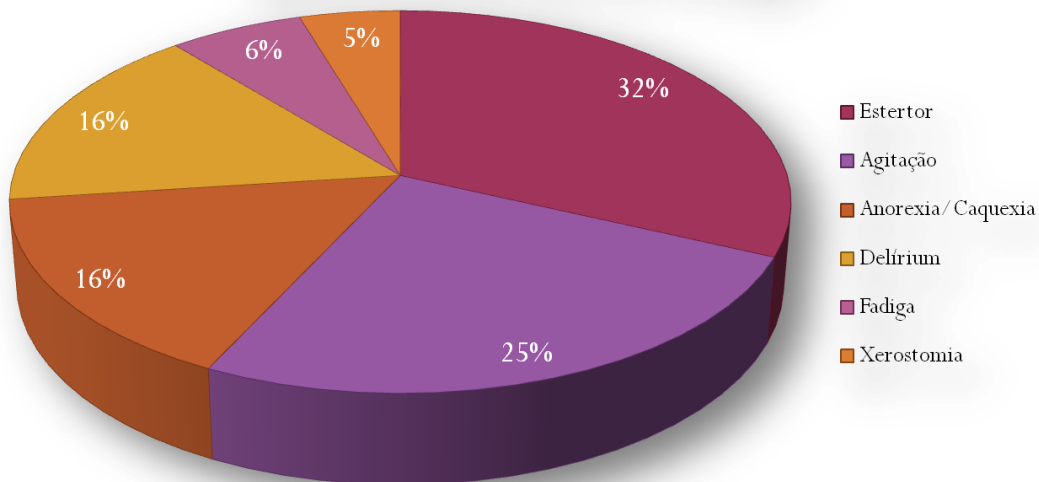


Fig. 11. Sondagem de Opinião – Questão 2.

Questão 3. Aponte quais as principais dificuldades que sente no controlo dos sintomas que referiu na questão anterior

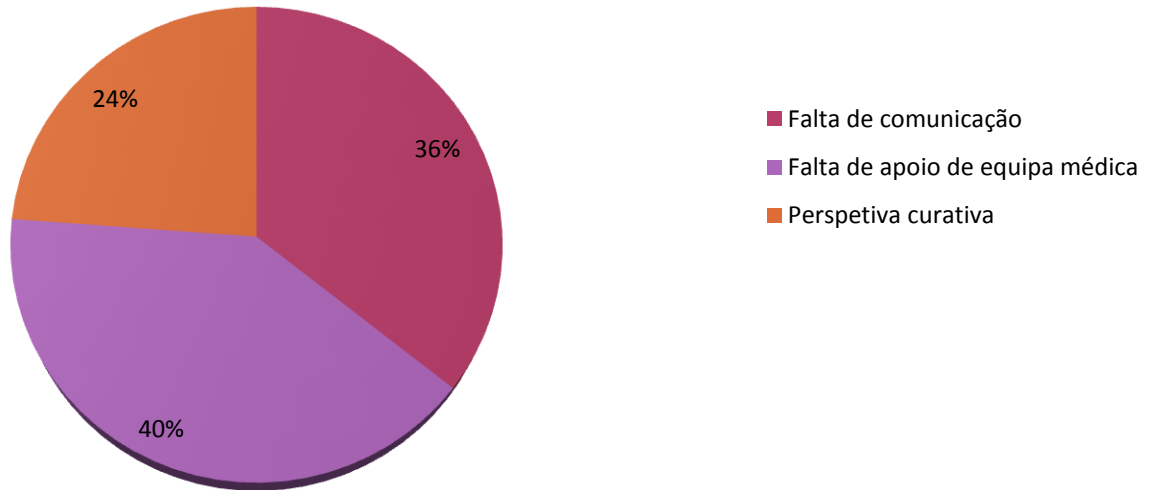


Fig.12. Sondagem de Opinião – Questão 3.

Questão 4. Aponte as principais dificuldades em lidar com a família

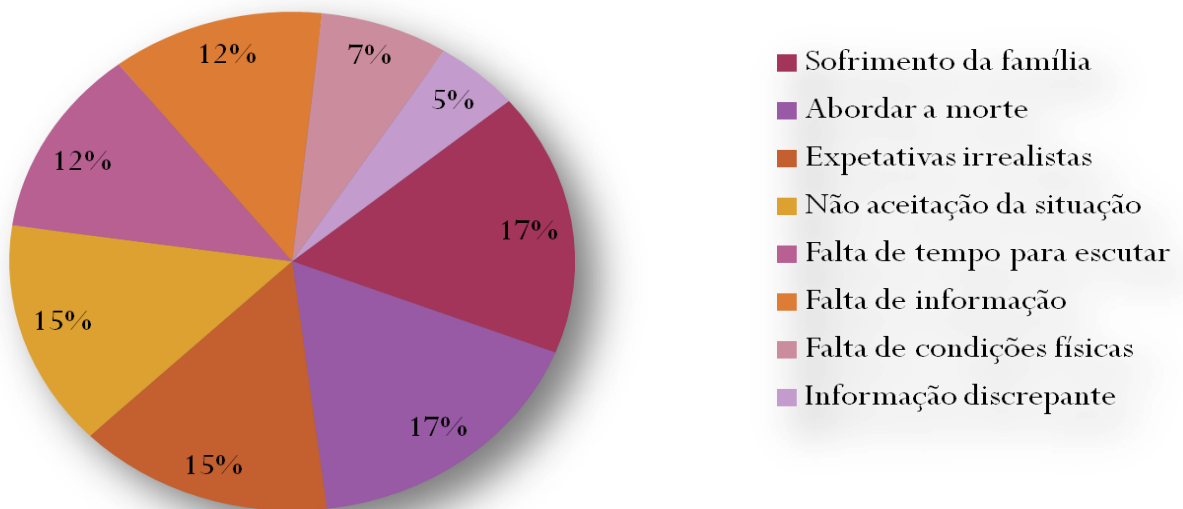


Fig. 13. Sondagem de Opinião – Questão 4.

**Apêndice 4 – Conferência
Familiar**

Conferência familiar como estratégia do cuidar em fim de vida

O presente documento retrata uma situação que experienciei no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, num dos campos de estágio por onde tive a oportunidade de passar. Assim, retrata uma conferência familiar na qual participei, durante o cuidar de uma doente em fase final de vida em que foi necessário reunir com a família para aferir se esta tinha conhecimento da situação e perceber de que formas a poderíamos ajudar nesta fase tão sensível.

Este trabalho resume uma compilação de artigos fruto de pesquisa bibliográfica que me auxiliaram a entender o que foi feito naquela conferência familiar e a dinâmica verificada bem como os resultados que dela advieram.

Deste modo, a família e o apoio dado à mesma, é um dos pilares da filosofia dos cuidados paliativos a par do controlo sintomático, da comunicação adequada e do trabalho em equipa (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2005).

Hudson, Quinn, O'Hanlon & Aranda (2008) referem a comunicação entre o doente/ família e a equipa de saúde produz uma visão e atuação integral baseada na situação. Por outro lado, existe uma prospeção de partilha de informação, clarificação de metas, discussão de diagnóstico, tratamento, prognóstico e desenvolvimento de um plano de cuidados para a pessoa doente e sua família.

Segundo a literatura nesta fase de final de vida os cuidados à pessoa e família deverão ser intensificados para que não exista a sensação de abandono por parte destes, e um apoio quer físico, como o controlo sintomático, quer emocional no intuito de confortar ambos os elementos desta díade (Barbosa & Trindade (2007); Barbosa, & Neto (2010); Shimizu *et al.* (2013).

Assim, e segundo a literatura a conferência familiar é uma intervenção que envolve membros da família/ cuidadores formais ou informais e um ou mais membros da equipa multidisciplinar. Esta intervenção tem o intuito de discutir a situação clínica da pessoa doente, a sua evolução, bem como as necessidades e expectativas dos cuidadores e do próprio, habitualmente realizada com mais que um membro da equipa multidisciplinar torna-se mais

completo mas é realizado maioritariamente por elementos isolados desta equipa (Reed & Harding, 2015).

Neto & Trindade (2007), referem como principais necessidades das famílias de doentes em fim de vida, a honestidade, expectativas realistas e informação apropriada. Assumem ainda o respeito pelas suas crenças, atitudes e valores culturais e espirituais como importantes a par do apoio emocional, oportunidade de participação nos cuidados, oportunidades de expressão de sentimentos e ainda garantia de que existe uma apropriada prestação de cuidados ao seu familiar doente (Barbosa & Trindade, 2007)

Igualmente, Powazki, Walsh, Hauser & David (2014), referem que este instrumento se tem manifestado como uma intervenção muito satisfatória, quer para as famílias quer para os profissionais que nelas participam. Estes autores referem ainda a importância de privilegiar cinco momentos que designam como “VALUE” ou seja, traduzido, valorizar e gratificar o que é dito pela família, dar espaço para as emoções, ouvir, compreender e responder questões da família. Estas autoras assumem que os tópicos mais mencionados pelos familiares das pessoas em fim de vida, passam pela explicação da doença oncológica, discussão de opinião, sintomas passíveis de descontrolo, plano de tratamento e prognóstico.

Existe assim, a necessidade de encorajar a adaptação emocional, individual ou coletiva à doença terminal, promover a capacitação dos familiares a cuidarem do doente e de si próprios e fomentar uma preparação do luto e adaptação às perdas sucessivas que se dão antes da própria morte do familiar (Neto & Trindade, 2007).

Deste modo a conferência familiar baseia-se na organização (estrutura, participantes e temática), na negociação (consenso e tomada de decisão conjunta), na linguagem corporal (escuta ativa, posição do corpo) e trabalho emocional (empatia, e resposta às emoções) (Powazki, Walsh, Hauser & David, 2014).

Os elementos envolvidos nesta intervenção, são os médicos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, psicólogos e assistente social facilitando a comunicação e tomada de decisão conjunta, sentido assim a família parceria e confiança nos diferentes elementos da equipa (Reed & Harding, 2015).

Os profissionais envolvidos na conferência familiar necessitam estar capacitados com determinadas competências como: interpretação de novos sintomas e de informação clínica, exploração de opções terapêuticas, providenciar suporte nas tomadas de decisão mais difíceis, explorar esperanças e expectativas, validação do trabalho da família, explorar os seus medos e sentimentos, mobilizar recursos familiares, capacidade de identificação de famílias disfuncionais, priorizar a família na tomada de decisão (Neto & Trindade, 2007).

As conferências familiares implicam assim um elevado nível de competências interpessoais, particularmente na facilitação, negociação e o delinear de metas, no entanto nem todos os profissionais se encontram habilitados com estas competências ou que já as tenham desenvolvido, necessitando assim de prática e desenvolvimento das mesmas para se alcançar uma efetividade das mesmas (Reed & Harding, 2015).

As famílias na maior parte das vezes referem diminuição da sua ansiedade e diminuição do stress emocional, os profissionais de saúde mostram-se igualmente satisfeitos com os resultados obtidos (Reed & Harding, 2015).

Deste modo, existem motivos específicos para se organizar uma conferência familiar como a deterioração da condição do doente, mudanças significativas no plano terapêutico como entubação nasogástrica ou sedação paliativa, proximidade da morte, discussão de diretivas de vontade, famílias com necessidades especiais, existência de conflitos familiares e ainda conflitos entre família e equipa de saúde (Neto & Trindade, 2007).

clínica à família que refere não ter acesso a ela de outra forma.

Por sua vez, Yennurajalingam *et al.* (2008), afirmam que a conferência familiar tem como intuito facilitar a comunicação em fim de vida entre doentes e famílias. Este tipo de conferência permite a discussão do estado clínico bem como dos seus desejos e vontades, informando e permitindo igualmente o cuidar das pessoas que amam.

Ajudam na resolução de problemas entre membros da família, uma vez que as questões são discutidas e encontrados caminhos em conjunto de forma a promover conforto no doente e na família, dando lugar à partilha de conflitos entre doente, família e profissionais de saúde, expressão do stress vivenciado

pelo doente e expressão do stress vivenciado pela família, sendo em conjunto ou em separado (Yennurajalingam *et al.*, 2008).

Markin *et al.* (2015) demonstram no seu estudo que estas conferências são utilizadas para transmitir más notícias aos familiares, discutir as opções de tratamento, incluindo cuidados paliativos ou a descontinuidade de tratamentos, responder às questões dos familiares e discutir necessidades espiritual e/ ou religiosa.

Hudson, Quinn, O'Hanlon & Aranda (2008) sugerem princípios para a condução de conferências familiares:

- Ferramenta útil para clarificar metas e considerar opções de cuidados tal como partilha de informação;
- Elaborar estratégias de suporte desta família baseadas nas suas necessidades;
- Visão de benefício duplo e para ambos os lados, família e doente, uma vez que permite triar e atuar sobre as reais necessidades de cada um e de ambos em conjunto;
- Não deve ser um local de discussão da situação do doente entre os profissionais de saúde, mas sim entre estes e a família;
- Não devem ser realizadas na crise situacional mas sim, ter a pretensão de preveni-la;
- Idealmente deverá ser realizada na admissão do doente e posteriormente quando se julgar pertinente;
- Os agentes facilitadores da conferência familiar têm competências específicas.

Estes mesmos autores e a conferência familiar em Fase Preparatória, Fase de Condução e Fase de documentação / follow-up.

A primeira refere-se à preparação da conferência familiar ou seja, na admissão da pessoa confirmar e questionar a pessoa doente da existência de um cuidador formal ou informal e se deseja que este seja envolvido na tomada de decisão em relação à sua situação, tal como a abertura da situação face a este. Realizar um genograma / ecomapa para compreender os recursos e ligações que a pessoa tem com quem o rodeia, no fundo que suporte existe. De seguida, pedir autorização, se o doente se encontra capaz de fornecer consentimento informado acerca do assunto, e aferir se para além dos cuidadores gostaria que a sua situação fosse discutida com mais alguém presente. Assim, dever-se-á contactar a família e explicar a situação,

convidando-a para estar no serviço a uma determinada hora, confirmando sempre se existem conflitos familiares. Selecionar os profissionais de saúde que devam ser envolvidos e estar presentes, tendo em conta que não deverão estar mais profissionais de saúde que familiares (Hudson, Quinn, O'Hanlon & Aranda, 2008; Billings & Block, 2014).

A fase seguinte, refere-se à conferência efetiva, traduzindo-se então numa introdução, agradecendo a presença de todos, estabelecimento de regras e de limite temporal (indicados 60 minutos). De seguida, é importante perceber o grau de entendimento dos reunidos acerca do motivo pelo qual foram convidados a estar, validar com o doente se concorda e incentivá-lo a falar, procurando que todos os elementos tenham o mesmo tempo e oportunidade de palavra ativa (Hudson, Quinn, O'Hanlon & Aranda, 2008).

Questionar os familiares se têm mais alguma questão pertinente ou assunto que queiram trazer a discussão, clarificando as decisões que necessitam ser tomadas. Determinar o que o doente e família sabem já acerca da temática, providenciar informação, direcionar para os objetivos da reunião previamente estipulados, fornecer brochuras, folhetos ou outro tipo de material acerca da temática, concluir a discussão e sumarizar o que foi dito nela, relembrar o membro da família designado como de referência, responsável pela comunicação e agradecer a todos a disponibilidade Hudson, Quinn, O'Hanlon & Aranda, 2008).

Finalmente, existe a fase de documentação ou follow-up, em que ficará escrito quem esteve presente, que decisões foram tomadas bem como o plano delineado, repartindo esta informação com os outros membros da equipa, manter contato estreito com o elemento da família que ficou de referência (Hudson, Quinn, O'Hanlon & Aranda, 2008).

Para finalizar, utilizo um ideal de Neto & Trindade (2007), que assumem a importância da conferência familiar como a de qualquer outra intervenção em cuidados paliativos, que como tal deve ser planeada e cujos intervenientes deverão ter capacidades para a implementar.

Bibliografia:

- Neto, I. & Trindade, N. (2007). Family meetings as a mean of support for patients. *European Journal of Palliative Care*. 14. 104-108.
- Hudson, P., Quinn, K., O'Hanlon, B. & Aranda, S. (2008). Family meetings in palliative care: Multidisciplinary clinical practice guidelines. *BioMedCentral Palliative Care*. 7. 1-12.
- Reed, M. & Harding, K. (2015). Do Family Meetings Improve Measurable Outcomes for Patients, Carers, or Health Systems? A Systematic Review. *Australian Association of Social Workers*. 68. 244-258.
- Foster, S. (2015). Learning from patients using the goldfish bowl model. *British Journal of Nursing*. 24. 903-905.
- Powazki, R., Walsh, D., Hauser, K & Davis, M. (2014). Communications in Palliative Medicine: A Clinical Review of Family Conferences. *Journal of Palliative Medicine*. 17. 1167-1177.
- Billings, J., & Block, S. (2011). Part III: A Guide for Structural Discussions. *Journal of Palliative Medicine*. 14. 1058-1064.
- Yennurajalingam, S. *et al.* (2008). Characteristics of Family Conferences in a Palliative Care Unit at a *Comprehensive Cancer Center*. *Journal of Palliative Medicine*. 11. 1208-1211.

**Apêndice 5 – Reflexão I - Hidratação e alimentação artificial
numa pessoa com doença oncológica em fase agónica**



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
6º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico- Cirúrgica
Vertente Oncológica

Reflexão I

Hidratação da Pessoa com Doença Oncológica, em fase
agónica

Ana Cristina Mano Esteves Luís Nº 221

Lisboa
Outubro de 2015

No âmbito do Estágio que me encontro a realizar na Equipa de Suporte em Cuidados Paliativos Intra - Hospitalar de um Hospital especializado na área de Oncologia (que será designado ao longo da reflexão como Campo de Estágio 1), apresento a seguinte reflexão de uma situação vivenciada.

A prática reflexiva, segundo Santos e Fernandes (2004), revela-se uma ferramenta de capacitação para os alunos e enfermeiros pois permite um aprofundamento dos saberes e das suas práticas. Igualmente Zeichner, 1993, citado por Santos e Fernandes, 2004, refere que a prática reflexiva permite ao sujeito tornar-se conhecedor daquilo que faz e de como o faz, ou seja é intencional, é sobre as práticas (Kim, 1999).

Assim, Santos, 2003, citada por Santos e Fernandes, 2004, afirma que a pessoa que reflete procura justificar um novo modo de pensar, sendo este um processo de análise e exploração, aprendendo através das práticas.

Consequentemente utilizarei como método o Ciclo Reflexivo de Gibbs 1988, que citado por Johns, 2009, p. 49, que se apresenta da seguinte forma: a descrição – o que aconteceu? ; os sentimentos – o que se pensou e sentiu?; avaliação – os aspetos positivos e negativos da experiência; a análise – que sentido se pode encontrar para esta situação?; a conclusão – que mais se poderia ter feito? E finalmente, o plano de ação se acontecesse de novo como procederia?.

A situação que presenciei foi num contexto de acompanhamento da equipa supra citada aquando de uma visita domiciliária. Tratava-se de um doente em fase agónica, por um glioblastoma. O senhor encontrava-se em casa no seu leito, com um fâcies de aparente tranquilidade e conforto. Este era cuidado pela filha, pelo filho e pela esposa, que tentaram até ao final cumprir as indicações e desejos que este senhor expressara enquanto capaz de tomar ele próprio as decisões.

Deste modo, uma das decisões que o senhor tomara detinha-se com as medidas invasivas acerca da alimentação e hidratação nomeadamente a colocação de sonda nasogástrica ou aplicação de soroterapia. Esta decisão foi sustentada pela vontade do senhor e apoiada pela família após discussão com a Equipa de Suporte em Cuidados Paliativos, evidentemente não foi tomada de

ânimo leve, o que implicou suporte emocional, escuta ativa e reforço positivo por parte dos profissionais que acompanharam todo o processo bem como consenso da própria equipa e família, pois à medida que observavam o pai/esposo a deteriorar o seu estado, voltavam a questionar-se se aquela teria sido a melhor decisão.

Nestes momentos existiu vulnerabilidade e sofrimento naquele núcleo familiar que foi sendo colmatado pela disponibilidade e esclarecimento por parte da Equipa de Suporte em Cuidados Paliativos, explicando a sintomatologia observada e o que seria previsível de acontecer até ao senhor partir. Foi perceptível a união, cumplicidade e confiança que existia entre aquela família em sofrimento e as enfermeiras, tanto a nível da comunicação verbal como da comunicação não-verbal. Cabe-me explicitar que dois elementos deste núcleo familiar eram da área da saúde, sublinhando assim, a tomada de decisão livre e esclarecida.

A forma como tudo foi explicado à família foi aos poucos tranquilizando-os e promovendo uma transição para um luto o mais saudável possível, pois o senhor não manifestava dor ou desconforto o que fazia a família acreditar que a decisão tomada lhe trouxe conforto e não o prolongar do sofrimento, sendo acima de tudo um cumprir de uma vontade expressa pelo pai/ esposo.

Tentando descrever o que senti ao conhecer aquela família, confesso que é difícil. Foi um misto de tristeza pois o processo de se perder alguém que se ama é algo muito pesaroso e doloroso, contudo, o fato de aqueles filhos e aquela esposa terem a oportunidade de fazer cumprir as suas promessas para com o ente querido e de o conseguirem manter em casa até ao final da sua vida, como era seu desejo, é algo louvável, é uma prova de amor e coragem e foi isso que lhes tentámos transmitir. Igualmente o fácies de aparente conforto e tranquilidade que o senhor apresentava era sinal que estavam a fazer um bom trabalho e que se encontravam a cuidar bem do mesmo, e aqui senti-me de coração cheio, se me permitem a expressão, pois volto a repetir é realmente louvável esta atitude.

Em relação ao ponto fulcral sobre o qual quero refletir que será a hidratação em fim de vida, confesso que de início me senti perturbada, uma vez que exerço funções num local em que o investimento invasivo é realizado até ao fim, e o ver aquele senhor sem alimentação ou pelo menos hidratação

obrigou-me a refletir, pesquisar e dividir este sentimento com a enfermeira que eu acompanhava nesse dia. Integrei, então, que os cuidados ao doente em fase agónica passam por um balancear de prejuízo *versus* benefício, e que naquele caso, e tendo o senhor estertor e farfalheira a hidratação só iria aumentar este sintoma causando desconforto a si e à sua família, seria vista como futilidade terapêutica.

Observei na prática os pilares preconizados pela filosofia dos cuidados paliativos, o que devo acrescentar que foi grandioso para mim, verificar a comunicação entre a família e a enfermeira, observar a forma como os sintomas em fase agónica foram controlados, nomeadamente, a inquietação, a anorexia, o estertor, apoiar a família e trabalhar em equipa com a Médica que se encontrava igualmente disponível para apoiar e esclarecer dúvidas, fez-me sentir brio profissional e qualidade de cuidados prestados à pessoa no leito de morte e à sua família em sofrimento emocional.

Assim sendo esta experiência, a par de todas as que tenho tido neste Campo de Estágio 1, manifestou-se deveras rica do ponto de vista pessoal, emocional e profissional. Os aspetos positivos coadunam-se com o desenvolvimento de competências com as quais me comprometi no meu Contrato de Aprendizagem e Projeto de Intervenção nomeadamente a gestão da sintomatologia da pessoa com doença oncológica em fase agónica e a comunicação, através da observação dos enfermeiros deste local de estágio.

Considero positivo igualmente a promoção de parcerias terapêuticas, o respeito pela dignidade e autonomia do doente e família que se encontra a vivenciar processos de morte e de luto, tendo sido negociados objetivos com o doente e sua família e reconhecendo todas as crenças e valores que envolvem a díade doente família em fase agónica.

Foi do mesmo modo importante o acompanhamento da enfermeira da Equipa de Suporte em Cuidados Paliativos para observar as intervenções junto desta família e deste senhor de modo a promover e maximizar a qualidade de vida do doente até à sua morte, apostando no conforto do mesmo e dos que o acompanham.

Aponto finalmente como aspeto positivo o fato da situação da não hidratação me ter provocado inquietação e necessidade de refletir sobre a mesma e sobre os problemas éticos que esta pode levantar, o que por sua vez

me conduziu a uma sucinta pesquisa bibliográfica sobre a temática em questão, que apresentarei mais adiante nesta reflexão.

Como ponto negativo assumo o sentimento de impotência perante tão grande sentimento de perda e sofrimento daquela família e o fato de assistir à sua vulnerabilidade sabendo que há uma parte do caminho que podemos ajudar enquanto profissionais de saúde mas que há outra que apenas eles poderão fazer para ultrapassar tal dor e realizar o luto.

A pesquisa bibliográfica foi efetuada no motor de busca EBSCO, utilizando como base de dados a CINAHL, MEDLINE, cujos critérios de inclusão foram o espaço temporal entre 2010 e 2015, com as palavras-chave *hydration, oncology, end of life*, em full text, com posterior verificação de termos indexados e seleção dos artigos de potencial interesse para a pesquisa. Foi igualmente utilizada literatura cinzenta subordinada ao tema em questão.

Analisando assim a situação, o comer e beber são necessários à vida mas são igualmente uma necessidade psicológica e social. O que nos faz pensar nas vezes em que para agradar a alguém doente ou dar-lhe algum tipo de satisfação pensamos num doce ou em algo para comer ou beber, é algo cultural “se come bem então vai-se curar”, se isto deixa de acontecer por vezes é custoso à família e aos próprios profissionais lidarem com a situação, pelos ideais de que “vai morrer de fome ou de sede” (Barbosa & Neto, p. 403, 2010).

Pensando do ponto de vista ético continua a ser correto alimentar a pessoa e hidratá-la se esta manifesta fome ou sede, contudo pensando nos princípios éticos é necessário ponderar os princípios da beneficência e da não maleficência. Esta decisão segundo os autores supracitados deverá ser individual baseada numa avaliação rigorosa e decidida em, equipa multidisciplinar, algo que neste caso, foi sem duvida feito.

A hidratação em doentes em fase agónica é muitas vezes contraproducente, sendo descrito na literatura que a desidratação em fim de vida pode beneficiar o doente reduzindo o débito urinário, reduzindo os vômitos, diminuindo as secreções brônquicas o que diminui o estertor e farfalheira tão incómodas para o doente e família, pois pode ser fator de desconforto. Segundo Barbosa e Neto (2010, p. 406), a ausência de hidratação permite o não prolongar o processo de morrer, bem como conduz à diminuição

das mudanças de fralda ou urinol tão desconfortáveis para o doente em fase agónica, reduz igualmente os sucos gástricos diminuindo as náuseas e vómitos, diminui os edemas e o abdómen ascítico, reduz o líquido pulmonar evitando ruídos respiratórios e necessidades de aspirações de secreções potencialmente traumáticas, bem como funciona como um anestésico natural uma vez que diminui o estado de consciência conduzindo a um menor sofrimento.

Contudo a pessoa alvo de cuidados deve ter sempre uma boa higiene à boca pois minimiza qualquer desconforto que a desidratação possa instalar nomeadamente a xerostomia, por outro lado reduz o impacto na família ao verificar que a pessoa apresenta as mucosas e os lábios hidratados e cuidados.

A sede segundo Brurge, 1993, citado por Barbosa e Neto, 2010, p. 410, pode ser colmatada com gotículas de água ou pequenas lascas de gelo na boca do doente em fase agónica que já tenha total incapacidade de deglutir.

Concomitantemente, Ríó et al (2011, p. 1) assumem que estas decisões de alimentar ou hidratar artificialmente os doentes em fase paliativa implicam um conhecimento profundo dos benefícios e prejuízos uma vez que envolvem as componentes ética, emocional e cultural, tanto para os familiares como para os profissionais envolvidos na tomada de decisão. O assumir desta decisão implica uma visão por parte desta família e equipa multidisciplinar que o fim da pessoa estará próximo aceitando-o, o que implica uma grande carga emocional e de ansiedade (Ríó et al, 2011). Por sua vez, Nakajima, N., Takahashi, Y. & Ishitani, K. (2014), defendem que a utilização de hidratação adequada pode trazer conforto ao doente, contudo em doses pouco calculadas pode aumentar sintomatologia como náuseas, distensão abdominal, edemas e dispneia, como tal deve ser ponderada a sua implementação.

Finalmente, Krishna, L., Puolose, J. & Goh, C. (2010), abordam a temática da hidratação em fim de vida relacionando através de um estudo quantitativo, a percentagem de sintomas nos doentes com hidratação e sem hidratação em fim de vida sendo passível de observar que a sintomatologia é menos verificada nos casos de não hidratação, o que é relacionado diretamente com o aumento do conforto provocado pela ausência destes sintomas. Estes autores avaliaram como inibidor da hidratação em fim de vida

a presença de agitação, de mioclonias, de retenção urinária, de confusão, de edemas, depressão respiratória e secreções do trato respiratório, náuseas e vômitos, ascite entre outros (Krishna, L., Puolose, J. & Goh, C.,2010, p. 171).

Por outro lado e muito importante, é necessário fazer valer a decisão dos doentes e dos seus familiares, o que na situação que me encontro a analisar foi efetivamente feito.

Em conclusão e pensando numa situação futura, creio que estaria muito mais preparada a nível emocional e profissional para colmatar esta necessidade minha. Em relação ao meu Projeto de Intervenção, esta situação revelou-se fulcral para o conhecimento de mais um sintoma de fase agónica, bem como a forma de lidar com ele e de toda a carga emocional, social e familiar que a alteração da via oral pode trazer. Pretendo ainda, após uma análise mais profunda desta temática, partilhar a informação no local onde me encontro a exercer funções de forma a fazer refletir igualmente os que me rodeiam na minha prática clínica.

Bibliografia:

- Barbosa, A., & Neto, I. (2010) – *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
- Johns, C. (2009) – *Becoming a Reflective Practitioner*. 3ª Edição, United Kingdom:Wiley-Blackwell, págs. 1-49;
- Krishna, L., Puolose, J. & Goh, C. (2010). Artificial Hydration at the end of Life in an Oncology Ward in Singapore. *Indian Journal of Palliative Care*. Vol. 16, 168- 173.
- Nakajima, N., Takahashi, Y. & Ishitani, K. (2014). The Volume of Hydration in Terminally Ill Cancer Patients with Hydration – Related Symptoms: A Prospective Study. *Journal of Palliative Medicine*. Vol. 17 (9), 1037- 1041;
- Río, M et al (2011). Hydration and nutrition at the end of life: a systematic review of emotional impact, perceptions, and decision – making among patients, family, and health care staff. *Psyco – Oncology*. Vol. 21, 913-921;
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência*.Vol. 11, 59-62;

**Apêndice 6 – Reflexão II - A Relação
Terapêutica como pilar na promoção do conforto**



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
6º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico- Cirúrgica
Vertente Oncológica

Reflexão II

A Relação Terapêutica como pilar na promoção de conforto

Ana Cristina Mano Esteves Luís Nº 221

Lisboa
Outubro de 2015

No âmbito do Estágio que me encontro a realizar na Equipa de Suporte em Cuidados Paliativos Intra - Hospitalar de um Hospital especializado na área de Oncologia (que será designado ao longo da reflexão como Campo de Estágio 1), apresento a seguinte reflexão de uma situação vivenciada.

Consequentemente utilizarei como método o Ciclo Reflexivo de Gibbs 1988, que citado por Johns, 2009, p. 49, que se apresenta da seguinte forma: a descrição – o que aconteceu? ; os sentimentos – o que se pensou e sentiu? avaliação – os aspetos positivos e negativos da experiência; a análise – que sentido se pode encontrar para esta situação?; a conclusão – que mais se poderia ter feito? E finalmente, o plano de ação se acontecesse de novo como procederia? .

Desta forma, inicio-me pela descrição da situação, trata-se de uma pessoa com doente oncológica, mulher na faixa etária de adulto. Uma senhora que chamarei de Sofia, com uma neoplasia da mama, apresenta metastização óssea e foi internada para controlo sintomático nomeadamente queixas álgicas e despiste de infiltração de sistema nervoso central, uma vez que surgiu um quadro de plegia de membros inferiores. Esta foi uma situação que me despertou particularmente atenção pela expressão verbal e não-verbal que a Sofia demonstrava e pela forma como era possível perceber o que eram as medidas de conforto para esta senhora.

Assim, sempre que íamos observá-la nas visitas diárias existia um sorriso enorme cada vez que nos via, bem como uma postura de abertura, confiança que era sintónica com a comunicação verbal que ela nos transmitia. A Sofia tinha uma situação familiar muito complexa com uma filha com deficiência que dependia dela e uma mãe que igualmente necessitava de ajuda parcial para as atividades de vida diária, pelo que esta transição para o papel de pessoa alvo de cuidados também deixava o receio de inadaptação à situação. Contudo, não foi isso que aconteceu, esta senhora demonstrava energia, força de vontade e capacidade de resiliência sempre com esperança realista e capacidade de questionamento e validação da informação que lhe havia sido dada.

Sendo que era efetivamente isto que a Sofia fazia a cada visita, durante o período da noite pensava nas questões que queria colocar-nos no dia seguinte acerca da informação clínica que lhe havia sido dada. O que mais

despertou a minha vontade de refletir sobre esta senhora foi a energia, capacidade de sorrir e de ultrapassar as limitações físicas impostas pelo evoluir da doença. Não se tratou de uma interação única foi um conjunto de visitas à unidade desta senhora que me fizeram enveredar por esta temática. No assunto no qual incide esta reflexão é inevitavelmente na relação terapêutica, base para a prestação de cuidados de qualidade e promoção de conforto.

Descrevendo o que senti durante aquelas visitas à Sofia, senti orgulho pela sua postura de, embora com muitas limitações físicas cada vez mais marcadas, a senhora continuava a ter otimismo e perseverança para tentar ultrapassar estes obstáculos, encontrando estratégias para uma melhoria da sua qualidade de vida e maximização do conforto. Senti admiração por aquela postura, por aquela forma de estar na vida, sempre com um sorriso generoso e genuíno no rosto.

Concomitantemente, embeveci-me ao escutar a Enfermeira a conversar com a doente, as técnicas de comunicação utilizadas, como a escuta ativa, a disponibilidade física e mental, a validação do que havia sido conversado e o pedido de permissão para regressar no dia seguinte. Acrescento que esta comunicação eficaz trouxe confiança e fortaleceu a relação terapêutica entre a doente e a Equipa de Suporte em Cuidados Paliativos.

Confesso que o que senti naqueles encontros foi vontade de desenvolver aquelas técnicas de comunicação e estabelecimento de relação da forma como as colegas da equipa conseguem, evidentemente tem a ver com a prática, com os conhecimentos profundos da área de cuidados paliativos e um conhecimento da doente e da situação em si, centrando os cuidados no cliente.

Assim, os cuidados centrados na pessoa tem uma íntima e indissociável relação com os cuidados individualizados ou seja, só a partir de um profundo conhecimento da pessoa que temos à nossa frente para cuidar, podemos efetivamente realizar cuidados dirigidos (McCormack & McCance, 2003). Acrescento ainda que somente com uma relação terapêutica tão eficaz foi possível perceber o que era conforto para a senhora e colocar em prática as medidas que se acordavam.

Como aspetos positivos assumo a forma de estar naquela relação tanto por parte da enfermeira como da doente, pois uma relação terapêutica exige o envolvimento de ambos os intervenientes, e neste caso observei os pilares da

construção da relação terapêutica de ambos os prismas. Igualmente positivo foi o despoletar de uma grande vontade de melhoria e desenvolvimento de competências comunicacionais já descritas no meu projeto de aprendizagem.

Como aspeto negativo aponto apenas as limitações no contato com a doente, uma vez que existiam outras visitas da equipa e igualmente existiam as rotinas do serviço que impõem horários para os cuidados de higiene, para o levante e para o pequeno-almoço, pelo que foi necessária uma gestão de tempo para que o momento de contato com a Sofia fosse o mais oportuno possível.

Analisando a situação com base na bibliografia, a confiança, a empatia, o respeito e o poder são os pilares da relação terapêutica (Cutcliffe, 2005), e consegui observá-los todos em cada abordagem feita pelas colegas, com uma postura de abertura e disponibilidade, compreensão e humanidade, sempre validando se era naquele caminho que a pessoa queria ir, se eram aquelas as suas preocupações, negociando com ela alternativas.

A confiança como componente essencial na relação terapêutica, ditou de certa forma a profundidade e genuinidade da própria relação, sendo assim observável a envolvência dos diferentes intervenientes. Neste sentido, torna-se pertinente fazer referência a simples gestos, às perguntas que vão sendo colocadas, a expectativas que vemos nos seus olhos e, essencialmente, a transparência da pessoa doente em relação à equipa. Para nós estes gestos funcionaram como um reforço positivo, exigindo uma maior disponibilidade, na qual está implícita a honestidade, a aceitação e a compreensão (Cutcliffe & Mckenna, 2005; Lopes, 2005, p. 220-229).

A promoção da confiança envolve igualmente a gestão de sentimentos através da racionalização, desmistificação, não generalização, a explicação dos sintomas transmitindo segurança, antecipando problemas e propondo soluções e oferecendo disponibilidade (Lopes, 2011, p. 27), foi exatamente o que foi observável das interações com a Sofia.

O respeito mútuo foi sentido através de comportamentos de ajuda para com a Sofia, em que na base esteve a preocupação com a sua dignidade, procurando aceitá-la e respeitá-la tal como é. Um simples fechar de cortina, o escutar, o saber lidar com as diferenças do outro, ou até mesmo a forma como nos dirigimos a cada uma das pessoas, representaram sinais de respeito, junto

dos quais identificámos os nossos limites e, como tal, modos de atuação (Cutcliffe & Mckenna, 2005; Lopes, 2005, p. 220-229).

Deste modo, a empatia, enquanto pilar essencial na relação terapêutica, ganha proporções significativas derivado da necessidade constante que temos de refletir acerca da situação do outro, nas suas frustrações, nos seus medos, nos seus anseios, na sua raiva, na sua alegria, e em todo um conjunto de sentimentos que experienciam. Só assim conseguimos encontrar um elo de ligação que tornou a relação de parceria genuína e, tal como perspetivámos, com fundamento terapêutico (Cutcliffe & Mckenna, 2005; Lopes, 2005, p. 220-229).

Quanto ao poder, conseguimos verificar, assim como expresso na literatura encontrada, a facilidade com que, colocamos a pessoa doente em desvantagem, não havendo por vezes uma partilha equilibrada nesta parceria. Desta forma, procurando contrariar esta realidade, potenciando a autonomia da pessoa cuidada, incluímo-la em todas as atividades, dando-lhe meios favoráveis para exercer este poder de acordo com as suas necessidades, designadamente a capacidade de tomada de decisão, que foi o que foi realizado com a Sofia (Cutcliffe & Mckenna, 2005; Lopes, 2005, p. 220-229).

Relação terapêutica implica assim, por parte do enfermeiro, estar atento à pessoa e a tudo o que a caracteriza, considerando o seu ambiente humano e físico, reconhecendo as suas próprias impressões, isto é, sensações, pensamentos, emoções e necessidades, bem como conhecer que o cuidado e o tratamento não podem existir sem a presença de um laço significativo. A existência desta relação terapêutica promove o envolvimento do indivíduo, convidando-o a reconhecer e a utilizar todos os sinais que o seu organismo lhe envia acerca do seu estado de saúde, visando prevenir ou encontrar uma solução para o problema que enfrenta.

Neste sentido, importa refletir através da Teoria de Meleis e nas transições que esta senhora se encontra a viver e na forma como a relação terapêutica a pode ajudar a vivenciá-las de forma positiva.

Desta forma, as transições que verifico olhando para a situação são:

➤ **Transição Saúde- Doença**

A própria transição do estado de saúde e gravidez e sem ter antecedentes de saúde para um estado de doença oncológica grave. A senhora que até 2009 era totalmente saudável e que neste momento se torna parcialmente dependente, esta é uma do tipo saúde e doença, exatamente de passagem de um estado para o outro, em que se verifica uma aceitação por parte da doente mas com muito medo da aproximação da morte e acima de tudo do sofrimento.

Esta transição tem como características, segundo Meleis et al (2000), a consciência, ou seja, a Sofia encontra-se a tentar dar uma resposta aceitável à situação que se encontram a viver. Demonstra ainda, envolvimento, pois a Sofia tem noção das alterações que lhe estão a acontecer, embora, lute muito e tente negociar muito com a Equipa Intra-Hospitalar o alívio e se possível desaparecimento das mesmas, aqui o fato da Sofia continuar a tentar manter tudo no aspeto físico dela que a caracterizava antes da doença, como o pijama e os pequenos pertences, demonstra que apesar de tudo ela se encontra a realizar pequenos lutos de si, tentando manter outros aspetos da sua personalidade e do que a caracteriza como pessoa, intocáveis. Esta alteração da percepção e imagem corporal manifestaram-se assim serem muito difíceis. Nesta transição também é perceptível a mudança e a diferença, ou seja, denotou-se uma alteração dos papéis familiares com a Sofia esta passou de cuidadora da filha e da mãe a pessoa alvo de cuidados. Como característica desta transição surge igualmente, o espaço temporal, que segundo Meleis (2000), cada transição só se dá no seu tempo certo, e é comum existir um tempo de instabilidade e rejeição/ negação da doença, com distress e confusão até voltar a atingir o ponto de equilíbrio. Esta adaptação não pode nem deve ser imposta pelo Enfermeiro, pois cada família leva o seu tempo. Finalmente, a última característica apontada por Meleis (2000), que se assume como os pontos críticos e eventos, ou seja como decorreu o processo até ao momento.

Considero, assim, que à luz desta Teoria esta transição, apesar do espaço temporal, ainda se encontrava a ser realizada e trabalhada no íntimo da Sofia e sua família. Estes detinham as condições pessoais, crenças culturais e atitudes, estrato socioeconómico, preparação e conhecimento favoráveis à

mesma, o que se tornou em fatores facilitadores da mesma. Também o fator temporal permitiu adaptação à situação que se encontravam a vivenciar.

Aqui como designadas terapêuticas de enfermagem, ou intervenções de enfermagem, nesta altura e já passados 6 anos do diagnóstico a escuta ativa é sem dúvida a melhor intervenção, a procura de intervenções para alívio de sintomatologia, a procura de momentos para aproximar este esposo dos cuidados à Sofia, envolvendo-o nos mesmos, pelo menos uma vez por semana quando a Equipa Intra-Hospitalar fosse observar a senhora tentar coincidir com a hora que o esposo lá estivesse de forma a conversar igualmente com ele ou com a irmã ou cunhado, pois um dos princípios dos cuidados paliativos é o envolvimento da família.

➤ **Transição Independência – Dependência Total (alterações físicas) e Transição por alterações de papéis familiares/ dinâmica familiar**

Esta é uma transição de cariz saúde e doença segundo Meleis (2007), uma vez que é provocada pela situação do evoluir da neoplasia. Aqui, existe uma experiência anterior que possa servir de agente facilitador, existe a consciência da dependência gradual e cada vez mais marcada. Nesta transição outra característica presente é a mudança e a diferença, ou seja, existe alterações de identidade, papéis, relações e comportamentos dentro do núcleo familiar. Como característica aparece também o espaço temporal, que neste caso é um agente inibidor desta transição uma vez que a Sofia se tornou totalmente dependente desde este último internamento o que foi uma situação precipitada, talvez se fosse algo com um espaço temporal maior, tanto a Sofia a sua família, conseguissem realizar melhor a transição, embora eu considere que estão a lidar com ela da melhor forma possível ou pelo menos assim o transmitem.

Aqui as intervenções de enfermagem, de novo passam pela escuta ativa, o tentar perceber a forma como a situação afeta o marido e quais são os recursos deste para ultrapassar ou minimizar as alterações de papéis e gestão da situação da esposa. Perceber os recursos da comunidade para ajudar esta senhora em termos de domicílio, e pensando numa perspetiva de alta, aproveitar todos os recursos de família, da comunidade para apoiarem este

casal. Pensando na transição que abordarei de seguida, perceber se esta família, fará um luto normal ou patológico de forma a acionar mais apoios nomeadamente o psicológico.

➤ **Transição organizacional/ situacional**

Esta transição seria a passagem do domicílio para o contexto de internamento (e ainda com uma perspectiva de retorno ao domicilio), existindo uma alteração do ambiente envolvente, neste caso a mudança do espaço habitacional que obrigou a Sofia a realizar alterações das suas rotinas pessoais e familiares, alterando assim, os seus hábitos. Alterações estas impulsionadas pelas próprias regras da Instituição Hospitalar, em termos de horas de visitas, cuidados de higiene e alimentação entre outros. Este é uma transição complexa que envolve igualmente tempo de adaptação. Existe igualmente uma adaptação à separação dos filhos e o lidar com a preparação para o regresso a casa.

Nesta transição verifica-se como fatores facilitadores o conhecimento da equipa médica e de enfermagem por parte da Sofia Sofia já existem experiências anteriores de internamento que podem facilitar a nova adaptação às rotinas hospitalares e hábitos. Desta forma, existe a consciência, perceção e reconhecimento da experiência que se encontra a passar, e embora o desejo de ir para sua casa seja grande, a sua resposta face ao internamento é congruente, pois sabe porque é que está internada e a importância deste momento para o controlo sintomático. Verifico, assim, envolvimento da pessoa e do seu esposo neste processo, contudo assumo aqui o fator temporal como um fator inibidor para esta transição, pois quanto mais passa o tempo, menos esperança esta família tem que a doente regresse a casa, pois também cada vez mais se deterioram as suas condições de saúde e aumenta o nível de dependência. Aqui os padrões comportamentais foram alterados, uma vez que como já foi referido anteriormente, esta senhora era a cuidadora principal desta família e neste momento encontra-se dependente.

Neste sentido, as intervenções de enfermagem, foram no sentido de harmonizar este núcleo familiar. Tentar acima de tudo perceber se esta vontade de regresso a casa era uma vontade efetiva do casal, se era viável, se

era possível reunir as condições necessárias de conforto e bem-estar para a Sofia Sofia.

E foi efetivamente o que se tentou realizar, em negociação com a família, com a Assistente Social, com o Clínico para perceber as condições físicas e ambientais da pessoa, da família e do contexto.

➤ **Transição de desenvolvimento**

A transição da vida para a morte, é de todo a mais complexa. Alguém aceitar que vai partir e que deixa cá quem ama e que depende de si é algo muito difícil. Esta será uma transição de desenvolvimento, uma vez que conduz a uma fase natural da vida, a morte. Esta será uma transição de desenvolvimento, uma vez que conduz a uma fase natural da vida, a morte. É complexa e multidimensional, pois aqui a consciência da iminência da morte existe, contudo é um pouco silenciada pelos planos da Sofia Sofia de ir para casa. Como fator inibidor pode referir-se esta vontade de ir para sua casa, pois é uma vontade sua e expressa, como fator facilitador, as próprias experiências anteriores de perdas pessoais e familiares e também as transições supra analisadas. Não consegui perceber o envolvimento da doente nesta transição uma vez que a Sofia não nos falou sobre ela.

Neste aspeto as condições pessoais, as crenças espirituais e as significações culturais são os pontos fulcrais, uma vez que permitem efetuar a transição de uma forma mais harmoniosa e impedir um luto patológico. Quanto à Sofia, estes fatores são preponderantes para a resolução de situações pendentes que necessitam de ser resolvidas para que a senhora vivencie estes últimos dias em paz espiritual, pois como dizem Neto e Barbosa (2010, pág. 389), as pessoas que têm situações por resolver apresentam fases agónicas mais complicadas e longas.

Esta, não se referindo exclusivamente ao momento do falecimento da Sofia, prende-se com o luto de si própria, da senhora que era antes da doença e da pessoa que é após a mesma. Esta gestão é verificada através da forma como a senhora tenta manter visualmente o aspeto físico que tinha antes do internamento e da própria doença oncológica.

Esta sendo a última das transições desta família, é o culminar de uma caminhada que a doença impôs e que impulsionou a alterações em toda a vida

familiar, nos projetos de vida que tinham, nos sonhos que existiam e nas expectativas de vida. Receio esta transição, pois a senhora encontra-se muito apegada à vida e ao cuidar dos filhos, confia muito na irmã e no marido para cuidarem dos filhos, contudo intuo para que seja um fator muito inibidor nesta transição, e não me refiro necessariamente à morte física mas ao que vai “morrendo” na senhora com o evoluir da doença.

Pensando num futuro a longo prazo, e provavelmente após o término deste Curso de Mestrado, gostaria de eu própria enquanto enfermeira e enquanto pessoa já ter desenvolvido estas competências de relação interpessoal e comunicação, fundamentais para o desenvolvimento de relação terapêutica. Concluo ainda que sem relação terapêutica seria impossível compreender a definição de conforto e as medidas de conforto que a Sofia desejava, sendo o conforto uma das necessidades de todas as pessoas com doença oncológica, este torna-se dependente do tipo da relação que se estabelece com a doente pois é ela que fundamenta as intervenções de enfermagem.

Assim, termino esta breve reflexão com um pensamento de Manuel Lopes (2005, p. 7), acerca da construção da relação:

“O olhar, o sorriso,
a escuta, as palavras,
as mãos, os gestos.
O olhar atento, perscruta,
Indaga, penetra,
Esquadrinha, inquire, ...
O olhar sereno, é terno,
Apaziguador, compassivo, ...
O sorriso, acolhe, acalma, alegre...
Complementa o olhar,
Converte-se em referência no tumulto do sofrimento.
Metamorfoseia-se em esperança no redemoinho do desespero.
A escuta amplia o espaço e o tempo.
Dá lugar ao outro.
Valoriza o indizível
As palavras, todas as palavras, tantas palavras...

Indagam o sofrimento, a dor.
Expressam a alegria,
O prazer do reencontro improvável.
Explicam o inexplicável,
O indecifrável.
As mãos são de fada,
De rigor,
De precisão...
Os gestos são de uma serena harmonia.
Quase perfeita,
Os gestos são de partilha,
De humana comunhão.”

Manuel Lopes, (2005, p. 7)

BIBLIOGRAFIA:

- Cutcliffe, J. & Mckenna, H. (2005) – *The Essential Concepts of Nursing*. London: ELSEVIER;
- Lopes, M. (2005) – Os Clientes e os Enfermeiros: construção de uma relação. Coimbra. Formasau;
- Lopes, M. (2006) – *A Relação Enfermeiro – Doente como Intervenção Terapêutica*. Coimbra: Formasau.;
- McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 56 (5). Págs. 472-479.
- Meleis, A.; Sawywe, L.; Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Since*, 23(1), 12-28.
- Meleis, A. (2007) - *Theoretical Nursing: Development and Progress* (4th Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, págs.51-68.
- <http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/4108/1/INVESTIGA%C3%87%C3%83O%20EM%20SA%C3%9ADE%20-%202.pdf>, acedido em 21 de Outubro de 2015;
- <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf> acedido a 22 de Outubro de 2015.

Apêndice 7 – A gestão de emoções e sentimentos realizada pelos enfermeiros que cuidam da pessoa com doença oncológica em fim de vida



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
6º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico- Cirúrgica
Vertente Oncológica

A gestão de emoções e sentimentos realizada pelos
Enfermeiros que cuidam da pessoa com doença
oncológica em fim de vida

Ana Cristina Mano Esteves Luís Nº 221

Lisboa
Outubro de 2015

Situação para refletir:

- Jovem adulta (35 anos);
- Casada há pouco tempo aquando do diagnóstico;
- Glioblastoma;
- Totalmente dependente;
- Transformação física;
- Marido como principal cuidador, que vive para cuidar dela;
- Pais auxiliam neste cuidado;
- Situação culmina na morte da jovem.

Principais sentimentos e emoções que emergiram:

- Identificação, face à faixa etária, ao estadio do ciclo vital, face à doença, identificação familiar e pessoal;
- Angústia, por conhecer o percurso e o culminar desta doença;
- Sofrimento, por ver aquela família a sofrer;
- Tristeza, por ser uma família destroçada;
- Impotência, face ao evoluir da situação e ao culminar da mesma.

Análise da temática

A gestão emocional realizada pelos enfermeiros que cuidam de pessoas com doença oncológica em fim de vida, é um trabalho intrínseco fundamental inerente ao processo do cuidar.

Assim, Batista (2008, p.7), afirma num estudo que a maioria dos enfermeiros refere como fatores de stress mais importantes os conflitos na equipa, a sobrecarga de trabalho, o desgaste físico e emocional em especial nos cuidados ao doente e sua família. Barbosa & Neto (2010), assumem o trabalhar em equipa como um dos principais pilares da filosofia dos cuidados paliativos, a par do controlo de sintomas, comunicação adequada e apoio à família, invocando uma necessidade extrema de uma comunicação adequada dentro da equipa e com o doente.

Aborda, ainda, as estratégias de *coping* que por estes são apontadas para a gestão destas emoções e são elas as atividades de tempo livre (*hobbies*), a partilha de vivências com a equipa, familiares ou amigos e o distanciar das situações.

Como necessidades surge a presença de um psicólogo de apoio à equipa, reuniões multidisciplinares, atividades lúdicas por parte do serviço e diminuição da carga horária.

A mesma autora refere ainda a necessidade do enfermeiro cuidar de si para conseguir cuidar do outro.

Assim, para Levenson (1994) citado por Batista, 2008, p. 115, as emoções surgem como fenómenos psicofisiológicos que não são mais que modos eficazes para a adaptação da pessoa às exigências do meio.

Por outro lado Izard et al (1998) citado por Batista, 2008, p. 115, assume que as emoções são forças motivacionais que influenciam a perceção, pensamento e ação de uma pessoa.

Goleman, 2002, citado pela mesma autora refere que as emoções são a força que impele o ser humano a enfrentar a vida e a evoluir.

Sentimentos e emoções referidos pelos enfermeiros, em relação a si próprio, e em relação ao doente:

- Bem-estar – quando cuidam de doentes em fim de vida e lhe promovem conforto;
- Sofrimento – sentimento de não conseguir aliviar o sofrimento dos outros, confronto com o sofrimento do outro;
- Impotência – elencado ao anterior;
- Desvalorização por parte da instituição;
- Tristeza – quando não conseguem alcançar os objetivos propostos em relação a uma determinada situação, a situação de perda também conduz a este sentimento;
- Desalento – elencada à anterior, falta de tempo;
- Revolta – associada ao sentimento de impotência;
- Diversificação de sentimentos;
- Alívio – relacionado com a prestação de bons cuidados para ajudar o doente;
- Satisfação profissional
- Angústia – provocada pela identificação com a situação;
- Frustração e decepção – associada aos procedimentos inúteis, fúteis e desadequados à filosofia de cuidados paliativos;

- Desafio – entrega total ao doente e família desafiando os nossos limites;

Estratégias de *coping* utilizadas pelos enfermeiros

Ramos (2005), citado por Batista, 2008, p. 140, afirma que o *coping* serve para a pessoa conseguir lidar com os problemas e recuperar a sua homeostasia, conduz a um estado psicológico de bem-estar.

Batista (2008, p.145) afirma existirem três tipos de estratégias:

- Focadas nas emoções;
- Focadas na interação social;
- Focadas nos problemas;

Existe uma necessidade do enfermeiro concentrar-se em si mesmo e interpretar o que lhe está a causar o *stress* (Batista, 2008, p.140-149).

Estratégias focadas nas emoções:

- Distanciamento do pensamento – “tentar não pensar mais no assunto”, “não levar as situações para casa”; necessidade de existir uma vida pessoal onde não se pense no dia de trabalho; abstração das situações;

- Hobbies – tentar outras atividades de distração, como ir à praia, passear, contato com a natureza, ginásio, ler livros; são trabalhos que as pessoas não fazem por obrigação e como tal são anti-stress; Técnicas de relaxamento;

- Neutralizar as ameaças – tentar pensar que há coisas boas fora do ambiente de trabalho;

- Fuga ou evitamento – refere-se à proteção de si próprio;

- Atuar diretamente sobre a emoção – capacidade da pessoa se acalmar a si próprio “contar até 10”;

- Reflexão e análise – pensar no final do turno o que foi feito e o que poderia ter feito;

- Reflexão em equipa com partilha de situações;

- Formação para aprender a gerir;

Conclusão:

O enfermeiro para cuidar do outro necessita de estar bem, física e psicologicamente, para tal existe um sem número de estratégias que permitem

ao mesmo enfrentar e gerir as emoções e sentimentos inerentes à prática de cuidados ao doente oncológico em fase final de vida e sua família.

Assim, surge a necessidade de colmatar estas lacunas que podem ser uma ameaça tanto para o enfermeiro que não esteja bem, pois não se sente realizado, como para o doente que pode não ser cuidado da melhor forma pelo próprio sofrimento do enfermeiro.

Neste sentido existe uma necessidade vigente das equipas de enfermagem em se unirem e reunirem para tratar de questões como esta, fulcrais para o bem-estar e conforto pessoais e de grupo.

Bibliografia:

- Sapeta, P. (2011) – Cuidar em fim de vida: o processo de interacção enfermeiro – doente. Loures.Lusociência.
- Batista, P. (2008). *Stress e Coping* nos Enfermeiros dos Cuidados Paliativos em Oncologia. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Porto.
- Diogo, P. & Rodrigues, L. (2012). O Trabalho Emocional: Reflexão e Investigação em cuidados de enfermagem. *Pensar Enfermagem*. Vol.16 (1) p. 62-71.

**Apêndice 8 – Reflexão III – Cuidados
Transculturais em fim de vida – Hinduísmo**



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
6º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico- Cirúrgica
Vertente Oncológica

Reflexão III
Cuidados Transculturais em Fim de Vida
Hinduísmo

Ana Cristina Mano Esteves Luís Nº 221

Lisboa
Novembro de 2015

No âmbito do Estágio com Relatório, e no contexto de Campo de Estágio II, realizo a presente reflexão com o intuito major de dar resposta a um conjunto de questões que foram emergindo da prática direta de cuidados na situação que descreverei de seguida.

Uma vez mais, será utilizada com metodologia o Ciclo Reflexivo de Gibbs, como proposto nas atividades descritas no Projeto de Intervenção “Intervenção de enfermagem à pessoa com doença oncológica em fase agónica, no internamento hospitalar de cirurgia”.

A prática reflexiva, segundo Santos e Fernandes (2004), revela-se uma ferramenta de capacitação para os alunos e enfermeiros pois permite um aprofundamento dos saberes e das suas práticas. Igualmente Zeichner, 1993, citado por Santos e Fernandes, 2004, refere que a prática reflexiva permite ao sujeito tornar-se conhecedor daquilo que faz e de como o faz, ou seja é intencional, é sobre as práticas (Kim, 1999).

Assim, Santos, 2003, citada por Santos e Fernandes, 2004, afirma que a pessoa que reflete procura justificar um novo modo de pensar, sendo este um processo de análise e exploração, aprendendo através das práticas.

Consequentemente utilizarei como método o Ciclo Reflexivo de Gibbs 1988, que citado por Johns, 2009, p. 49, que se apresenta da seguinte forma: a descrição da situação, os sentimentos envolvidos, a avaliação da experiência, a análise, a conclusão (que mais se poderia ter feito?), e finalmente, o plano de ação se acontecesse de novo como procederia.

Neste sentido, esta será uma reflexão que se traduziu num momento de aprendizagem, passado com a Enfermeira que se encontra a orientar-me, eu e um doente em fim de vida e sua família, no internamento de Cuidados Paliativos. Assim, trata-se de um senhor a quem chamarei Sr. Ishan, adulto, casado, com três filhos e uma família muito unida e presente durante o internamento, não sendo este o primeiro internamento deste senhor nesta Unidade, por uma doença oncológica em fase terminal. Este senhor, era Hindu, pelo que, com o desenvolvimento da situação de saúde dele e com o aproximar da morte surgiram dentro da equipa, sobretudo de Enfermagem, algumas dúvidas em relação aos cuidados em fim de vida e imediatos após a morte.

Em primeira instância, não conhecia rituais ou necessidades desta família que embora Hindu já se encontrava inserida numa cultura ocidental, o

que segundo a pesquisa bibliográfica realizada infere sobre a diferença de comportamentos e atitudes. Depois, já tinha cuidado de pessoas com culturas e religiões diferentes, contudo nunca havia sido numa fase final de vida, em que tudo o que é feito vai condicionar o seu conforto e o da sua família implicando até um luto mais complicado numa perspectiva de não cumprimento das suas crenças.

Foi neste momento, e estando o Sr. Ishan aos nossos cuidados que necessitei de realizar esta pesquisa e refletir sobre ela, pois o que sentia era receio de fazer/dizer algo que pudesse ser entendido como pouco adequado naquele momento de maior vulnerabilidade daquela família.

Assim, abordo a Teoria de Kolcaba, pois apesar da cultura ou religião, o respeito pela pessoa a cuidar e pelas suas vontades e família, promovendo conforto nos seus últimos dias e horas de vida, é o papel major do enfermeiro. Sendo assim, a pessoa consiste como um todo mental, espiritual e emocional, inseridos no seu corpo físico que procura conforto, que pode ser de três níveis alívio, tranquilidade e transcendência em quatro contextos, o físico, o psico-espiritual, o sócio-cultural e ambiental, nenhum deles com menos importância que outro (Kolcaba, 2009).

Deste modo, para que este senhor e sua família atingissem o conforto total ou transcendente era necessário serem compreendidas e aceites as suas crenças para que nada do que fosse realizado, nenhum dos cuidados prestados pudesse perturbar as suas crenças. Logo aqui, surgiram dúvidas, receios que foram colmatados pela prática de comunicação e gestão de situações em fim de vida bem como conhecimentos que eram passíveis de serem observadas nas atitudes das Enfermeiras deste local.

Desta forma, realizando uma pequena contextualização, a comunidade Hindu em Portugal, tem cerca de 7000 pessoas que vivem maioritariamente nas grandes cidades como Lisboa e Porto, tendo um líder espiritual sediado em Lisboa, Telheiras. Vieram na sua maioria de Moçambique aquando da migração do século passado, tendo-se fixado nestas cidades, e misturando os seus costumes com os ocidentais, não sendo por isso, totalitários das crenças esperadas pela população residente na Índia ou Moçambique (Sant'ana, 2008).

Após uma pesquisa bibliográfica subordinada à temática do cuidar da pessoa Hindu em fim de vida, foi perceptível a necessidade de conhecer os seus

rituais e práticas, nomeadamente a sua crença do *Karma*, ou seja, existe um nascer, viver e morrer que é repetido até a pessoa atingir o seu patamar de sabedoria evoluindo nos diferentes níveis de *castas*. A pessoa tem, assim, um espírito eterno, sendo o seu corpo transitório (Teixeira, 2006).

Assim, Sharma, Jagdish, Anusha & Bharti (2013), assumem a morte como uma transição para uma nova vida designando-a como reencarnação ou transmigração, sendo esta a única religião da Índia que crê desta forma. Deste modo, relacionam como uma boa morte, ou seja, sem sofrimento, confortável um renascer igualmente agradável, contudo o oposto também é afirmado pelos Hindus e daí a preocupação com uma morte indolor. Uma vida/ morte com sofrimento é explicada pelo *Karma*, ou seja, se vive de uma forma má morre de uma forma má e regressa com uma vida sofridora. É igualmente defendido por alguns Hindus que a dor física nada é comparável com a dor espiritual e como tal não devem ser aceites analgésicos ou sedativos que alterem a visão e o sentimento da dor.

A gestão da doença e do sofrimento familiar é realizada apenas dentro do núcleo familiar não devendo ser dividida com pessoas externas à família. Quando existe um aproximar das últimas horas de vida, agonia, a pessoa deverá ser deitada no chão em cima de um lençol branco, onde os seus lábios são molhados com água sagrada e manjerição. Quando falece existe a necessidade de ser a família a cuidar do corpo, nomeadamente a realizar cuidados de higiene ao mesmo (Teixeira, 2006).

Sendo crentes nos quatro elementos, água, terra, fogo e ar, é o fogo o elemento capaz de libertar a alma daquele corpo, motivo pelo qual existe a cremação obrigatória, cá em Lisboa implementada no Cemitério do Alto de São João para dar resposta à população Hindu de Lisboa, nos anos 70 (Comunidade Hindu em Portugal, 2008). Posteriormente dever-se-ia submergir as cinzas no Rio Ganges a fim de promover a salvação espiritual.

Quanto à família é comum na hora da morte, fazerem sons ou gritarem como demonstração do seu sofrimento. A esposa e todas as mulheres da família deverão vestir branco durante um ano como forma de respeito e os filhos homens devem, segundo a tradição rapar o cabelo (Teixeira, 2006).

A Comunidade Hindu (2010), assume que durante a doença e no sofrimento prolongado os amuletos são essenciais e colocados junto da pessoa, algo que também era visível no leito do Sr. Ishan.

Segundo, Rodrigues, 2013, citando Parkes et al, 2003, o ritual fúbre dura 12 dias, em que a família dorme no chão, orando e proferindo cânticos, enquanto o corpo se mantém, também ele no chão em coberto de lençóis brancos apenas com o rosto a descoberto. Algo que não acontece em Portugal. A esposa retira o símbolo de casada (*sindoor*).

Como referem Sharma, Jagdish, Anusha & Bharti (2013), o sofrimento espiritual é inerente e transversal a todas as crenças e culturas, pois refere-se à dor provocada por perder o sentido de si próprio, por se perder a si mesmo enquanto pessoa autónoma.

Deste modo, e reforçando a ideia da necessidade de respeito pela pessoa e sua família a cuidar, independentemente das suas variáveis, devem ser sempre aplicados os princípios éticos base para a prática do cuidar, o respeito pela autonomia do doente, e neste caso a vontade da esposa e da família era a presença de um Líder espiritual após a morte do senhor, e era a presença da família durante a fase de fim de vida, algo que foi respeitado ao máximo, promovendo conforto e privacidade não apenas para o Sr. Ishan, mas igualmente para a restante família (Sharma, Jagdish, Anusha & Bharti, 2013).

O princípio da beneficência e não maleficência, ou seja, não realização de medidas fúteis de prolongamento de vida que apenas impelissent maior sofrimento ao doente e fornecer sempre esperanças realistas à família, prestando escuta ativa e reforço positivo à esposa pelo seu apoio ao marido.

Por sua vez, a dignidade coaduna-se com cada um dos princípios éticos, enquanto agente promotor de conforto e tranquilidade na fase agónica, que foi observado neste senhor, pois foram respeitadas as suas vontades, bem como as da sua família, indo de encontro às necessidades vigentes em cada momento. O Sr. Ishan partiu com um fâcies tranquilo de aparente conforto, com a sua família junto de si e após ter recebido a visita dos seus filhos. As suas necessidades espirituais foram sendo apreendidas com pequenas conversas com a sua esposa e como tal igualmente colmatadas.

Analisando a situação, encontro aspetos positivos de ter observado a ação de profissionais experientes e com competências do cuidar do doente em

fase agónica e agir segundo um conhecimento profundo das crenças e vontades do doente e sua família, proporcionando-lhes conforto direcionado às necessidades por eles manifestadas e pela equipa observadas. Considero igualmente positivo o fato de ter experienciado e seguido esta situação até ao final, podendo eu própria, e de encontro à minha temática verificar o controlo sintomático realizado até à morte do Sr. Ishan e conseguir em simultâneo gerir as necessidades daquela família.

Assumo a pertinência desta sucinta pesquisa bibliográfica no sentido da compreensão de alguns comportamentos e atitudes manifestados por aquela família, e para apreender o cuidar em fase agónica de um doente, que embora com padrões culturais, espirituais e religiosos diferentes transparece as necessidades comuns em fim de vida, pois estas são transversais.

Como negativo, aponto o fato de não ter sido passível a realização atempada desta pesquisa, para melhor prestação de cuidados e compreensão daquela família.

Pensando numa próxima situação sinto maior segurança de atuação enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, vertente oncológica e enquanto elo promotor de reflexão e informação nos locais de estágio e de trabalho. Assim, as competências adquiridas vão de encontro à L6, presente no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em pessoa em Situação Crónica e Paliativa (2011, p. 4) - Estabelecer relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte. Nesta competência é pretendida a promoção de parcerias terapêuticas, o respeito pela dignidade e autonomia do doente que se encontra a vivenciar processos de morte e de luto, negociar objetivos com o doente e sua família e reconhecer todas as crenças e valores que envolvem a díade doente família em fase agónica.

E ainda, a presente na European Oncology Nursing (2013) - Obter uma visão da pessoa com doença oncológica através do modelo Holístico, alocando todas as dimensões enquanto pessoa e não enquanto doente.

Como conclusão, assumo a importância do conhecimento do doente e da sua família bem como das suas crenças e valores, culturais e espirituais.

Assumo a relevância da pesquisa bibliográfica para a formação e fomentação das competências adquiridas na prática, para cuidar de uma forma cada vez mais individualizada e personalizada.

Igualmente o cuidar de uma pessoa agónica com crenças e valores tão específicas nos faz refletir na prática e na necessidade de ampliar conhecimentos e alargar horizontes e não observar a pessoa apenas de uma forma superficial, ou como um corpo doente, pois é uma pessoa num todo com todas as dimensões biopsicossociais e espirituais, sendo mais que a soma das suas partes em separado.

Foi uma situação importante para a verificação de controlo sintomático físico e psicológico, fundamental para a elaboração e implementação do meu Projeto de Intervenção.

Bibliografia:

- Comissão Nacional da Pastoral da Saúde (2010). *Manual da Assistência Espiritual e Religiosa Hospitalar*. Junho de 2010. Acedido em http://www.enfermagem.edu.pt/images/stories/manual_assist_espiritual.pdf, a 11 de Novembro de 2015.
- *European Oncology Nursing Society* (2013). *EONS – Cancer Nursing Curriculum*. Bruxelas. Disponível em: [http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf#search="skills"](http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf#search=) , acedido em: 11 de Novembro de 2015.
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178-1184.
- Kolcaba, K. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1301-1310.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Lisboa. Acedido em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulam>

ento 188 2015 Competencias Especificas EE Pessoa Situacao Cronica P
aliativa.pdf , em 11 de Novembro de 2015.

- Rodrigues, S. L. L. (2013). *A Perspetiva dos Profissionais de Saúde no Cuidar do Doente em Fim de Vida..* Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos. Viana do Castelo.
- Sant'ana, H. M. (2008). *Migrantes Hindus em Portugal: Trajectos, Margens e Poderes.*Instituto Superior do trabalho e da Empresa. Tese de Doutoramento. Lisboa.
- Sharma, H., Jagdish, V., Anusha, P & Bharti, S. (2013). End-of.life care: Indian perspective. *Indian J. Psychiatry.* 55, 293-298.
- Teixeira, P. F. (2006). Diante da Morte. *Representações Sociais da Morte em Enfermeiro.* Universidade Aberta. Dissertação de Mestrado. Lisboa.

Apêndice 9 – Estudo de Caso II



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
6º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico- Cirúrgica
Vertente Oncológica

Estágio com Relatório
Estudo de Situação II

Docente orientador:
Professora Eunice Sá

Discente:
Ana Cristina Mano Esteves Luís Nº 221

Lisboa, Novembro de 2015

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO.....	3
1. COLHEITA DE DADOS	4
1.1. Dados demográficos.....	4
1.2. História de Saúde, antecedentes pessoais e familiares	4
1.3. História de Saúde atual	5
2. TEORIA DE MELEIS – TEORIA DAS TRANSIÇÕES.....	9
3. TEORIA DE KOLCABA – TEORIA DO CONFORTO	12
4. IMPATO E GESTÃO DA DOENÇA ONCOLÓGICA EM FASE AGÓNICA, NA DOENTE E SUA FAMÍLIA.....	12
4.1. Gestão Situacional segundo Kolcaba	77
4.2. Gestão Situacional segundo Meleis.....	78
5. PROBLEMÁTICA DOS CUIDADORES	81
6. CONCLUSÃO	82
7. BIBLIOGRAFIA.....	83

0. INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio com Relatório realizo o presente estudo de situação com o intuito major de analisar a situação de uma doente que se encontra em fim de vida, os seus sintomas descontrolados e as intervenções de enfermagem realizadas para o colmatar das necessidades, não só da doente como da sua família.

Assim, a informação utilizada para este trabalho foi fruto da colheita de dados retirada do processo e registos clínicos da senhora e outra parte através do conhecimento que a equipa de enfermagem já tinha acerca da situação, pois não seria um primeiro internamento da doente.

Quando nos foi atribuída esta senhora como alvo dos nossos cuidados, esta já se encontrava numa fase muito avançada da sua doença incurável e com um prognóstico de vida limitado, prostrada e muito debilitada pelo que não foram colhidos dados através da mesma.

O guião de colheita de dados utilizado, foi o disponibilizado pela instituição de ensino na qual me encontro a frequentar o curso.

Neste sentido, e sempre tendo por base o respeito pela pessoa em questão tendo em conta que era uma senhora em fase muito avançada da sua doença, mas com grande capacidade de interagir com a equipa, fui aproveitando todos os momentos em que estivemos com a doente para eu própria, colher esses dados da observação das interações.

Deste modo, esta colheita de dados teve por objetivo principal a observação e da pessoa cuidada e sua família com o propósito de compreender os pormenores do seu problema de saúde, e do contexto envolvente a fim de planificar cuidados adequados e de qualidade (Phaneuf, 2002). Assim, este trabalho foi realizado com este mesmo intuito, conhecer melhor a pessoa a cuidar de forma a conseguir planear eficazmente os cuidados de conforto a serem-lhe prestados.

Por questões de privacidade e respeito pela pessoa e pelo Código Deontológico pelo qual me reajo, chamarei a senhora de S., sendo este o estudo de caso referente à Reflexão IV, no qual abordo igualmente uma situação experienciada aquando dos cuidados prestados a esta senhora.

É feita, assim, uma descrição dos dados demográficos, antecedentes de saúde e história de doença atual. De seguida, abordo o contexto familiar, económico e social admitindo algumas lacunas na colheita de dados sobre os mesmos, e finalmente a observação direta da Sónia e da sua situação. Será feita uma análise da situação sob a Teoria de Afaf Meleis concomitantemente com a Teoria do Conforto de Kolcaba, posteriormente uma análise do impacto da doença/ morte na vida da pessoa e da sua família e uma reflexão acerca da gestão desta situação pela doente e sua família.

1. COLHEITA DE DADOS

1.1. Dados demográficos

Nome: S.

Nome pelo qual gosta de ser tratada: S.

Género: Feminino

Idade: 59 anos

Nacionalidade: Portuguesa

Religião: Católica não praticante

Profissão: Secretária numa gasolinheira

Habilitações Literárias: 12º ano

Pessoas significativas: Esposo, irmã e duas filhas

Local de internamento: Unidade de Cuidados Paliativos de um Hospital Privado

Alergias: desconhecidas

1.2. História de Saúde, antecedentes pessoais e familiares

Em relação à história familiar da S., é casada com o Sr. Manuel e tem duas filhas com idades entre os 30 e 35 anos, a Sofia e a Susana (nomes fictícios). Tem uma irmã muito presente na casa dos 60 – 65 anos, Sra. Manuela que é quem cuida dos 5 netos da S. quando esta não pode, nomeadamente durante os internamentos.

Trata-se de uma família aparentemente unida, que se revessava para que existisse sempre um deles junto da S., e mesmo quando estavam todos o clima era harmonioso e tranquilo de quem via de fora.

Pelo conhecimento que obtive da situação, esta senhora não tinha tido até então outros problemas de saúde, pelo que não sei se o nível de adaptação situacional está relacionado com alguma situação de saúde/doença anteriores.

Em Novembro do presente ano, a S. foi internada por dor e exaustão familiar num contexto de doença incurável, avançada com prognóstico de vida limitado, sofrendo de um carcinoma multicêntrico da mama esquerda em estadio IV plurimetastizado ganglionar, ósseo, hepático e sistema nervoso central, já era seguida em Consulta de Oncologia e realizado quimioterapia, nesta altura já suspensa por progressão da doença e não existência de benefício para a doente.

O que aqui pude observar foi efetivamente, o nível de confiança e conhecimento profundo da equipa de saúde em relação a esta família uma vez que as necessidades desta já eram antecipadas pelos mesmos. Foi igualmente positivo verificar as técnicas de comunicação como os dedos cruzados e tiros de aviso de forma a ir introduzindo a variável da irreversibilidade da situação. Bem como a conferência familiar ferramenta útil para a gestão e ventilação de emoções pela família e negociação de intervenções de conforto que eles aprovassem para a sua esposa/família.

Esta conferência é feita neste serviço sempre que a equipa ou família avalia ser necessário, e pode ter a presença dos elementos da família que se acharem pertinentes bem como médico paliativista, enfermeira e psicóloga. Neste caso foi feita com a filha Sofia e o Sr. Manuel, a filha encontrava-se emocionada e chorosa pelo evoluir da situação, motivo pelo qual foi realizada escuta ativa e apoio emocional, por sua vez o esposo encontrava-se mais direcionado para o entender e decidir os cuidados prestados, desviando as preocupações que pudessem incidir sobre ele para a esposa.

Várias vezes foi questionado a cerca de como estava, se necessitava de alguma coisa, se havia descansado ou se tinha alimentado ao que o senhor respondia sempre que quem importava era a S. e não ele ou as filhas, o que nos permitia inferir acerca do sofrimento do Sr. Manuel e da sua vontade expressa em que tudo fosse feito para minimizar o desconforto e dor que a esposa pudesse sentir.

1.3. História de Saúde atual

A história da S. começa aquando do diagnóstico de carcinoma da mama esquerda em IV com metastização ganglionar, tendo igual compressão esofágica com estenose, metastização óssea múltipla, hepática e do sistema nervoso central. Foi internada a 9 de Novembro de 2015, após descontrolo álgico generalizado tipo pontada na região sacrococcígea tolerando apenas decúbitos laterais direito, por incisão de dor no hemicorpo esquerdo aquando dos posicionamentos para o mesmo lado.

Esta senhora era, como já foi referido anteriormente, acompanhada em Consulta de Oncologia tendo realizado vários ciclos de Quimioterapia Paliativa

até há pouco tempo quando iniciou este quadro acompanhado de intolerância a partir do ciclo de Agosto de 2015 associado a metastização hepática diagnosticada.

A 10 de Novembro foi perdida via oral acompanhada de prostração mais profunda e gemidos de desconforto associados à mobilização. Por esta altura foi necessária a intervenção sobre a família, em especial marido e irmã, desmistificando ideias acerca da alimentação e hidratação artificial em fim de vida e para isto foi feita uma reunião com uma das médicas da equipa e validadas e reforçadas ideias e decisões com a equipa de enfermagem. Ficou acordado que esta senhora realizaria, até indicação de não existir benefício, hidratação por Cateter Totalmente Implantado que tinha na subclávia direita.

No dia seguinte, existiu novamente necessidade de um dos elementos da equipa conversar com a filha mais velha, Susana, realizando novamente desmistificação de ideias acerca da incapacidade de alimentar a Mãe nesta fase da sua vida explicando as medidas de alimentação artificial que não trariam qualquer benefício face ao conforto e tranquilidade da senhora. Aqui, a filha demonstrou-se assertiva, e com esperança irrealista que a Mãe pudesse regressar a casa, nesta altura foram utilizados os dedos cruzados, ou seja, dito que oxalá a senhora tivesse capacidade para o fazer porém a sua situação encontrava-se a deteriorar de forma a abrir uma perspectiva de talvez isso não seja tão real quanto isso.

Neste processo, verifiquei por parte de toda a equipa interdisciplinar, uma validação do papel ativo e fulcral das filhas e do esposo da senhora, bem como a coragem da S. durante todo este processo longo e sofrido.

Em 12 de Novembro e após a necessidade inevitável de realização vários SOS de medicação por inquietação e gemido observáveis na S., esta afirma “quero descansar mais”, pedindo à equipa o início de uma perfusão contínua de sedação leve, esta decisão teve a presença e aceitação das filhas, Susana e Tânia e da Irmã, Sra. Manuela, e esposo Sr. Manuel.

Deste modo, a sedação paliativa é a diminuição intencional do nível de consciência de um doente através da administração de fármacos apropriados com o sentido de evitar o sofrimento intenso causado por um ou mais sintomas refratários. Esta pode ser contínua ou intermitente e a sua profundidade vai sendo aumentada até se encontrar o alívio sintomático e o conforto da pessoa

a cuidar (SECPAL, 2011). Neste mesmo caso, esta sedação inicialmente intitulada de “leve” foi sendo progressivamente aumentada em simultâneo com o aparecimento de sintomas mais descontrolados.

Assim, por acesso subcutâneo, iniciou perfusão de Morfina (20mg), Levomepromazina (50 mg) e Midazolam (15 mg) em 50 ml de Cloreto de Sódio a 2,09 cc/h (24h). E neste mesmo dia, foi conversado entre o Sr. Manuel e a enfermeira responsável pela S. no turno, o que continha a perfusão, quais os fármacos e os seus fundamentos, de que forma iríamos ajudar com esta perfusão, atuando sobre os gemidos, inquietação e dor. Justificou-se a necessidade desta perfusão por administração repetida e ineficaz de terapêutica SOS nos últimos dias. O marido compreendeu a situação e aceitou a decisão da esposa e da equipa, foi reforçado o seu papel nas decisões e nos cuidados e a prioridade em manter conforto e alívio do sofrimento, algo que era objetivo comum da equipa e da família. Assim, a perfusão sedativa foi iniciada como “leve” como resposta a uma necessidade da S. e da sua família em gerir o sofrimento, quer físico como a dor total que foi o sintoma que a conduziu ao internamento quer o sofrimento existêncial e o medo do aproximar da morte, provocado pelo avançar desta doença oncológica incurável e em estado avançado.

Segundo a SECPAL (2011), a sedação paliativa é um dever deontológico cuja decisão deve ser discutida e decidida com o doente ou família e em equipa multidisciplinar, e após a introdução da mesma não pode nunca existir um “descartar” de cuidados e responsabilidades de todos os profissionais de saúde tanto em relação ao doente que continua a necessitar de todos os cuidados que eram prestados até então, como da família que continua a vivenciar a situação e sofrer com a perda iminente do seu ente querido e preservar a sua dignidade enquanto pessoa.

Voltou a ser esclarecida a questão da alimentação, da anorexia/caquexia da S. e reforçada a necessidade de cuidados à boca para conforto e sensação de diminuição de polidipsia e xerostomia, com a aplicação horária de colutório constituído por lidocaína, bicarbonato de sódio e nistatina, que atuam na frescura e limpeza da mucosa oral. Foi igualmente investido nos posicionamentos de conforto da senhora, neste caso em semi - lateral direito ou dorsal, tentando contornar as úlceras de pressão que inevitavelmente

surgem pois como nos diz a literatura são elas também um indicador da morte iminente.

A S. tinha uma úlcera por pressão na região sacrococcígea que era realizado com o designado “penso de conforto”, ou seja, se o prejuízo e desconforto na realização do penso eram superiores ao conforto que este procedimento trazia não se fazia. Nesta situação foi apostado na redução do odor com a colocação de apósitos para o efeito e realizado apenas quando estritamente inevitável.

Encontrava-se com sonda vesical para conforto também, contrariando a necessidade de mobilizações fúteis nas trocas de fralda ou as agitações pela mesma estar urinada ou em retenção.

Nesta fase, a S. encontrava-se com caquexia, astenia, mas com o início do processo de sedação mais tranquila. Após este início de sedação e pela complexidade situacional existiu várias vezes a necessidade de administração de SOS de Haldol e Morfina, existindo a necessidade de otimizar a perfusão em vários momentos.

Inicialmente, a respiração da S. começou a parecer mais superficial, motivo pelo qual a dose de Morfina passou para 15 mg, contudo a agitação psicomotora e o gemido mantinham-se evidentes com associação a desconforto pelo franzir da testa, pelo que a dose de Levomepromazina foi gerida para 75 mg e a de Midazolam para 20mg, a 2,09 cc/h.

De seguida, e com o aproximar da morte existiram sintomas que foram surgindo conduzindo a uma gestão e otimização de terapêutica. A farfalheira foi o primeiro e o mais complexo sintoma que surgiu, e que angustiava a família pela sonoridade e pelo medo de sufocar que eles demonstravam.

Neste momento, foi introduzida nesta perfusão subcutânea de Butilescopolamina antagonista dos recetores muscarínicos, com efeito fulcral na diminuição e cessação das secreções brônquicas, motivo pelo qual é considerado um fármaco com potencialidade para o alívio deste sintoma. Assim, e passado algum tempo e concomitantemente com a suspensão de fluídoterapia que mencionei uns parágrafos acima, a farfalheira foi gradualmente diminuindo contudo surgiu o estertor, manifestando-se de forma semelhante à farfalheira, contudo com uma sonoridade classificada como mais

aflictiva para quem está junto da S., e introduzido o Octreótido Subcutâneo SOS e Furosemida, com eficácia.

Neste dia senti uma proximidade maior entre a família e a equipa de enfermagem, foi demonstrada disponibilidade da equipa, para conversar com a família, reforçando positivamente o seu apoio para com a S., e toda a sua coragem e suporte para a mesma. Pois esta situação já se desenvolvia há algum tempo e como tal a exaustão familiar já era evidente.

A S. foi ficando cada vez mais prostrada, num nível de consciência já quase nulo, com um fâcies de tranquilidade e conforto, sem a dita testa franzida típica do seu desconforto e não reativa. Neste caso, a S. encontrava-se nesta altura já na fase agónica ou seja, na fase que precede a morte, na qual existe uma deterioração evidente e progressiva do estado físico, com oscilação e diminuição do nível de consciência e dificuldade de comunicação, passando a totalidade do tempo acamada, já sem via oral mantida e apresentando falência de vários órgãos, acompanhada de um ou vários sintomas físicos como farfalheira e estertor e sintomas psico-emocionais neste caso angústia e medo da proximidade da morte (Barbosa e Neto, 2010).

A família teve o seu tempo para despedir e absorver daquela tranquilidade da Mãe e esposa, tendo consciência que tudo foi feito para que esta partisse sem sofrimento, atrevo-me a dizer que tiveram o tempo e as condições para dizer “gosto de ti; obrigada; perdoa-me; perdoo-te e adeus”.

2. TEORIA DE MELEIS – TEORIA DAS TRANSIÇÕES

O interesse de estudo de Meleis, focou-se desde sempre nas pessoas e nas suas transições de vida, e na forma como determinadas intervenções de enfermagem poderiam facilitar estas transições. A transição é um conceito familiar em várias teorias de desenvolvimento e em teorias de adaptação ao stress. Ela comporta processos de vida humana de continuidade e descontinuidade. As transições são invariavelmente relatadas como mudança e desenvolvimento, ambos temas pertinentes em enfermagem.

Transição deriva do Latim “transire” que significa passar, refletindo assim o seu significado, a passagem de algo para algo para um novo estado, condição, de um espaço para outro. Tem conotação com movimento, transição e por isso induz a uma linha de tempo (Alligood, 2014).

Uma das características da transição é o seu carácter essencialmente positivo, sendo a transição considerada completa quando a pessoa atinge um período de grande estabilidade relativamente ao que estava anteriormente (Meleis, 2007).

Assim, a Teoria de Transições sendo uma teoria de Médio alcance baseia-se em: tipos e padrões de transição; características das experiências de transição; condições de transição (facilitadoras e inibidoras); indicadores de processo; resultados e terapias de enfermagem (Meleis & Schumacker, 2000)

Desta forma, surgem os Tipos e Padrões de Transições, que passo a esclarecer: desenvolvimento, como o nascimento, a morte, a adolescência, a menopausa, fases do ciclo de vida, por assim dizer. Saúde e doença, a fase de recuperação, de diagnóstico, de doença crónica e finalmente, organizacionais e situacionais, ou seja, as alterações do ambiente envolvente, a mudança de casa, de emprego, situações em que a pessoa se vê impelida a organizar de forma diferente as suas rotinas e os seus hábitos, neste caso o internamento da S..

Os padrões de transição, são baseados na multiplicidade e complexidade. Muitas pessoas estão a vivenciar várias transições ao mesmo tempo, como é o caso da S., alvo deste trabalho que serão exploradas mais à frente.

As características da experiência de Transição incluem: a consciência que é considerada como percepção, conhecimento, e reconhecimento da experiência de transição. Os níveis de consciência estão relacionados com a congruência da resposta do sujeito à situação que como analisarei mais à frente. O envolvimento (engagement), é outra propriedade sugerida por Meleis (2000) referindo-se ao envolvimento da pessoa em relação ao seu próprio processo de transição. O nível de envolvimento depende da consciência que a pessoa tem de si própria, do ambiente físico, da dinâmica emocional e das alterações que estas esferas podem sofrer. A mudança e a diferença referem-se às alterações de identidade, de papéis, de relações, das capacidades e dos padrões comportamentais são o que supostamente traz a sensação de movimento e de modificação, alterando a direção. É importante modificar padrões e diferenciar comportamentos para se dar a transição. Começar a ver o mundo de forma diferente.

O espaço temporal é igualmente uma propriedade importante, pois segundo a autora, todas as transições só se dão no seu tempo certo. Segundo Bridges (1980/1991) citado por Meleis (2000) é identificável numa transição o espaço de tempo ou seja o início, (antecipação, percepção, e demonstração de comportamento), período de instabilidade (confusão e distress) e finalmente a estabilidade. Meleis (2000) considera contraproducente impor limites para as experiências. Os pontos críticos e afirmação é a propriedade final sugerida por Meleis, ou seja, o ponto em que se reinicia a estabilidade, o retomar de rotinas, de hábitos, de estilos de vida.

As condições de Transição segundo Meleis (2000) são as circunstâncias que influenciam a forma como a pessoa encara a transição, como os fatores pessoais, comunitários ou sociais, sendo que os pessoais revelam as significações culturais, pessoais, crenças, atitudes, o estado socio-económico, e o conhecimento. O significado que cada sujeito atribui aos acontecimentos e ao seu processo de transição pode facilitar ou prejudicar a transição de saúde. Também as Crenças Culturais e as atitudes (como por ex. a estigmatização do cancro = morte).A preparação ou não, antes do acontecimento chegar. Condições comunitárias ou condições comunitárias, são igualmente importantes como o acesso aos centros de saúde, paróquias etc.

Os mesmos autores conceptualizaram um quadro de intervenções de enfermagem durante as transições. Primeiro, propuseram a preparação do doente para a transição como uma terapia de enfermagem. Isto implicava uma avaliação por parte multidisciplinar e necessitava de uma compreensão do cliente. Impelia a uma avaliação de cada condição de transição do cliente.

Segundo, a preparação para a transição é sugerida como terapia de enfermagem. Inclui educar em primeiro lugar para criar condições ótimas para uma transição de sucesso.

Terceiro, o papel suplementar foi proposto como terapia de enfermagem ou seja introduzido empírica e teoricamente pela Meleis (1975). Ainda como Teoria de Médio alcance nenhum avanço foi feito no conceito de Terapias de Enfermagem.

Para finalizar:

- As transições são complexas e multidimensionais, são caracterizadas por tempo;
- Causam alterações nas identidades, papéis, relações, capacidades, padrões de comportamentos;
- É um processo que não é estanque e modifica padrões de vida manifestados em TODOS os indivíduos;
- O quotidiano dos clientes, ambientes e interações são moldadas pela natureza, condições, significados, e processos de suas experiências de transição.
- Vulnerabilidade é relatada nas experiências de transição, interações e condições ambientais a que os indivíduos são expostos influenciam os mecanismos de coping e a forma como vivenciam as transições.
- Nós como enfermeiros somos os primeiros a influenciar o doente e a família nas suas transições.

Para finalizar, a Teoria das transições de Afaf Meleis torna-se num grande contributo para dirigir as nossas Terapias de Enfermagem ou seja, as intervenções e evoluirmos enquanto Ciência, cuidando dos outros mas cada vez mais encontrando mecanismos e estratégias já neles existentes para que concluam o processo de transição e encontrem a sua estabilidade.

3. TEORIA DE KOLCABA – TEORIA DO CONFORTO

Katharine Kolcaba, nasceu em 1965 em Cleveland. Formou-se em Enfermagem, exercendo cuidados continuados, domiciliários e médico-cirúrgicos. Em 1987 especializou-se em gerontologia exercendo numa unidade de demência onde despoletou o seu interesse pelo conforto concomitantemente com o seu marido que era filósofo. Várias eram as disciplinas da altura que tratavam o conceito de conforto como ergonomia, enfermagem, medicina, psicologia e psiquiatria (Dowd, 2004, p. 486).

Assim, o conforto do doente deve ser a primeira e a última consideração da enfermeira baseando a sua teoria no Holismo:

- O conforto é próprio de uma condição;
- É sensível às mudanças ao longo do tempo;
- Qualquer intervenção de enfermagem holística melhora o conforto

ao longo do tempo, O conforto total é maior que a soma das suas partes.

Para esta teórica, as necessidades de cuidados de saúde são necessidades de conforto que podem ser físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais esclarecidas através de comunicação verbal e não-verbal. As medidas de conforto podem ser igualmente, fisiológicas, sociais, financeiras, psicológicas, espirituais, ambientais e físicas (Dowd, 2004, p. 490).

As variáveis neste processo do confortar são forças de interação que influenciam a perceção acerca do conforto total. Estas variáveis podem ser experiências passadas, idade, postura, estado emocional, suporte, prognóstico, estado financeiro e a vivência da experiência.

Deste modo, o conforto é definido como o fruto imediato de receber conforto, sendo uma medida holística de ser fortalecido após a satisfação das necessidades dos 3 tipos de conforto:

- Alívio: satisfação de uma necessidade específica;
- Tranquilidade: estado de contentamento e calma;
- Transcendência: a pessoa suplanta os seus problemas ou sofrimento.

Este conforto pode ser Físico: referente às sensações corporais; Psico-espiritual: pertencente à consciência interna de si próprio, como autoestima,

autoconceito; Ambiental: pertencente ao meio, às condições externas e Social: relações interpessoais, familiares e sociais (Kolcaba, 1994, p. 1190).

Para esta teórica os conceitos fundamentais baseiam-se:

- Enfermagem: apreciação intencional das necessidades de conforto, conceção das medidas de conforto para abordar e reapreciar essas necessidades após implementação de intervenções.
- Doente: quem recebe os cuidados, pode ser um individuo, famílias, instituições ou comunidades.
- Ambiente: tudo o que envolva o alvo dos cuidados e que possa ser manipulado pela enfermeira para melhorar o conforto.
- Saúde: funcionamento intenso conforme o que é definido por optimo pelo doente (Kolcaba, 1991, p.1308).

Apresenta como postulados no seu artigo *A theory of holistic comfort for nursing*, (1994, p.1193):

- As enfermeiras identificam as necessidades de conforto não satisfeitas pelos doentes e procuram melhorar o seu conforto.
- O conforto é o resultado holístico desejável da disciplina de enfermagem.
- O conforto melhorado dá ânimo aos doentes para realizarem as necessidades humanas básicas.

Finalmente, a Teoria do Conforto assume 3 tipos de raciocínio lógico:

- Indução: generalização feita após um número de circunstâncias específicas observadas;
- Dedução: conclusões feitas através de premissas ou princípios mais gerais, do geral para o particular;
- Abdução: raciocínios que originam ideias, investigações que conduzem a aplicações na prática.

Deste modo, esta teoria tem demonstrado uma importante aplicação nos doentes em fim de vida, pois é uma boa forma de medir o conforto e promover o conforto ao longo do tempo. É, assim, uma prática centrada no doente, fortalecendo deste modo a enfermagem enquanto disciplina.

4. IMPACTO E GESTÃO DA DOENÇA ONCOLÓGICA EM FASE AGÓNICA, NA DOENTE E SUA FAMÍLIA

Problemas vigentes observando esta situação:

- Angústia existencial traduzida por sofrimento psicoexistencial;
- Dor total;
- Ansiedade e agitação por aproximação da morte;
- Expetativas face à doença e ao regresso a casa (filhas e esposo);

Para colmatar estes problemas os cuidados foram centrados na pessoa que tem a doença e sua família e não na doença que a pessoa tem. Ou seja, existiu uma abordagem de cuidados centrados na relação, utilizando a comunicação, controlo de sintomas e trabalho em equipa interdisciplinar aproveitando a visão de cada um acerca desta situação e os conhecimentos de cada elemento da equipa.

Aqui foi possível verificar que este núcleo familiar geria a situação da sua forma, e como tal foi respeitada a sua privacidade, e respeitando a dignidade da S. enquanto pessoa.

Era visível o carinho da filha, ao colocar a cabeça em cima da cama da mãe e colocando a mão da mãe em cima da sua própria cabeça para a sentir. Era notória a expressão de sentimentos dando espaço para que estes chorassem e compreendendo o desvio das preocupações sempre para a S., achando que não era o momento para se preocuparem com eles próprios, o que também foi desmistificado, pois para cuidarmos de alguém temos de cuidar primordialmente de nós, e sabendo ser uma situação difícil, temos de valorizar as atitudes deste núcleo familiar.

Neste aspeto, para a gestão destes problemas e da **esperança irrealista**, acima descritos a comunicação foi a base de tudo. Foram dados tiros de aviso aquando do declínio da situação de forma a que pudessem colocar no leque de opções a de as coisas piorarem. Os dedos cruzados foram feitos quando a família nos abordava com a esperança irrealista que a S. regressasse para casa, com frases como “oxalá que isso aconteça, contudo a situação pode complicar...”.

A disponibilidade e escuta ativa, respeitando os silêncios, bem como a preparação para o luto e o próprio acompanhamento do luto, tendo por base o respeito pela vulnerabilidade e autonomia desta família. Foi realizado igualmente um envolvimento da família na prestação de cuidados em especial na tomada de decisão conjunta, e reforço positivo pela sua presença e apoio e gestão da situação.

Existiu igualmente um trabalho emocional muito grande e complexo para que a situação fosse gerida de forma positiva, tanto pela parte da doente e família como da equipa de enfermagem, pois embora não mostrassem muita vontade de falar acerca da situação ou que a equipa entrasse no seu núcleo familiar, o sentimento de disponibilidade e acompanhamento por parte da equipa era um agente facilitador de adaptação.

A **dor total** percecionada na doente tentou ser “desmontada”, percebendo se seriam sintomas de génese física, familiar, social e espiritual, tendo sido percecionado que esta dor aumentava no período da tarde quando a família se encontrava presente, o que nos permitiu inferir que esta dor seria total e não física, igualmente a realização de Morfina sem efeito nos permitia constatar que a S. provavelmente encontrava-se com medo da morte e sem capacidade para lidar com o seu sofrimento e com o da sua família.

A **agitação** foi colmatada a partir do momento em que foi iniciada a sedação e otimizada a terapêutica para o efeito, foi ficando cada vez menos tensa com fácies de aparente conforto, diminuição da solicitação para serem mobilizada e com maior “satisfação” por parte da família em relação à gestão do sofrimento da S.. Como sendo uma visão holística esta família só estaria mais tranquila se a S. também o estivesse, e concomitantemente a S. só ficaria mais tranquila se sentisse o ambiente à sua volta tranquilo e sereno.

Devo acrescentar que o ambiente envolvente foi igualmente fulcral para esta família, as condições físicas, o ambiente privado restrito à família e amigos, com ambiente sereno e calmo, respeitando as vontades da família e desejos da S. e a possibilidade de presença constante da família junto da senhora. Estes fatores tornaram-se importantes e determinantes para a promoção do conforto da S..

4.1. Gestão Situacional segundo Kolcaba

Desta forma, realizo a análise desta situação através da Teoria do Conforto de Kolcaba.

Analisando, a S., em relação ao **sentido de alívio**, apresenta necessidades físicas, nomeadamente a inquietação, o desconforto, a dor total e ansiedade. Para o atingir deste nível de alívio são necessárias intervenções farmacológicas e não farmacológicas realizadas pela equipa interdisciplinar, como os posicionamentos, a massagem, a aplicação de colutório e hidratação da mucosa oral entre outros. A nível psicoespiritual, aponto a incapacidade de adaptação que esta senhora demonstra face às adversidades e limitações impostas pelo evoluir da doença, motivo pelo qual tenha pedido o início da sedação. Em relação à dimensão sociocultural aponto a família unida que esta senhora manifesta ter e o valor e presença que eles têm. A dimensão ambiental coaduna-se com a envolvência espacial, neste caso, as condições físicas do quarto, a privacidade, a luz do quarto impulsionadora de um clima de tranquilidade para a doente.

Em relação ao **estado de tranquilidade**, analiso-o como um estado de calma e contentamento, de satisfação de necessidades físicas já realizada e como tal passa-se para um nível de conforto dito “superior”, nesta situação assumo como a tranquilidade e serenidade que a S. obteve após a introdução da sedação.

Revejo este estado de conforto, na altura em que a família consiga ter capacidade para gerir a situação e realizar o seu luto. No contexto físico, aponto novamente o controlo de sintomas. Pensando no contexto Psicoespiritual, esta senhora não teve a capacidade de lidar com a situação, com o sofrimento da família e com o aproximar da morte, pelo que a sedação acabou por ser uma estratégia adaptativa.

No contexto sociocultural, existe a presença de condições financeiras para a aquisição de materiais auxiliares de conforto e pagamento do internamento. No contexto ambiental existe, novamente, a capacidade de modificação da habitação de forma a tornar o espaço mais confortável e adaptável às necessidades vigentes nesta situação.

Finalmente, no **sentido de renovação**, aponto a capacidade de resiliência desta senhora e da sua família, através da gestão de expectativas e readaptação funcional familiar.

Assim, neste sentido relembro novamente a noção de conforto desta senhora, que era não sentir dor ou conseguir descansar mais tempo. Desta forma, remeto novamente para as intervenções de enfermagem aplicadas à senhora mas acima de tudo para as realizadas à sua família e que podendo numa visão rápida parecerem superficiais, numa observação mais intrínseca percebemos que são as que levam ao conforto desta senhora e sua família elevando-a ao nível mais profundo de satisfação que é o designado de transcendência.

Na minha apreciação, este estado foi atingido quando a senhora partiu com fâcias de paz e tranquilidade aparente, e será atingido pela família aquando da realização do luto, pois todos os momentos em que viram a mãe/esposa confortável são os que trazem os fatores mais importantes para um luto saudável. Acredito que a recordação e o sentimento de satisfação por compaixão ou seja, a satisfação por ter aliviado o sofrimento da mãe/ esposa, proporcionando os cuidados de conforto que ela desejaria, os ajudará a realizar um luto menos doloroso e pesaroso.

Um aumento no conforto indica que as tensões negativas estão reduzidas e as tensões positivas aumentadas. As tensões positivas conduzem a uma procura de comportamentos construtivos – comportamentos de procura de saúde. As enfermeiras facilitam o resultado de conforto por que teoricamente está relacionado com comportamentos de procura de saúde internos ou externos ou com uma morte pacífica. Quando praticados os comportamentos de procura de saúde causam conforto melhorado (Kolcaba, 1994).

4.2. Gestão Situacional segundo Meleis

Após uma breve abordagem sobre a Teoria das Transições de Afaf Meleis, realizo uma avaliação da situação da S. à luz da mesma Teoria.

Desta forma, as transições que verifico olhando para a situação são:

➤ **Transição Saúde- Doença**

Na situação da S. esta baseia-se não numa situação de saúde doença, mas sim da vida para a morte, uma vez que é este o desenvolvimento natural da doença progressiva e incurável que esta senhora tinha.

Esta transição tem como características, segundo Meleis et al (2000), a consciência, ou seja, a S. e a sua família, encontra-se a tentar dar uma resposta aceitável à situação que se encontram a viver. Demonstra ainda, envolvimento, pois a S. e essencialmente a sua família têm noção das alterações que lhe estão a acontecer e tentam negociar muito com a equipa o alívio e se possível desaparecimento das mesmas. Nesta transição também é perceptível a mudança e a diferença, ou seja, denotou-se uma alteração dos papéis e rotinas desta família de forma a poderem estar presentes no internamento, por exemplo é a Sra. Manuela que cuida dos 5 netos da S. desde que esta ficou doente. Como característica desta transição surge igualmente, o espaço temporal, que segundo Meleis (2000), cada transição só se dá no seu tempo certo, e é comum existir um tempo de instabilidade e rejeição/ negação da doença, com distress e confusão até voltar a atingir o ponto de equilíbrio. Esta adaptação não pode nem deve ser imposta pelo Enfermeiro, pois cada família leva o seu tempo. Finalmente, a última característica apontada por Meleis (2000), que se assume como os pontos críticos e eventos, ou seja como decorreu o processo até ao momento, nesta situação da minha apreciação julgo ter sido uma situação complexa contudo bem gerida parte a parte através do trabalho em equipa e assumo como componentes da equipa a família igualmente. A situação terminou com o falecimento da S., contudo acompanhada pela família, cuja adaptação a este momento foi sendo feito aos poucos, o controlo de sintomas foi fundamental para o conforto desta senhora e inevitavelmente para o da sua família.

Estes detinham as condições pessoais, crenças culturais e atitudes, estrato socioeconómico, preparação e conhecimento favoráveis à mesma, o que se tornou em fatores facilitadores da mesma. Também o fator temporal permitiu adaptação à situação que se encontravam a vivenciar.

Aqui como designadas terapêuticas de enfermagem, ou intervenções de enfermagem, surgiram todas as já mencionadas no subcapítulo 4. Impacto e Gestão da doença oncológica pela doente e sua família.

➤ **Transição de desenvolvimento**

A transição da vida para a morte, é de toda a mais complexa. Alguém aceitar que vai partir e que deixa cá quem ama e que depende de si é algo muito difícil. Esta será uma transição de desenvolvimento, uma vez que conduz a uma fase natural da vida, a morte. Esta será uma transição de desenvolvimento, uma vez que conduz a uma fase natural da vida, a morte.

É complexa e multidimensional, pois aqui a consciência da iminência da morte existe, contudo é um pouco silenciada pelo próprio sofrimento da S. e da sua família. Como fator inibidor pode referir-se a este mesmo sofrimento vigente nesta situação e a presença de sintomas descontrolados como a agitação ou estertor e farfalheira, como fator facilitador, o posterior controlo dos sintomas mencionados e visão de tranquilidade da mãe/esposa nos últimos momentos, é agente ativo para a realização de um luto saudável.

Neste aspeto as condições pessoais, as crenças espirituais e as significações culturais são os pontos fulcrais, uma vez que permitem efetuar a transição de uma forma mais harmoniosa e impedir um luto patológico. O fato de objetivarmos a família sempre unida e presente permite-nos de alguma forma inferir acerca do apoio que darão uns aos outros e a coesão familiar será fortalecida. Esta transição, não se referindo exclusivamente ao momento do falecimento da S., prende-se com o luto de si própria, da senhora que era antes da doença e da pessoa que é após a mesma, com o luto de ser filha, de ser marido, de ser irmã, com o luto de uma vida que não voltará a ser a mesma.

O luto sendo a última das transições desta família, é o culminar de uma caminhada que a doença impôs e que impulsionou a alterações em toda a vida familiar, nos projetos de vida que tinham, nos sonhos que existiam e nas expectativas de vida. Foi o que foi morrendo nesta família a par da morte física da S..

5. PROBLEMÁTICA DOS CUIDADORES

Nesta situação todas as intervenções pensadas estiveram de acordo com a abordagem centrada na pessoa, abordagem esta que não existiria se não se integrasse igualmente a família.

McCormack, B., & McCance, T. V. (2006), baseou o cuidado centrado na pessoa como a capacidade de negociação, sempre mostrando respeito pela pessoa, centrando nela toda a nossa atenção e na resolução da sua preocupação, respeitando a sua vontade e o seu ser. Envolveu respeito pelos seus direitos e pela sua auto-determinação, baseando-se numa confiança mútua e parceria, sempre usando as capacidades técnicas como a comunicação, a empatia. Foram utilizados os designados como “deveres imperfeitos” pelos mesmos autores, a mutualidade, a transparência, a presença empática, a flexibilidade e a negociação, baseados na inteligência emocional do próprio enfermeiro.

E foram estes princípios que vi serem colocados em prática aquando do meu estágio. A forma como a vivência da doença foi compreendida pelos profissionais de saúde revelou-se fulcral para a compreensão da própria família.

6. CONCLUSÃO

Para concluir, este trabalho contribuiu para a minha prática clínica uma vez que me fez refletir acerca do impacto da doença oncológica na vida e no projeto de vida das pessoas e famílias onde esta problemática surge, igualmente a forma como a fase agónica é vivida e o impacto que esta tem sobre os doentes e famílias.

O fato de ter realizado este estágio numa Unidade de Internamento de Cuidados Paliativos permitiu-me crescer enquanto profissional e acima de tudo enquanto ser humano. Ver as colegas da equipa a falarem com o doente, a calma, tranquilidade, paz e harmonia, as técnicas de comunicação, a escuta ativa deixaram-me extasiada.

Consegui absorver as competências do enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa, desde a identificação das necessidades da pessoa alvo dos cuidados da equipa e sua família, promovendo as intervenções e envolvência da família nestas intervenções. Também verifiquei, como foi descrito acima, a interação entre os diferentes membros da equipa interdisciplinar de forma a ser feito um cuidado continuado e personalizado da S..

Foi ainda respeitada a autonomia, promovendo parcerias com os cuidadores, e finalmente foram sempre negociados os objetivos e validadas as necessidades com a doente.

A confiança, empatia e respeito são os pilares de uma relação terapêutica (Lopes, 2007), e consegui observá-los todos em cada abordagem feita pelas colegas, com uma postura de abertura e disponibilidade, compreensão e humanidade, sempre validando se era naquele caminho que a pessoa queria ir, se eram aquelas as suas preocupações.

Assim, termino com uma frase de Cicely Saunders (1959) “Enquanto existir quem cuide, nenhum sofrimento será insuportável”.

7. BIBLIOGRAFIA

- Alligood, M. R. (2014) - *Nursing theorists: and their wor.*, (8ª edição) St. Louis: Elsevier Mosby.
- Aroso, A. et al. (2005). Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Direção Geral de Saúde. Acedido em: <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-cuidados-paliativos.aspx>, a 19 de Outubro de 2015.
- Chinn, Peggy L (1995) - *Theory and Nursing a systematic approach*. Fourth Edition. St Louis, Missouri: Mosby, pág.211-219.
- Dowd, T. (2004). Katharine Kolcaba. Teoria do Conforto. In Tomey A. & Alligood M. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra. Modelos e Teorias de Enfermagem*, 481- 496. Loures. Lusociência.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178-1184.
- Kolcaba, K. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1301-1310.
- McCormack, B. & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing* 56(5), 472–479.
- Meleis, A.; Sawywe, L.; Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Since*, 23(1), 12-28.
- Meleis, A. (2007) - *Theoretical Nursing: Development and Progress* (4th Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, págs.51-68.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento de competências comuns para o enfermeiro especialista*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento de competências específicas para o enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Phaneuf, M. (2002) – *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures, Lusociência.
- Tanner, (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Education*. Vol. 45(6). Págs. 204-211.
- http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf acedido em 19 de Outubro de 2015.

**Apêndice 10 – Reflexão IV – Sedação Paliativa numa pessoa com
doença oncológica em fim de vida**



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
6º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico- Cirúrgica
Vertente Oncológica

Reflexão IV

Sedação Paliativa numa pessoa com doença oncológica em fim
de vida

Ana Cristina Mano Esteves Luís Nº 221

Lisboa
Novembro de 2015

No âmbito do Estágio com Relatório, realizo a presente reflexão acerca de uma situação experienciada numa Unidade de Cuidados Paliativos. Esta temática coaduna-se igualmente com o Projeto Intervenção de enfermagem à pessoa com doença oncológica, em fase agónica, no internamento hospitalar de cirurgia, que me encontro a realizar, pelo que se torna pertinente a sua abordagem.

Neste sentido, a problemática em questão é a sedação paliativa num doente com doença oncológica em fim de vida, com os objetivos centrais de conhecer o que é a sedação paliativa, quando é que esta se torna pertinente e quando esta se torna inevitavelmente necessária e a carga emocional que esta sedação traz no doente e na sua família bem como a sua influência no conforto do doente, realizando um paralelismo com a Teoria do Conforto de Kolcaba e a Teoria das Transições de Meleis.

Esta reflexão será perspetivada através do Ciclo Reflexivo de Gibbs de forma a dar resposta a uma das atividades por mim propostas no Projeto acima referido.

Esta foi uma situação, passada com uma doente à qual prestei cuidados durante o estágio em questão. Trata-se de uma senhora que chamarei de S., com 59 anos, casada, com duas filhas entre os 30-35 anos, família muito presente durante o internamento. A S. havia sido internada por dor e exaustão familiar num contexto de doença incurável, avançada com prognóstico de vida limitado, sofrendo de um carcinoma multicêntrico da mama esquerda em estadio IV plurimetastizado ganglionar, ósseo, hepático e sistema nervoso central, já era seguida em Consulta de Oncologia e realizado quimioterapia, nesta altura já suspensa por progressão da doença e não existência de benefício para a doente.

Descrevendo um pouco como estava a S. quando a conheci, estava prostrada, pouco reativa a estímulos externos mas muito incomodada à mobilização demonstrando desconforto através de gemidos que eram recorrentes e muito presentes nos turnos que fiz com a senhora, e apesar de toda a analgesia e cuidados que lhe eram prestados para alívio deste gemido, este mantinha-se incontornável, o que deixava igualmente a família e a equipa

de enfermagem inquieta e preocupada em simultâneo com a frustração de não conseguir aliviar o sofrimento da senhora.

A S. encontrava-se sempre com os olhos abertos, um fâcies de aparente angústia e desconforto e a testa franzida, acompanhada de uma certa inquietação manifestada por apelos repetitivos de alternância de posição e solicitação do enfermeiro no seu quarto. Realizava várias vezes terapêutica de resgate durante os turnos em que a família estava presente sem que estes obtivessem efeito, o que nos permitiu inferir que existisse algum tipo de sofrimento existencial inerente.

Havia sido realizada uma conferência familiar com as filhas e o esposo, onde foram sendo emanados tiros de aviso face a algumas expectativas irrealistas de reversibilidade da situação da S., o que foi aceite pela família e concordado plano de cuidados baseado na promoção do conforto. O seu estado foi progressivamente deteriorando entrando a S. na fase pré agónica e umas horas depois na fase agónica tendo falecido posteriormente. Pelos motivos acima descritos e posteriormente analisados nesta reflexão, foi iniciada uma sedação paliativa leve e contínua.

O que senti nesta altura foi necessidade de compreensão da situação, dos motivos pelos quais era efetivada uma sedação paliativa, como é que esta se havia iniciado e com que fármacos. Motivos que impeliram a presente reflexão. A par destas razões o tentar desmistificar as minhas próprias ideias que envolviam a sedação paliativa e tentar ainda compreender o papel do enfermeiro especialista neste processo, bem como os sentimentos da família face a esta diminuição de consciência provocada intencionalmente para diminuição do desconforto da S..

Pude acompanhar os cuidados de conforto prestados a esta senhora e sua família, nomeadamente o alívio da xerostomia com cuidados à mucosa oral, a realização de pensos designados de “conforto” e não diários que só iriam incomodar a doente e agitá-la mais, os posicionamentos na sua posição de conforto que era o decúbito lateral direito, a escolha da via subcutânea mais indolor e eficaz nesta altura e o parar de medidas consideradas fúteis como alimentação artificial ou hidratação que nesta situação conduziu a uma situação de farfalheira e como tal, avaliando os benefícios vs prejuízo para a S. foi suspensa, bem como toda a medicação que não era estritamente necessária

para o bem-estar e serenidade desta senhora. Também me permitiu relacionar os fármacos e a forma como cada um tem um papel fundamental no controlo de cada sintoma que ia surgindo e nas alternativas aos fármacos que estou habituada a utilizar noutro contexto e que tão fulcrais se tornam neste contexto de agonia. Igualmente as reuniões multidisciplinares foram pertinentes e proveitosas, pois acerca do mesmo doente são ouvidas perspetivas diferentes conduzindo à reflexão para encontrar estratégias alívio do sofrimento e promotoras de conforto.

Assim, o conforto surge com a primeira necessidade citada por Kolcaba, em que o doente atinge uma condição mais desejável de suspender o stress e angústia originados pela doença, sendo o desconforto uma resposta a um estímulo nocivo. Sendo o objetivo para a S. e relacionando com a Teoria do Conforto, a tranquilidade ou seja, um sentido de alívio total em que os estímulos negativos são eliminados de uma forma holística, mediante vários contextos como físico, psico-emocional, social e espiritual entre outros (Kolcaba, 1994). Este estado é traduzido por um estado de calma mais duradouro, que contudo, não atinge a transcendência ou seja, não demos à S. métodos ou capacidades para resolver os seus próprios desconfortos, cuidámos no imediato de algo que a desconfortava, que é algo diferente (Kolcaba, 1994).

Segundo Kolcaba (1991), foram executadas medidas de conforto designadas como intervenções de enfermagem pensadas para abordar uma necessidade específica de plenitude de uma pessoa, e foi utilizado “coaching”, para a intervenção na família da S., ou seja, tentámos aliviar a ansiedade, dando lugar ao sentimento de segurança, estabelecendo um plano realista de adaptação à morte através de escuta ativa, toque terapêutico e reforço positivo da presença e apoio daquela família junto da S.. Foram igualmente prestados cuidados que segundo Kolcaba (1994), são confortadores da alma, fortalecendo a pessoa doente através de técnicas como massagem, relaxamento e ambientes calmos e tranquilos, que promovem serenidade em seu redor.

Nesta perspetiva a sedação paliativa surge como o designado por Kolcaba (1991) como medidas de conforto técnicas, com intuito de manter homeostasia e sintomatologia controlada, da minha interpretação.

Fazendo um paralelismo com a Teoria de Meleis (2000) acerca das transições, verifico uma transição fundamental de desenvolvimento ou seja, existe uma transição da vida para a morte, experienciada pela S. e pela sua família que se encontra igualmente numa transição situacional pelo luto que se encontra a realizar da família que eram e deixaram de ser, da vida e rotinas e hábitos que foram de alguma forma quebrados por este sofrimento todo que os envolve.

Neste caso abordo três características da experiência de Transição incluem: a consciência que é considerada como percepção, conhecimento, e reconhecimento da experiência de transição, o que foi perceptível na família. Os níveis de consciência estão relacionados com a congruência da resposta do sujeito à situação, manifestada pelos comportamentos de procura de informação acerca da situação e direcionamento para a doente quando se tentava saber como estava a família. A mudança e a diferença referem-se às alterações de identidade, de papéis, de relações, das capacidades e dos padrões comportamentais são o que supostamente traz a sensação de movimento e de modificação, alterando a direção, neste caso não de um cariz positivo, mas a visão do conforto que deram à mãe e esposa ajudará no luto posteriormente. É importante modificar padrões e diferenciar comportamentos para se dar a transição. O espaço temporal é igualmente uma propriedade importante, pois segundo a autora, todas as transições só se dão no seu tempo certo, com a certeza que não será neste imediato do falecimento da S. que esta família conseguirá compreender e assimilar todo o processo pelo qual passaram.

Deste modo, a sedação paliativa é a diminuição intencional do nível de consciência de um doente através da administração de fármacos apropriados com o sentido de evitar o sofrimento intenso causado por um ou mais sintomas refratários. Esta pode ser contínua ou intermitente e a sua profundidade vai sendo aumentada até se encontrar o alívio sintomático e o conforto da pessoa a cuidar (SECPAL, 2011). Neste mesmo caso, esta sedação inicialmente intitulada de “leve” foi sendo progressivamente aumentada em simultâneo com o aparecimento de sintomas mais descontrolados.

Bakitas, Bishop & Hahn (2014, p. 706) afirmam que a sedação em fim de vida pode ser designada por “*sedation*”, “*terminal sedation*”, “*sedation for*

intractable distress”, *end of life sedation*” e *“total sedation”*, e que é mais comumente utilizada em sintomas refratários como dor, dispneia, agitação terminal, *delirium*, náuseas e vômitos, tendo por objetivo diminuir o estado de consciência do doente, de forma temporária ou permanente, após consentimento da pessoa com doença terminal que está a sofrer com sintomas intratáveis. Segundo os mesmos autores, esta sedação é sempre proporcional ao nível de sofrimento observável no doente.

Quando se trata de um doente agónico, esta é utilizada quando o doente se encontra nos seus últimos dias ou horas de vida com o objetivo major de aliviar o sofrimento intenso, aqui a sedação é contínua e tão profunda quanto necessário para este alívio e promoção de conforto (SECPAL, 2011).

Neste caso, a S. encontrava-se nesta altura já na fase agónica ou seja, na fase que precede a morte, na qual existe uma deterioração evidente e progressiva do estado físico, com oscilação e diminuição do nível de consciência e dificuldade de comunicação, passando a totalidade do tempo acamada, já sem via oral mantida e apresentando falência de vários órgãos, acompanhada de um ou vários sintomas físicos como farfalheira e estertor e sintomas psico-emocionais neste caso angústia e medo da proximidade da morte (Barbosa e Neto, 2010).

A sedação paliativa em fim de vida é introduzida quando exige da equipa uma avaliação profunda acerca do sofrimento intenso provocado por sintomas refratários à medicação, exige a vontade expressa do doente ou em última instância da sua família com a presença de consentimento informado e esclarecido acerca desta sedação, ter em consideração a satisfação prévia de vontades e desejos do doente e quando iniciada com o doente já agónico é necessário dados clínicos como os acima descritos que a morte se encontra iminente (SECPAL, 2011).

Segundo Broeckaert (2008, p. 414), existe um limiar muito ténue entre sedação e eutanásia, inclusivamente há quem a designe por *“slow euthanasia”*, pois os fármacos e as doses introduzidas podem por efeito encurtar a vida da pessoa. Este mesmo autor afirma igualmente que este encurtar de vida só acontece em algumas situações e que só se torna eutanásia de tanto o fármaco como as doses não forem as corretas intencionalmente.

Neste sentido trago para reflexão o princípio ético da beneficência e não maleficência bem como o do respeito pela vontade do doente, uma vez que neste caso, para além de existir uma vontade expressa por parte da doente e sua família, existiu reflexão por parte da equipa balanceando o descontrolo sintomático e o desconforto, para além do mais como descrevo ao longo da reflexão existiu necessidade de ajuste e otimização dos fármacos e dosagens instituídas inicialmente, exatamente no sentido de não precipitar a morte ou prolongar a vida da doente como nos afirma o PNCP (2005, p. 9), em que diz que os cuidados paliativos afirmam a vida e aceitam a morte como algo natural não a provocando nem atrasando através de eutanásia ou “obstinação terapêutica”.

Bakitas, Bishop & Hahn (2014), assumem que a discussão dos riscos/benefícios, são pensados analisando a autodeterminação e autonomia da pessoa e sua família e confiança que estes têm com a equipa, esta última sempre com o dever de disponibilizar a informação necessária, dando espaço para a reflexão e tomada de decisão de forma livre e esclarecida. Estes autores, assumem como crucial neste processo o que designam por “*non abandonment*” do doente e da família, mantendo a disponibilidade física, intelectual e emocional por parte da equipa durante toda esta fase.

Nesta fase importantes decisões são tomadas como a manutenção ou descontinuação de algumas intervenções, como hidratação e aporte nutricional artificial, gestão de cardio-desfibriladores ou pacemakers, a monitorização de sinais vitais entre outras intervenções que possam ser consideradas fúteis nesta altura. Devem ser, assim, mantidos todos os cuidados que perspetivem o conforto como cuidados à boca, à pele, posicionamentos e gestão de sintomas que possam surgir (Bakitas, Bishop & Hahn, 2014).

Segundo a SECPAL (2011), a sedação paliativa é um dever deontológico cuja decisão deve ser discutida e decidida com o doente ou família e em equipa multidisciplinar, e após a introdução da mesma não pode nunca existir um “descartar” de cuidados e responsabilidades de todos os profissionais de saúde tanto em relação ao doente que continua a necessitar de todos os cuidados que eram prestados até então, como da família que continua a vivenciar a situação e sofrer com a perda iminente do seu ente querido e preservar a sua dignidade enquanto pessoa.

Foi igualmente desta forma que percecionei os cuidados de conforto prestados à S. e sua família, uma vez que todos os procedimentos que eram efetuados eram explicados e negociados com o marido e filhas de forma a incluí-los e tranquilizá-los em relação à situação. Pois sempre que se entrava no quarto da senhora, era demonstrada abertura e disponibilidade da equipa em relação às necessidades da família, bem como explicação do porquê de se estar a fazer cada intervenção, tranquilizando-os que era objetivado o conforto e alívio dos sintomas que iam surgindo à medida que a situação também ia evoluindo para o desfecho.

Bakitas, Bishop & Hahn, (2014), apresentam no seu estudo o protocolo de sedação de Dartmouth Hitchcock Medical Center (2014), em que se inicia por uma avaliação da necessidade de sedação paliativa, um consentimento informado (pelo doente ou familiar responsável), estabelecidos os objetivos desta sedação avaliando os sintomas refratários existentes, avaliação dos fármacos e doses bem como a sua titulação, avaliação do doente através da Escala de Sedação de Ramsay, e avaliação da satisfação e conforto do doente e da sua família a cada 8 horas.

A Escala de Sedação de Ramsay, baseia-se em seis níveis, I- doente com agitação, ansiedade ou inquietação ou todos; II- doente colaborante, orientado e tranquilo; III- doente sonolento que responde apenas a ordens simples; IV- sonolento mas respondendo rapidamente a estímulos dolorosos ou sonoros vigorosos; V- dormindo e respondendo lentamente ao estímulo doloroso ou sonoro vigoroso e finalmente VI- sem resposta (SECPAL, 2011).

No caso da S. a perfusão sedativa foi iniciada como “leve” como resposta a uma necessidade da S. e da sua família em gerir o sofrimento, quer físico como a dor total que foi o sintoma que a conduziu ao internamento quer o sofrimento existêcia e o medo do aproximar da morte, provocado pelo avançar desta doença oncológica incurável e em estado avançado.

Iniciou-se com Levomepromazina e Morfina, em perfusão continua durante 24h por via subcutânea, a levomepromazina por ser um neuroléptico sedativo e a morfina não apenas pelo efeito sobre a dor mas igualmente pela dificuldade respiratória que a S. começou a manifestar a certa altura, neste momento e seguindo a Escala de Ramsay, citada por SECPAL (2011), encontraríamos a senhora num nível I ainda, pois eram administradas várias

vezes analgesia de resgate (SOS) por dor, desconforto e inquietação associados à angústia, mantendo-se facilmente despertável e com fácies de aparente preocupação e ansiedade. Posteriormente, foi aumentada a dose inicial de levomepromazina, gerida a de Morfina e introduzido Midazolam que veio a ser um aliado para o controlo da angústia passando a S. a ficar com um controlo mais eficaz dos sintomas acima descritos.

Porém quando se atingiu um nível de sedação adequado à situação, surgiu estertor e farfalheira, pelo que foi otimizada a perfusão com Butilescopolamina de forma a diminuir a produção das secreções brônquicas diminuindo a sua acumulação na orofaringe uma vez que a S. já havia perdido a capacidade de as mobilizar, deglutindo ou expelindo, e sendo estes sintomas muito comuns na fase agónica são de igual modo geradores de stress para a família.

Nesta fase a S. já estaria num Nível de Sedação, segundo a Escala de Ramsay de V ou seja ainda existia uma resposta à dor e desconforto, atingindo um nível de VI, onde já não se objetivava resposta, em que o seu fácies era de aparente conforto e sem dor, e estava calma sem sinais de sofrimento que era o pretendido. Como já foi dito anteriormente, foi sempre sendo informada a família e pedida a sua colaboração nas decisões, em todos os momentos foi o esposo e as filhas os “gestores” da situação de forma a fazer-se cumprir sempre a vontade da doente e promoção do seu conforto em fim de vida.

Bakitas, Bishop & Hahn (2014, p. 710) descrevem a importância do enfermeiro neste processo, pois segundo os mesmos estes são a chave para o respeito ético, cuidando com compaixão do doente e família, dotados de uma comunicação transparente e de preocupações reais com o conforto desta díade.

O controlo sintomático foi sendo feito à medida que os sintomas iam surgindo e de uma forma eficaz, não me referindo apenas a intervenções farmacológicas mas igualmente a não farmacológicas promotoras de conforto, como massagem, posicionamento, o ambiente do quarto, a permanência da família em horário livre, entre outros.

Igualmente o trabalho em equipa e a comunicação com esta família, através da promoção de expectativas realistas, escuta ativa, e apoio emocional acompanhando a senhora e a sua família até à sua morte, promovendo uma

preparação para o luto e para as consecutivas perdas emocionais e físicas que esta família ia sofrendo, foram fomentando a relação terapêutica baseada na confiança, como preconizado pelos quatro pilares dos cuidados paliativos.

Foi assim, uma experiência muito importante para mim, por ter tido a possibilidade de observar a gestão sintomática em fase agónica, avaliando os sintomas quando estes emergiam e a medicação e intervenções de enfermagem realizadas para o alívio dos mesmos.

Novamente foi observável a comunicação como base de toda a relação, quer entre elementos da equipa, com a tomada de decisão fundamentada e refletida, como entre os profissionais e a doente e família, pois sem o conhecimento profundo desta família e desta situação seria impossível o colmatar destas necessidades de forma atempada e eficaz, promovendo igualmente o conforto na família, pois arrisco-me a dizer que sem eles estarem bem dificilmente a S. estaria tranquila e descansada, pois a maioria dos sintomas podem desenvolver-se numa perspetiva global. E relembro aqui, por exemplo, a visão de dor total como tendo componentes física, sociais, emocionais e psicológicas, designada por Cicely Saunders e assumida por Twycross (2003) que afirma que “dor é aquilo que o paciente chama de sofrimento” (p.83).

Esta situação para além da sintomatologia em fase agónica, permitiu-me atingir objetivos propostos para este campo de estágio, fazendo pesquisa bibliográfica acerca da temática e impulsionando uma relação direta entre os sintomas observáveis e as intervenções implementadas. Para isto foi fulcral encontrar-me no seio de uma equipa interdisciplinar bem articulada, que trabalha verdadeiramente em equipa para proporcionar o maior bem-estar possível ao doente e família.

Igualmente importante foi o fato de ser acompanhada por enfermeiros experientes e com conhecimentos fundamentais para a identificação e avaliação rápida dos sintomas e necessidades manifestadas pela pessoa e família, intervindo sobre estes promovendo a melhor adaptação às situações e um melhor acompanhamento nesta fase tão complexa.

Devo acrescentar que a S. faleceu tranquila acompanhada pela família, tinha todos os sintomas controlados, um fácies de aparente tranquilidade, tanto a família com o equipa ficou com o sentimento de ter feito tudo o que foi

possível para a confortar e aliviar, promovendo a sua dignidade enquanto pessoa.

Para concluir, Watson, Lucas, Hoy & Wells (2010, p.930), afirmam que na fase agónica os objetivos são: assegurar-se que a pessoa está confortável física, espiritual e emocionalmente, que os momentos até à morte sejam com paz e dignidade e que o cuidar destas pessoas e sua família deixem nestes últimos e nos profissionais as memórias mais positivas possíveis, e foi efetivamente o que foi feito nesta situação.

BIBLIOGRAFIA:

- Aroso, A. *et al.* (2005). Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Direção Geral de Saúde. Acedido em: <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-cuidados-paliativos.aspx>, consultado em 18 d Novembro de 2015.
- Bakitas, M., Bishop, M. & Hahn, M. (2014). Symptoms When Death is Imminent. In Yarbro, C, Wujcik, D. & Gobel, B. *Cancer Symptom Management* (706-712). Estados Unidos da América. Jones & Bartlett Learning.
- Barbosa, A., & Neto, I. (2010) – *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Broeckaert, B. (2008). Treatment decisions at the end of life. In Payne, S., Seymour, J. & Ingleton, C. *Palliative Care Nursing. Principles and Evidence for Practice* (402-423). Nova Iorque. Mc. Graw Hill.
- Meleis, A.; Sawywe, L.; Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.
- Meleis, A. (2007) - *Theoretical Nursing: Development and Progress* (4th Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, págs.51-68.
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178-1184.
- Kolcaba, K. (1991). An analysis of the concept of comfort. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1301-1310.

- Sociedad Española de Cuidados Paliativos e Organización Médica Colegial (2011) – *Guía de Sedación Paliativa* , <file:///C:/Users/Mestrado%20Oncologia/Desktop/Campo%20de%20Est%C3%A1gio%202/Guia%20de%20seda%C3%A7%C3%A3o.pdf> , consultado em 18 de Novembro de 2015.
- Twycross, R. (2003) – *Cuidados Paliativos*.2ª Edição. Lisboa. Climepsi Editores.
- Watson, M., Lucas, C., Hoy, A. & Wells, J. (2009) – *Oxford handbook of Palliative Care*.2ª edição. Oxford. Oxford University Press.

**Apêndice 11 – Reflexão V- Dor e receios
acerca da utilização de morfina num doente em
fim de vida**



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
6º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico- Cirúrgica
Vertente Oncológica

Reflexão V

Dor e receios acerca da utilização de Morfina num doente em
fim de vida

Ana Cristina Mano Esteves Luís Nº 221

Lisboa
Janeiro de 2016

No âmbito do Estágio com Relatório, e no contexto de Campo de Estágio III, Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos de um Hospital Central, realizo a presente reflexão com o intuito maior de dar resposta a um conjunto de questões que foram emergindo da prática de cuidados na situação que descreverei de seguida.

Uma vez mais, será utilizada com metodologia o Ciclo Reflexivo de Gibbs, como proposto nas atividades descritas no Projeto de Intervenção “Intervenção de enfermagem à pessoa com doença oncológica em fase agónica, no internamento hospitalar de cirurgia”.

A prática reflexiva, segundo Santos e Fernandes (2004), revela-se uma ferramenta de capacitação para os alunos e enfermeiros pois permite um aprofundamento dos saberes e das suas práticas. Igualmente Zeichner, 1993, citado por Santos e Fernandes, 2004, refere que a prática reflexiva permite ao sujeito tornar-se conhecedor daquilo que faz e de como o faz, ou seja é intencional, é sobre as práticas (Kim, 1999).

Será utilizado como instrumento de reflexão o Ciclo Reflexivo de Gibbs 1988, que citado por Johns, 2009, que se apresenta da seguinte forma: a descrição da situação, os sentimentos envolvidos, a avaliação da experiência, a análise, a conclusão (que mais se poderia ter feito?), e finalmente, o plano de ação se acontecesse de novo como procederia.

Deste modo, retrato a situação que me causou inquietação refletindo acerca de duas temáticas fulcrais para o cuidar da pessoa em fim de vida a dor e a renitência ou mitos associados à administração de Morfina.

Tratou-se de um doente internado num Serviço de Medicina de um Hospital Central, este doente o Sr. Teófilo (nome fictício),doente oncológico com prognóstico de vida limitado encontrava-se a ser seguido pela Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos e realizámos a visita diária em que constatámos que o senhor mantinha dor intensa a nível da hemiface esquerda com irradiação para a cabeça.

O senhor Teófilo realizava de esquema transdérmico de Fentanilo 150 mcg, Gabapentina 300mg e Morfina solução oral de 40 mg como terapêutica de resgate podendo esta ser administrada de 4 em 4 horas, sendo que a dor do senhor regressava ao fim de 3h.

Aquando da visita o Sr. Teófilo encontrava-se com dor intensa, tipo pontada, fácies entristecido, mão agarrada à cara e postura corporal tensa, sugestiva de desconforto. Disse-nos que já havia solicitado a terapêutica SOS há meia hora mas que ainda não lhe tinham vindo dar. Face a esta situação dirigimo-nos à enfermeira responsável pelo doente e questionámos a demora ao que nos respondeu que o Sr. Teófilo já havia realizado a terapêutica de resgate às 7h ou seja, já se tinham passado 6h, sendo que 3 horas após a toma o senhor já tinha de novo dor intensa, fazendo-nos pensar que este estaria com dor há 3h...

Reforçámos a ideia que esta terapêutica, mesmo sendo um opióide que era a preocupação dos colegas, podia ser repetida ao final das 4h sublinhando o fato do Sr. ter já desconforto há muitas horas, ao que a colega nos voltou a afirmar que já seria o segundo naquele dia, referindo ainda que ele estava “deitadinho com a mão no rosto e olhos fechadinho” (SIC). Acrescento que foi reforçada a ideia da importância da dor para o doente e do controlo de dor para o conforto do mesmo.

Contudo, quando fomos realizar os registos verificámos que o dito resgate de Morfina solução oral 40mg foi dado ao doente às 16h...ou seja 9h depois do último e 3h depois do Sr. Teófilo o ter solicitado por já estar com dor intensa.

O que senti e pensei, passou por a dor ser considerada o 5º sinal vital e como tal tem de ser valorizada! A dor é dos sintomas mais desconfortáveis em qualquer pessoa, em qualquer fase da sua doença! A morfina não mata, vai trazer conforto à pessoa com dor em fase avançada de uma doença oncológica como era o caso do Sr. Teófilo! O fato do Sr. Teófilo estar, segundo a colega, “deitadinho com a mão no rosto e olhos fechadinho” (SIC), pode ser o mecanismo de defesa daquele doente para tentar gerir a dor ou a própria manifestação de dor dele!

Como enfermeiros não podemos, nunca, desvalorizar algo que o doente nos sugira como desconfortável! E, finalmente, se existe medicação de resgate prescrita, serve para ser administrada! Face a esta situação senti impotência em aliviar o desconforto daquele senhor, impotência face a atuar pois estava fora do meu serviço e como tal, o que fizemos foi efetivamente, mostrar através dos conhecimentos e da literatura que era nosso dever administrar a dose

prescrita de resgate, com grande pesar nosso como vimos mais tarde o intervalo das 4h não foi respeitado... Foi ainda reforçada a ideia que a Equipa se encontrava disponível para quando surgissem este tipo de dúvidas tendo sido inclusivamente deixados os contatos da Equipa, e ficando a esperança que estas situações não se repitam pois o que se fomenta é o cuidar com qualidade os doentes aliviando os seus sintomas baseando a prática na filosofia dos Cuidados Paliativos, pois estes doentes vivem em situação de sofrimento provocada pelo evoluir de uma doença incurável ou grave em fase avançada e progressiva sendo fulcral o alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual.

Realizando a avaliação desta experiência, mesmo sendo primordialmente negativa, pois envolveu sofrimento por parte do doente e inquietação por minha parte. Tentando avaliá-la por um prisma positivo, permitiu-me perceber os mitos inerentes à administração de opióides como a Morfina, e a valorização da dor do doente pelos técnicos de saúde, que serão os dois focos de análise da presente reflexão.

Para a análise desta situação, procedi a uma breve pesquisa bibliográfica acerca da dor e da utilização de morfina para o controlo de dor em fim de vida.

Deste modo, como nos refere a Ordem dos Enfermeiros (2008), a dor é uma experiência desagradável que tendo carácter subjetivo é apenas sentida pela pessoa que diz senti-la, num dado momento, e da forma e intensidade descritos por quem a sente, pois só a própria pessoa a pode vivenciar. Neste sentido, a valorização e compreensão da mesma pelos profissionais de saúde é fulcral para o alívio da mesma.

A dor e a vivência dela encontram-se veemente relacionada com fatores pessoais, culturais, sociais, espirituais e como tal cada doente lida com ela à sua maneira e expressa-a de sua forma, tendo sempre o sofrimento como base (Castro, 2012).

Em 2008, foi publicado o guia de boas práticas para prevenção e controlo da dor pela ordem dos enfermeiros, que descreve as competências do enfermeiro nesta área e a torna foco de satisfação pelo doente e qualidade das práticas por parte do enfermeiro. Neste sentido é fundamental a avaliação da dor como 5ª Sinal Vital tentando reduzir a sua prevalência (Castro, 2012).

Esta mesma autora afirma que:

“para o enfermeiro, a “dor” representa um diagnóstico de enfermagem, ao qual será associado um plano de intervenção com a finalidade de obter um resultado positivo para o utente. Este plano de intervenção, inicia-se com a identificação do problema e passa por uma definição de procedimentos, que incluem a avaliação da dor, o planeamento de medidas específicas no combate à dor, a sua execução e consequente avaliação das mesmas” (Castro, 2012, p. 2).

Neste seguimento, Twycross (2003) assume como primordial o avaliar qual o impacto do sintoma, neste caso a dor, na vida do doente, de forma a compreender a forma como esta o incomoda. A dor, segundo este autor manifesta-se como um fenómeno sensorial desagradável que pode ser modulado pelo humor do doente, pelo moral do doente e pelo significado que o doente dá a esta dor.

A dor pode ainda ter componentes físicas, sociais, espirituais e psicológicas, afirmando-se deste modo como dor total, revelando-se como aguda ou crónica consoante a emergência com que surge e o espaço temporal em que se assume (Twycross, 2003).

Na doença oncológica a dor surge em $\frac{3}{4}$ dos doentes, em que é comum a manifestação de multiplicidade de dores, tornando-se assim, um processo multidimensional, sendo necessário identificar a localização, a duração é igualmente necessário despistar a causa da dor, os mecanismos subjacentes e a contribuição dos fatores não físicos para a intensidade desta dor, de forma a atuar sobre ela de forma eficaz (Twycross, 2003).

Watson, Lucas, Hoy & Wells (2009) reforçam a existência de ferramentas unidimensionais e multidimensionais de avaliação da dor, sendo que as primeiras avaliam a intensidade da dor experienciada pelo doente como as escalas visual analógicas, numéricas e verbais. As segundas, referem-se a aspetos como a história da dor, localização, e qualidade da dor. A escala de Edmonton Staging System apresenta-se como fulcral para a avaliação da dor oncológica e prediz a terapêutica analgésica consoante o prognóstico do doente (Payne, Seymour & Ingleton, 2008).

A dor oncológica sendo tão complexa implica uma atuação direcionada, que neste caso do Sr. Teófilo foi através de analgesia com opiáceos (Fentanilo e Morfina) e adjuvantes (gabapentina).

O uso de analgesia deve sempre ser realizada por três princípios básicos: a via oral como preferencial, o relógio, fulcral para o controlo da dor que neste caso não era respeitado e ainda a escada analgésica, preconizada pela Organização Mundial de Saúde, que nos permite optimização terapêutica sempre que o analgésico deixa de ser eficaz (Twycross, 2003).

Sendo a dor do Sr. Teófilo intensa, este encontrava-se a realizar opióides fortes com necessidade de realizar medicação de resgate, pelo que foi ajustada a dose do sistema transdérmico de base e reforçada a necessidade de administração da terapêutica de “SOS” assim que o senhor referisse dor, preferencialmente de 4/4 horas, uma vez que é o intervalo de tempo igualmente estudado e provado em que existe controlo de dor ao invés da designada *pro re nata*, ou seja administra-se apenas quando a dor se encontra no auge o que implica uma dor descontrolada e um doente desconfortável (Twycross, 2003).

Acrescentando ainda que segundo o guia para a administração de morfina via oral, OMS, 1996, citada por Twycross, 2003, esta é indicada para a dor que não está a responder a um uso combinado de fármacos. Segundo o mesmo documento, esta deve ser realizada de 4 em 4 horas regularmente pelo relógio podendo ser ainda dada uma dose dupla aquando do deitar para que o doente durma tranquilo e confortável.

Nesta situação a colega referia que já tinha dado 2 vezes em 24h quando em 24h poderia ter dado 6 vezes a morfina solução oral.

Evidentemente que como qualquer fármaco, também os opióides têm toxicidade, nomeadamente em caso de aumento abrupto da dosagem, desidratação e diminuição da função renal, infeção, caquexia, alteração da função hepática ou utilização concomitante com fármacos que potenciem a sua ação como amitriptilina, contudo o doente apresentará sinais desta mesma situação como alucinações visuais, confusão, vômitos, mioclonias, pupilas puntiformes, depressão de consciência e centro respiratório (Watson, Lucas, Hoy & Wells, 2009).

Em relação ao fato do senhor estar “deitadinho com a mão no rosto e olhos fechadinho” segundo a colega, a manifestação de dor pode ser feita de várias formas, através da demonstração de desconforto, insónia e fadiga,

ansiedade, medo, cólera, tristeza, depressão, aborrecimento, isolamento mental e social (Twycross, 2003).

Segundo Payne, Seymour & Ingleton (2008), as funções do enfermeiro neste sentido são coordenar os cuidados, realizar ensinamentos ao pessoal de saúde e família acerca da dor, da sua avaliação e do seu controle, assegurar-se que as necessidades do doente com dor são atendidas bem como as da sua família, manter o suporte contínuo e considerar medidas não farmacológicas, de forma a aliviar a dor e promover conforto.

Assim, as principais barreiras a um controlo eficaz da dor, podem ser divididas em três grupos: relacionadas com os profissionais de saúde, relacionadas com os doentes e famílias e ainda relacionadas com o próprio sistema de saúde (Pereira, 2010).

Baseio-me assim, no primeiro em que tal como o autor refere, por vezes existe desconhecimento acerca do controlo da dor oncológica, sendo verificável nestes médicos e enfermeiros, receios de dependência em relação à terapêutica opióide, adição psicológica ou até como sendo agente promotor de uma morte mais rápida, o que impele a um controlo ineficaz da dor e a uma subestimação da extensão desta dor (Pereira, 2010).

Deste modo, para a avaliação da dor oncológica é necessária uma perceção exaustiva da sua existência, algo que na situação do Sr. Teófilo também não foi efetivamente feito, pois aparentava encontrar-se tranquilo e como tal a sua dor foi descredibilizada.

Finalmente, Yarbro, Wujcik & Gobel (2014) denotam o papel do enfermeiro como primordial nesta interação entre os elementos da equipa multidisciplinar, pois mais uma vez sendo quem contacta mais com o doente e como tal após o conhecer, consegue aperceber-se de uma panóplia de comportamentos, expressões e posturas corporais que demonstram a dor do doente, mesmo sem este a referir.

São igualmente os enfermeiros que avaliam, através de escalas a dor do doente e como tal os primeiros a deverem valorizá-la, para que os outros elementos desta equipa o possam fazer também. É premente igualmente a utilização de práticas baseadas na evidência de forma a dar resposta aos padrões de qualidade impostos de forma a satisfazer o doente, dar-lhe conforto e qualidade de vida (Yarbro, Wujcik & Gobel, 2014).

Pensando numa perspectiva futura, apostaria numa munção de documentação, nomeadamente do Guia de Boas Práticas da ordem dos Enfermeiros, ou guidelines para a administração de opióides para apresentar àquela equipa de enfermagem, bem como tentaria reforçar a ideia de que cada doente manifesta a dor da sua forma e que nem sempre todas são de forma exuberante não querendo isso dizer que esta não exista, em simultâneo que tentaria que estes colegas me falassem da sua própria manifestação de dor e de como se sentiriam se esta fosse desvalorizada ou descredibilizada tentando, sem ferir suscetibilidades ou conduzindo a atritos, que estes refletissem na situação.

Para concluir, assumo a importância desta situação para a minha aprendizagem, uma vez que se revelou impelidora de pesquisa e reflexão acerca da avaliação e valorização da dor bem como da forma como podem e devem ser administrados os opióides.

Foi igualmente importante a reflexão acerca da minha própria prática e a dos meus pares, assumindo que tal como eles tenho algumas fraquezas que anseio colmatar através da presente formação que me encontro a realizar.

Assim, nesta perspectiva foi vantajoso e fulcral a pesquisa bibliográfica assim como a discussão da situação com os pares, neste caso os Srs. Enfermeiros orientadores deste local de estágio.

Em última instância foi uma situação importante, pela forma como me fez pensar acerca da visão dos outros em torno da morfina e dos receios que têm ainda na sua administração, por ideais pré-concebidos e infundados.

Termino com um ideal de Cicely Saunders em 1967, aquando da sua atuação em St. Christopher's Hospice “ temos muito mais a fazer ainda!”.

Bibliografia:

- Barbosa, A., & Neto, I. (2010) – *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa;
- Johns, C. (2009) – *Becoming a Reflective Practitioner*. 3ª Edição, United Kingdom:Wiley-Blackwell, págs. 1-49;
- Payne, S., Seymour, J. & Ingleton, C. (2008). *Palliative Care Nursing. Principles and Evidence for Practice*. Nova Iorque. Mc. Graw Hill.
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência*.Vol. 11, 59-62;
- Twycross, R. (2003) – *Cuidados Paliativos*.2ª Edição. Lisboa. Climepsi Editores.
- Watson, M., Lucas, C., Hoy, A. & Wells, J. (2009) – *Oxford handbook of Palliative Care*.2ª edição. Oxford. Oxford University Press.
- Yarbro, C, Wujcik, D. & Gobel, B. (2014). *Cancer Symptom Management*. Estados Unidos da América. Jones & Bartlett Learning.
- http://www.4estacoes.com/pdf/textos_saiba_mais/cicely_saunders.pdf ,
acedido em 3 de janeiro de 2016;
- <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/madeira/informacao/Documents/Artigos%20Enfermeiros/A%20Interven%C3%A7%C3%A3o%20do%20Enfermeiro%20no%20Controlo%20da%20Dor,%20por%20enfermeira%20Marina%20Castro.pdf> ,
acedido a 3 de Janeiro de 2016.

**Apêndice 12 – Fluxograma de Referência à Equipe Intra Hospitalar de
Suporte em Cuidados Paliativos**

Fluxograma de referência dos doentes à Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

(Procedimentos Multissetoriais ADD. 115 e TRC. 1330)

Os Cuidados Paliativos são cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas em internamento ou domicílio. Atuam em doentes que vivem em situação de sofrimento provocada pelo evoluir de uma doença incurável ou grave em fase avançada e progressiva, bem como na sua família com o objetivo de promover alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual.

Avaliação do doente pelo Clínico requisitando:

- Pedido de consulta - ambulatório ;
- Pedido de colaboração - internamento ;

Crítérios de admissão:

- Idade jovem;
- Antecedentes de doença psiquiátrica ou toxicod dependência, pluripatologia ou concomitância de doenças crónicas;
- Doença de evolução rápida ou com crises frequentes de saúde;
- Necessidade de utilização frequente de recursos de saúde;
- Sintomas múltiplos, intensos, específicos ou refratários ao tratamento convencional;
- Indicação para intervenções complexas em Cuidados Paliativos.
- Grande impacto emocional com dificuldades de equilíbrio emocional do doente e família;
- Dificuldade de suporte familiar ou do cuidador principal.

Como referenciar:

SClínico e HCIS, se inoperacionalidade enviar por fax em modelo próprio com:

- Identificação do doente;
- Diagnóstico;
- Comorbilidades;
- Motivo de referência (incluindo candidatura a UCP da RNCCI);
- Identificação do Médico assistente;
- Data de referência;
- Assinatura.

Áreas de atuação:

- Controlo de sintomas;
- Necessidades psicossociais e espirituais;
- Apoio aos familiares ou cuidadores (se necessário no luto);
- Articulação com a comunidade planeando a alta hospitalar (Equipa de Gestão de Altas, referência para UCP na RNCCI e estruturas da comunidade).

Observação pelo médico e enfermeiro da EIHSCP dentro das 48h úteis.

Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos:

Dr^a XXXX – XXXXXXXXXXXX
Enf.R.S. – XXXXXXXXXXXX
Enf.– XXXXXXXXXXXX
Enf.– XXXXXXXXXXXX
Dr^a (Assistente Social) – XXXXXXXXXXXX
Dr^a (Psicóloga) – XXXXXXXXXXXX
Dr^a (Administradora) -XXXXXXXXXX
Fax:
equipa.paliativos@XXXX.min-saude.pt

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos;

RNCCI – Rede Nacional de cuidados Continuados Integrados;

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos.

Fluxograma realizado por:

Ana Cristina Mano Esteves Luís
Aluna do 6^a Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica vertente de Oncologia.

Docente:

Prof. Eunice Sá

Orientador:

Enf. R.S.

Dezembro de 2015

**Apêndice 13 – Questionário de
Sondagem de Opinião**

No âmbito do 6º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na vertente Oncológica, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e no desenvolvimento do projeto: **Intervenção de Enfermagem à pessoa com doença oncológica em fase agónica, no internamento hospitalar de cirurgia**, venho solicitar a sua opinião sobre as temáticas a aprofundar no contexto de prestação de cuidados, com o intuito de ir de encontro às necessidades identificadas pelos enfermeiros deste serviço.

Tempo de exercício profissional: _____ (anos)

1. O que considera ser a fase agónica de uma pessoa com doença oncológica?

2. Selecione com **X** os 3 sintomas que considera mais descontrolados nesta fase, no nosso serviço:

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anorexia/ caquexia | <input type="checkbox"/> Agitação |
| <input type="checkbox"/> Fadiga | <input type="checkbox"/> Estertor |
| <input type="checkbox"/> Xerostomia | <input type="checkbox"/> Delirium |

3. Aponte quais as principais dificuldades que sente no controlo dos sintomas que referiu na questão anterior:

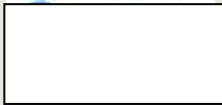
4. Aponte as principais dificuldades em lidar com a família:

5. Que estratégias utiliza, ou acha que poderiam vir a ser utilizadas para ultrapassar as dificuldades apontadas nas questões 3 e 4?

Obrigada pela atenção!

Ana Esteves

**Apêndice 14 – Sessão de
sensibilização à temática**



6º Curso de Mestrado de Enfermagem
Médico- Cirúrgica
Vertente Oncológica



Intervenção de enfermagem à pessoa com doença oncológica em fase agónica, no internamento hospitalar de cirurgia

Docente:
Prof. Eunice Sá

Discente:
Ana Luís nº 221

Orientadora:

Lisboa, Janeiro de 2016

Plano de Sessão



- Projeto de Intervenção;
- Justificação da Problemática;
- Finalidade do Projeto de Intervenção;
- Parcerias do Projeto de Intervenção;
- Estratégias de Implementação do Projeto de Intervenção.

Justificação da Problemática



- Necessidade apontada pelos Enfermeiros do Serviço de Cirurgia;
- Motivação pessoal e profissional;
- Evidência encontrada na literatura;

4

Problemática



- *Quais as intervenção de enfermagem à pessoa com doença oncológica em fase agónica, no internamento hospitalar de cirurgia?*
 - População: pessoa com doença oncológica em fase agónica;
 - Intervenção: intervenções de enfermagem;
 - Contexto: internamento hospitalar de cirurgia;
 - Resultados: alívio de sintomas, promoção de conforto, melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

3

Justificação da Problemática



Previsão de mais de 50000 novos casos de cancro até 2030

(DGS, 2014)

Mais de 2/3 das pessoas que morrem por cancro necessitam de cuidados paliativos

(Gómez – Batiste, 2005)

58% dos doentes continua a morrer nos hospitais

(Sapeta, 2011)

Institucionalização do fim de vida por diversos fatores

(Capelas, 2014)

A morte vista como um fracasso médico, o que atrasa a identificação do doente em fim de vida

(Gonçalves, 2006)

Dificuldades dos enfermeiros em cuidar no fim de vida, nomeadamente na fase agónica

(Carneiro et al, 2011, Witkamp, 2015, Ellershaw & Ward, 2003)

Cuidados Paliativos como abordagem que melhora a vida dos doentes e famílias, através da prevenção e alívio dos sintomas

(OMS, 2010)

5

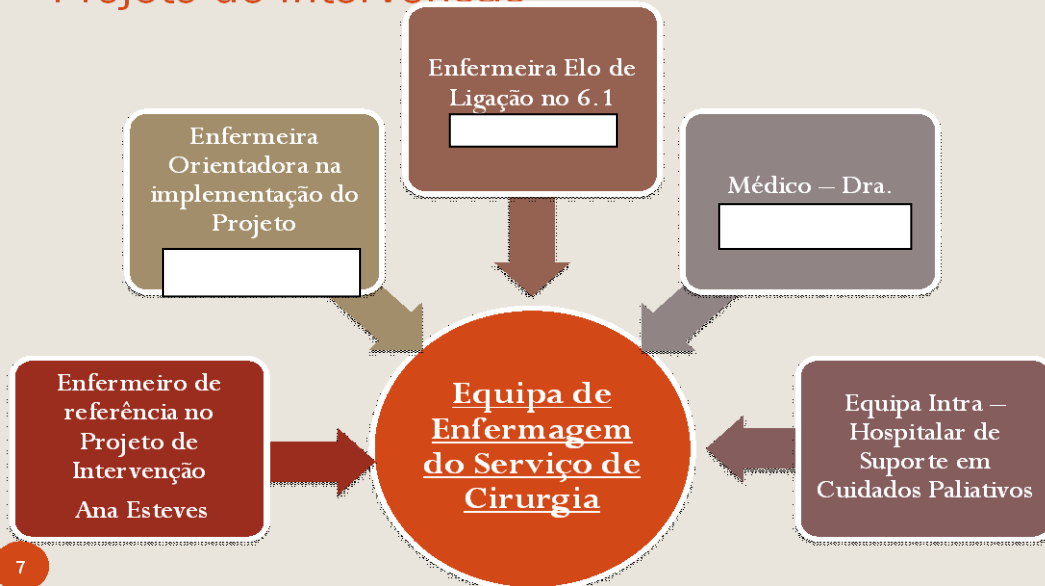
Objetivos do Projeto de Intervenção



- **Melhorar a qualidade dos cuidados** prestados à pessoa com doença oncológica em fase agónica;
- **Promover o conforto** do doentes nos últimos dias/horas de vida;
- Contribuir para o **melhor controlo** sintomático, nesta fase;
- **Envolver as famílias** dos doentes em fase agónica.

6

Parcerias na implementação do Projeto de Intervenção



7

Enfermeiro de referência
Experiências dos estágios e
formação em cuidados em fim de
vida

8

Metodologia

1º

- Diagnóstico de situação no Serviço de Cirurgia

2º

- Problemática – Quais as intervenções de Enfermagem ao doente oncológico em fase agónica, num internamento hospitalar cirúrgico?

3º

- Pesquisa bibliográfica;
- Fundamentação Teórica da temática

4

- Verificar quais os sintomas na fase agónica que os colegas referem como necessidade em aprofundar conhecimentos

5º

- Observação das intervenções de enfermagem nos campos de estágio e verificar evidência científica na bibliografia

6º

- Realização de linhas orientadoras e implementação no Serviço de Cirurgia

Fase de Implementação

- Sondagem de opinião acerca das necessidades vigentes dos colegas para ir de encontro às mesmas;
 - Tratamento dos dados colhidos.
- Sensibilização do serviço;
 - Sessões de apresentação do Projeto de Intervenção (mínimo 3);
 - Sessões de formação com as linhas orientadoras (mínimo 3);
- Acompanhar os doentes em fase agónica de forma a aplicar as linhas orientadoras encontradas após revisão da literatura;

Sondagem de opinião Serviço de Cirurgia



1. O que considera ser a fase agónica de uma pessoa com doença oncológica?
2. Selecione com **X** os 3 sintomas que considera mais descontrolados nesta fase, no nosso serviço:

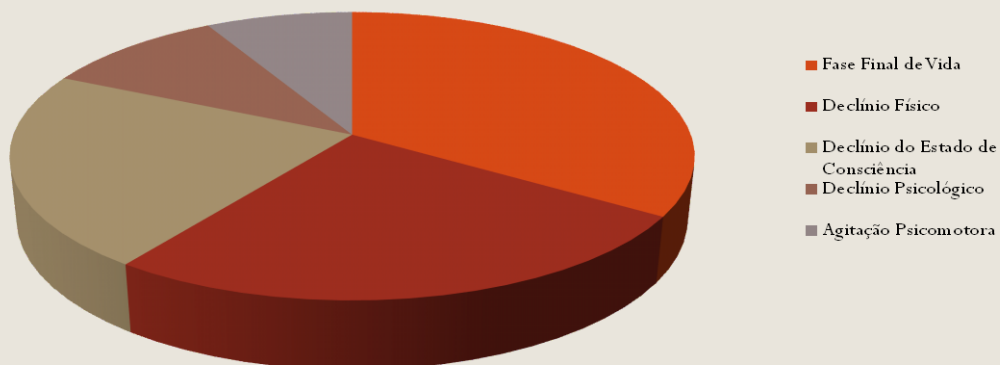
<input type="checkbox"/> Anorexia/ caquexia	<input type="checkbox"/> Agitação
<input type="checkbox"/> Fadiga	<input type="checkbox"/> Estertor
<input type="checkbox"/> Xerostomia	<input type="checkbox"/> Delirium
3. Aponte quais as principais dificuldades que sente no controlo dos sintomas que referiu na questão anterior.
4. Aponte as principais dificuldades em lidar com a família.
5. Que estratégias utiliza, ou acha que poderiam vir a ser utilizadas para ultrapassar as dificuldades apontadas nas questões 3 e 4?

11

Fase agónica Resultados do Serviço Cirurgia



Questão 1. O que considera ser a fase agónica de uma pessoa com doença oncológica?



12

Fase agónica

Resultados da Literatura



Características dos últimos dias/horas de vida:

- Degradação progressiva do estado físico;
- Fraqueza profunda;
- Alteração do estado de consciência;
 - Obnubilado/ Estuporoso/ Coma;
- Diminuição ou inexistência da via oral;
 - Ingesta de pequenas quantidades de fluídos;
- Acamado;
- Falência de múltiplos órgãos:
 - Diminuição da diurese, retenção urinária, aparecimento de edemas periféricos e farfalheira;
- Alterações da temperatura corporal e da coloração da pele:
 - Livores e cianose.

14

Fase agónica

Resultados da Literatura



Doente Paliativo

- Pessoa que por uma doença grave e debilitante, sem perspectiva de tratamento curativo tem várias necessidades de saúde pelo sofrimento envolvente.

Doente Terminal

- Pessoa que tem doença avançada, incurável e evolutiva, com sobrevida esperada de 3 a 6 meses.

Doente Agónico

- Pessoas que com as características clínicas que apresentam estão nas últimas horas ou dias de vida.
- No doente oncológico os últimos 3 meses são marcados por intensa degradação física até a esta fase.

ANCP, 2005

13

Fase agónica Resultados da Literatura



Princípios básicos do Cuidar da Pessoa em fase agónica:

- Adequar a via de administração;
 - Simplificar medicação;
 - Prevenir complicações;
 - Promover conforto;
 - Estar atento aos pormenores expressar o seu desconforto;
 - Envolver a família.
- ➔ doentes incapazes de

Duração de horas ou dias, nos jovens e adultos mais demorada, bem como nas pessoas com situações não resolvidas ou mal resolvidas (Barbosa e Neto, 2010).

15

Fase agónica Resultados da Literatura



Dificuldades dos Enfermeiros nesta fase

(Witkamp, 2015)

Doentes e famílias com necessidade de cuidados mais intensos e dedicados.

Lidar com o sofrimento e morte iminente.

Comunicar com os doentes e suas famílias.

Gestão da incerteza e das expectativas irrealistas .

16

Fase agónica Sintomas mais frequentes

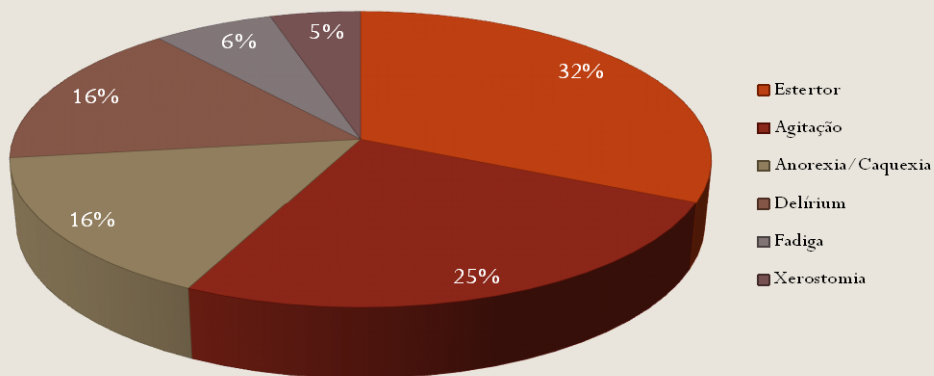


17

F.Nauck et al; JPCare (2000),

Fase agónica Sintomas mais frequentes

Questão 2. Sintomas mais frequentes na fase agónica, no serviço de Cirurgia



18

Fase agónica Estertor



Estertor surge nas últimas 24 a 48h antes da morte.

(Campbell, 2015)

Sintoma que precede a morte em mais de 24h em 50% dos casos torna-se igualmente aquele em que é passível de se atuar para minimizar o seu desconforto.

(Morita et al, 1998)

Estertor

As guidelines internacionais como primordial a antecipação deste sintoma, o reposicionamento do doente, e prescrição de anticolinérgicos bem como a explicação destas medidas à sua família.

(Hirsch, Marriot & Faull, 2012)

Sinal mais comum de degradação física e da morte iminente.

(Twomey & Dowling, 2013)

19

Implementação do projeto no Serviço de Cirurgia



1. Identificação do doente oncológico em fase agónica:

- Degradação progressiva do estado físico;
- Fraqueza profunda;
- Alteração do estado de consciência;
 - Obnubilado/ Estuporoso/ Coma;
- Diminuição ou inexistência da via oral;
 - Ingesta de pequenas quantidades de fluídos;
- Acamado;
- Falência de múltiplos órgãos:
 - Diminuição da diurese, retenção urinária, aparecimento de edemas periféricos e farfalheira;
- Alterações da temperatura corporal e da coloração da pele:
 - Livores e cianose.

20

Implementação do projeto no Serviço de Cirurgia



2. Informação do Enfermeiro de Referência do Projeto acerca dos doentes oncológicos que estão em fase agónica;
3. Aplicação das linhas de orientação fornecidas, nos doentes nesta fase (**Fluxograma**);
4. Registos informáticos em notas gerais:
 - ✓ Problema identificado;
 - ✓ Intervenção de enfermagem desenvolvida;
 - ✓ Envolvimento da família na situação:
 - ✓ Principais dúvidas e receios;
 - ✓ Intervenção realizada, descrevendo o que foi feito;
 - ✓ Resultados obtidos.

Obrigada pela vossa atenção e
colaboração!

Enquanto existir quem cuide, nenhum sofrimento será insuportável.

Cicely Saunders, 1959

23

Bibliografia



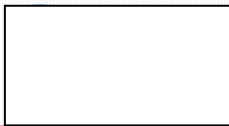
- Aroso, A. et al. (2005). Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Direção Geral de Saúde. Acedido em: <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-cuidados-paliativos.aspx>, a 25 de Junho de 2015.
- Barbosa, A., & Neto, I. (2010) – *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Capelas, M. (2014) – *Indicadores de Qualidade para os Serviços de Cuidados Paliativos*. Lisboa. Universidade Católica Portuguesa.
- Carloto, C., & Sapeta, P. (2012). *Estado de Agonia: Obstáculos ao seu Diagnóstico Clínico*. Instituto Politécnico de Castelo Branco. Escola superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos. Castelo Branco.
- Carneiro, R., Barbedo, I., Costa, I., Reis, E., Rocha, N. & Gonçalves, E. (2011). Estudo comparativo dos cuidados prestados a doentes nos últimos dias de vida. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 545-554
- Dias, A. (2012). *Referenciação para Unidades de Internamento de Cuidados Paliativos portuguesas: Quando?, Quem? E Porquê?* Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos. Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências Médicas. Lisboa.
- Ellershaw, J. & Ward, C. (2003). Care of the dying patient: last hours or days of life. *British Medical Journal*, 326, 30-34.
- European Oncology Nursing Society (2013). *EONS – Cancer Nursing Curriculum*. Bruxelas. Disponível em: <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf#search=skills>, acedido em: 30 de Junho de 2015.
- Ferrel, B. & Coyle, N. (2010) – *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. 3ª edição. Oxford University Press. Oxford.
- Gonçalves, J. (2006). *A Bos Morte: Ética no fim de vida*. Dissertação de Mestrado em Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto.

24

- Griffith, J., Lyman, J., & Blackhall, L. (2010). Providing Palliative Care in the Ambulatory Care Setting. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14, 170-179.
- Johns, C. (2009) – *Becoming a Reflective Practitioner*. 3ª Edição, United Kingdom:Wiley-Blackwell, págs. 1-49;
- Krishna, L., Puolose, J. & Goh, C. (2010). Artificial Hydration at the end of Life in an Oncology Ward in Singapore. *Indian Journal of Palliative Care*. Vol. 16, 168- 173.
- Kruse, M., Vieira, R., Ambrosini, L., Niemeyer, F. & Silva, F. (2007). Palliative Care – An Experience. *Revista HCPA*, 27, 49-52.
- Mayland, C., Williams, E., Addington-Hall, J., Cox, T. & Ellershaw, J. (2013). Does the “Liverpool Care Pathway” facilitate an improvement in quality of dying cancer patients?. *British Journal of Cancer*.108, 1942-1948.
- Meleis, A.; Sawywe, L.; Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. Meleis, A. (2007) - *Theoretical Nursing: Development and Progress* (4th Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, págs.51-68.
- Miranda, N. *et al.* (2014). Portugal Doenças Oncológicas em Números – 2014. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Direção Geral de Saúde. Acedido em: <http://www.dgs.pt?cr=26705> , a 25 de Junho de 2015.

- Nakajima, N., Takahashi, Y. & Ishitani, K. (2014). The Volume of Hydration in Terminally Ill Cancer Patients with Hydration – Related Symptoms: A Prospective Study. *Journal of Palliative Medicine*. Vol. 17 (9), 1037- 1041;
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LeislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf, acedido a 26 de Junho de 2015.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Lisboa. Acedido em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LeislacaoOE/Regulamento_188_2015_Competicencias_Especificas_EE_Pessoa_Situacao_Cronica_Paliativa.pdf , em 26 de Junho de 2015.
- Organização de Serviços em Cuidados Paliativos, Recomendações da ANCP (2005) – Associação Nacional de Cuidados Paliativos. Acedido em: http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf , a 25 de Junho de 2015.
- Pacheco, S. (2004) – *Cuidar a pessoa em fase terminal, perspetiva ética*. 2ª edição. Loures. Lusociência.
- Río, M et al (2011). Hydration and nutrition at the end of life: a systematic review of emotional impact, perceptions, and decision – making among patients, family, and health care staff. *Psyco – Oncology*. Vol. 21, 913-921;
- Sapeta, P. (2011) – *Cuidar em fim de vida: o processo de interacção enfermeiro – doente*. Loures.Lusociência.
- Silva, S. (2009). *Caracterização dos cuidados de saúde prestados ao doente oncológico em agonia num Serviço de Cuidados Paliativos*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Porto.
- Witkamp, E. (2015). What Happens and What Matters. A study on Palliative and Terminal care in the Hospital (PalTec-H). *University Medical Center*.

**Apêndice 15 – Sessão de Apresentação
das Linhas Orientadoras**



**6º Curso de Mestrado de Enfermagem
Médico- Cirúrgica
Vertente Oncológica**



Intervenção de enfermagem à pessoa com doença oncológica em fase agónica, no internamento hospitalar de cirurgia

Docente:
Prof. Eunice Sá

Discente:
Ana Luís nº 221

Orientadora:

Lisboa, Fevereiro de 2016

Plano de Sessão



- Projeto de Intervenção e sua Justificação;
- Finalidade do Projeto de Intervenção;
- Estratégias de Implementação do Projeto de Intervenção;
- Linhas orientadoras do cuidar do doente em fase agónica com estertor.
- Apresentação do Fluxograma de atuação.

Problemática

- *Quais as intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em fase agónica, no internamento hospitalar de cirurgia?*
- Necessidade apontada pelos Enfermeiros do Serviço de Cirurgia;
- Motivação pessoal e profissional;
- Evidência encontrada na literatura;

3

Justificação da Problemática

Previsão de mais de 50000
novos casos de cancro até
2030
(DGS, 2014)

Mais de 2/3 das pessoas
que morrem por cancro
necessitam de cuidados
paliativos
(Gómez – Batiste, 2005)

58% dos doentes continua a
morrer nos hospitais
(Sapeta, 2011)

Institucionalização do fim
de vida por diversos fatores
(Capelas, 2014)

A morte vista como um fracasso
médico, o que atrasa a identificação
do doente em fim de vida
(Gonçalves, 2006)

Dificuldades dos
enfermeiros em cuidar no
fim de vida, nomeadamente
na fase agónica
(Carneiro et al, 2011, Witkamp, 2015,
Ellershaw & Ward, 2003)

Cuidados Paliativos como abordagem que melhora a vida dos doentes e famílias,
através da prevenção e alívio dos sintomas
(OMS, 2010)

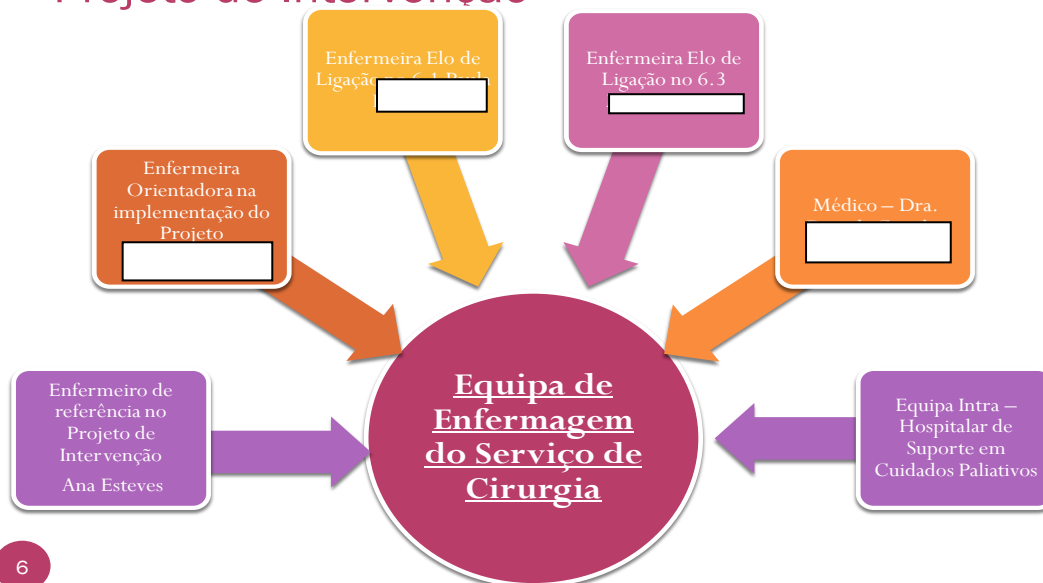
4

Objetivos do Projeto de Intervenção

- **Melhorar a qualidade dos cuidados** prestados à pessoa com doença oncológica em fase agónica;
- **Promover o conforto** do doentes nos últimos dias/horas de vida;
- Contribuir para o **melhor controlo** sintomático, nesta fase;
- **Envolver as famílias** dos doentes em fase agónica.

5

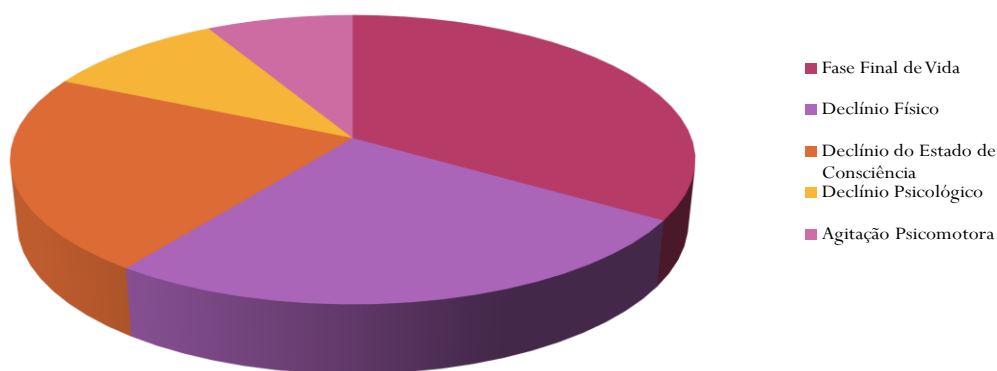
Parcerias na implementação do Projeto de Intervenção



6

Fase agónica Resultados do Serviço Cirurgia

Questão 1. O que considera ser a fase agónica de uma pessoa com doença oncológica?



7

Fase agónica Resultados da Literatura

Doente Paliativo

- Pessoa que por uma doença grave e debilitante, sem perspectiva de tratamento curativo tem várias necessidades de saúde pelo sofrimento envolvente.

Doente Terminal

- Pessoa que tem doença avançada, incurável e evolutiva, com sobrevida esperada de 3 a 6 meses.

Doente Agónico

- Pessoas que com as características clínicas que apresentam estão nas últimas horas ou dias de vida.
- No doente oncológico os últimos 3 meses são marcados por intensa degradação física até a esta fase.

ANCP, 2005

8

Fase agónica

Resultados da Literatura

Características dos últimos dias/horas de vida:

- Degradação progressiva do estado físico;
- Fraqueza profunda;
- Alteração do estado de consciência;
 - Obnubilado/ Estuporoso/ Coma;
- Diminuição ou inexistência da via oral;
 - Ingesta de pequenas quantidades de fluídos;
- Acamado;
- Falência de múltiplos órgãos:
 - Diminuição da diurese, retenção urinária, aparecimento de edemas periféricos e farfalheira;
- Alterações da temperatura corporal e da coloração da pele:
 - Livores e cianose.

Fase agónica

Resultados da Literatura

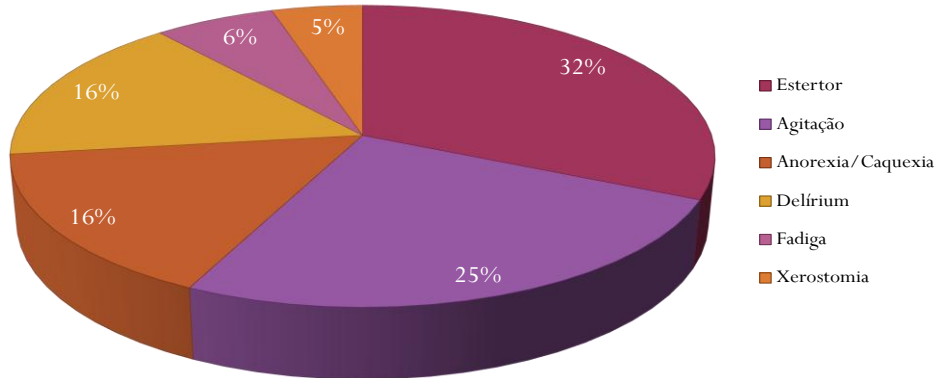
Princípios básicos do Cuidar da Pessoa em fase agónica:

- Adequar a via de administração;
- Simplificar medicação;
- Prevenir complicações;
- Promover conforto;
- Estar atento aos pormenores expressar o seu desconforto; ➔ doentes incapazes de
- Envolver a família.

Duração de horas ou dias, nos jovens e adultos mais demorada, bem como nas pessoas com situações não resolvidas ou mal resolvidas (Barbosa e Neto, 2010).

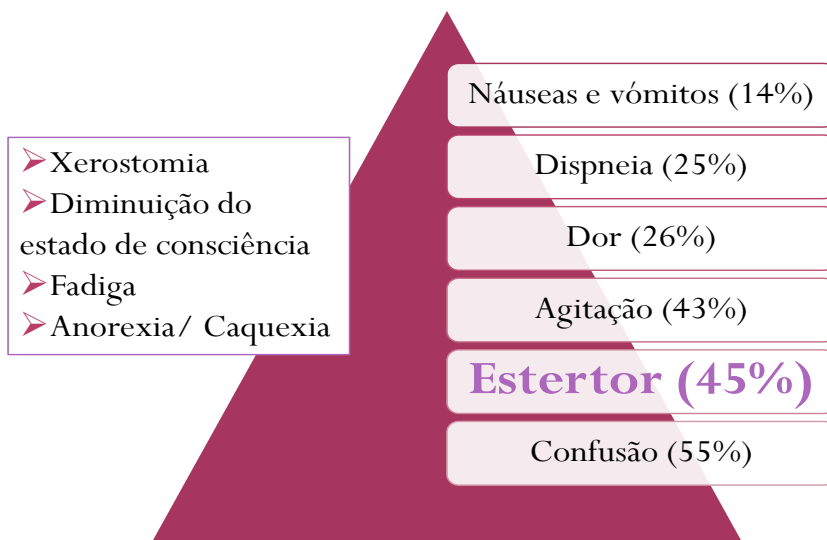
Fase agónica Sintomas mais frequentes

Questão 2. Sintomas mais frequentes na fase agónica, no serviço de Cirurgia



11

Fase agónica Sintomas mais frequentes



12

F.Nauck et al; JPCare (2000),

Fase agónica Estertor

Estertor surge nas últimas 24 a 48h antes da morte.
(Campbell, 2015)

Sintoma que precede a morte em mais de 24h em 50% dos casos torna-se igualmente aquele em que é passível de se atuar para minimizar o seu desconforto.

(Morita et al, 1998)

Estertor

As guidelines internacionais consideram como primordial a antecipação deste sintoma, o reposicionamento do doente, e prescrição de anticolinérgicos bem como a explicação destas medidas à sua família.

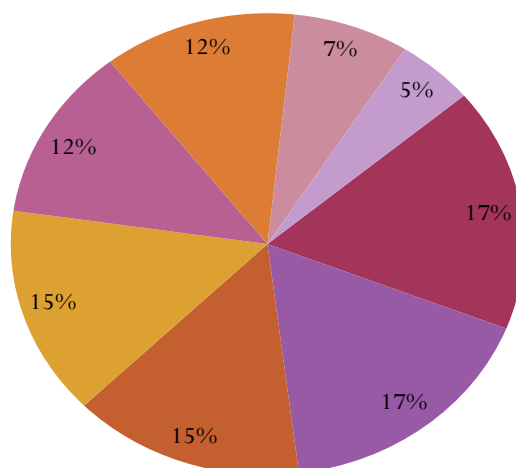
(Hirsch, Marriot & Faull, 2012)

Sinal mais comum de degradação física e da morte iminente.

(Twomey & Dowling, 2013)

13

Fase agónica Principais dificuldades em lidar com a família



- Sofrimento da família
- Abordar a morte
- Expetativas irrealistas
- Não aceitação da situação
- Falta de tempo para escutar
- Falta de informação
- Falta de condições físicas
- Informação discrepante

14

Fase agónica Família

Perceções da família do doente em fase agónica com estertor

30% necessitavam de
uma resposta acerca do
estertor

28% sentiram-se
desconfortáveis

13% encontravam-se
assustados e com medo
de se aproximarem do
familiar

74% sentem que a
morte está iminente

68% sentiram que o
familiar estava a afogar

61% a sufocar

15

Shimizu et al (2013)

Necessidades da família do doente em fase agónica com estertor

91% a resposta ao
desconforto provocado
pelo estertor pelo
enfermeiro

80% que lhes ensinam
como promover os
cuidados à boca

71% valorizam a
explicação de como se
vê que o familiar está
desconfortável

90% valorizam a
higiene oral do seu
familiar

83% a avaliação de
oximetrias e
administração de
oxigénio

42% explicação acerca
da medicação que
alivia o estertor

90% a aspiração
orofaríngea

84% os
posicionamento que
reduzem o estertor

38% a explicação do
estertor como parte
natural do processo de
morrer

16

Shimizu et al (2013)

Linhas Orientadoras do cuidar da pessoa com doença oncológica em fase agónica com estertor

Revisão da Literatura com 40 artigos



14 com pertinência para a temática

Linhas orientadoras no cuidar da pessoa em fase agónica com estertor

- Avaliação do sintoma estertor;
- Posicionamento;
- Aspiração de secreções;
- Diminuição da hidratação artificial;
- Utilização de antimuscarínicos;
- Gestão da família.

Avaliação do sintoma Estertor (Victoria Respiratory Congestion Scale)

0 = não audível;
1= audível apenas junto ao doente;
2= claramente audível ao fundo da cama do doente num quarto calmo;
3= claramente audível a uma distância de 9,5 m, comparável à distância até à porta do quarto.

19

Back, Jenkins, Blower & Beckhelling
(2001)

Posicionamento

Preferencialmente em decúbitos laterais ou semi ventrais, tentando respeitar a posição de conforto da pessoa;

Drenagem postural das secreções brônquicas impelindo à sua mobilização até à cavidade oral de forma a serem retiradas de forma suave.

Ellershaw, Sutcliffe & Saunders (1995); Wildiers *et al.* (2009); Back, Jenkins, Blower & Beckhelling (2001); Shimizu *et al* (2013); Campbell (2015); Wee & House (2008); Morita *et al* (2004); Hirsch, Marriot & Faull (2012); Nunn (2014); Twomey & Dowling (2013); Bradley, Wee & Aoun (2010); Hipp & Letizia (2009) e Pastrana, Reineke – Bracke & Elsner (2012).

20

Aspiração de secreções

Aspiração suave de cavidade oral e nasofaríngea atendendo ao desconforto manifestado pelo fácies do doente.

Devido às oscilações de consciência e estado de prostração existe necessidade de desobstrução da via aérea, de forma não traumática.

Pastrana, Reineke – Bracke & Elsner (2012); Hipp & Letizia (2009); Twomey & Dowling (2013); Nunn (2014); Hirsch, Marriot & Faull (2012); Morita, et al. (2004); Campbell (2015); Shimizu et al (2013); Back, Jenkins, Blower & Beckhelling (2001); Ellershaw, Sutcliffe & Saunders (1995).

21

Diminuição da hidratação artificial

Não sendo a sede causa de desconforto nesta fase, e mantendo os cuidados de hidratação da mucosa oral, a hidratação artificial deverá ser reduzida, até limite máximo de 500 ml via SC.

Diminuição da produção e acumulação de secreções brônquicas.

Ellershaw, Sutcliffe & Saunders (1995); Wildiers *et al.* (2009); Campbell (2005); Morita, et al. (2004); Hirsch, Marriot & Faull (2012); Twomey & Dowling (2010); Hipp & Letizia (2009); Pastrana, Reineke – Bracke & Elsner (2012).

22

Utilização de antimuscarínicos

Administração de
butilescopolamina vis
SC 40 mg/dia.

Administração de
atropina gotas
oftálmicas na cavidade
oral até 3 vezes dia.

As glândulas salivares são estimuladas pelos nervos colinérgicos, sendo que os antimuscarínicos bloqueiam estes recetores inibindo a formação de secreções brônquicas pelo sistema respiratório, esta medida torna-se satisfatória em 79% dos doentes e refratária em 10% dos mesmos.

Ellershaw, Sutcliffe & Saunders (1995); Wildiers *et al.* (2009); Back, Jenkins, Blower & Beckhelling (2001); Shimizu *et al.* (2013); Campbell (2015); Wee & House (2008); Morita *et al.* (2004); Hirsch, Marriot & Faull (2012); Nunn (2014); Twomey & Dowling (2013); Bradley, Wee & Aoun (2010); Hipp & Letizia (2009) e Pastrana, Reineke – Bracke & Elsner (2012).

Gestão da família

Mostrar abertura com a
família, escuta ativa e
empatia.

Intensificar os cuidados
nesta altura.

Explicação do que se
passa, porque se passa e
o que será feito em
relação a isso, bem como
o que é expectável das
medidas implementadas.

A família como centro dos
cuidados nesta fase
necessitando de
explicações acerca do
estertor e da morte
iminente, tentando
perceber o que esta
interpreta da situação,
dando suporte emocional e
envolvendo-os na tomada
de decisão.

Ellershaw, Sutcliffe & Saunders (1995); Wildiers *et al.* (2009); Back, Jenkins, Blower & Beckhelling (2001); Shimizu *et al.* (2013); Campbell (2015); Wee & House (2008); Morita *et al.* (2004); Hirsch, Marriot & Faull (2012); Nunn (2014); Twomey & Dowling (2013); Bradley, Wee & Aoun (2010); Hipp & Letizia (2009) e Pastrana, Reineke – Bracke & Elsner (2012).

Fluxograma de atuação na pessoa com doença oncológica em fase agónica, com estertor

25

Obrigada pela vossa atenção e
colaboração!

26

Enquanto existir quem cuide, nenhum sofrimento será insuportável.

Cicely Saunders, 1959

27

Bibliografia



- Aroso, A. et al. (2005). Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Direção Geral de Saúde. Acedido em: <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-cuidados-paliativos.aspx>, a 25 de Junho de 2015.
- Barbosa, A., & Neto, I. (2010) – *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Capelas, M. (2014) – *Indicadores de Qualidade para os Serviços de Cuidados Paliativos*. Lisboa. Universidade Católica Portuguesa.
- Carloto, C., & Sapeta, P. (2012). *Estado de Agonia: Obstáculos ao seu Diagnóstico Clínico*. Instituto Politécnico de Castelo Branco. Escola superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos. Castelo Branco.
- Carneiro, R., Barbedo, I., Costa, I., Reis, E., Rocha, N. & Gonçalves, E. (2011). Estudo comparativo dos cuidados prestados a doentes nos últimos dias de vida. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 545-554
- Dias, A. (2012). *Referenciação para Unidades de internamento de Cuidados Paliativos portuguesas: Quando?, Quem? E Porquê?* Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos. Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências Médicas. Lisboa.
- Ellershaw, J. & Ward, C. (2003). Care of the dying patient: last hours or days of life. *British Medical Journal*, 326, 30-34.
- European Oncology Nursing Society (2013). *EONS – Cancer Nursing Curriculum*. Bruxelas. Disponível em: <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf#search=skills>, acedido em: 30 de Junho de 2015.
- Ferrel, B. & Coyle, N. (2010) – *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. 3ª edição. Oxford University Press. Oxford.
- Gonçalves, J. (2006). *A Bos Morte: Ética no fim de vida*. Dissertação de Mestrado em Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto.

28

- Griffith, J., Lyman, J., & Blackhall, L. (2010). Providing Palliative Care in the Ambulatory Care Setting. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14, 170-179.
- Johns, C. (2009) – *Becoming a Reflective Practitioner*. 3ª Edição, United Kingdom:Wiley-Blackwell, págs. 1-49;
- Krishna, L., Puolose, J. & Goh, C. (2010). Artificial Hydration at the end of Life in an Oncology Ward in Singapore. *Indian Journal of Palliative Care*. Vol. 16, 168- 173.
- Kruse, M., Vieira, R., Ambrosini, L., Niemeyer, F. & Silva, F. (2007). Palliative Care – An Experience. *Revista HCPA*, 27, 49-52.
- Mayland, C., Williams, E., Addington-Hall, J., Cox, T. & Ellershaw, J. (2013). Does the “Liverpool Care Pathway” facilitate an improvement in quality of dying cancer patients?. *British Journal of Cancer*.108, 1942-1948.
- Meleis, A.; Sawywe, L.; Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. Meleis, A. (2007) - *Theoretical Nursing: Development and Progress* (4th Ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, págs.51-68.
- Miranda, N. *et al.* (2014). Portugal Doenças Oncológicas em Números – 2014. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Direção Geral de Saúde. Acedido em: <http://www.dgs.pt/?cr=26705> , a 25 de Junho de 2015.

- Nakajima, N., Takahashi, Y. & Ishitani, K. (2014). The Volume on Hydration in Terminally Ill Cancer Patients with Hydration – Related Symptoms: A Prospective Study. *Journal of Palliative Medicine*. Vol. 17 (9), 1037- 1041;
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LeislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf, acedido a 26 de Junho de 2015.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Lisboa. Acedido em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LeislacaoOE/Regulamento_188_2015_Competicencias_Especificas_EE_Pessoa_Situacao_Cronica_Paliativa.pdf, em 26 de Junho de 2015.
- Organização de Serviços em Cuidados Paliativos, Recomendações da ANCP (2005) – Associação Nacional de Cuidados Paliativos. Acedido em: http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf , a 25 de Junho de 2015.
- Pacheco, S. (2004) – *Cuidar a pessoa em fase terminal, perspetiva ética*. 2ª edição. Loures. Lusociência.
- Río, M et al (2011). Hydration and nutrition at the end of life: a systematic review of emotional impact, perceptions, and decision – making among patients, family, and health care staff. *Psyco – Oncology*. Vol. 21, 913-921;
- Sapeta, P. (2011) – *Cuidar em fim de vida: o processo de interacção enfermeiro – doente*. Loures.Lusociência.
- Silva, S. (2009). *Caracterização dos cuidados de saúde prestados ao doente oncológico em agonia num Serviço de Cuidados Paliativos*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Porto.
- Witkamp, E. (2015). What Happens and What Matters. A study on Palliative and Terminal care in the Hospital (PalTec-H). *University Medical Center*.

**Apêndice 16 - Linhas Orientadoras do Cuidar da
Pessoa com Doença Oncológica em fase agónica com
estertor**



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
6º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico- Cirúrgica
Vertente Oncológica

LINHAS ORIENTADORAS PARA A BOA PRÁTICA
NO CUIDAR DA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA
EM FASE AGÓNICA COM ESTERTOR

Docente:

Professora Eunice Sá

Discente:

Ana Cristina Mano Esteves Luís Nº 221

Lisboa

Janeiro de 2016

ÍNDICE

SUMÁRIO	146
TÍTULO.....	146
0. INTRODUÇÃO	147
1. DESTINATÁRIOS	150
2. FINALIDADE	151
2.1. Objetivos Gerais:.....	151
2.2. Objetivos Específicos:	151
3. SUPORTE NORMATIVO	152
4. REFLEXÃO ÉTICA	153
5. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA TEMÁTICA.....	154
6. ALGORITMO DE ATUAÇÃO PERANTE A PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA EM FASE AGÓNICA COM ESTERTOR	157
7. PRINCÍPIOS GERAIS DO CUIDAR DE PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA EM FASE AGÓNICA COM ESTERTOR.....	158
8. OPERACIONALIZAÇÃO DAS LINHAS ORIENTADORAS DO CUIDAR DA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA EM FASE AGÓNICA COM ESTERTOR	160
8.1. Metodologia de pesquisa.....	160
8.2. Resultados da pesquisa	160
9. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO:	1
10. GLOSSÁRIO	1
11. BIBLIOGRAFIA.....	2
12. ANEXOS	6
13. APÊNDICES.....	9

Apêndice 1. Quadro de Revisão da Literatura

Apêndice 2. Contributos do painel de peritos para as Linhas Orientadoras

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Algoritmo de atuação perante pessoa com doença oncológica em fase agónica, com estertor.....16
Figura 2 – Esquematização de Revisão da Literatura20

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Linhas orientadoras no cuidar da pessoa com doença oncológica em fase agónica, com estertor.....21
Quadro 2 – Quadro de Revisão da Literatura.....35

SUMÁRIO

Este guia com linhas orientadoras no cuidar da pessoa com doença oncológica com estertor, foi realizado em consonância com as recomendações para a conceção de Guias Orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (2007).

Neste sentido, as linhas orientadoras de boas práticas advêm da aplicação de resultados encontrados em estudos sistematizados, fontes científicas e na opinião de peritos reconhecidos com o intuito major de colmatar lacunas e melhorar a prestação de cuidados a pessoas com problemas específicos (Ordem dos Enfermeiros, 2007).

Este documento permitiu, deste modo, a mobilização de competências desenvolvidas no prisma do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente de Oncologia, no sentido em que permitiu a aplicação da teoria proveniente da evidência científica subjacente a pesquisa bem como, a prática baseada na evidência preconizada na elaboração de linhas orientadoras.

O documento foi fruto da revisão do mesmo por três elementos de equipas de Enfermagem considerados peritos na área do cuidar da pessoa com doença oncológica em fase agónica e no controlo de sintomatologia inerente a esta fase.

TÍTULO

Intervenção de enfermagem à pessoa com doença oncológica em fase agónica, com estertor, num internamento hospitalar de cirurgia.

0. INTRODUÇÃO

O presente documento com linhas orientadoras da boa prática no cuidar da pessoa com doença oncológica em fase agónica com estertor, pretende primordialmente, sistematizar intervenções de necessários para o cuidar deste tipo de população, fomentando a segurança e qualidade nos cuidados prestados pelos enfermeiros.

Assim, a doença oncológica tem-se vindo a tornar a maior problemática do nosso século, conduzindo-nos à reflexão acerca dos últimos dias de quem vive o culminar de uma doença oncológica, e se estarão os profissionais capacitados para cuidar destes doentes com necessidades tão específicas?

Como refere a Direção Geral da Saúde (2014, p. 9-10), a doença oncológica é uma doença em progressivo crescimento, uma vez que se encontra a aumentar de ano para ano, sendo a perspetiva para 2030 que existam no nosso país mais de 50000 novos casos desta doença.

Neste sentido são de seguida definidos os conceitos centrais destas linhas orientadoras.

Intervenção de enfermagem

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001), os cuidados de enfermagem são baseados numa relação interpessoal de respeito pelo outro abstendo-se de juízos de valor relativamente à pessoa alvo dos cuidados. Existe, assim, uma relação terapêutica caracterizada pela parceria estabelecida entre ambos, respeitando as suas capacidades e valorizando o seu papel, incluindo o seu familiar ou pessoa significativa nos cuidados a realizar (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Encontrando-se a pessoa em fase agónica e sendo as medidas primordialmente de conforto, para Katharine Kolcaba (2006), a intervenção de enfermagem assume-se como uma apreciação intencional das necessidades de conforto do doente e da conceção das medidas de conforto para atuar sobre elas. Nos seus postulados afirma ainda a visão holística da intervenção de enfermagem com o intuito de promoção de conforto. Esta teoria tem demonstrado uma importante aplicação nos doentes em fim de vida, pois é uma boa forma de medir e promover o conforto ao longo do tempo. É, assim,

uma prática centrada no doente, fortalecendo deste modo a enfermagem enquanto disciplina (Kolcaba, 1991).

Pessoa em fase agónica

A fase agónica é definida na literatura anglo saxónica como *last days or hours of life*, *agonal stage*, sendo considerada o espaço de tempo em que existe maior declínio a nível físico e psicológico onde existe um quadro de prostração, que pode levar dias ou ser de apenas horas e onde apenas os cuidados de conforto farão sentido, recusando medidas invasivas ou provocadoras de sofrimento desnecessário ou fútil (Muller-Busch, 2004, Barbosa & Neto, 2010, Ellershaw & Ward, 2003).

É assim, neste momento final de vida e em concomitância com vários problemas que surgem no doente oncológico neste período, que se sentem as lacunas na preparação dos profissionais de saúde em relação a esta situação e a forma de lidar com ela. Deste modo, surge também nesta fase a necessidade dos Cuidados Paliativos nos serviços de internamento, com vista a colmatar as necessidades destes doentes e suas famílias, existindo já a nível internacional projetos direcionados para o alívio de sintomas nas últimas horas ou dias de vida, designados por fase agónica (Carneiro *et al.*, 2011, p. 546).

Assim, o cuidar com qualidade na fase agónica, torna-se fulcral para a designada “boa morte” ou ortotanásia, a que todos os doentes deverão ter direito. Capelas (2014, p. 37), afirma que a experiência de “boa morte” pode ser vista como algo individual, inerente às crenças, aos valores, ao sofrimento atual e à própria experiência de vida do indivíduo, contudo o desejo final, é na generalidade, ser tratado com respeito e dignidade, ter ausência de sintomatologia desconfortável e acima de tudo, estar acompanhado por família ou amigos.

Seria impossível abordar esta temática sem falar no Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2005, p. 7) que afirma que as ações paliativas são aquelas sem intuito curativo e que em simultâneo visam minorar as repercussões negativas dos sintomas promovendo bem-estar, sendo assim integrantes da prática profissional, pois revelam-se práticas intensivas da promoção do conforto.

No seguimento, a Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006, p.5-7), admite existir confusão entre os conceitos de doente em cuidados paliativos, doente terminal e doente agónico, salientando que um doente a receber este tipo de cuidados não é necessariamente um doente terminal.

A fase agónica tem um grande impacto familiar e cultural, contudo muitas vezes com obstáculos à sua identificação atrasando as intervenções ao doente nesta fase (Carloto & Sapeta, 2012, p.12).

Este reconhecimento situacional, de que faltam dias ou horas para que culmine na morte são de certa forma preciosas, para o doente mas essencialmente para a família, uma vez que é um momento muito importante para o luto próximo, surgindo aqui a necessidade de apoio psicológico e espiritual antes e após do falecimento do doente (Silva, 2009, p.10).

O doente oncológico em fase agónica é identificado por um estado de consciência semicomatoso, com incapacidade para ingestão hídrica e como tal tem a via oral comprometida igualmente para via de administração de medicamentos (Ellershaw & Ward, 2003, p. 31).

Estertor

Ellershaw, Sutcliffe & Saunders (1995), definiram estertor como o ruído audível junto ao leito do doente, causado pela incapacidade de mobilização das secreções do trato respiratório que se acumulam na orofaringe.

Concomitantemente, o estertor é o termo utilizado para descrever o som provocado pelas secreções acumuladas na orofaringe, segundo Owens (2006), citado por Nunn (2014), é preditivo de morte nas 48h seguintes ao seu aparecimento. Está comprovado igualmente que esta situação é mais angustiante para a família que propriamente para o doente, pois no momento em que ocorre este encontra-se com um nível de consciência diminuído não tendo capacidade para tossir ou expelir estas secreções (Shimizu *et al.*, 2013).

Wildiers *et al.* (2009), definem o estertor como o ruído produzido pelos doentes nas últimas horas de vida, causado pela oscilação das secreções nas vias aéreas associado à inspiração e expiração, está intimamente relacionado com o decréscimo do nível de consciência do doente e à sua incapacidade em expelir as secreções brônquicas, torna-se assim, o sinal major da morte iminente (23h) ocorrendo em cerca de 25% a 92% dos doentes.

Este sintoma é passível de ser avaliado através do Victoria Respiratory Congestion Scale (2001) que se baseia na audição do ruído provocado pelo mesmo, alocando 4 níveis: 0- sem ruído audível; 1- audível junto do doente; 2- audível ao fundo da cama do doente e 3- claramente audível a uma distância de 9,5 m, comparável à distância até à porta do quarto.

Uma vez que esta escala de avaliação de estertor não se encontra validada para a população portuguesa, pode ser utilizada a Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS) através do item de ruído respiratório e avaliando-o de 0 a 10 (Sousa, 2012).

1. DESTINATÁRIOS

Estas linhas orientadoras dirigem-se a todos os enfermeiros que contactem diretamente com doentes oncológicos em fase agónica com a presença de estertor, na sua prestação de cuidados em contexto hospitalar.

2. FINALIDADE

O presente documento perspectiva-se como apoio para a prestação de cuidados ao doente agónico com a presença de estertor.

2.1. Objetivos Gerais:

- Melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa com doença oncológica em fase agónica;
- Basear a prática clínica na evidência científica mais atual e pertinente para a população alvo;
- Promover segurança nas práticas exercidas pelos enfermeiros do serviço em questão, através da fundamentação pela prática baseada na evidência;
- Contribuir para o melhor controlo sintomático do estertor, nesta fase.

2.2. Objetivos Específicos:

- Promover o conforto da pessoa com doença oncológica nos últimos dias/horas de vida;
- Envolver as famílias da pessoa com doença oncológica em fase agónica.

3. SUPORTE NORMATIVO

- Aroso, A. *et al.*(2005). Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Direção Geral de Saúde.
- European Oncology Nursing Society (2013). *EONS – Cancer Nursing Curriculum*. Bruxelas.
- Organização de Serviços em Cuidados Paliativos, Recomendações da ANCP (2005) – Associação Nacional de Cuidados Paliativos.
- Miranda, N. *et al.* (2014). Portugal Doenças Oncológicas em Números – 2014. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Direção Geral de Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico dos Enfermeiros*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem (2001) – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/Recomend_Manuais_BPraticas.pdf, consultado a 25 de Janeiro de 2016.

4. REFLEXÃO ÉTICA

As presentes linhas orientadoras foram elaboradas no sentido de contribuir para uma melhor prática de cuidados no âmbito supracitado.

Sendo primordialmente baseada no Código Deontológico dos Enfermeiros (2005) que afirma que a prática de enfermagem é a preocupação com o bem-estar dos outros, não passando apenas por qualidade científica ou técnica dos procedimentos mas uma qualidade humana e humanizadora, tratando o outro com gentileza e dignidade. O mesmo documento assume a necessidade de basear todos os cuidados prestados à pessoa doente e sua família nos princípios éticos, que são a beneficência, a não-maleficência, a justiça e o respeito pela autonomia da pessoa. O princípio da beneficência diz respeito ao fazer o bem, ajudando o outro a obter benefício estando intimamente ligado com os desejos e melhor interesse da pessoa a ser cuidada. Por sua vez, o princípio da não-maleficência perspectiva-se como o não causar dano para a pessoa cuidada (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

O respeito pela autonomia do outro, coaduna-se com as escolhas previamente feitas pela pessoas, impelindo a um conhecimento profundo acerca da mesma antes desta entrar na fase agónica onde existem as oscilações do estado de consciência, tendo por base o respeito pela pessoa, a proteção da sua privacidade e intimidade, consentimento informado e aceitação ou recusa de tratamento (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

O princípio da justiça direciona-se na necessidade de tratar situações idênticas de forma igual, tendo um sentido prático na avaliação da vulnerabilidade da pessoa e família a cuidar (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

5. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA TEMÁTICA

A doença oncológica em Portugal tem-se tornado cada vez mais incidente, sendo já considerada uma doença do presente e do futuro que exige uma abordagem multidisciplinar por parte das estruturas de saúde. É, assim, perspectivado que em 2030 existam no nosso país, entre 50000 a 60000 novos casos de cancro, o que nos faz refletir acerca da necessidade de formação de profissionais para lidarem com esta situação (Direção Geral da Saúde, 2014, p.9). Corroborando com esta ideia, Carrilho (2010, p. 121) aponta que as doenças oncológicas representaram 23,2 % das causas de morte em Portugal nesse ano.

Gómez-Batiste (2005, p.81-98) afirma que 2/3 das pessoas que falecem por cancro necessitam numa ou noutra fase de cuidados paliativos.

Sendo os momentos finais de vida maioritariamente passados em instituições, a noção de morte é alterada de “um acontecimento precoce e familiar para um mais tardio e institucional (...)” (Capelas, 2014, p. 33). O fim de vida no doente oncológico e os cuidados de enfermagem que se lhe podem, e devem, ser prestados têm-se revelado num desafio (Organização Mundial de Saúde, 2008).

As limitações vigentes a este cuidado, segundo Gonçalves (2006, p.8), baseiam-se na morte ser vista, muitas vezes, como um fracasso pela parte das instituições de saúde, sendo aplicadas até ao final técnicas invasivas que agudizam o sofrimento de quem está em agonia e nenhum proveito próprio lhe traz.

Deste modo, o cuidar do doente em fase agónica, deve basear-se nos quatro pilares preconizados pela filosofia dos Cuidados Paliativos: controlar sintomas, comunicar adequadamente, apoiar a família e trabalhar em equipa. Estes cuidados centram-se na importância da dignidade da pessoa, aceitando a morte como etapa natural da vida, que deve ser vivida intensamente até ao fim (Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, 2013).

Neste mesmo sentido, surgiu através de um médico Ellershaw e de uma enfermeira Wilkinson, o *Liverpool Care Pathway* (LCP) no Reino Unido, com o intuito de aplicar a filosofia das Unidades de Cuidados Paliativos para outras áreas do cuidar, promovendo qualidade no fim de vida, uma vez que 50% das

mortes no Reino Unido são hospitalares, mas em serviços que não Unidades de Cuidados Paliativos. Sendo assim, vigoraria uma uniformização do cuidar do doente em fim de vida, proporcionando conforto e alívio sintomáticos à pessoa, independentemente do local onde esta se encontrar, preparando os profissionais para situações de final de vida capacitando-os para agir nelas (Mayland, Williams, Addington-Hall, Cox & Ellershaw, 2013, p. 4).

Neste sentido, Witkamp (2015, p.11), refere a importância das equipas de enfermagem nesta fase agónica. Pois é nesta fase, que tanto os doentes como as famílias necessitam de maior atenção e cuidados mais intensos e dedicados. Refere ainda que apesar de tudo os enfermeiros manifestam dificuldades em lidar com o sofrimento, em comunicar com os doentes e suas famílias, em lidar com a incerteza e com as expectativas irrealistas das famílias. Daqui, advém a necessidade de formação e capacitação dos enfermeiros para este estadió de vida de forma a promover o máximo de conforto ao doente e sua família, antes, durante e após o falecimento da pessoa cuidada, como preconiza a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2013).

Como referem Barbosa e Neto (2010, p. 389) todas as intervenções realizadas nesta fase visam maximizar o conforto, promovendo a máxima dignidade de vida, sem pretender acelerar ou atrasar a morte da pessoa. Sendo defendido o doente, evitando encarniçamento terapêutico e medidas desproporcionadas.

Assim, valoriza-se o conforto como controlo de sintomas, qualidade de sono e bem-estar psicológico, verificando se a pessoa consegue descansar e acima de tudo se está tranquila. Esta proximidade com a morte enfatiza o papel do cuidar por parte do enfermeiro, na avaliação e intervenção ativa na promoção do conforto (Kolcaba, 1991).

Assim, face a um doente agónico devem ser respeitados três princípios essenciais, a adequação da via de administração dos fármacos, a adequação e simplificação da medicação e as medidas designadas de conforto, ou seja, os posicionamentos, os cuidados com a higiene oral e as massagens.

Vários estudos apontam para sintomatologia presente nesta fase sendo esta angustiante de conseguir gerir tanto pelo doente, como pelos profissionais de saúde e família.

Morita, Ichiki, Tsunoda, Inoue & Chihara (1998), assumem o estertor, a respiração Cheyne–Stokes, a cianose periférica e a falência de pulso como os maiores preditores de uma morte próxima, sendo que o estertor precede os outros três sintomas em 74% dos casos. Sendo um sintoma que precede a morte em mais de 24h em 50% dos casos torna-se igualmente aquele em que é passível de se atuar para minimizar o seu desconforto.

O estertor manifestando-se um dos sintomas mais frequentes após sondagem de opinião dos enfermeiros do local onde se pretendem implementar as presentes linhas orientadoras, revelou-se assim tema central deste trabalho.

O estertor impõe na família e nos profissionais uma sensação de ter de fazer alguma coisa para o aliviar e promover conforto, contudo deve-se sempre ter em conta os riscos *versus* benefícios para o doente, por exemplo aspiração de secreções provavelmente será mais traumática que aliviadora (Nunn, 2014).

Esta mesma autora pressupõe para o tratamento do estertor várias drogas entre elas, os antimuscarínicos como subgrupo dos anticolinérgicos.

6. ALGORITMO DE ATUAÇÃO PERANTE A PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA EM FASE AGÔNICA COM ESTERTOR

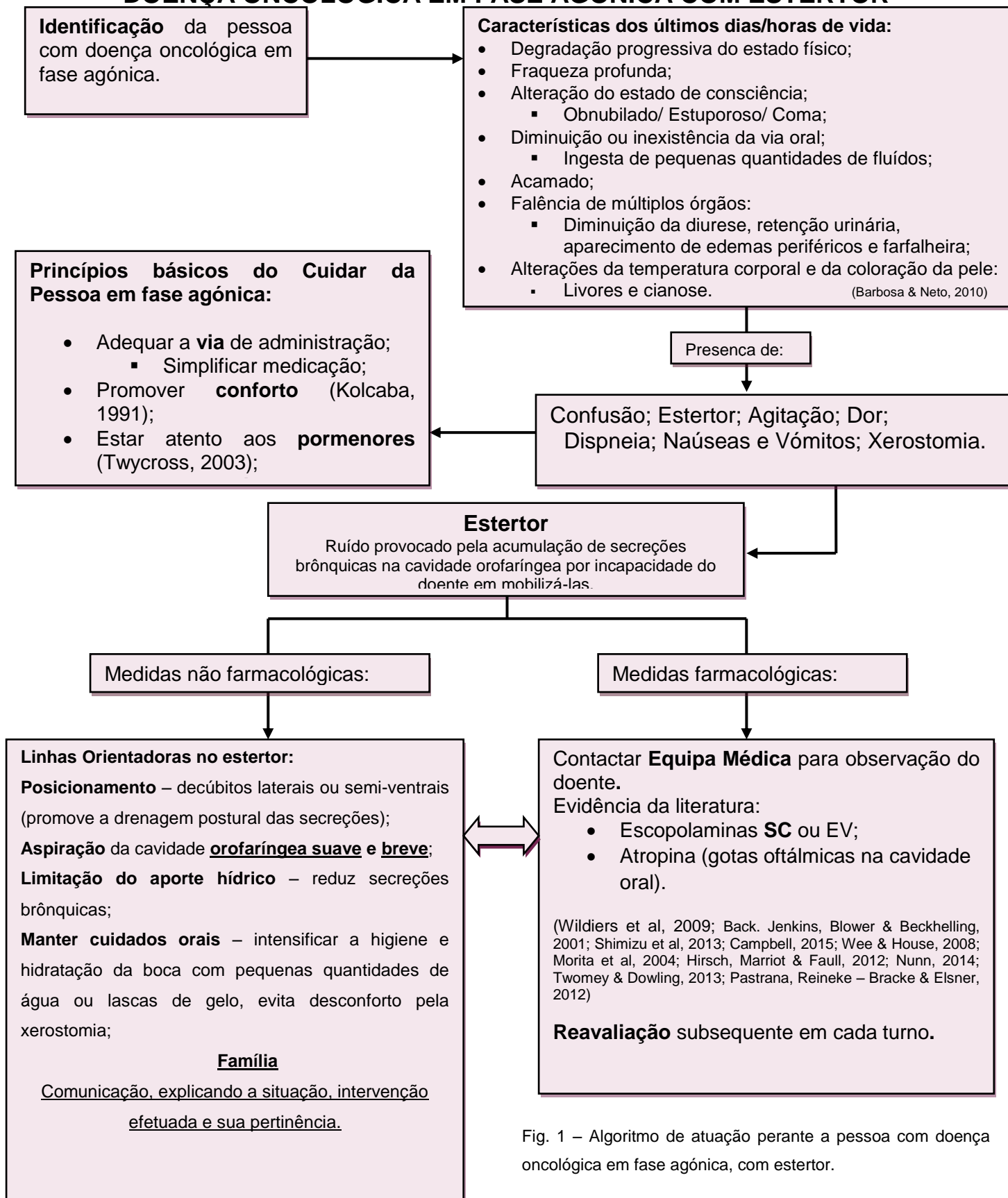


Fig. 1 – Algoritmo de atuação perante a pessoa com doença oncológica em fase agónica, com estertor.

7. PRINCÍPIOS GERAIS DO CUIDAR DE PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA EM FASE AGÓNICA COM ESTERTOR

Para Ellershaw & Ward (2003) a fase agónica no doente oncológico é identificada através da observação de alguém que se encontra acamado, com estado de consciência semicomatoso, com incapacidade para ingestão hídrica e como tal, apresenta a via oral comprometida igualmente para administração de medicamentos.

Primeiramente a pessoa com doença oncológica em fase agónica necessita de uma avaliação por parte do Clínico e do Enfermeiro, para ser classificado como tal, de forma a ser dada uma continuidade de cuidados dirigidos para o conforto e suporte familiar, pressupondo uma morte para breve.

Apesar destes sinais visíveis, para estes autores, a fase agónica só é identificada quando todos os elementos da equipa multidisciplinar assumem que assim o é, podendo ser informados tanto o doente como a sua família que este terá dias ou mesmo horas de vida. O fato de ser assumido por toda a equipa multidisciplinar revela-se igualmente complicado, uma vez, que nos encontramos numa sociedade com uma visão predominantemente curativa curativo (Ellershaw & Ward, 2003).

Igualmente Barbosa & Neto (2010), definem critérios para a identificação desta fase:

1. Deterioração evidente e progressiva do estado físico, acompanhada de oscilação do nível de consciência, alguma desorientação e dificuldades na comunicação.
2. Dificuldade progressiva na ingestão e deglutição, com origem na debilidade crescente ou nas alterações do estado de consciência; desinteresse pelos alimentos (sólidos e líquidos);
3. Falência de múltiplos órgãos (por exemplo, traduzida na diminuição da diurese, retenção urinária, aparecimento de edemas periféricos e farfalheira), acompanhada por vezes da falência do controlo dos esfíncteres e de alterações da temperatura corporal e da coloração da pele (livores e cianose);
4. Sintomas físicos variáveis de acordo com a sua patologia base;

5. Sintomas psico-emocionais como angústia, agitação, crises de medo ou pânico, pesadelos, manifestados de acordo com a gravidade do estado do doente;

6. Evidência e/ou percepção emocional, verbalizada ou não, da realidade da proximidade da morte.

Assim, valoriza-se o conforto como controlo de sintomas, qualidade de sono e bem-estar psicológico, verificando se a pessoa consegue descansar e acima de tudo se está tranquila (Kolcaba, 1991). Esta proximidade com a morte enfatiza o papel do cuidar por parte do enfermeiro.

Para a promoção do conforto existem medidas gerais passíveis de serem introduzidas de forma interdependente, que o enfermeiro pode e deve implementar, intensificando os cuidados ao doente e à família em simultâneo.

Desta forma, existe a necessidade do enfermeiro adequar a via pela qual pode administrar a medicação ao doente, tal como argumentar a simplificação dos medicamentos, uma vez que provavelmente não fará sentido realizar todos os fármacos que fazia antes, tendo em conta o princípio do não abreviar a morte nem prolongar a agonia. É, igualmente, expectável que existam igualmente dilemas éticos por esta altura e neste caso, terão de ser discutidos e decididos em equipa interdisciplinar, sendo os familiares envolvidos nas decisões o que implica estarem informados para os sintomas esperados daquela situação (Barbosa e Neto, 2010, pág.391).

Sendo o controlo de sintomas um dos pilares major do cuidar da pessoa em fase agónica, o controlo do estertor surge através de medidas não farmacológicas e farmacológicas, esquematizadas no algoritmo apresentado na Figura 1.

8. OPERACIONALIZAÇÃO DAS LINHAS ORIENTADORAS DO CUIDAR DA PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA EM FASE AGÔNICA COM ESTERTOR

8.1. Metodologia de pesquisa

O objetivo da pesquisa foi a identificação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa com doença oncológica em fase agônica com estertor.

A pesquisa foi efetuada através da Ebsco-host, com limite temporal de 2000 a 2015.

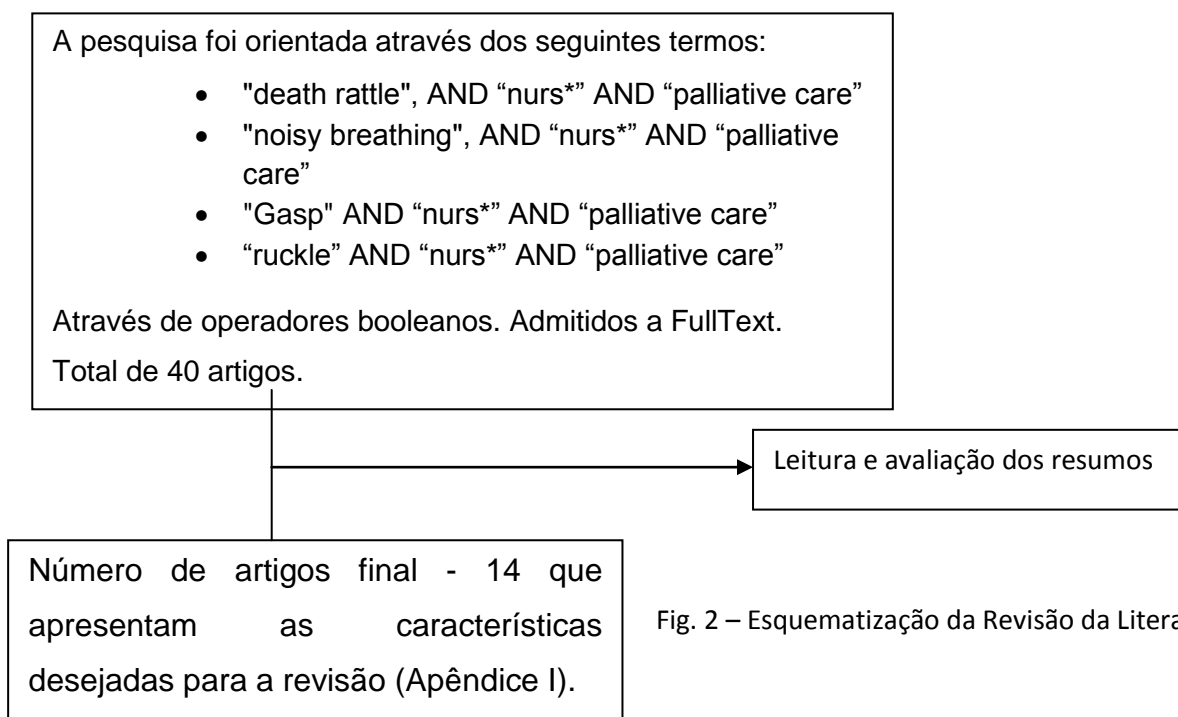


Fig. 2 – Esquematização da Revisão da Literatura.

Os artigos foram classificados segundo o grau de recomendação e o nível de evidência previstos pela DGS, (2007) Anexo 1.

8.2. Resultados da pesquisa

Apresentam-se em quadro, os resultados encontrados para responder ao objetivo. Os níveis de evidências e graus de recomendação são suportados individualmente pelo Apêndice 1.

Intervenção:	Linha orientadora:	Justificação:	Autores:	Nível de Evidência Grau de Recomendação
Posicionamentos	Preferencialmente em decúbitos laterais ou semi ventrais, tentando respeitar a posição de conforto da pessoa.	Drenagem postural das secreções brônquicas impelindo à sua mobilização até à cavidade oral de forma a serem retiradas de forma suave. Esta intervenção trará alívio físico (Kolcaba, 1991).	Wildiers <i>et al.</i> (2009); Back, Jenkins, Blower & Beckhelling (2001); Shimizu <i>et al</i> (2013); Campbell (2015); Wee & House (2008); Morita <i>et al</i> (2004); Hirsch, Marriot & Faull (2012); Nunn (2014); Twomey & Dowling (2013); Bradley, Wee & Aoun (2010); Hipp & Letizia (2009) e Pastrana, Reineke – Bracke & Elsner (2012).	Nível B – Informação recolhida a partir de um único ensaio clínico aleatorizado ou estudos alargados não aleatorizados. Grau IIa- Evidências/opinião maioritariamente a favor da utilidade/eficácia.
Aspiração de secreções	Aspiração suave da cavidade oral e nasofaríngea atendendo ao desconforto manifestado pelo fâcies do doente.	Devido às oscilações de consciência e estado de prostração existe necessidade de desobstrução da via aérea, de forma não traumática.	Pastrana, Reineke – Bracke & Elsner (2012); Hipp & Letizia (2009); Twomey & Dowling (2013); Nunn (2014); Hirsch, Marriot & Faull (2012); Morita, <i>et al.</i> (2004); Campbell (2015); Shimizu <i>et al</i> (2013); Back, Jenkins, Blower & Beckhelling (2001);	Nível B - Informação recolhida a partir de um único ensaio clínico aleatorizado ou estudos alargados não aleatorizados. Grau IIb - Utilidade/eficácia pouco comprovada pelas evidências/opinião.

<p>Diminuição do aporte hídrico</p>	<p>Não sendo a sede causa de desconforto nesta fase, e mantendo os cuidados de hidratação da mucosa oral, a hidratação artificial deverá ser reduzida, até limite máximo de 500 ml/ dia via SC.</p>	<p>Diminuição da produção e acumulação de secreções brônquicas.</p>	<p>Ellershaw, Sutcliffe & Saunders (1995); Wildiers <i>et al.</i> (2009); Campbell (2005); Morita, <i>et al.</i> (2004); Hirsch, Marriot & Faull (2012); Twomey & Dowling (2010); Hipp & Letizia (2009); Pastrana, Reineke – Bracke & Elsner (2012).</p>	<p>Nível C - Opinião consensual dos especialistas e/ou pequenos estudos, estudos retrospectivos e registos. Grau IIa -Evidências/opinião maioritariamente a favor da utilidade/eficácia.</p>
<p>Utilização de antimuscarínicos</p>	<p>Administração de butilescopolamina via Subcutânea 40 mg/dia. Administração de atropina gotas oftálmicas na cavidade oral até 6 vezes dia.</p>	<p>As glândulas salivares são estimuladas pelos nervos colinérgicos, sendo que estes fármacos bloqueiam estes recetores inibindo a formação de secreções brônquicas pelo sistema respiratório, satisfatoriamente em 79% dos doentes e refratária em 10% dos mesmos.</p>	<p>Wildiers <i>et al.</i> (2009); Back, Jenkins, Blower & Beckhelling (2001); Shimizu <i>et al.</i> (2013); Campbell (2015); Wee & House (2008); Morita <i>et al.</i> (2004); Hirsch, Marriot & Faull (2012); Nunn (2014); Twomey & Dowling (2013); Bradley, Wee & Aoun (2010); Hipp & Letizia (2009) e Pastrana, Reineke – Bracke & Elsner (2012).</p>	<p>Nível A - Informação recolhida a partir de vários ensaios clínicos aleatorizados ou meta-análises. Grau I - Existem evidências e/ou consenso geral de que determinado procedimento/tratamento é benéfico, útil e eficaz.</p>

<p>Comunicação com a família</p>	<p>Mostrar abertura com a família, escuta ativa e empatia. Intensificar a relação com a família nesta altura. Explicação do que se passa, porque se passa e o que será feito em relação a isso, bem como o que é expectável das medidas implementadas.</p>	<p>A família como centro dos cuidados nesta fase necessitando de explicações acerca do estertor e da morte iminente, tentando perceber o que esta interpreta da situação, dando suporte emocional e envolvendo-os na tomada de decisão.</p>	<p>Wildiers <i>et al.</i> (2009); Back, Jenkins, Blower & Beckhelling (2001); Shimizu <i>et al.</i> (2013); Campbell (2015); Wee & House (2008); Morita <i>et al.</i> (2004); Hirsch, Marriot & Faull (2012); Nunn (2014); Twomey & Dowling (2013); Bradley, Wee & Aoun (2010); Hipp & Letizia (2009) e Pastrana, Reineke – Bracke & Elsner (2012).</p>	<p>Nível B - Informação recolhida a partir de um único ensaio clínico aleatorizado ou estudos alargados não aleatorizados. Grau IIa – Evidências/opinião maioritariamente a favor da utilidade/ eficácia.</p>
---	--	---	---	---

Quadro 1- Linhas orientadoras do cuidar da pessoa com doença oncológica em fase agónica, com estertor.

9. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO:

- Qual a frequência de estertor após a aplicação das medidas não farmacológicas e farmacológicas, na pessoa com doença oncológica em fase agónica?
- Qual a perceção da família da pessoa com doença oncológica em fase agónica, com estertor, após a intervenção sobre este sintoma?
- Qual a perceção do enfermeiro após a aplicação destas linhas orientadoras para o controlo do estertor?

10. GLOSSÁRIO

ANCP – Associação Nacional de Cuidados Paliativos

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CP – Cuidados Paliativos

DGS – Direção Geral de Saúde

EIHCP – Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos

EONS – European Oncology Nursing Society

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCECG - Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais

PI – Projeto de Intervenção

PICO – População, Intervenção, Contexto, Resultados

PNCP – Programa Nacional de Cuidados Paliativos

RCCEE - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

RCEEEEPSCP – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa

11. BIBLIOGRAFIA

- Aroso, A. *et al.* (2005). Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Direção Geral de Saúde. Acedido em: <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-cuidados-paliativos.aspx>, a 25 de Junho de 2015.
- Barbosa, A., & Neto, I. (2010) – *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Back, I., Jenkins, K., Blower, A. & Beckhelling, J. (2001). A study comparing hyoscine hydrobromide and glycopyrrolate in the treatment of death rattle. *Palliative Medicine*. 15. 329-336.
- Bradley, K., Wee, B. & Aoun, S. (2010). Management of death rattle: what influences the decision making of palliative medicine doctors and clinical nurse specialists?. *Progress in Palliative Care*. 18. 270-277.
- Campbell, M. (2015). Caring for Dying Patients in the Intensive Care Unit. *AACN Advanced Criticak Care*.26. 110-120.
- Capelas, M. (2014) – *Indicadores de Qualidade para os Serviços de Cuidados Paliativos*. Lisboa. Universidade Católica Portuguesa.
- Carloto, C., & Sapeta, P. (2012). *Estado de Agonia: Obstáculos ao seu Diagnóstico Clínico*. Instituto Politécnico de Castelo Branco. Escola superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos. Castelo Branco.
- Carneiro, R., Barbedo, I., Costa, I., Reis, E., Rocha, N. & Gonçalves, E. (2011). Estudo comparativo dos cuidados prestados a doentes nos últimos dias de vida. *Acta Médica Portuguesa*, 24, 545-554.
- Dias, A. (2012). *Referenciação para Unidades de internamento de Cuidados Paliativos portuguesas: Quando?, Quem? E Porquê?* Dissertação de Mestrado em Cuidados Paliativos. Universidade Católica Portuguesa. Instituto de Ciências Médicas. Lisboa.
- Ellershaw, J. & Ward, C. (2003). Care of the dying patient: last hours or days of life. *British Medical Journal*, 326, 30-34.
- Ellershaw, J., Sutcliffe, J. & Saunders, C. (1995). Dehydration and the Dying Patient. *Journal of Pain and Symptom Management*. 10. 192-198.

- European Oncology Nursing Society (2013). *EONS – Cancer Nursing Curriculum*. Bruxelas. Disponível em: [http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf#search=\"skills\"](http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf#search=\) , aceso em: 30 de Junho de 2015.
- Ferrel, B. & Coyle, N. (2010) – *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. 3ª edição. Oxford University Press. Oxford.
- Gonçalves, J. (2006). *A Bos Morte: Ética no fim de vida*. Dissertação de Mestrado em Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Porto.
- Griffith, J., Lyman, J., & Blackhall, L. (2010). Providing Palliative Care in the Ambulatory Care Setting. *Clinical Journal of Oncology Nursing* ,14, 170-179.
- Hipp, B. & Letizia, M. (2009). Understanding and Responding to The Death Rattle in Dying Patients. *MEDSURG Nursing*. 18. 17- 32.
- Hirsch, C., Marriot, J. & Faull, C. (2012). Influences on the decision to prescribe or administer anticholinergic drugs to treat death rattle: A focus group study. *Palliative Medicine*. 27. 732-738.
- Kruse, M., Vieira, R., Ambrosini, L., Niemeyer, F. & Silva, F. (2007). Palliative Care – An Experience. *Revista HCPA*, 27, 49-52.
- Mayland, C., Williams, E., Addington-Hall, J., Cox, T. & Ellershaw, J. (2013). Does the “Liverpool Care Pathway” facilitate an improvement in quality of dying cancer patients?. *British Journal of Cancer*.108, 1942-1948.
- Mercadante, S. *et al.* (2011). How Do Cancer Patients Receiving Palliative Care at Home Die? A Descriptive Study. *Journal of Pain and Symptom Management*. 42. 702-710.
- Miranda, N. *et al.* (2014). Portugal Doenças Oncológicas em Números – 2014. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas. Direção Geral de Saúde. Aceso em: <http://www.dgs.pt/?cr=26705> , a 25 de Junho de 2015.
- Morita, T., Ichiki, T., Tsunoda, J., Inoue, S. & Chihara, S. (1998). A prospective study on the dying process in terminally ill cancer patients.

The American Journal of Hospice & Palliative Care. Julho/Agosto. 2017-222.

- Morita, T. *et al.* (2004). Incidence and Underlying Etiologies of Bronchial Secretion in Terminally Ill Cancer Patients: A Multicenter, Prospective, Observational Study. *Journal of Pain and Symptom Management*. 27. 533-540.
- Nunn, C. (2014). It's not just about pain: Symptom management in palliative care. *Nurse Prescribing*. 12. 338- 344.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Regulamento das competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Lisboa. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf, acessido a 26 de Junho de 2015.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Lisboa. Acessido em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_188_2015_Competencias_Especificas_EE_Pessoa_Situacao_Cronica_Paliativa.pdf , em 26 de Junho de 2015.
- Organização de Serviços em Cuidados Paliativos, Recomendações da ANCP (2005) – Associação Nacional de Cuidados Paliativos. Acessido em: http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf , a 25 de Junho de 2015.
- Pacheco, S. (2004) – *Cuidar a pessoa em fase terminal, perspectiva ética*. 2ª edição. Loures. Lusociência.
- Pastrana, T., Reineke – Bracke, H. & Elsner, F. (2012). Recommendations for death rattle. *Der Schmerz*. 5. 1-7.
- Sapeta, P. (2011) – *Cuidar em fim de vida: o processo de interação enfermeiro – doente*. Loures. Lusociência.
- Shimizu, Y., Miyashita, M., Morita, T., Sato, K., Tsuneto, S. & Shima, Y. (2013). Care Strategy for Death Rattle in Terminally Ill Cancer Patients and Their Family Members: Recommendations From a Cross- Sectional

NationWide Survey of Bereaved Family Members' Perceptions. *Journal of Pain and Symptom Management*. 5. 1-13.

- Silva, S. (2009). *Caracterização dos cuidados de saúde prestados ao doente oncológico em agonia num Serviço de Cuidados Paliativos*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Universidade do Porto. Porto.
- Twomey, S. & Dowling, M. (2013). Management of death rattle at end of life. *British Journal of Nursing*. 22. 81-86.
- Twycross, R. (2003) – *Cuidados Paliativos*. 2ª Edição. Lisboa. Climepsi Editores.
- Watts, T. & Jenkins, K. (1999). Palliative care nurses' feelings about death rattle. *Journal of Clinical Nursing*. 8. 615-618.
- Wildiers, H., *et al.* (2009). Atropine, Hyoscine Butylbromide, or Scopolamine Are Equally Effective for the Treatment of Death Rattle in Terminal Care. *Journal of Pain and Symptom Management*. 38. 154-134.
- Wee, B., Coleman, P., Hillier, R. & Holgate, S. (2008). Death rattle: its impact on staff and volunteers in palliative care. *Palliative Medicine*. 22. 173-176.
- Wiffen, P. (2008). Evidence- Based Pain Management and Palliative Care in Issue One for 2008 of the Cochrane Library. *Journal of Pain & Palliative care Pharmacotherapy*. 22. 239-244.
- <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/normas-clinicas-graus-de-recomendacao-e-niveis-de-evidencia.aspx>, acedido a 25 de Janeiro de 2016;
- <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/65130/2/92475.pdf>, acedido a 1 de Fevereiro de 2016;

12. ANEXOS

**Anexo I –
Níveis de Evidência
e Graus de
Recomendação**



Normas Clínicas Graus de Recomendação e Níveis de Evidência

Na Tabela 1 e 2 encontram-se, respetivamente, os Graus de Recomendação e os Níveis de Evidência, adotados por esta Direção-geral, para a emissão das Normas Clínicas elaboradas pelo Departamento da Qualidade na Saúde, em parceria com a Ordem dos Médicos, sempre que outros não sejam referidos na própria norma.

Tabela 1: Graus de Recomendação

Grau de recomendação	Descritivo
Grau I	Existem evidências e/ou consenso geral de que determinado procedimento/tratamento é benéfico, útil e eficaz.
Grau II	Existem evidências contraditórias e/ou divergência de opiniões sobre a utilidade/eficácia de determinado tratamento ou procedimento.
Grau IIa	Evidências/opinião maioritariamente a favor da utilidade/eficácia.
Grau IIb	Utilidade/eficácia pouco comprovada pelas evidências/opinião.
Grau III	Existem evidências e/ou consenso geral de que determinado procedimento/tratamento não é benéfico/ eficaz e poderá ser em certas situações prejudicial.

Fonte: adaptado e traduzido de www.escardio.org

Tabela 2: Níveis de Evidência

Nível de evidência	Descritivo
A	Informação recolhida a partir de vários ensaios clínicos aleatorizados ou meta-análises.
B	Informação recolhida a partir de um único ensaio clínico aleatorizado ou estudos alargados não aleatorizados.
C	Opinião consensual dos especialistas e/ou pequenos estudos, estudos retrospectivos e registos.

Fonte: adaptado e traduzido de www.escardio.org

13. APÊNDICES

Apêndice I – Quadro com Revisão da Literatura

Artigo	Autor	Ano Nível de evidência	Objetivo do estudo	Tipo de estudo	População	Estratégias de controlo do Estertor
Atropine, Hyoscine Butylbromide, or Scopolamine Are Equally Effective for the Treatment of Death Rattle in Terminal Care	Wildiers <i>et al.</i>	2009 Nível de Evidência B	Avaliar a eficácia de 3 fármacos anti - colinérgicos na fase final de vida	RCT- controlado randomizado	Doentes terminais com 18 ou mais anos com estertor	Não há evidência de diferenças entre os diversos anticolinérgicos; Com a utilização de atropina parecem existir vantagens em comparação com os outros; Após uma hora de fármaco decresceu em 40% dos doentes; A escopolamina tem algum efeito no estado de consciência; Os 3 fármacos são efetivos no tratamento do estertor e devem ser iniciados o mais rapidamente possível, ou seja, enquanto o estertor se encontra em menor intensidade; O tratamento continuado aumenta a sua efetividade no controlo do sintoma;
A study comparing hyoscine hydrobromide and glycopyrrolate in the treatment of death rattle	Back. Jenkins, Blower & Beckhelling	2001 Nível de Evidência B	Avalia a eficácia de fármacos no estertor numa unidade de cuidados paliativos	RCT	Doentes de uma unidade de cuidados paliativos que desenvolveram estertor	Escala de avaliação de intensidade do estertor, sendo que 0 = não audível; 1= audível apenas junto ao doente; 2= claramente audível ao fundo da cama do doente num quarto calmo; 3= claramente audível a uma distância de 9,5 m, comparável à distância até à porta do quarto. Utilização de drogas antimuscarínicas; Posicionamentos; Aspiração; Explicação das intervenções à família;
Care Strategy for Death Rattle in Terminally Ill Cancer Patients and their Family Members: Recommendations from a cross-sectional Nationwide Survey of Breaved Family Members' Perceptions	Shimizu et al	2013 Nível de Evidência C	Clarificar o stress emocional provocado pelo estertor nas famílias e as suas perceções e necessidades	Transversal (por questionário)	Famílias de doentes com estertor	Posicionamentos, aspiração leve da cavidade nasofaríngea e orofaríngea e utilização de anticolinérgicos. A família como centro dos cuidados nesta fase necessitando de explicações acerca do estertor e da morte iminente, tentando perceber o que esta interpreta da situação, dando suporte emocional e envolvendo-os na tomada de decisão.

Caring for Dying Patients in the Intensive Care Unit Managing Pain, Dyspnea, Anxiety, Delirium, and Death Rattle	Campbell	2015 Nível de Evidência C	Avaliar como são geridos a dor, dispneia, ansiedade, delirium e estertor pelos doentes com morte iminente.	Prospetivo observacional	Doentes em fase final de vida com estertor numa UCI	O tratamento para este sintoma de fim de vida passa por anticolinérgicos subcutâneos ou transdérmicos, atropina fluida oftálmica administrada pela boca. Assumem ainda que como o doente não se encontra em dificuldade respiratória a realização ou não de antissecretórios acaba a ser fútil. As medidas não farmacológicas apontadas passam pelo posicionamento em lateral que irá permitir a drenagem das secreções e minimizar a sua acumulação na cavidade nasofaríngea ou traqueal. A aspiração de secreções suave pode reduzir o ruído provocado pelo estertor, contudo esta sendo agressiva vai conduzir ao desconforto do doente e a lesões traumáticas provocadas pela mesma. Quanto à família assumem que o fato de se mostrar que o doente não se encontra em dificuldade respiratória poderá ser útil na sua interpretação da situação.
Death rattle: its impact on staff and volunteers in palliative care	Wee & House	2008 Nível de Evidência C	Avaliar o impacto do estertor nos profissionais de saúde e voluntários	Revisão Integrativa da literatura	41 Participantes médicos, enfermeiros, voluntários, capelão e pessoas comuns.	Explicar a situação às famílias; Administração de drogas antissecretoras.
Incidence and Underlying Etiologies of Bronchial Secretion in Terminally Ill Cancer Patients: A multicenter, prospective, observational study	Morita, <i>et al.</i>	2004 Nível de Evidência B	Descrever a etiologia das secreções brônquicas de forma a distingui-las e atuar sobre elas.	Prospetivo e observacional	310 Doentes em fase terminal com patologia pulmonar e abdominal.	Em 73% dos casos os anti muscarínicos obtêm efeito contudo 10% dos doentes têm estertor refratário existindo necessidade de sedação paliativa. Utilização de escopolaminas, butilbromido e hidrobromida ou aspiração de secreções.
Influences on the decision to prescribe or administer anticholinergic drugs to treat death rattle: A focus group study	Hirsch, Marriot & Faul	2012 Nível de Evidência C	Explorar as tomadas de decisão da prescrição ou administração de anti colinérgicos em doentes em fim de vida.	Qualitativo Discussão através de focus grupo	30 médicos e enfermeiros de 2 unidades de cuidados paliativos	O estertor em si não é considerado fator de desconforto para o doente devido ao seu estado de consciência naquela fase. As guidelines internacionais assumem como primordial a antecipação deste sintoma, o reposicionamento do doente, e prescrição de anticolinérgicos bem como a explicação destas medidas à sua família.
It's not just about pain: Symptom management in palliative care	Nunn	2014 Nível de	Explora os sintomas presentes em fim de vida que não a dor,	Revisão Sistemática da Literatura		Antissecretoras devem ser prescritos mais antecipadamente possível para obtermos efeito. Perceber o stress causado pelo ruído na família;

		Evidência C	prevendo um cuidado holístico com medidas farmacológicas.			
Management of death rattle at end of life	Twomey & Dowling	2013 Nível de Evidência C	Medidas farmacológicas e não farmacológicas para o alívio do estertor	Cochrane Revisão Sistemática da Literatura		Utilização da escala VRCS para avaliação do estertor; Antimuscarínicos; Posicionamento e reposicionamento, laterais e semi ventrais; Suave aspiração de secreções; Restrição da hidratação artificial; Comunicação com a família;
Management of death rattle: wath influences the decision making of palliative medicine doctors and clinical nurse specialists?	Bradley, Wee & Aoun	2010 Nível de Evidência C	Compreender os fenómenos de tomada de decisão referentes ao estertor	Estudo qualitativo semi estruturado	Entrevista a 15 médicos e enfermeiros especialistas de Unidades de Cuidados Paliativos	Sugerem que a tomada de decisão no estertor do doente em fim de vida se coaduna com o tentar colmatar o desconforto do doente, o stress da família e dos próprios profissionais.
Understanding and Responding To The Death Rattle in Dying Patients	Hipp & Letizia	2009 Nível de Evidência C	Intervenções farmacológicas e não farmacológicas	Revisão Sistemática da literatura		Posicionamentos; Comunicação com a família; Não aspirar em caso de não verbal do doente demonstrar desconforto; Suspender hidratação artificial e alimentação artificial.
Recommendations for death rattle	Pastrana, Reineke – Bracke & Elsner	2012 Nível de Evidência B	Guidelines para a gestão do estertor			Informação aos familiares; Posicionamentos; Aspiração de secreções; Desidratação; Atropina; Escopolamina; Butilescopolamina; Glicopirrolato; VRCS – Victoria Respiratory Congestion Scale

Quadro 2 – Quadro de resultados da Revisão da Literatura

**Apêndice 2 – Contributos do painel de peritos para as Linhas
Orientadoras**

Contributos do painel de peritos para as Linhas Orientadoras

Após a elaboração do presente documento, este foi validado pela Docente Orientadora e entregue ao painel de peritos, previamente selecionado e contactado para o efeito, para sua avaliação e apresentação de sugestões.

Desta forma, os critérios de seleção dos peritos, passaram por serem enfermeiros com os quais havia tido como referência nos locais de estágio por onde passei, terem formação específica na área de cuidados em fim de vida ou na área da pessoa com doença oncológica de forma a terem a experiência e conhecimentos teóricos acerca da temática. O painel de peritos, foi então constituído por quatro enfermeiros.

Assim, faço uma breve caracterização bem como os contributos de cada elemento do painel de peritos, por uma questão de manter o anonimato dos enfermeiros denomino-os de A, B, C e D:

- Perito A: detentora de Pós-Graduação e Mestrado ambos em Cuidados Paliativos. Tem igualmente o Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, tendo investido ao longo de 20 anos de prática clínica nesta área, sendo elemento da EIHSCP de um hospital especializado na deteção e tratamentos da doença oncológica.

- Perito B: a par do anterior, este enfermeiro é elemento de uma EIHSCP de um hospital central, tendo vasta experiência na área dos cuidados paliativos e controlo sintomático do doente oncológico e não oncológico em fase agónica, fazendo consultoria aos serviços do Centro Hospitalar e consultas externas às pessoas seguidas em ambulatório. Especialista em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, foi elemento impulsionador desta equipa pelo gosto e motivação pela área, tem 14 anos de prática hospitalar.

- Perito C: enfermeira especializado em Enfermagem Médico Cirúrgica com fortes conhecimentos na área da oncologia e da palição, exercendo enfermagem há 25 anos.

- Perito D: enfermeira de referência para a implementação das Linhas Orientadoras no Campo de Estágio 4, tendo realizado Pós Graduação

em Cuidados Paliativos e demonstrando-se como elo de ligação da enfermagem à EIHSOP deste hospital, tendo motivação e conhecimentos recentes acerca da temática.

Estes peritos revelaram-se muito importantes pela longa experiência no cuidado da pessoa em fase agónica com doença oncológica bem como na gestão de sintomatologia nesta fase, nomeadamente o estertor. Foram determinantes para a utilização de linguagem mais científica, e impulsionadora do direcionamento para bibliografia mais pertinente uma vez que continuam, ativamente a pesquisar e a lecionar a temática dos cuidados paliativos e promoção do conforto, orientaram-me a pesquisa para a melhor evidência científica.

Permitiram-me assim, a orientação para as intervenções de enfermagem com melhor nível de evidência e grau de recomendação encontrados na pesquisa bibliográfica, alertando para o fato de família ao ser envolvida na situação nunca poder vir a anular uma decisão tomada pela pessoa doente, como intubação ou outras, preservando a autonomia da pessoa doente, algo que não estava explícito nem ressaltado.

Alertaram ainda para a necessidade de existir consenso da equipa multidisciplinar em relação ao diagnóstico de fase agónica, algo que também já havia sido explicitado até ao momento como sendo um possível entrave à aplicação destas mesmas linhas.

Estes peritos sublinharam ainda a questão da reavaliação da eficácia das intervenções de enfermagem ser regular e não tabelada como a cada turno, uma vez que a pessoa em fase agónica poderá ter apenas algumas horas e como tal, esta avaliação regular/ intemporal torna-se, sem dúvida, mais pertinente.

Em relação à intervenção de enfermagem posicionamento, consideraram a hipótese da mobilização de recursos como enfermeiros de reabilitação no sentido de darem mais apoio e com intervenções mais dirigidas e especializadas para a drenagem postural, evitando assim, a acumulação de secreções e o estertor.

Quanto às medidas não farmacológicas o painel na sua generalidade referiu ainda a possibilidade de utilização de furosemida para tentar reduzir o

volume de líquidos presentes e ainda a utilização de ceftriaxone via subcutânea para as secreções purulentas.

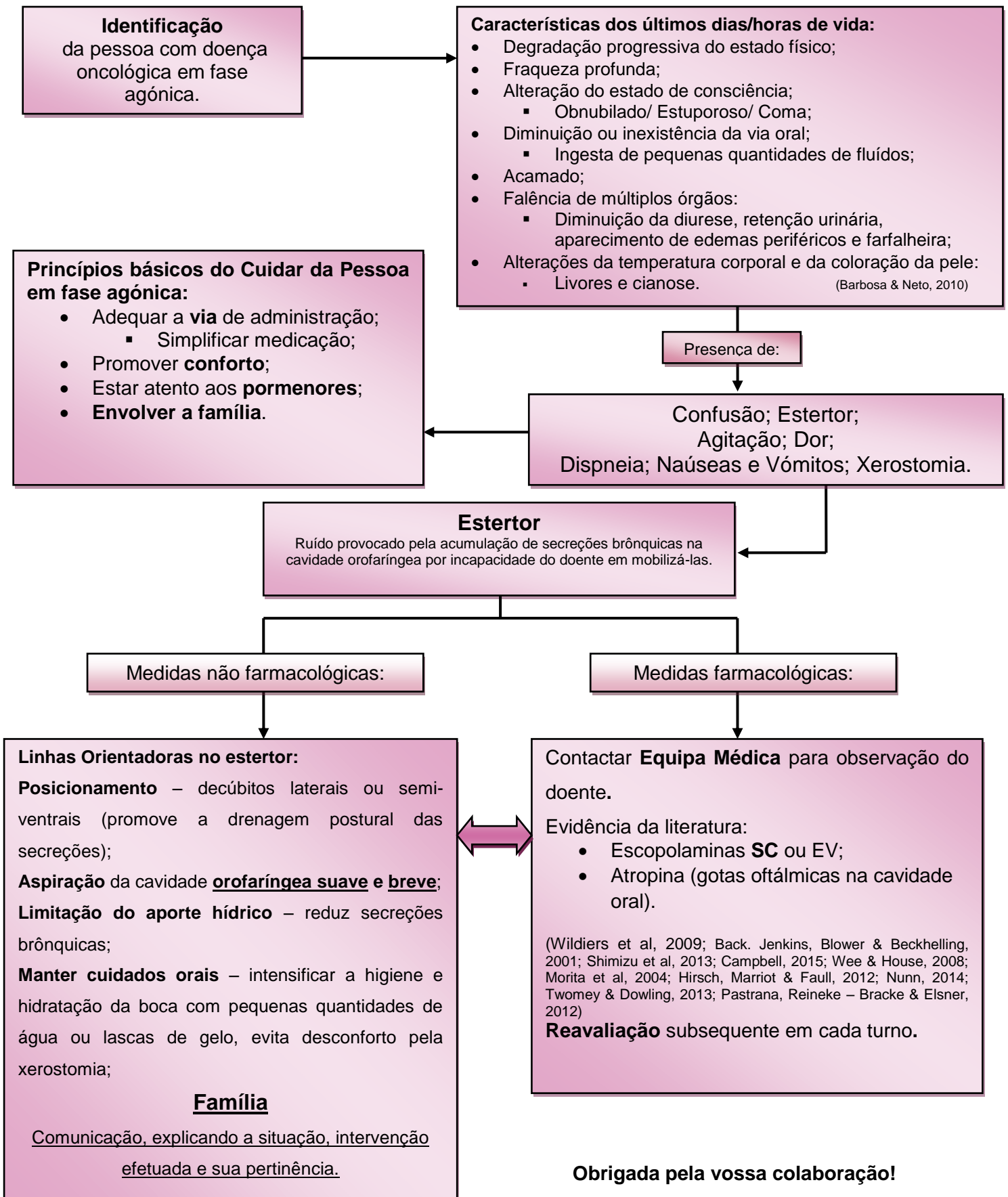
Foi-me ainda recomendada a utilização de manuais de Cuidados Paliativos de forma a complementar a evidência científica encontrada na Revisão da Literatura, realizada em bases de dados com critérios de inclusão de 2000 até 2015.

Desta forma, assumi estas recomendações e considerei-as de extrema importância, vindas de alguém com muitos conhecimentos e experiência na área, tornaram-se uma mais-valia para a valorização e melhoria destas Linhas Orientadoras.

Acrescento ainda a existência de um parceiro na implementação deste documento, que foi um elemento da equipa médica de cirurgia, que se revelou uma mais-valia, pelo seu interesse na área da palição e cuidados à pessoa em fase agónica adotando desde logo o projeto quando este lhe foi apresentado. Este elemento, não sendo pertencente ao painel de peritos, foi fulcral para a condução da restante equipa médica, para que na sua generalidade apostassem nas medidas farmacológicas descritas no fluxograma ainda antes do sintoma surgir, impelindo ainda a uma maior e mais precoce (aquando do internamento) taxa de referênciação à EIHSCP.

**Apêndice 17 – Fluxograma de atuação face ao Cuidar da Pessoa com
Doença Oncológica em fase agónica com estertor**

Fluxograma de atuação na pessoa com doença oncológica em fase agônica, com estertor



Apêndice 18 – Estudo de Caso III



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
6º Curso de Mestrado de Enfermagem Médico- Cirúrgica
Vertente Oncológica
Unidade Curricular – Estágio com Relatório

ESTUDO DE SITUAÇÃO

Docente:

Professora: Eunice Sá

Discente:

Ana Cristina Mano Esteves Luís Nº 221

Carla Alexandra Almeida Anjos Nº 88

Lisboa, Fevereiro de 2016

ÍNDICE

0. INTRODUÇÃO	3
1. DADOS DEMOGRAFICOS	8
2. HISTÓRIA DE SAÚDE	8
2.1 Antecedentes pessoais e de saúde	8
2.2. Antecedentes familiares	9
2.3. Vigilância de saúde e estilos de vida	9
2.4. História de saúde atual	9
4. OBSERVAÇÃO OBJETIVA	13
5. IMPACTO DA DOENÇA	13
6. ORGANIZAÇÃO E ARTICULAÇÃO DOS CUIDADOS	16
7. CONCLUSÃO	17
8. BIBLIOGRAFIA	18
9. ANEXOS	20
Anexo I - Escala de Graffar Adaptado	
Anexo II – Genograma	
Anexo III – Ecomapa	
Anexo IV – Escala FOIS	
Anexo V – Escala de Braden	
Anexo VI – Escala de Morse	
Anexo VII – Índice de Barthel	

0. INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, realiza-se o presente estudo de situação através da parceria entre dois elementos a implementar o seu Projeto de Intervenção no Serviço de Cirurgia Geral.

Esta parceria revelou-se pertinente e proveitosa uma vez que ambas se encontram a aprofundar conhecimentos na área da promoção do conforto da pessoa com doença oncológica em fim de vida e sua família. Contribuindo para este, a dupla visão sobre a mesma situação, bem como os conhecimentos específicos acerca da sintomatologia presente, potenciando os cuidados dirigidos ao doente.

A informação utilizada para este trabalho foi obtida pela consulta do processo clínico através da aplicação informática SClínico, recolhida junto do senhor alvo dos nossos cuidados e sua família, bem como através dos elementos da equipa de cirurgia e de cuidados paliativos que contribuíram para a promoção do conforto do senhor acompanhando-o até à sua morte.

Consequentemente, esta colheita de dados objetivou a observação da pessoa alvo dos cuidados e sua família com o propósito de compreender os pormenores do seu problema de saúde e do contexto envolvente de forma a planificar cuidados adequados e de qualidade (Phaneuf, 2002). Os momentos de colheita de dados tiveram por base o respeito pela pessoa, indo de encontro à sua disponibilidade, aos seus horários, aos seus silêncios, protegendo a sua privacidade e intimidade e aceitação ou recusa (Ordem dos Enfermeiros, 2005).

A abordagem realizada foi primordialmente baseada no Código Deontológico dos Enfermeiros que afirma a prática de enfermagem como preocupação com o bem-estar dos outros não passando apenas por qualidade científica ou técnica mas sim uma qualidade humana e humanizadora tratando o outro com gentileza e dignidade.

Por questões de privacidade e respeito pela pessoa denominaremos de senhor F. a pessoa alvo de cuidados, utilizando assim um nome fictício.

O impacto da doença oncológica neste senhor e na sua família foi objetivado através da avaliação das necessidades humanas fundamentais

definidas por Virginia Henderson, de forma a perceber as suas reais necessidades, indo ao seu encontro de forma individualizada e personalizada.

A análise através da visão de conforto de Katharine Kolcaba vai de encontro ao cuidar da pessoa em fim de vida perspetivando o atingir dos postulados previstos nesta mesma teoria que se coaduna com filosofia dos cuidados paliativos.

1. DADOS DEMOGRAFICOS

Nome: F. N.S.

Nome que prefere ser tratado: F.

Género: Masculino

Idade: 82 anos

Naturalidade: Coimbra

Nacionalidade: Portuguesa

Local de Residência: Lisboa

Religião: Católico

Situação laboral: Reformado. Trabalhou como pedreiro na construção civil

Habilitações literárias: Correspondente ao 4º ano de escolaridade do ensino básico

Vive com: Filho M e com nora R.

Pessoas significativas: senhor Manuel e senhora Rita

Contacto do prestador de cuidados: 9xxxxxxx

Subsistema de Saúde: Sistema Nacional de Saúde – Utentes com grau de incapacidade igual ou superior a 60% - Foro oncológico

2. HISTÓRIA DE SAÚDE

2.1 Antecedentes pessoais e de saúde

Relativamente aos antecedentes médicos o senhor refere ter hipertensão arterial, insuficiência renal crónica a realizar hemodiálise três vezes por semana, diabetes mellitus tipo II, dislipidémia, diverticulose cólica, colecistectomia em 2000 doença arterial dos membros inferiores submetido a by-pass ileo-femural esquerdo em 2000, neoplasia do jejuno submetido a enterectomia segmentar em 2011 com posterior quimioterapia neoadjuvante e neoplasia do cólon tendo sido submetido a hemicolectomia esquerda em 2012, ficando colostomizado. É alérgico à penicilina.

2.2. Antecedentes familiares

O senhor F. refere que a mãe faleceu há cerca de 40 anos com “uma doença ruim” (SIC), não sabendo especificar a causa efetiva. O pai faleceu há 32 anos na sequência de um acidente de viação no trajeto de Lisboa – Coimbra. A esposa do senhor F. faleceu há cerca de 2 anos na sequência de um Acidente Vascular Cerebral hemorrágico. O filho não tem antecedentes pessoais relevantes.

2.3. Vigilância de saúde e estilos de vida

O senhor F. afirma nunca ter tido hábitos tabágicos e nega o consumo de outras substâncias aditivas, referindo ingerir um copo de vinho tinto às refeições. Confessa não ter tido uma alimentação saudável até 2000, fazendo intervalos muito espaçados entre cada refeição, não cumprindo o horário das mesmas. Não era seu hábito ingerir o pequeno-almoço, nem lanche e quando se encontrava com os amigos “abusava com os petiscos” (SIC).

O senhor afirma ser seguido no Centro de Saúde da Lapa não recorrendo frequentemente a este, uma vez que é acompanhado em várias especialidades de consultas externas hospitalares, referindo mesmo “perder-lhes a conta” (SIC). Assim este senhor é seguido num Hospital Central nas seguintes especialidades: Acessos vasculares, Cirurgia, Nefrologia, Urologia, Oftalmologia, Gastreenterologia, Glaucoma, Medicina Paliativa, Oncologia Médica, Cardiologia, Cirurgia Vascular, Diabetologia e Coagulação.

2.4. História de saúde atual

A história de doença do senhor F. inicia-se em 2011, quando é direcionado pelo Centro de Saúde para a consulta externa de cirurgia de um Hospital Central, após ter realizado análises ao sangue e pesquisa de sangue oculto nas fezes cujo resultado foi positivo.

Já na consulta externa realiza vários exames complementares de diagnóstico, nomeadamente colonoscopia com biópsia, Tomografia Axial Computorizada e análises sanguíneas com marcadores tumorais específicos CA 19.9 (Antigénio Carbohidrato) CEA (Antigénio Carcinoembrionário) que revelaram neoplasia do jejuno, tendo sido em Março desse mesmo ano submetido a enterectomia segmentar. Realizou posteriormente quimioterapia neoadjuvante.

Em 2012 por recidiva tumoral realizou hemicolectomia esquerda com colostomia, sendo acompanhado desde então na consulta de cirurgia, de oncologia médica e na unidade de patologia colo-retal.

Posteriormente, no dia 09 de Dezembro de 2015 recorreu ao Serviço de Urgência de um Hospital Central por distensão abdominal acompanhada de paragem de emissão de gases e fezes desde há cinco dias e hematemeses, com dor abdominal moderada na escala qualitativa escolhida pelo doente, tipo moinha que exacerba com a mobilização caracterizando o senhor F. como pontadas que aliviam com o repouso.

Neste mesmo dia realizou Tomografia Axial Computorizada que demonstrou progressão do quadro de carcinomatose peritoneal em consonância com hepatomegalia metastática.

No seguimento foi internado no serviço de Cirurgia Geral e iniciou a seguinte terapêutica: Glucose em soro 1000cc/diário por via endovenosa, Metamizol de magnésio 2000mg endovenoso de 8/8horas, diazepam 5mg per os ao deitar, lactolose 10g/15ml 1 carteira ao pequeno-almoço outra ao lanche, esomeprazol 40mg 1 comprimido via oral em jejum, haloperidol 5mg endovenoso em SOS se inquietação, gabapentina 600mg oral à noite e Fentanilo 50mcg transdérmico que é substituído de 3 em 3 dias. Como medicação de resgate iniciou morfina 10mg endovenoso até seis vezes dia. Este ajuste terapêutico promoveu conforto ao senhor F. aliviando a sua dor e

conseguindo este ter um sono reparador. Foi igualmente instituída dieta de água e chá em pequenas quantidades para conforto do senhor F..

Na perspectiva de progressão de doença, acompanhada de debilidade física e descontrolo sintomático, foi iniciado acompanhamento pela Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos. E, no sentido de evitar medidas de futilidade terapêutica tais como as deslocações às sessões de hemodiálise, estas foram suspensas. Estas medidas foram discutidas com o filho e nora, tendo sido demonstrados os benefícios e malefícios que estas poderiam ter sobre o senhor F.. Assim foi promovido o envolvimento da família na tomada de decisão, em parceria com o enfermeiro do Serviço de Cirurgia, cirurgião e o enfermeiro e médico da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (Barbosa e Neto, 2010).

Contudo, no dia 28 de Dezembro de 2015 pela degradação física do senhor que foi sendo cada vez mais evidente, com descontrolo sintomático visível, existiu a necessidade de introdução de fármacos em perfusão contínua para controlo da dor e do estertor. Nesta sequência, o senhor iniciou quadro de prostração acompanhado de oscilação do estado de consciência, nível 5/6 da escala de Ramsay, com gemido às mobilizações que cessam em repouso e estertor audível junto do leito, nível 2 da escala Victoria Respiratory Congestion Scale.

Nesta fase já sem via oral e claramente desconfortável, assumiu-se que o doente se encontrava numa fase agónica, ou seja nos últimos dias/horas de vida (APCP, 2005). Desta forma, todos os cuidados foram baseados na promoção do conforto, iniciando por adequar a via de administração terapêutica, para via subcutânea que foi colocado na região infra-clavicular esquerda, aproveitando o momento para a sensibilização da equipa de enfermagem de cirurgia pelo enfermeiro de cuidados paliativos (Yamaguchi, Shima, Morita, Hosoya, & Matoba, 2013).

O filho e a nora tendo sido uma presença constante no internamento, mostravam-se ansiosos e tristes com a situação, motivo que impulsionou a conferência familiar da equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos, o cirurgião, o enfermeiro do internamento e a família, com o intuito maior de dar conhecimento da evolução do quadro clínico bem como as medidas de conforto passíveis de serem implementadas. Pelo filho manifestar

choro fácil e sentir impotência perante a situação, foi reforçada a importância da presença da família bem como dos gestos de carinho e apoio demonstrados ao senhor F., sublinhando o papel que estes têm na promoção de conforto (Boyd, Merkh, Rutledge & Randall, 2011).

Assim iniciou morfina a 60mg + 10mg de haloperidol e 20mg de butilescopolamina em 50cc de cloreto de sódico a 2cc/h. Consequentemente foi retirado o sistema de fentanilo transdérmico.

Esta perfusão foi iniciada envolvendo a família, bem como a equipa médica e de enfermagem do Serviço de Cirurgia Geral, tal como preconizado pelas boas práticas (Shimizu et al., 2013). Após algumas horas era visível o fâcies de aparente conforto do senhor, o que contribuiu para a diminuição da ansiedade da família e aumento da satisfação por parte dos profissionais de saúde relativamente aos resultados das medidas conforto implementadas (SECPAL, 2011 e Bakitas, Bishop & Hahn, 2014).

O senhor F. faleceu na presença da família, no dia seguinte, com fâcies de aparente conforto.

Assim, na fase agónica os objetos são assegurar que a pessoa está confortável física, espiritual e emocionalmente, que os momentos até à morte sejam de paz e dignidade e que, o cuidar destas pessoas e sua família deixem nestes últimos e nos profissionais as memórias mais positivas possíveis (Watson, Lucas, Hoy & Wells, 2010).

3. HISTÓRIA SOCIAL E CARACTERIZAÇÃO FAMILIAR

O senhor F. anteriormente ao internamento mudou-se de sua casa onde habitava sozinho, para a residência do seu filho onde se sentia mais acompanhado. O filho e a nora sendo os cuidadores significativos, acompanhavam-no às consultas e sessões de hemodiálise alternadamente de forma a evitar a sobrecarga do cuidador.

Deste modo, a residência do senhor Manuel situa-se na freguesia da Lapa, em Lisboa, sendo uma moradia, com saneamento básico, eletricidade, tendo dois andares, localizando-se o quarto do senhor F. no andar inferior o que facilita a sua deslocação dentro de casa, bem como as saídas à rua, uma vez que não tem escadas que lhe dificultem o acesso. O senhor F. descreve a habitação como confortável, localizando-se num bairro calmo e com fácil acessibilidade.

Relativamente às condições socioeconómicas, e aplicando a classificação social internacional de Graffar conclui-se que tem um score 17 inserindo-se na escala média (Anexo I).

De forma a melhor compreender a estrutura familiar, encontra-se em Anexo II, o genograma desta família. Quanto às relações entre a família e a comunidade, são descritas no ecomapa (Anexo III), podendo-se perceber que esta família apresenta uma relação forte e coesa. Conclui-se que as estruturas da comunidade mais valorizadas são as instituições de saúde, os vizinhos e amigos, e a menos valorizada é a igreja. O senhor F., não referiu a existência de relações tensas, quer com a sua família, quer com os recursos da comunidade.

4. OBSERVAÇÃO OBJETIVA

À observação objetiva, o senhor F. encontra-se emagrecido e desidratado, com abdômen volumoso mas depressível à palpação, aparentando uma idade superior à real. Olhar vago não dirigido e triste, com humor deprimido, e apático. A sua postura corporal manifesta desconforto através da sua posição fetal.

Contudo, aquando da visita do filho e nora, este olhar “abria-se” demonstrando um sorriso que acompanhava um fâcies aparentemente mais tranquilo.

No domicílio realizava as suas atividades de vida diária de forma independente, após o internamento apresenta-se totalmente dependente.

5. IMPACTO DA DOENÇA

Analisando a situação com base nas Necessidades Humanas Fundamentais definidas por Virgínia Henderson, foram encontrados problemas para os quais se tentaram definir medidas de conforto enquadrando-as na Teoria de Kolcaba para os minorar.

NHF Comer e beber: No início do internamento e ainda capaz de ingerir líquidos, eram administradas pequenas quantidades de água e chá de cidreira e tília, sendo os preferidos do senhor, sendo proporcionado alívio físico pela hidratação e tranquilidade tendo em conta as preferências do senhor (Kolcaba, 2003).

Posteriormente, por incapacidade de utilização de via oral devido ao quadro de prostração e oscilação do estado de consciência, foi intensificada a higiene e hidratação da mucosa oral para prevenção do desconforto da xerostomia, nomeadamente com a utilização de pequenas lascas de gelo triturado. De forma a envolver a família, foi solicitado que trouxesse um creme labial hidratante bem como incentivados a prestar cuidados à cavidade oral. Assim, foi proporcionado alívio físico, tranquilidade e transcendência, pelo envolvimento da família nos cuidados, diminuindo a sua sensação de impotência face à situação do senhor F., abrangendo os três níveis de conforto da Teoria de Kolcaba.

Utilizando a Functional Oral Intake Scale (FOIS) (anexo IV), este senhor tem o nível correspondente ao de maior severidade (1), ou seja, incapacidade de ingestão por via oral. Não foi possível avaliar o peso e altura do senhor, calculando-se o índice de massa corporal.

NHF Respirar: Apresentando o senhor F. cansaço fácil a médios esforços, e saturações periféricas de oxigénio de 87% e tal como recomendado na evidência científica, foi administrada oxigenoterapia por óculos nasais a 1L/min para alívio do desconforto.

Este era posicionado preferencialmente em decúbito lateral esquerdo, uma vez que era previamente conhecida como posição de conforto do senhor F. indo assim, de encontro às suas preferências. Foi-se assim de encontro às recomendações descritas na evidência científica como facilitadoras da

drenagem postural evitando acumulação de secreções a nível da orofaringe diminuindo o estertor (Twomey & Dowling, 2013).

Foi igualmente posicionado com ajuda total para reduzir o trabalho respiratório, e espaçadas as alternâncias de decúbito perspetivando a diminuição do desconforto causado pelas mesmas (Corcoran, 2013).

Os cuidados de enfermagem realizados objetivaram o conforto presente nos postulados de Kolcaba, em especial o alívio físico através dos posicionamentos e a tranquilidade respeitando a sua posição de conforto (Kolcaba, 2003).

NHF Estar limpo e proteger os tegumentos. Mover-se e manter uma postura correta. Vestir e despir. Estar limpo e proteger os tegumentos. Manter a temperatura dentro dos limites normais. Eliminar. Evitar os perigos. Deficit de tónus muscular, derivado a debilidade provocada pela doença.

Apresentando o senhor F. cansaço fácil, e tal como acima referido foi posicionado e massajado sempre que necessário, tendo em consideração o seu estado clínico, promovendo o relaxamento e diminuindo a tensão muscular, bem como foi utilizado o toque terapêutico como forma de transmissão de empatia, tranquilidade e conforto (Pathmawathi, Beng, Rosli, Sharwend, Kavitha & Christopher, 2015).

De acordo com a literatura e por se encontrar na fase agónica que potencia o aparecimento de hiperémias não branqueáveis devido ao estado de má perfusão tecidual, apresenta um alto risco de desenvolver úlceras por pressão, de acordo com a avaliação realizada recorrendo a escala de Braden (Anexo VI), com score 11. Quanto ao risco de queda, segundo a escala de Morse (Anexo VII), apresenta um baixo risco, com score 15. Relativamente a avaliação da independência funcional e mobilidade, utilizando a escala modificada de Barthel (Anexo VIII), o senhor F. apresenta uma dependência severa, obtendo um score 0.

Quanto aos cuidados de higiene são realizados no leito, com ajuda total, ficando assim mais confortável. O filho tem particular gosto em realizar os cuidados à barba do pai, com grande satisfação para ambos. Era-lhe proporcionada a possibilidade de vestir o seu próprio pijama, sendo-lhe

aplicado o seu creme hidratante, o seu perfume, personalizando assim os cuidados e aumentando o conforto do senhor F.. Sendo assim, uma medida de transcendência para o senhor e sua família (Kolcaba, 2003).

No início do internamento o senhor encontrava-se em sub-oclusão, estando a colostomia não funcionante, sendo este o seu principal problema uma vez que lhe causava dor. Após ajuste do ajustado o esquema terapêutico, o senhor ficou mais confortável com redução da dor abdominal de moderada para ligeira. Ao sexto dia de internamento, a colostomia começou a funcionar de fezes semi líquidas, em pequena quantidade e ar, não tendo sido necessárias outras medidas invasivas.

NHF Dormir e repousar: No início do internamento, o senhor referia insónia durante o período noturno, dormindo cerca de 3 a 4 horas por noite, o que se traduzia numa sonolência diurna. Posteriormente e com ajuste terapêutico (analgesia e benzodiazepinas) associado à presença da família que transmitia segurança ao doente, bem como a disponibilidade por parte da equipa de enfermagem, foi possível alcançar um sono reparador. Contudo, mais tarde, e já numa fase agónica, o senhor mantinha-se mais adormecido com prostração associada e não reatividade aos estímulos.

Com as medidas de conforto implementadas foi possível atingir o conforto preconizado por Kolcaba, através do alívio físico, pela reparação do sono, tranquilidade, pelo bem - estar após um sono reparador, e transcendência atingida pela segurança transmitida pela família e equipa de enfermagem.

NHF Comunicar com os seus semelhantes: Pela incapacidade de comunicar verbalmente aquando das últimas horas de vida. De forma a proporcionar o maior conforto possível nesta fase, foi fomentada a presença da família uma vez que, foram o elo de ligação na compreensão dos sinais de desconforto, pois conhecendo mais profundamente o senhor F. foram um apoio na atenção dada aos pormenores, indo de encontro à individualidade do doente (Barbosa & Neto, 2010).

Analisando na perspetiva da Teoria do Conforto, foi atingido o nível de transcendência, uma vez que foi proporcionada a oportunidade da família estar

envolvida nos cuidados prestados, sentindo-se valorizada e potenciada a sensação de controlo sobre a gestão da situação.

6. ORGANIZAÇÃO E ARTICULAÇÃO DOS CUIDADOS

Os cuidados de saúde primários foram fundamentais no acompanhamento do senhor F., uma vez que devido aos mesmos foi detetada precocemente a situação oncológica, agilizando-se os recursos necessários para fazer face à mesma. Deste modo, o senhor foi direcionado para um Hospital Central através de meios complementares de diagnóstico que permitiram o tratamento dirigido à doença, tais como, realização de quimioterapia e cirurgia, bem como numa fase final o acompanhamento por uma equipa de cuidados paliativos numa perspetiva promotora de conforto evitando-se medidas terapêuticas fúteis.

Os Cuidados Paliativos são cuidados ativos, coordenados e globais prestados por unidades e equipas específicas em internamento ou domicílio. Atuam em pessoas que vivem em situação de sofrimento provocada pelo evoluir de uma doença incurável ou grave em fase avançada e progressiva, bem como na sua família com o objetivo de promover o alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual (ANCP, 2006).

De acordo com o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2014, p. 11), a equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos encontra-se no nível I, ou seja, presta cuidados através de elementos multidisciplinares, com formação diferenciada que podem estar diretamente envolvidos nos cuidados ou dar apoio a outras equipas.

Esta equipa tem como área de atuação o controlo sintomático, gestão das necessidades psicossociais e espirituais, apoio aos familiares e cuidadores inclusive no luto e articulação com elementos da comunidade.

Nesta situação a presença desta equipa foi essencial para a gestão da mesma, uma vez que para além das ações paliativas, foi fomentado um trabalho em parceria com a equipa médica e de enfermagem de cirurgia, concomitantemente com a família, o que conduziu a uma partilha de conhecimento que levaram a uma individualização dos cuidados prestados ao senhor F.. Conduziu igualmente ao aumento da satisfação dos profissionais de saúde envolvidos, por observarem um alívio sintomático e um aumento do conforto e de uma morte serena.

7. CONCLUSÃO

O presente estudo de situação permitiu-nos desenvolver as competências enunciadas pelo Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa com Situação Crónica e Paliativa (2011, p. 4). Foi possível cuidar de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida. Através da identificação das necessidades, foi possível promover intervenções junto do doente e sua família envolvendo-os sempre numa perspetiva de visão holística trabalhando de forma interdisciplinar de modo a promover e maximizar a qualidade de vida do doente até à sua morte.

Em simultâneo foi-nos possível desenvolver relação terapêutica com o senhor F. e sua família, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte. Desta forma, foram fomentadas parcerias terapêuticas envolvendo a equipa de cirurgia, a equipa de cuidados paliativos e família, respeitando a dignidade e autonomia do doente.

Este trabalho permitiu-nos uma reflexão mais profunda acerca da situação de uma pessoa com doença oncológica, internada no serviço onde implementámos ambos os projetos de intervenção, sendo notória uma visão mais próxima do prisma de enfermeiro especialista, indo de encontro às necessidades específicas das pessoas a vivenciarem esta doença.

Assim foram igualmente trabalhadas as Competências preconizadas pela *European Oncology Nursing Society* (2013, p. 32), obtendo uma visão da pessoa com doença oncológica através do modelo Holístico, alocando todas as suas dimensões enquanto pessoa e não enquanto doente. Através da avaliação sistemática da pessoa e a sua família utilizando os instrumentos adequados, interpretando escalas de avaliação da sintomatologia oncológica, foi explorado o julgamento e raciocínio crítico em relação ao sistema composto pela pessoa com doença oncológica e sua família.

Finalmente a experiência retirada de todos os locais de estágio por onde ambas tivemos oportunidade de passar enriqueceu-nos de forma pessoal e profissional, permitindo-nos a perceção de trabalho em parceria com o intuito da melhoria dos cuidados prestados no nosso local de trabalho.

Em jeito de conclusão verificamos que a implementação de ambos os projetos no cuidado dirigido à pessoa com doença oncológica potenciou a melhoria dos cuidados desenvolvidos à pessoa e sua família.

8. BIBLIOGRAFIA

- Aroso, A. et al. (2005). Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Direção Geral de Saúde. Acedido em: <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/plano-nacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-cuidados-paliativos.aspx>, consultado em 10 de Fevereiro de 2016.
- Bakitas, M., Bishop, M. & Hahn, M. (2014). Symptoms When Death is Imminent. In Yarbro, C, Wujcik, D. & Gobel, B. Cancer Symptom Management (706-712). Estados Unidos da América. Jones & Bartlett Learning.
- Barbosa, A. & Neto, I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª Ed. Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Boyd, D., Merkh, K., Rutledge, D.N. & Randall, V. (2011). Nurses' Perceptions and Experiences With End-of-Life Communication and Care. *Oncology Nursin Forum*. 38. (3). 229-239.
- Corcoran, E. (2013). Palliative Care and Dyspnea. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 17.(4).438-440.
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação intervenção familiar: uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures: Lusociência.
- Kolcaba, K.Y. (2003). *Comfort Theory and Practice. A vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer.
- Oncology Nursing Society. (2013). Oncology Nursing Society Oncology Nurse Navigator Core Competencies. Pittsburgh: Oncology Nursing Society.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Regulamento de competências comuns para o enfermeiro especialista. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento de competências específicas para o enfermeiro especialista em pessoa em situação crónica e paliativa. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Queirós, A., Moreira, S., Silva, A., Costa, R., Lains, J. (2013). Contributo para a Adaptação e Validação da Eat Assessment Tool (EAT-10) e da Functional Oral Intake Scale(FOIS). *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação*.24. (2). 25-30.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos e Organización Médica Colegial (2011) – Guía de Sedación Paliativa. Acedido em

https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_sedaccion_paliativa.pdf,
consultado em 10 de Fevereiro de 2016.

- Watson, M., Lucas, C., Hoy, A. & Wells, J. (2009) – Oxford handbook of Palliative Care. 2ª edição. Oxford. Oxford University Press.
- Yamaguchi, T., Shima, Y., Morita, T., Hosoya, M. & Matoba, M. (2013). Clinical Guideline for Pharmacological Management of Cancer Pain: The Japanese Society of Palliative Medicine Recommendations. *Japanese Journal of Clinical Oncology*. 43. (9). 896-909.

9. ANEXOS

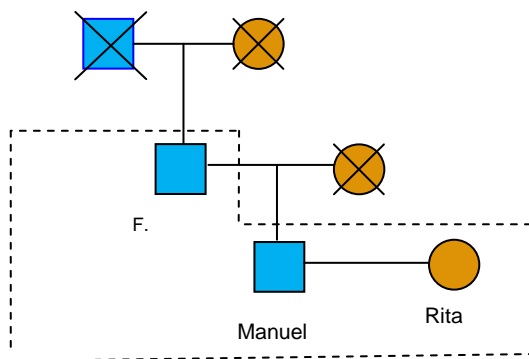
ANEXO I - Graffar adaptado

O senhor F. neste momento encontra-se a viver em casa do filho desde que a sua situação de doença se agravou, de forma a estar mais acompanhado. Recebe uma reforma por invalidez, ajudando o filho nas despesas de casa, sendo a partir dos dados deste que irá ser analisada esta escala.



- Profissão: Pedreiro na construção civil (5 pontos);
- Instrução: 4º ano (4 pontos)
- Origem do rendimento familiar: Vencimentos certos (3 pontos)
- Tipo de habitação: Casa ou andar modesto, em bom estado de conservação com cozinha, casa de banho e eletrodomésticos essenciais (3 pontos)
- Local de residência: Bairro residencial bom de zonas largas com casas confortáveis e bem conservada (2 pontos)


O resultado é 17 pontos, que corresponde a **classe III - média**

ANEXO II – Genograma

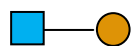


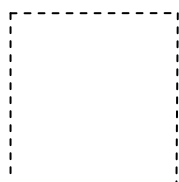
Legenda:

 Mulher
 Homem

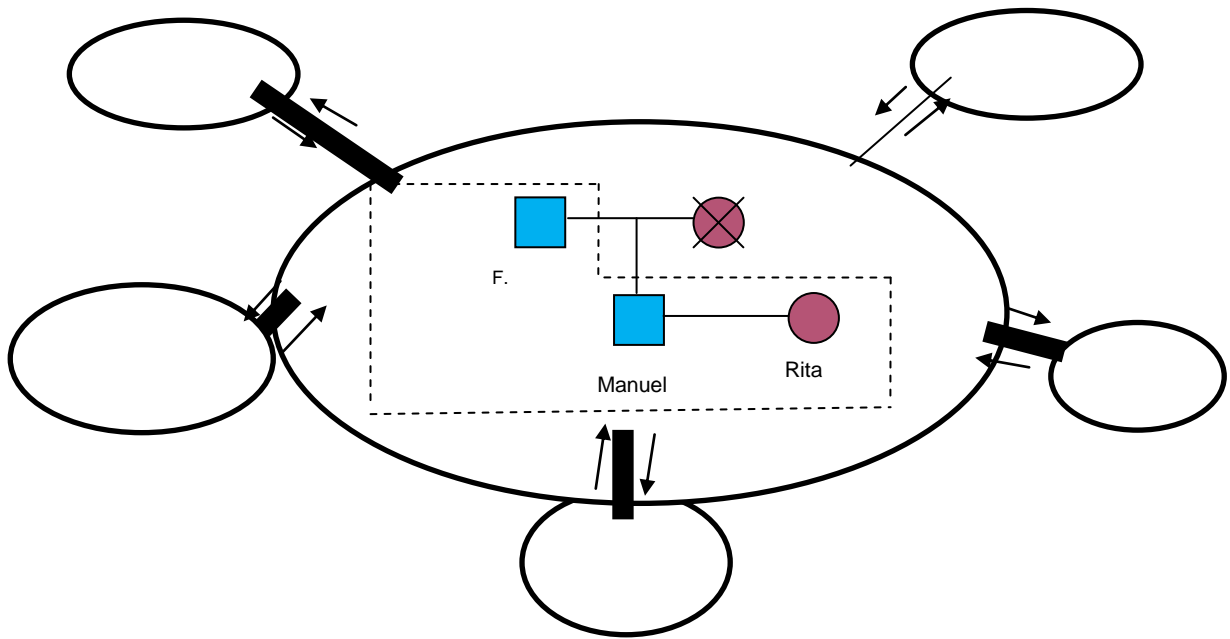
 Separação

  Óbito



 Casamento

 Agregado Familiar

ANEXO III – Ecomapa





Legenda

   Relação forte

  Relação ténue

  Gerador de stress

  Vínculos negativos



Sentido do fluxo de energia

ANEXO IV - FOIS versão portuguesa

Functional Oral Intake Scale (FOIS)- Escala Funcional de Ingestão por via Oral

Dependentes de Sonda (níveis 1-3)

1. Incapacidade de ingestão por via oral

2. Dependente da sonda com ingestão por via oral residual

3. Ingestão por via oral com suplementos por sonda

Ingestão total por via oral (níveis 4-7)

4. Ingestão total por via oral de uma única consistência

5. Ingestão total por via oral de várias consistências que necessitam de preparação específica

6. Ingestão total por via oral sem preparação específica mas com restrição para alguns alimentos específicos e alguns líquidos

7. Ingestão total por via oral sem quaisquer restrições

ANEXO V – Escala de Braden

Percepção sensorial: Capacidade de reagir significativamente à pressão relacionada ao desconforto	1- Totalmente limitado: Não reage (não geme, não se segura, não se escurva) a estímulos dolorosos, devido ao nível de consciência diminuído ou devido a sedação, ou capacidade limitada de sentir dor na maior parte do corpo.	2- Muito limitado: Somente reage a estímulo doloroso. Não é capaz de comunicar o desconforto exceto através de gemido ou agitação. Ou possui alguma deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais da metade do corpo.	3- Levemente limitado: Responde ao comando verbal, mas nem sempre é capaz de comunicar o desconforto ou expressar necessidade de ser mudado de posição ou tem um certo grau de deficiência sensorial que limita a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades	4- Nenhuma limitação: Responde ao comandos verbais. Não tem déficit sensorial que limitaria a capacidade de sentir ou verbalizar dor ou desconforto
Umidade: Nível ao qual a pele é exposta à umidade	1- Completamente molhada: A pele é mantida molhada quase constantemente por transpiração, urina, etc.... A umidade é detectada às movimentações do paciente.	2- Muito molhada: A pele está frequentemente, mas nem sempre molhada. A roupa de cama deve ser trocada pelo menos uma vez por turno	3- Ocasionalmente molhada: A pele fica ocasionalmente molhada requerendo uma troca extra de roupa de cama por dia	4- Raramente molhada: A pele geralmente está seca, a troca de roupa de cama é necessária somente nos intervalos de rotina.
Atividade: Grau de atividade física	1- Acamado: confinado a cama	2- Confinado à cadeira: A capacidade de andar está severamente limitada ou nula. Não é capaz de sustentar o próprio peso e/ou precisa ser ajudado a se sentar	3- Anda ocasionalmente: Anda ocasionalmente durante o dia, embora distâncias muito curtas, com ou sem ajuda. Passa a maior parte de cada turno na cama ou cadeira	4- Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos 2 vezes por dia e dentro do quarto pelo menos uma vez a cada 2 horas durante as horas em que está acordado
Mobilidade: Capacidade de mudar e controlar a posição do corpo	1. Totalmente imóvel: Não faz nem mesmo pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	2. Bastante Limitado: Faz pequenas mudanças ocasionais na posição do corpo ou extremidades mas é incapaz de fazer mudanças frequentes ou significantes sozinho.	3. Levemente Limitado: Faz frequentes, embora pequenas mudanças na posição do corpo ou extremidades sem ajuda	4. Não apresenta limitações: Faz importantes e frequentes mudanças de posição sem auxílio
Nutrição: padrão usual de consumo alimentar.	1. Muito Pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 do alimento oferecido. Come 2 porções ou menos de proteína (carne ou laticínios) por dia. Ingere pouco líquido. Não aceita suplemento alimentar líquido. Ou é mantido em jejum e/ou mantido em dieta líquida ou IV por mais de 5 dias.	2. Provavelmente inadequado: Raramente come uma refeição completa e geralmente come cerca da metade do alimento oferecido. A ingestão de proteína inclui somente 3 porções de carne ou laticínios por dia. Ocasionalmente aceitará um suplemento alimentar. Ou recebe abaixo da quantidade satisfatória de dieta líquida ou alimentação por sonda	3. Adequado: Come mais da metade da maioria das refeições. Come um total de 4 porções de alimento rico em proteína (carne ou laticínio) todo dia. Ocasionalmente recusará uma refeição, mas geralmente aceitará um complemento oferecido. Ou é alimentado por sonda ou regime de Nutrição Parenteral Total, o qual provavelmente satisfaz a maior parte das necessidades nutricionais	4. Excelente: Come a maior parte de cada refeição. Nunca recusa uma refeição. Geralmente ingere um total de 4 ou mais porções de carne ou laticínios. Ocasionalmente come entre as refeições. Não requer suplemento alimentar
Fricção e cisalhamento	1. Problema: Requer assistência moderada a máxima para se mover. É impossível levanta-lo ou ergue-lo completamente sem que haja atrito com o lençol. Frequentemente escorrega na cama ou cadeira, necessitando frequentes ajustes de posição com máximo de assistência. Espasticidade, contratura ou agitação leva a quase constante fricção	2. Problema em potencial: Move-se, mas, sem vigor ou requer mínima assistência. Durante o movimento provavelmente ocorre um certo grau de atrito da pele com o lençol, cadeira ou outros. Na maior parte do tempo mantém posição relativamente boa na cama ou cadeira mas ocasionalmente escorrega	3. Nenhum Problema: Move-se sozinho na cama ou cadeira e tem suficiente força muscular para erguer-se completamente durante o movimento. Sempre mantém boa posição na cama ou na cadeira	

ANEXO VI – Escala de Morse

Itens da versão portuguesa da Escala de Quedas de Morse

Item	Pontuação
1. Historial de quedas; neste internamento urgência/ ou nos últimos três meses	
Não	0
Sim	25
2. Diagnóstico(s) secundário(s)	
Não	0
Sim	15
3. Ajuda para caminhar	
Nenhuma/ajuda de enfermeiro/acamado/cadeira de rodas	0
Muletas/canadianas/bengala/andarilho	15
Apoia-se no mobiliário para andar	30
4. Terapia intravenosa	
Não	0
Sim	20
5. Postura no andar e na transferência	
Normal/acamado/imóvel	0
Debilidado	10
Dependente de ajuda	20
6. Estado mental	
Consciente das suas capacidades	0
Esquece-se das suas limitações	15

ANEXO VII – Escala Modificada de Barthel

1. Alimentação	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda (por exemplo para cortar os alimentos).....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
2. Transferências	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 15
Precisa de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 10
Necessita de ajuda de outra pessoa, mas não consegue sentar-se.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, não tem equilíbrio sentado.....	<input type="checkbox"/> 0
3. Toalete	
Independente a fazer a barba, lavar a cara, lavar os dentes.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 0
4. Utilização do WC	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
5. Banho	
Toma banho só (entra e sai do duche ou banheira sem ajuda).....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente, necessita de alguma ajuda.....	<input type="checkbox"/> 0
6. Mobilidade	
Caminha 50 metros, sem ajuda ou supervisão (pode usar ortóteses).....	<input type="checkbox"/> 15
Caminha menos de 50 metros, com pouca ajuda.....	<input type="checkbox"/> 10
Independente, em cadeira de rodas, pelo menos 50 metros, incluindo esquinas.....	<input type="checkbox"/> 5
Imóvel.....	<input type="checkbox"/> 0
7. Subir e Descer Escadas	
Independente, com ou sem ajudas técnicas.....	<input type="checkbox"/> 10
Precisa de ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Dependente.....	<input type="checkbox"/> 0
8. Vestir	
Independente.....	<input type="checkbox"/> 10
Com ajuda.....	<input type="checkbox"/> 5
Impossível.....	<input type="checkbox"/> 0
9. Controlo Intestinal	
Controla perfeitamente, sem acidentes, podendo fazer uso de supositório ou similar.....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional.....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente ou precisa de uso de clisteres.....	<input type="checkbox"/> 0
10. Controlo Urinário	
Controla perfeitamente, mesmo algaliado desde que seja capaz de manejar a algália sozinho.....	<input type="checkbox"/> 10
Acidente ocasional (máximo uma vez por semana).....	<input type="checkbox"/> 5
Incontinente, ou algaliado sendo incapaz de manejar a algália sozinho.....	<input type="checkbox"/> 0
TOTAL	
	<input type="text" value="0"/>

Apêndice 19 – Tabelas de Contributos dos Campos de Estágio 1, 2 e 3 para a implementação do projeto

Campo de Estágio 1 – EIHSCP 1
Contributos para a Implementação do Projeto

- ✓ Prestação direta de cuidados à pessoa em fim de vida, englobando a sua família;
- ✓ Análise dos sintomas cujo descontrolo causa maior impacto nos enfermeiros;
- ✓ A totalidade dos casos acompanhados serem oncológicos;
- ✓ Caracterização do doente oncológico em fase agónica;
- ✓ Passagens de turno muito ricas com presença de enfermeiros, médicos, psicóloga e assistente social o que fomenta a discussão de casos clínicos;
- ✓ Trabalho em equipa multidisciplinar
- ✓ Profissionais treinados e com muita experiência na área do paliar e promover conforto;
- ✓ Observação de técnicas de comunicação direcionadas para os doentes, famílias e colegas das enfermarias;
- ✓ Observação e utilização de escalas de avaliação do doente paliativo, de acordo com Plano Nacional de Cuidados Paliativos:
- ✓ ESAS, Índice de Karnofsky, PPS, escalas de avaliação de dor;
- ✓ Realização de 1ª observação com pesquisa no processo, discussão com médica paliativista e com enfermeiro responsável pelo doente na enfermaria para perceção da situação global;
- ✓ Participação em Conferência Familiar;
- ✓ Pesquisa bibliográfica com posterior debate em equipa acerca de temáticas pertinentes associadas a doentes dos quais cuidámos:
 - Sintomatologia frequente em fase agónica;
 - Hidratação e Alimentação em fase agónica;
 - Relação Terapêutica como pilar do cuidar em fase agónica;
 - Gestão emocional feita por quem cuida de quem se encontra em fase agónica;
 - Conferência familiar;

Quadro 1. Contributos do Campo de Estágio 1

Campo de Estágio 2 – UCP
Contributos para a Implementação do Projeto

- ✓ Cuidado integral de doente com patologia oncológica em fase agónica, nos diferentes turnos da equipa de enfermagem;
- ✓ Englobar da família durante as 24h do dia;
- ✓ Acompanhamento da família no luto;
- ✓ Comunicação com doente em fase agónica e sua família;
- ✓ Participação ativa na equipa interdisciplinar e nas reuniões interdisciplinares e nas discussões acerca dos doentes diariamente
- ✓ Participação em momentos importantes para as pessoas com doença oncológica em fim de vida e fase agónica e sua família como:
 - Comemorações de aniversários de casamento;
 - Apoio espiritual;
 - Participação em Sacramentos Católicos com Santa Unção.
- ✓ Avaliação de sintomas descontrolados, intervenção farmacológica e não farmacológica nestes sintomas;
- ✓ Negociação com as famílias os cuidados prestados em fase agónica;
- ✓ Utilização das técnicas de comunicação como tiros de aviso, dedos cruzados, escuta ativa entre outros;
- ✓ Articulação com diversos elementos da equipa como médicos, psicóloga, nutricionista, fisioterapeuta, administrativos, assistentes operacionais entre outros;
- ✓ Realização de Curso Básico de Cuidados Paliativos promovido pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, fulcral para sedimentar conhecimentos e práticas;
- ✓ Pesquisa bibliográfica acerca de temáticas pertinentes como:
 - Cuidados Transculturais em fase agónica;
 - Sedação Paliativa em fase agónica;
 - Caquexia e estertor como sintomas mais descontrolados e mais preocupantes para quem cuida do doente em fase agónica.
 - Medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio de sintomas e promoção de conforto.

Quadro 2. Contributos do Campo de Estágio 2.

Campo de Estágio 3 – EIHSCP 2
Contributos para a Implementação do Projeto

- ✓ Crescimento pessoal e profissional;
- ✓ Obter perspectiva externa ao serviço onde será aplicado o Projeto;
- ✓ Comunicação com as equipas (médicas, enfermagem...) dos vários serviços abordando as suas dificuldades e ideias;
- ✓ Negociação de um plano de cuidados com os elementos dos serviços sendo vista como elemento de uma equipa de conhecimento profundo na área;
- ✓ Reflexão acerca das práticas e sobre os mitos e receios do cuidar do doente em fase agónica e do seu descontrolo sintomático;
- ✓ Interação com os diversos elementos da equipa como médica, psicóloga, assistente social e enfermeiro, compreendendo a importância de cada um e a forma como atuam em conjunto;
- ✓ Discussão dos casos na reunião multidisciplinar;
- ✓ Realização de Fluxograma de Referenciação do doente paliativo à EIHSCP e de aplicação deste;

Quadro 3. Contributos do Campo de Estágio 3.