

## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**


**Enfermagem Médico-Cirúrgica na \ de  
Enfermagem Oncológica**

**A pessoa com doença pulmonar oncológica em  
fase agónica e a sua família: intervenções de  
enfermagem**

**Filipa Marina Cardoso de Aguiar**

**2015**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

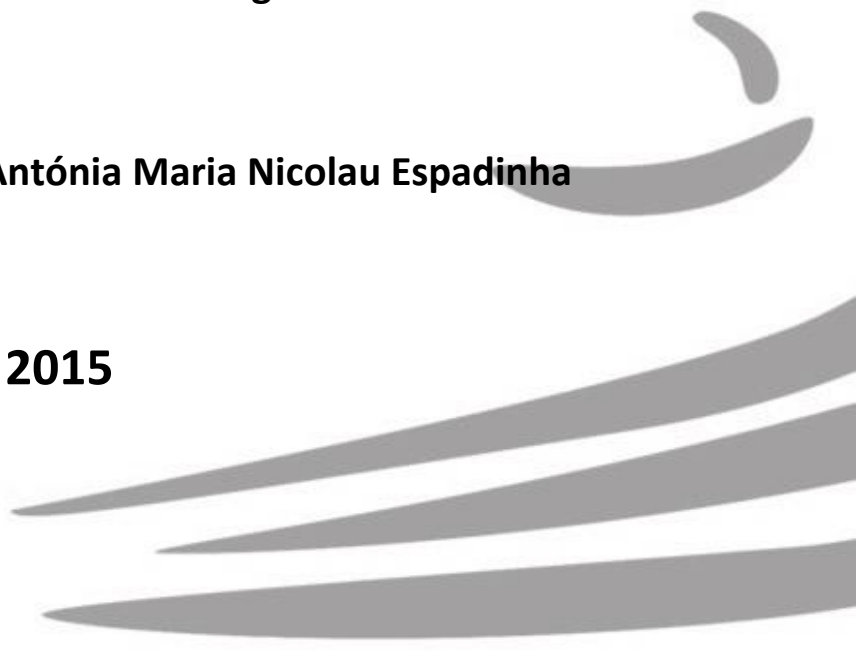
**Enfermagem Médico-Cirúrgica na \ de  
Enfermagem Oncológica**

**A pessoa com doença pulmonar oncológica em  
fase agónica e a sua família: intervenções de  
enfermagem**

**Filipa Marina Cardoso de Aguiar**

**Orientadora: Professora Antónia Maria Nicolau Espadinha**

**2015**

A decorative graphic in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved, grey shapes that resemble a stylized wave or a series of overlapping pages.

“Temos de nos tornar na mudança que queremos ver”

Gandhi

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Antónia Maria Nicolau Espadinha pela sua orientação, disponibilidade, dedicação, paciência, amizade e palavras de incentivo.

Às pessoas com doença pulmonar oncológica em fase agónica e suas famílias que tive a oportunidade de cuidar; as experiências vivenciadas contribuíram para o desenvolvimento das minhas competências profissionais e pessoais.

Às orientadoras dos ensinamentos clínicos, Enfermeira Ana Paiva e Enfermeira Dulce Oliveira, pela dedicação, apoio e partilha de conhecimentos e experiências.

Aos meus colegas do contexto de trabalho, por terem acreditado desde o início neste projeto.

À minha família e Amigos, pelo apoio constante e pela compreensão da minha ausência.

Ao Carlos, pelo amor, apoio e inspiração incondicionais.

## **LISTA DE SIGLAS**

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNDO – Coordenação Nacional para as Doenças Oncológicas

CP – Cuidados Paliativos

CPNPC – Carcinoma do Pulmão Não Pequenas Células

CPPC – Carcinoma do Pulmão de Pequenas Células

DGS – Direção-Geral da Saúde

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

EONS – *European Oncology Nursing Society*

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

INE – Instituto Nacional de Estatística

OE – Ordem dos Enfermeiros

PNCP – Programa Nacional de Cuidados Paliativos

PNDO – Programa Nacional para as Doenças Oncológicas

PNS – Plano Nacional de Saúde

SCP – Serviço de Cuidados Paliativos

SOP – Serviço de Oncologia Pneumológica

UMCCI – Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

## RESUMO

O diagnóstico do cancro do pulmão é frequentemente tardio facto que se repercute no prognóstico, sendo que a maioria das pessoas com esta patologia morrerá da doença. Os cuidados paliativos assumem uma importância premente neste contexto, mas os recursos específicos existentes são insuficientes relativamente às necessidades da população. Desta forma, uma considerável percentagem de pessoas doentes, continua a ser internada e a morrer nos hospitais.

Este relatório descreve as experiências de aprendizagem da Unidade Curricular Estágio com Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, opção Enfermagem Oncológica. A problemática selecionada foi a intervenção à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família num serviço de internamento de um hospital, sendo o objetivo geral: desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais para prestar cuidados de enfermagem de qualidade à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família.

Como metodologia utilizei a revisão atualizada da literatura, recorrendo a motores de busca Google, EBSCO e a bases de dados (CINAHL, MEDLINE e MEDICLATINA), repositórios de teses de mestrado e doutoramentos. Efetuei Ensinos Clínicos, utilizei a prática reflexiva segundo o Ciclo de Gibbs. O percurso foi fundamentado nos princípios e filosofia dos Cuidados Paliativos, na filosofia de Patricia Benner e na Teoria do Conforto de Kolkaba.

Como resultados evidencio o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais para responder às necessidades destes doentes e família, utilizando uma abordagem holística com base numa avaliação multidimensional, visando a excelência do cuidar nesta área. Elaborei um *dossier* de artigos científicos para consulta da equipa de enfermagem, um panfleto sobre o “Cuidar na fase de agonia: orientações para a família“. Destaco a partilha de conhecimentos nomeadamente em sessões de informação, em contexto de trabalho.

**Palavras-chave:** pessoa com doença pulmonar oncológica; família; agonia; intervenções de enfermagem; conforto.

## **ABSTRACT**

The lung cancer diagnosis is frequently done too late and that has an effect on the prognostics, with the result that the majority of people will die from this pathology. The palliative care assumes an immediate importance in this context, but the specific resources available for them are frequently insufficient to what concerns the population's needs. Therefore, a considerable percentage of sick people are still being hospitalized and die in its facilities.

This paper describes the learning experience in the discipline of Internship with Report of the Masters Course in Nursing, with a specialization in Medical-Surgical Nursing, option oncological nursing.

The selected problem was the nursing intervention to the patient with oncological lung disease in the last days and hours of life and to his family in an internment hospital unit. My general goals: to develop technical, scientific and relational expertise to be able to provide quality-nursing care to the patient with oncological lung disease in the agonal phase and to his family.

My work methodology can be defined by the use of actualized revision of literature, recurring to the search engines Google, EBSCO, to several databases (CINAHL, MEDLINE and MEDICLATINA) and to master and PhD thesis repositories. I did three internships and used the reflexive practice according to the Gibbs' Reflective Cycle. My reflexion was based upon Patricia Benner's philosophy, Palliative Care philosophy and principles and Kolkaba's Comfort Theory.

As results evince the development of personal and professional competences to respond to these patients' needs and to those of its families. For this I use a holistic approach based upon a multidimensional evaluation, aiming at the excellence of such cares. I also designed a dossier with relevant scientific articles for the consultation of the nursing team, as well as a clarification pamphlet with the title: "Taking care in the last days and hours of life: guidance to the family". I would also like to emphasize the sharing of knowledge, namely during the information sessions, throughout the entire working context.

**Keywords:** patient with oncological lung disease; family; last days and hours of life; nursing interventions; comfort.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	9
1. QUADRO CONCEPTUAL .....	20
1.1. Cuidados paliativos .....	20
1.1.1. Realidade dos cuidados paliativos .....	20
1.1.2. Filosofia e princípios dos cuidados paliativos .....	24
1.2. A pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família.....	26
1.2.1. A doença pulmonar oncológica .....	26
1.2.2. A pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família .....	28
1.2.3. Cuidar da pessoa em fase agónica e sua família.....	33
1.2.4. Papel do Enfermeiro: contributos de CP e Kolkaba .....	34
2. ANÁLISE REFLEXIVA DO CAMINHO PERCORRIDO.....	36
2.1 Serviço de Cuidados Paliativos de um Hospital de Especialidade da Região do Norte do País .....	37
2.2. Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos de um Hospital Central de Lisboa .....	49
2.3. Serviço de Oncologia Pneumológica de um Centro Hospitalar de Lisboa.....	55
3. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA.....	64
4. CONCLUSÃO .....	66
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68

## APÊNDICES

**Apêndice 1** Reflexão crítica realizada no ensino clínico num Serviço de Cuidados Paliativos de um hospital do Porto

**Apêndice 2** Reflexão crítica realizada no ensino clínico numa Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos de um hospital central

**Apêndice 3** “Cuidar em momentos difíceis: Orientações para a família”. Guia orientador sobre a fase agónica

**Apêndice 4** Plano de sessão: Cuidar em momentos difíceis: Orientações para a família

**Apêndice 5** Sessão de informação: Cuidar em momentos difíceis: Orientações para a família

**Apêndice 6** Sondagem de Opinião aplicada num Serviço de Oncologia Pneumológica de um hospital central de Lisboa

**Apêndice 7** Plano de sessão: Projeto de estágio – a pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família: intervenções de enfermagem

**Apêndice 8** Plano de sessão: A pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica. Apresentação dos resultados obtidos pela Sondagem de Opinião

**Apêndice 9** Plano de sessão: Intervenções promotoras de conforto à pessoa com doença pulmonar oncológica e sua família

**Apêndice 10** Reflexão crítica realizada no ensino clínico num Serviço de Oncologia Pneumológica de um hospital central de Lisboa

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, traduzido pelo aumento da esperança média de vida, aliado ao desenvolvimento tecnológico e científico tem contribuído para o aumento das doenças crónicas. Associado a este fenómeno com expressão mundial é ainda considerado o aumento da prevalência dos estilos de vida menos saudáveis onde, entre outros, os consumos de álcool e tabaco, o regime alimentar desadequado e o sedentarismo se incluem. Estes constituem fatores de risco importantes com impacto no aumento da prevalência das doenças de cariz permanente, denominadas por crónicas. Desde há alguns anos que a doença oncológica, pelas suas características e incapacidades associadas, exigindo controlo e cuidados que se estendem por um longo período de tempo, passou a ser enquadrada na caracterização de doença crónica (Ferreira, Dupas, Costa, & Sanchez, 2010).

Em Portugal, o cancro constitui a segunda causa de morte (23,9%), posicionando-se a seguir às doenças do aparelho circulatório (30,4%) (Instituto Nacional de Estatística – INE, 2014). Analisando as taxas de mortalidade por doença oncológica, o cancro da traqueia brônquios e pulmão surge em segundo lugar (Direção-Geral de Saúde – DGS, 2013).

Constituindo uma das doenças do presente e seguramente do futuro, a patologia oncológica carece obviamente de uma perspetiva clínica multidisciplinar enquadrada numa “abordagem política e social concertada, que se estende para além dos muros das estruturas de saúde” (DGS, 2013, p.5). Assim, é indiscutível a sua pertinência no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2012-2016 (DGS, 2012a), sendo atualmente definida como uma área prioritária de intervenção (juntamente com outras sete áreas), onde são desenhadas algumas intervenções que poderão no futuro constituir ganhos em saúde. As mesmas são realçadas através das recomendações programáticas do Programa Nacional para as Doenças Oncológicas – PNDO (DGS, 2012b) que apontam as medidas de prevenção primária (como a diminuição à exposição ao tabagismo) e secundária (diagnóstico precoce em rastreios de base populacional de preferência) como estratégias de redução de mortes evitáveis.

Paralelamente, os cuidados paliativos (CP) assumem uma importância cada vez mais premente, emergindo de um contexto onde muitas vezes a cura não é possível e a inevitabilidade de morte se aproxima. O Programa Nacional de Cuidados Paliativos – PNCP (DGS, 2010), interpreta os números relativos à mortalidade anual referente ao cancro e afere que cerca de 180000 pessoas portadoras de patologia oncológica necessitam de cuidados paliativos.

No entanto, e apesar destes se encontrarem atualmente legislados pela Lei de Bases dos CP (Lei nº 52/2012, de 5 de setembro, p.5119), tem-se verificado uma evolução marcada por um ritmo lento, quando comparado com outros países da Europa. Capelas (2009), num estudo do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, utilizando os dados demográficos portugueses do ano de 2007 constatou que, em matéria de organização de serviços de CP operacionalizada pelo número de equipas específicas existentes, e com base nas necessidades da população nacional, a situação encontra-se deficitária. Em consequência, uma considerável percentagem de pessoas doentes, com necessidades de CP, continua a ser internada e a morrer nos hospitais direcionados para situações de agudizações de doenças.

Ao desenvolver a minha atividade profissional num Serviço de Oncologia Pneumológica (SOP) há 9 anos, tive a oportunidade de contactar com uma grande diversidade de pessoas com doença pulmonar oncológica. Verifiquei, no decorrer da minha experiência profissional, que os cuidados prestados no SOP abrangem as várias fases da patologia, sendo comum acompanhar a pessoa doente e família ao longo da trajetória da sua doença, desde o momento do diagnóstico até à morte. Constatei ainda que existe um elevado número de pessoas internadas em fim de vida, e que morrem no serviço onde desempenham funções. Destinado a situações de agudização da doença pulmonar oncológica, o SOP assume uma perspectiva do cuidar predominantemente curativa, interferindo por vezes com os cuidados às pessoas doentes na fase final das suas vidas e respetivas famílias, que devem incidir sobre a garantia da dignidade, conforto e bem-estar total. Perante a confrontação constante com esta realidade durante todo o meu percurso profissional, considero que aceitar com naturalidade a inevitabilidade da morte foi um marco importante para o meu desenvolvimento. Contudo, persistiu sempre em mim, uma grande dificuldade em adotar estratégias eficientes para intervir junto da pessoa doente em fim de vida, especialmente na fase agónica, e da sua família, por forma a garantir o máximo conforto possível. Esta inquietação, que interpreto como défice de conhecimentos e competências nesta

área, em última análise, era também partilhada pelos meus pares, que por diversas vezes, em prática reflexiva, verbalizavam as suas preocupações relacionadas à temática.

Finalmente, estas premissas, aliadas a uma forte motivação pessoal de origem familiar, constituíram definitivamente o mote para desenvolver o meu estudo nesta área tão específica. Neste contexto surgiu o meu projeto de estágio, tendo-me proposto a desenvolver conhecimentos e competências relacionadas com ações paliativas, que permitissem responder à questão: **“Que intervenções de enfermagem podem ser implementadas pelos enfermeiros de um serviço de internamento de oncologia pneumológica, com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família?”**

É um facto que a complexidade das questões relacionadas com o final de vida e particularmente com a morte tem potenciado alterações significativas na forma como a sociedade encara este fenómeno. Por um lado, temos as incontornáveis questões estruturais como por exemplo as novas condições habitacionais e de vida, a família nuclear reduzida, o afastamento geográfico da mesma e o isolamento (Sapeta, 2011). Por outro lado, temos a forma como se interpreta a morte. Sendo simultaneamente próxima e distante (Pacheco, 2004) tem suscitado uma série de interrogações cuja resposta recorre frequentemente aos

“costumes, crenças, práticas, superstições e religiões, numa procura de respostas pela sua inevitabilidade, mas que ajudam o homem a suavizar a ideia que tem dela, levando-o a acreditar em algo que o transcende, e que, simultaneamente, o ajuda a suavizar os seus receios” (Frias, 2013, p.3)

Em consequência, o local da morte passou de casa para o hospital, passando do domínio dos familiares para o dos profissionais de saúde (Macedo, 2011). Tratando-se de estruturas mais direccionadas para a cura, que descuidam por vezes o relacionamento humano (Frias, 2008), os hospitais tendem a funcionar como “oficina de tratamentos ao invés de um local de acolhimento” (Barbosa, 2003). Nestes, existindo uma maior preparação e motivação dos profissionais de saúde para o tratamento da doença e evicção da morte (Pacheco, 2004), viabilizam o encarniçamento terapêutico ainda como realidade, pois as pessoas doentes em fim de vida recebem o mesmo tipo de cuidados que as pessoas com patologias curáveis (Moreira, 2006).

A equação destas premissas em análise direciona-nos para a prática de cuidados centrada na doença por parte dos profissionais de saúde, nos quais os enfermeiros se incluem, tendo impacto direto no cuidar das pessoas que se encontram na última fase de vida, e efeito na capacidade em ajudar a pessoa doente a morrer com dignidade. Numa revisão da literatura, Frias (2008) demonstra que os enfermeiros apresentam défice de preparação para assistir, entender e ajudar as pessoas no processo de morrer. A mesma autora evidencia a dificuldade no processo de interação entre a pessoa em fim de vida e o enfermeiro, afirmando que a morte despoleta medo, ansiedade e frustração nestes profissionais, o que dificulta a satisfação adequada das necessidades da pessoa doente. Refere também que a maioria dos enfermeiros parece optar pela execução de cuidados técnicos como meio facilitador de interação. Enumerando ainda as necessidades das pessoas doentes – físicas, sociais, emocionais, espirituais e existenciais – aborda que os cuidados devem ser desenvolvidos na perspetiva de “cuidar com”, que definiu como “adequar inevitavelmente com o outro” (Frias, 2008, p. 65), inferindo que a competência técnica do cuidar, embora necessária, é insuficiente para preencher este conceito. No entanto, apesar desta realidade, têm-se verificado esforços crescentes de demarcação deste modelo de atuação (Frias, 2013).

Assumindo que só podemos ajudar as pessoas a satisfazer as suas necessidades se nós próprios vivenciarmos sentimentos de adequação e bem-estar é fundamental desenvolver competências relacionais, no sentido de que o “cuidado conduza a pessoa em fim de vida a compreender-se a si própria, a favorecer-lhe a escolha nos cuidados, controlo e autodeterminação na forma como vive a sua situação e a preservar a sua dignidade” (Frias, 2013, p. 38). Pretende-se assim que o impacto causado pelo internamento hospitalar seja minimizado, melhorando o acompanhamento, promovendo o conforto e preservando a autonomia e dignidade humana.

Paralelamente, é fundamental considerar a família como parte integrante dos nossos cuidados, reconhecendo que a doença oncológica e a proximidade da morte originam alterações profundas no seio familiar, que implicam alterações dos papéis desempenhados, para os quais podem não estar preparados. Neste seguimento, cuidar da pessoa doente implica também cuidar da família, como sujeitos dos cuidados em simultâneo (Moreira, 2006). Ao longo deste trabalho, quando mobilizar o termo família, pretendo referir-me “à unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2011).

Cada família é única. Cuidar de uma pessoa em fim de vida pode constituir-se como um período de crescimento e preparação partilhados – pelo espaço favorecedor de afetividade, troca de emoções, conforto e familiaridade do ambiente, – ou como um período de derrota e destruição mútua – pela confrontação com a sua própria morte, que resulta em emoções de tristeza e angústia (Correia & Torres, 2011; Ferreira, Souza, & Stuchi, 2008; Moreira, 2006). Daqui resulta que, muitas vezes, as famílias enfrentam a desmoralização, o desamparo e a perda de sentido, podendo-se deparar ainda com a sobrecarga, o isolamento, a insegurança e as questões incontornáveis do cuidar. A evidência demonstra ainda que a família, na maioria das situações, não está preparada para acompanhar a pessoa no domicílio, principalmente se este se encontrar em fase terminal, sendo a hospitalização a solução encontrada e à qual recorrem com grande facilidade (Ferreira, Souza, & Stuchi, 2008). Quando se introduz a problemática inerente à pessoa em fase agónica, estas questões assumem outras proporções. Parte da resposta àquela reside no suporte a estas famílias. Aliás, o processo de apoio e informação é uma estratégia fundamental, que tem impacto na redução da incerteza, e que contribui de alguma forma para um sentimento de bem-estar, apesar da realidade com que se defrontam (Moreira, 2006). Por isso, para que a nossa ação seja direcionada da forma mais eficiente e eficaz é essencial a compreensão e a avaliação adequada das necessidades de cada pessoa doente e respetiva família (que são muito próprias e específicas).

É por esta reunião de pressupostos aqui explanada que considero que a implementação de intervenções de enfermagem promotoras de conforto no serviço onde desempenho funções será um contributo gerador de mais-valias, no âmbito da melhoria dos cuidados prestados à pessoa portadora de doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família.

Este relatório descreve de forma crítica as experiências de aprendizagem e competências desenvolvidas nomeadamente ao longo do terceiro semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, opção Enfermagem Oncológica, tendo como objetivos:

- Descrever o contributo que os ensinamentos clínicos tiveram para a aquisição e desenvolvimento de competências nesta área de especialização no contexto do meu desenvolvimento pessoal e profissional;
- Demonstrar a capacidade de refletir sobre as experiências de aprendizagem realizadas;

- Evidenciar as implicações para a prática da minha intervenção na equipa de enfermagem como elemento de referência e dinamizador na prestação de cuidados de qualidade à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família.

Cuidar de pessoas doentes em fim de vida no geral, e com doença pulmonar oncológica em fase agónica e suas famílias em particular, implica uma experiência e maturidade pessoal e profissional, que só se adquirem com o contacto repetido e discussão/reflexão sobre situações vividas ou relatadas. Desta forma, o meu ponto de partida foi a certeza de que, para agir como perita nesta área, além do contexto teórico que apreendi no decorrer das sessões letivas, seria indispensável a experiência.

Paralelamente ao descrever, analisar e refletir ao longo do meu percurso na área do cuidar da pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família, pretendo evidenciar uma prática de cuidados contextualizada e fundamentada, recorrendo aos princípios inerentes à **filosofia e princípios dos CP**, e aplicando a **Teoria do Conforto de Kolkaba** e a **filosofia de Patricia Benner**. Fundamento de seguida as minhas escolhas, considerando que constituem um contributo essencial para o meu desenvolvimento pessoal e profissional e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados às pessoas doentes em fase agónica e sua família no serviço onde exerço funções.

**1.** Os CP porque a sua filosofia e princípios inerentes têm por base as necessidades da pessoa doente e não o diagnóstico ou o prognóstico (DGS, 2010). Desta forma é possível dignificar até ao fim de vida a pessoa doente e sua família, aliviando o sofrimento total, promovendo o bem-estar, a melhor qualidade de vida possível e o conforto. Não constituindo o SOP um serviço especializado em cuidados paliativos, importa desenvolver conhecimentos e competências relacionadas com ações paliativas, de forma a responder às necessidades cada vez mais frequentes já referidas anteriormente.

**2.** Kolcaba (2003), na sua teoria, engloba as intervenções implementadas para aumentar o estado de conforto e a avaliação dos resultados das mesmas. Na referida teoria, o conforto é interpretado como uma experiência imediata e holística, atingido pela satisfação das necessidades relativas ao alívio, tranquilidade e transcendência, desenvolvido nos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 2003). O conforto é certamente um

elemento essencial para a prática de enfermagem. Quando se trata de uma doença oncológica, o sentimento de ameaça, de perda de finitude, de incerteza, medo, ansiedade e angústia estão muito presentes, sendo a falta de conforto e o sofrimento, estados predominantes (Apóstolo, Batista, Macedo, & Pereira, 2006). Neste contexto, a pessoa doente, particularizando aqui a pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família, necessita de apoio da equipa de saúde, na qual a enfermagem se inclui, com o objectivo de cuidar, aliviando o sofrimento e promovendo estados de conforto quer assegurando um razoável controlo dos sintomas, quer abordando corretamente os outros aspetos que podem concorrer para o sofrimento dos doentes e familiares (Neto, 2010b).

**3.** Toda a atuação no domínio da enfermagem relaciona-se de forma direta com a forma como nos posicionamos perante o cuidar, como o conhecemos e conceptualizamos. Benner (2005), através do modelo de *Dreyfus* de aquisição de competências aplicado à enfermagem, descreve cinco níveis sucessivos de proficiência que constituem o reflexo da mudança que se introduz aquando da aquisição e desenvolvimento de uma competência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Estas categorias traduzem-se em mudanças no desempenho, caracterizando-se por uma transformação progressiva, um salto qualitativo do nível de desempenho competente de iniciado até perito (Benner, 2005). Operacionalizando, de acordo com a autora, o conhecimento teórico funciona como linha orientadora para os enfermeiros, permitindo-lhes colocar as questões certas. A experiência potencia a aquisição de bases sólidas, que possibilitam a interpretação de novas situações e, conseqüentemente, o aperfeiçoamento da sua performance profissional futura. Este ponto de vista é ainda partilhado pela *European Oncology Nursing Society* (EONS) (2005), que assume que a diversidade de experiências pode contribuir para o desenvolvimento da enfermagem oncológica. Finalmente, baseando-me nos pressupostos de Benner, posicionei-me no nível de competente na fase de projeto, dada a minha experiência profissional e formação pessoal e académica. Necessitava assim de desenvolver competências na área do cuidar da pessoa doente com patologia pulmonar oncológica em fase agónica e sua família, por forma a melhorar a minha atuação profissional. Nesta sequência, para o final desta unidade curricular, propus-me a atingir o estado de proficiente ou perita, de acordo com as experiências que os ensinamentos clínicos me proporcionassem.

No Regulamento das Competências do Enfermeiro Especialista pode-se ler:

“Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção. (...) o conjunto de competências clínicas especializadas, decorre do aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p. 2)

O desenvolvimento de competências específicas para uma área particular de respostas humanas é o objetivo da Ordem dos Enfermeiros (OE), previsto no novo Modelo de Desenvolvimento Profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2009). Acresce assim à anterior definição de enfermeiro especialista o ser detentor de:

“(...) um conhecimento aprofundado num domínio específico de Enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstre níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2009, p.10)

Assim, partindo da conjugação destas premissas se atinge o título de enfermeiro especialista. Obter competências especializadas na área do cuidar da pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família é fundamental. Para tal, urge a necessidade de adquirir competências clínicas especializadas, tendo sempre como linha basal as competências comuns para o enfermeiro especialista que dizem respeito aos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; da melhoria contínua da qualidade; da gestão dos cuidados e aprendizagens profissionais (Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011).

Tendo como linha de orientação o plano de estudos do 2º ciclo de estudos da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), o sistema de individualização das especialidades clínicas de enfermagem da OE (2009) e o currículo de EO da EONS (2005), e como finalidade a otimização dos cuidados prestados à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família, proponho-me a desenvolver competências que me permitam ser uma profissional que:

- Presta cuidados de enfermagem especializados à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família, segundo os pressupostos e filosofia dos CP e mobilizando a Teoria de Conforto de Kolkaba;

- Age como dinamizadora junto da equipa de enfermagem, no sentido de implementar ações paliativas à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família;
- Mobiliza os recursos existentes na instituição onde exerce funções no sentido de maximizar as respostas às necessidades da pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família.

Para atingir as supracitadas competências foram selecionados como locais para a realização de ensinios clínicos um serviço de cuidados paliativos (SCP) de um hospital de especialidade na área do Porto, uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP) e um SOP, ambos de um centro hospitalar em Lisboa. A escolha do SCP prendeu-se com o facto de ser uma unidade específica onde procuraria aprofundar conhecimentos sobre a filosofia dos cuidados paliativos e adquirir competências na área do cuidar a pessoa com doença pulmonar oncológica em fim de vida nomeadamente na fase agónica e sua família. O objetivo seria mobilizar todo o conhecimento e competências adquiridas para o meu contexto de trabalho, traduzindo-se numa melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Selecionei uma EIHSCP do mesmo centro hospitalar do SOP porque pensei ser importante conhecer melhor os recursos disponíveis na instituição. Como funciona? Como se articula com os serviços? Que atividades desenvolvem? Como contribuem para o conforto e bem-estar das pessoas doentes em fase agónica e sua família? Estas foram algumas das questões que contribuíram para a escolha deste local. A comunicação seria definitivamente uma competência a desenvolver, quer entre profissionais, quer entre pessoa doente e/ou família. Por fim, o ensino clínico em contexto de trabalho, no SOP, no qual a intenção seria mobilizar todos os conhecimentos adquiridos nos outros locais, promovendo a sensibilização da equipa de enfermagem para a problemática do cuidar da pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família, através do desenvolvimento de estratégias específicas para “cuidar com” e da implementação de ações paliativas. As referidas atividades tiveram lugar de 30 de Setembro de 2013 a 14 de Fevereiro de 2014, perfazendo um total de 500 horas em ensinios clínicos.

Delineei assim como **objetivo geral** para a elaboração deste percurso: desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais para prestar cuidados de enfermagem de qualidade à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família pela promoção de conforto.

Sendo os **objetivos específicos**:

- Integrar a equipa do SCP e da EIHSCP nas atividades desenvolvidas relativas à prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família;
- Identificar as necessidades da pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica, integrando conhecimentos avançados para a adoção de medidas promotoras de conforto;
- Interagir com a família da pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica de forma a detetar as necessidades alteradas, desenvolvendo estratégias para uma melhor adaptação a esta fase e para a preparação do luto;
- Identificar as necessidades da equipa de enfermagem do SOP relativamente à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família;
- Implementar estratégias que promovam a capacidade de resposta da equipa de enfermagem do SOP no que diz respeito ao cuidar da pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família.

No sentido de conduzir o leitor ao longo deste documento, importa fazer uma breve introdução dos conteúdos abordados através dos seus capítulos. Assim, no presente capítulo já percorrido, foi evidenciada e contextualizada a problemática, o quadro referencial, as competências e os objetivos gerais e específicos que pretendo atingir. O segundo capítulo, “Quadro Concetual”, corresponde ao enquadramento teórico que considere pertinente para dar suporte e forma a esta problemática, que se encontra organizado em subcapítulos. De seguida pode encontrar-se o terceiro capítulo com a análise reflexiva e fundamentada no caminho percorrido. Neste será demonstrada a metodologia utilizada, bem como as atividades desenvolvidas em cada ensino clínico para atingir os objetivos propostos, utilizando como recurso de sustentação a prática baseada na evidência. No quarto capítulo serão abordadas as implicações para a prática que este percurso me proporcionou e serão ainda identificadas ações futuras, em momentos posteriores à elaboração deste documento. Finalmente no último capítulo, a conclusão, o leitor será conduzido através de uma visão geral sobre o que atingi neste percurso, até aos ganhos que refletem a melhoria da minha prestação de cuidados à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família. Serão também enumeradas e identificadas as fontes bibliográficas que foram essenciais como base de suporte para a minha aprendizagem e

elaboração do presente documento, bem como os anexos e apêndices das atividades desenvolvidas.

## **1. QUADRO CONCEPTUAL**

Com o desígnio de sustentar a problemática identificada no capítulo anterior, foi essencial realizar uma pesquisa aprofundada e atualizada da literatura, que se revelou fundamental para suportar todo o percurso dos ensinamentos clínicos.

Este capítulo está organizado por subcapítulos para permitir ao leitor a simplificação no acesso aos temas abordados, facilitando, em última análise, a sua leitura. Identificam-se de seguida, as áreas neste capítulo desenvolvidas: 1. Cuidados paliativos, dividido em dois subcapítulos, onde se fará referência à realidade dos cuidados paliativos (emergência, contextualização da sua situação na atualidade, medidas políticas mobilizadas e conteúdos programáticos existentes) e à filosofia e princípios dos cuidados paliativos (definição de CP, princípios pelos quais se regem, os seus componentes e as áreas centrais de intervenção); 2- A pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica, subdividido em quatro capítulos nos quais se abordará a doença pulmonar oncológica; a pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família; cuidar da pessoa em fase agónica e sua família; e papel do enfermeiro com os contributos dos CP e Kolkaba onde se evidencia o papel fulcral do enfermeiro no cuidar da pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família, enfatizando a pertinência da implementação de ações paliativas promotoras de conforto.

### **1.1. Cuidados paliativos**

#### **1.1.1. Realidade dos cuidados paliativos**

Como já foi referido no início do presente documento, o aumento da esperança média de vida e das doenças crónicas, encontraram impacto profundo não só no seio da estrutura familiar, mas também nos sistemas de saúde destinados a essas pessoas, com necessidade em proceder à sua organização e de alterar o paradigma do cuidar (Direção-Geral da Saúde, 2010). Paralelamente, o desenvolvimento científico e técnico de meios mais sofisticados para encontrar a cura de muitas patologias foram fios condutores para um paradigma de negação da morte e atitudes de

despersonalização de uma etapa naturalmente incluída no ciclo vital de todos os seres humanos. O resultado foi a inevitável desvalorização de determinadas intervenções, cuja implementação, ainda que desprovida de propósito curativo, permitisse uma morte serena, digna de respeito e qualidade que lhe é devida.

O contexto acima descrito foi o mote propulsor de mudanças importantes nesta área. Assim, os CP emergiram da necessidade verificada pelos profissionais de saúde em continuar a prestar cuidados adequados às pessoas com doenças reconhecidas como incuráveis durante e até ao fim das suas vidas (Pacheco, 2004; Magalhães, 2009). Embora o objetivo desta fase não estivesse representado por intervenções direcionadas para a cura, muito haveria a fazer pelo bem-estar destas pessoas, nomeadamente o controlo de sintomas (Sousa, 2012).

Historicamente, o “movimento dos cuidados paliativos” remonta ao final do século XX, no final da década de 60, sendo iniciado por Cicely Saunders, como resposta preocupada relativamente a esta perspetiva de descaracterização da morte e de desumanização dos cuidados (Neto, 2010a). A autora fundou em 1967 o *Saint Christopher's Hospice* destinado a pessoas doentes em fase terminal, no qual a filosofia dos cuidados compreendia uma equipa de profissionais de diferentes formações e a integração do suporte das pessoas doentes/família em todo o processo. Este movimento estendeu-se ao Canadá, Estados Unidos e posteriormente à restante Europa. Atualmente, os CP estão dispersos por todo o mundo, mas em estádios de desenvolvimento diferentes entre si.

Analisando a situação de Portugal, verificamos o início dos CP, em organizações estruturadas com esse desígnio, numa fase posterior, já na década de 90 do século passado. As primeiras referências nacionais a unidades efetivas de cuidados paliativos reportam-se ao Instituto Português de Oncologia do Porto e no Hospital do Fundão (Rocafort, 2007; Marques et al., 2009).

Apesar disso, o seu desenvolvimento efetivo só ocorreu no período compreendido entre 2004 e 2006, no qual surgiram as primeiras iniciativas governamentais das quais resultaram os primeiros programas e políticas, direcionados e adaptados da literatura internacional. O PNS 2004-2010 admitia uma deficiente acessibilidade aos CP, devendo estes constituir uma área prioritária de atuação, com enfoque na intervenção, organização e formação. Neste contexto, o PNCP surgiu com o objetivo de fornecer uma resposta organizada à necessidade de tratar,

cuidar e apoiar as pessoas doentes na fase final das suas vidas. Os recursos disponíveis à altura em Portugal eram muito escassos, perfazendo em 2005, quatro unidades de internamento, três equipas comunitárias e duas equipas intra-hospitalares. Além disso, eram desprovidos de um modelo de organização homogéneo, sem instrumentos normalizados na sua gestão (UMCCI, 2010).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), criada em 2006, foi veículo facilitador para o aparecimento de unidades de cuidados continuados de saúde e/ou apoio social e de novas unidades e equipas de cuidados paliativos. Surgiu pela escassa resposta do SNS neste domínio, sendo um dos seus objetivos, “a prevenção de lacunas em serviços e equipamentos pela progressiva cobertura a nível nacional, das necessidades das pessoas em situação de dependência em matéria de (...) cuidados paliativos” (Decreto-Lei n.º101/2006, de 6 de junho, p.3858). No entanto, em matéria de CP, muito havia ainda a fazer.

Em 2010 o PNCP foi reformulado, perspetivando um melhor ajuste à realidade do sistema de saúde, sobretudo após o desenvolvimento dos primeiros serviços e equipas de cuidados paliativos e da criação da RNCCI, contemplando ainda as recomendações internacionais, nomeadamente da Associação Europeia de Cuidados Paliativos, pelo *White Paper* (European Association for Palliative Care, 2009, 2010). Resultou num programa que fornece orientações na implementação e desenvolvimento dos recursos tendo como linha de base a adaptação às características do país e a complexidade das pessoas doentes com necessidade de CP (DGS, 2010)

Ainda no âmbito do PNCP, foram também organizados e planeados os cuidados, de acordo com os níveis de diferenciação: ações paliativas, cuidados paliativos nível I, II e III. As **ações paliativas** assentam no nível básico de prestação de cuidados sem intervenção de recursos diferenciados, podendo ser efetuadas em internamento, ambulatório ou domicílio, por qualquer profissional de saúde; os **cuidados paliativos nível I**, diferenciados multidisciplinares que prestam cuidados diretos ou apoio técnico a outras equipas, são as designadas equipas de intra-hospitalares ou domiciliárias de suporte; quanto aos de **nível II**, são equipas multidisciplinares alargadas, na maioria com formação avançada e que prestam cuidados diretos 24 horas por dia e que podem ser estruturadas em unidades de internamento ou no domicílio; por fim, o **nível III**, é característico dos serviços altamente diferenciados e de referência na prestação de

cuidados de elevada complexidade, com planos de formação e investigação instituídos (Direção-Geral da Saúde, 2010)

Paralelamente foram ainda consideradas as seguintes tipologias de resposta de CP: Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP), Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP). A primeira caracteriza-se por ter um espaço próprio para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a pessoas com doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva, em situação complexa e de sofrimento, e suas famílias. A EIHSCP tem por finalidade prestar aconselhamento e consultadoria em CP aos serviços do hospital, podendo também prestar cuidados diretos, se úteis ou necessários. Finalmente a ECSCP tem como principal foco de intervenção o suporte de pessoas doentes e seus familiares que carecem de CP em ambulatório, que necessitam de apoio domiciliário. As suas funções estendem-se também à consultadoria técnica e formação em CP a outros profissionais nomeadamente às equipas de cuidados integrados e às unidades de cuidados continuados.

Acresce ainda ao anterior, revestindo grande importância, o contributo que as organizações não-governamentais e associações peritas neste domínio possam prestar (Direção-Geral da Saúde, 2010). A Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP), por exemplo, dinamiza os CP junto dos profissionais e da população em geral. Tendo como ponto de partida a especificidade, rigor técnico, necessidades e complexidade das pessoas doentes em CP esta elaborou orientações e recomendações para a organização de serviços com o intuito de garantir os requisitos mínimos e imprescindíveis ao funcionamento das equipas e serviços (ACPC, 2006b); formação das equipas interdisciplinares, com foco na dos enfermeiros (ACPC, 2006b), e define critérios de qualidade para unidade de cuidados paliativos (APCP, 2006c).

Mais recentemente, em 2012, foi criada a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei nº52/2012 de 5 de setembro), que consagra o direito e regula o acesso dos cidadãos aos CP, define a responsabilidade do Estado em matéria de CP e cria a Rede Nacional de Cuidados Paliativos. Esta rede mantém os princípios, estrutura e estratégias preconizados pelo PNCP e, tal como em relação à RNCCI, cabe ao Ministério da Saúde a responsabilidade do seu funcionamento e financiamento. Previa-se sua entrada em vigor com o Orçamento de Estado de 2013 (Lei n.º

66-B/2012, de 31 de dezembro), mas como não foi contemplada pelo referido orçamento, esta rede ainda não se encontra em funcionamento.

### 1.1.2. Filosofia e princípios dos cuidados paliativos

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, os CP constituem uma prioridade da política de saúde. Esta, definiu-os como cuidados que visam melhorar a qualidade de vida das pessoas doentes e suas famílias que defrontam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, da preparação e gestão do fim de vida e do apoio no luto, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos mas também psicossociais e espirituais (WHO, 2002). São “cuidados ativos e totais” (Twycross, 2003, p. 16) e também “cuidados intensivos de conforto” (DGS, 2010, p. 7), implicando uma atuação multidisciplinar, com impacto multidimensional, cuja tomada de decisão se rege pelos princípios inerentes à ética clínica (Neto, 2010a).

Do alinhamento das definições, que se complementam, podemos retirar diversos contributos, tal é a complexidade desta temática. Os CP dirigem-se às pessoas portadoras de doenças crónicas, que não têm resposta à terapêutica de intuito curativo e com prognóstico de vida limitado (DGS, 2010). Tratam-se de cuidados estruturados e organizados, prestados por equipas multidisciplinares, que se orientam por princípios e que têm como base as necessidades e não apenas o diagnóstico ou o prognóstico (DGS, 2010). Denominam-se ativos na medida em que constituem uma forma de cuidar, tratar e apoiar em nome do conforto da pessoa doente. Designam-se totais porque comportam muito mais do que o alívio de sintomas físicos, procurando integrar os aspetos físicos, psicológicos e espirituais do tratamento (Twycross, 2003), perspetivando a pessoa como uma unidade bio-psico-socio-cultural e espiritual. A família é simultaneamente prestadora e recetora de cuidados, pelo que deve ser incluída no plano de cuidados (Neto, 2010b), quer durante o processo de doença, quer no luto. Destacam-se, entre as suas necessidades, o apoio, a informação e a educação (DGS, 2010).

Como já foi referido, os CP assentam em princípios fundamentais que nos remetem para: a) afirmação da vida e do valor intrínseco de cada pessoa, considerando a morte como processo

natural que não deve ser prolongado através de obstinação terapêutica; b) aumento da qualidade de vida do doente e sua família; c) prestação individualizada, humanizada, tecnicamente rigorosa, de cuidados paliativos aos doentes que necessitem deste tipo de cuidados; d) multidisciplinaridade e interdisciplinaridade na prestação de cuidados paliativos; e) conhecimento diferenciado da dor e dos demais sintomas; f) consideração pelas necessidades individuais dos pacientes; g) respeito pelos valores, crenças e práticas pessoais, culturais e religiosas; h) continuidade de cuidados ao longo da doença (Lei nº52/2012 de 5 de setembro).

Em combinação, é ainda pertinente a análise e compreensão dos CP, enquanto intervenção especializada e filosofia de atuação, paralela aos diversos campos do cuidar. São contempladas quatro áreas fundamentais e centrais, que devem ser vistas como vertentes de igual importância entre si, nas quais nenhuma deve ser subvalorizada, sob pena de originar o insucesso das intervenções criadas para aliviar o sofrimento destas pessoas (Neto, 2010a). Assim, os referidos quatro pilares assentam em:

**1. Controlo sintomático** – Sobre este ponto é fundamental referir que, mais do que a dor, abrange o universo dos sintomas da pessoa doente que possam estar descontrolados. Destacam-se como sintomas mais frequentes de um conjunto extenso possível em CP, de acordo com Sapeta & Lopes (2008), a dor, a dispneia, as náuseas e vômitos, a agitação e a confusão mental. É fundamental a utilização de estratégias eficazes para a correta identificação das necessidades da pessoa doente e consequente atuação neste âmbito, que se traduz em medidas farmacológicas e não farmacológicas, tendo como base as medidas gerais de conforto. Twycross (2003) resumiu esta abordagem enunciando cinco categorias: Avaliação, para diagnosticar corretamente cada um dos sintomas da pessoa doente; Explicação dos mecanismos subjacentes aos sintomas, facilitando assim a melhor compreensão dos tratamentos a realizar; Controlo, com o tratamento individualizado perante a sintomatologia apresentada; Observação, através da monitorização contínua do impacto do tratamento aplicado; Atenção aos pormenores, que deve estar presente em todas as categorias anteriormente referidas, sendo igualmente pertinente nas relações com os aspetos não físicos dos cuidados.

**2. Comunicação adequada** – A essência dos CP é a aliança entre a equipa de cuidados, a pessoa doente e a sua família. A comunicação surge como elemento fulcral, operacionalizando-se como “cimento que une todos os cuidados prestados pela equipa multi(interdisciplinar), a

qual está unida na mesma missão” (Sapeta, 2011, p. 75). A sua utilização deve ser interpretada como estratégia terapêutica de intervenção básica, implicando que os profissionais assumam competências nesta área, para que pessoa doente e família sintam segurança adotando um papel ativo ao longo do processo de doença.

**3. Apoio à família** – É irrefutável a noção em CP de que a família incorpora a unidade recetora de cuidados juntamente com a pessoa doente. A família que tem um papel fundamental no apoio ao seu familiar doente, sofre também o impacto dessa doença (Neto, 2010a). E se por um lado uma família angustiada e insegura aumenta as possibilidades da pessoa doente ter os mesmos sentimentos, por outro, se estiver satisfeita poderá transmitir emoções positivas (Pacheco, 2004; Twycross, 2003). Partindo destas premissas, associando as ideias já apresentadas no capítulo anterior, é indiscutível a necessidade da família ser incluída no plano de cuidados traçado no sentido de que ela própria receba apoio quer no decorrer da doença, quer no processo de luto.

**4. Trabalho em equipa** – Trabalhar em equipa implica que todos os profissionais envolvidos nos cuidados se centrem numa mesma missão e objetivos (Sapeta, 2011). Requer formação implicando uma aprendizagem com acréscimo de cada um dos elementos que compõem a equipa, como contributo.

Assim, construo uma súpula sobre os CP, com as ideias que considero essenciais: constituem um direito de e para todos os que deles necessitem; promovem o respeito pela vida humana e o alívio do sofrimento como valores interdependentes e fundamentais, centrando na dignidade humana e aceitando a morte como um processo natural; pretendem melhorar a qualidade de vida das pessoas doentes, procurando ajudar a viver tão ativamente quanto possível; requerem por isso, formação específica por parte dos profissionais, num ambiente onde a intervenção multidisciplinar é a palavra de ordem (Neto, 2010a; DGS, 2010; Sapeta, 2011; Twycross, 2003).

## **1.2. A pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família**

### **1.2.1. A doença pulmonar oncológica**

O tabagismo constitui o principal fator de risco para o desenvolvimento de doença pulmonar oncológica, correspondendo a cerca de 78%-90% dos casos diagnosticados (Carvalho, 2008).

Existe, da mesma forma, uma forte relação do referido risco com o tempo de duração em anos do tabagismo e a idade de início desse hábito e, em menor proporção, com a quantidade de tabaco fumada por dia, tipo de tabaco e padrões de inalação (Moreira, 2009). A DGS (2009), no documento onde emite as recomendações nacionais para o diagnóstico e tratamento do cancro do pulmão, acrescenta também que, dentro da população que deixa de fumar, o risco de cancro começa a diminuir imediatamente, mas só após vinte anos sem hábitos de consumo tabágico é que existe uma aproximação ao grupo dos não fumadores. Por outro lado, subsiste ainda a evidência das pessoas que nunca fumaram mas que desenvolveram a doença. O tabagismo passivo constitui assim um fator de risco com importância crescente (Direção-Geral da Saúde, 2009).

Para além dos supracitados existem ainda outros fatores de risco: exposição ocupacional a agentes carcinogénicos como asbestos, radão, arsénio, crómio e níquel (Direção-Geral da Saúde, 2009); predisposição genética; fatores ligados ao género; fatores relacionados com a dieta alimentar (alimentação pobre em frutos e vegetais e rica em gorduras); estados de imunodepressão e antecedentes de cancro relacionados com o tabaco (Alves & Silva, 2008).

O termo cancro do pulmão é usado para definir os tumores com origem no epitélio respiratório: brônquios, bronquíolos e alvéolos. Classifica-se em dois grandes grupos, o carcinoma do pulmão de pequenas células (CPPC) e o carcinoma do pulmão não pequenas células (CPNPC). Este último referido subdivide-se em três subtipos histológicos principais que são o adenocarcinoma, carcinoma epidermóide e carcinoma de grandes células (Moreira, 2009).

O CPNPC constitui o grupo histológico mais frequente, com uma prevalência estimada de 80%, representando o adenocarcinoma o subtipo histológico mais frequente com uma frequência estimada de 40% (Moreira, 2009; Carvalho, 2008; Alves & Silva, 2008). O CPPC é clinicamente mais agressivo, implicando um pior prognóstico (Moreira, 2009).

O diagnóstico é normalmente tardio, o que se repercute diretamente no prognóstico. Em concordância com esta afirmação estão alguns factos: estima-se que quando o cancro do pulmão é detetado por meios complementares de diagnóstico radiográficos, este já se situa no quarto final da sua história natural (Alves & Silva, 2008); paralelamente, a sintomatologia relacionada com esta patologia surge normalmente já quando a pessoa se encontra numa fase avançada da história natural da doença, sendo a clínica, na maioria das vezes, resultante de sintomas

sistêmicos inespecíficos ou correlacionados com a presença de metástases do tumor (Carvalho, 2008).

Pode-se afirmar que a maioria das pessoas portadoras de patologia pulmonar oncológica morrerá da sua doença. A corroborar esta premissa está associada a evidência de que a sobrevivência para todos os estádios permanece inferior a 15% aos cinco anos (Teixeira, 2009; Alves & Silva, 2008; Grivauxa, et al., 2011).

Perante os pressupostos aqui mencionados, nos quais se destacam a forte evidência relacionada com a baixa taxa de sobrevivência aliada à rápida evolução da doença, é inegável o valor e a importância que os CP assumem neste enquadramento. Mas a essência do assunto aqui retratado não se prende apenas com o viver ou o morrer. É mais abrangente partindo do princípio de que a pessoa portadora de cancro do pulmão frequentemente vê associados sintomas desconfortáveis, sendo fundamental o seu alívio. Em última análise, independentemente do estadio da doença, os cuidados devem ser planeados respeitando as bases de uma intervenção multidisciplinar, para que todas as dimensões da pessoa doente sejam integradas.

É importante ainda salientar a relação entre os CP e os cuidados curativos. Ambos podem e devem coexistir desde o início do processo da doença, num modelo de atuação cooperativo com intervenção nas crises sendo que, “à medida que as necessidades dos doentes e a doença evoluem, também o peso intervencional de cada um se altera” (Capelas & Neto, 2010, p. 789). Na fase final de vida da pessoa com doença oncológica respiratória, especificamente na fase agónica, espera-se que toda e qualquer intervenção tenha por base as necessidades e sofrimento da pessoa doente e sua família (e não apenas o diagnóstico ou prognóstico). E esta deve remeter assim irremediavelmente para os cuidados paliativos.

### 1.2.2. A pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família

A ausência de resposta aos tratamentos com objetivo curativo encontram impacto efetivo no estado de saúde da pessoa doente, determinando a progressão da doença e o agravamento gradual, até se chegar a uma situação de marcada deterioração geral (Neto, 2010b). Os últimos dias de vida da pessoa doente requerem uma atenção especial, sendo uma etapa onde surgem

necessidades e grande sofrimento (Ayestarán, et al., 2008). Esse período que compõe os últimos dias ou horas de vida é conhecido por agonia, embora na literatura internacional, também seja designada por *last days and hours of life*.

A fase agónica – última fase de vida – decorre de uma evolução gradual e natural, caracterizando-se por mudanças clínicas, fisiológicas, ou pelo aparecimento de novos sintomas e agravamento dos já existentes (Neto, 2010b). Cada pessoa é única. Desta forma esta fase será vivenciada de forma diferente, com características fisiológicas diferentes, que decorrem não só da patologia oncológica de base, como de outras alterações decorrentes, nomeadamente da presença de metástases, por exemplo.

Existe, no entanto, um conjunto específico de características fisiológicas que permitem definir a fase agónica. Assim, é indubitavelmente essencial, em primeira instância, que os profissionais de saúde demonstrem competências na identificação dos sinais clínicos de agonia, no contexto da doença avançada, progressiva e terminal. Este ponto é de crucial importância na medida em que o não reconhecimento, ou a incorreta identificação desta fase, poderá encontrar impacto na incapacidade em adequar os cuidados às verdadeiras necessidades da pessoa doente, com o risco acrescido de enveredar por medidas de obstinação terapêutica e não preparar devidamente a família para o momento da morte (Neto, 2010b).

De acordo com Ayestarán, et al. (2008), existe um conjunto de características fisiológicas comuns que permitem definir a fase agónica como sendo o aumento da sensação de cansaço, debilidade física e sonolência; a redução do interesse em levantar-se da cama ou receber visitas; a redução do interesse pelo que acontece à sua volta; e confusão/desorientação, ocasionalmente acompanhada de angústia e agitação.

Estas características são corroboradas por Neto (2010b), que acrescenta:

- Oscilação do nível de consciência;
- Dificuldade progressiva na ingestão e deglutição; desinteresse pelos alimentos (sólidos e líquidos);
- Falência de múltiplos órgãos, falência do controlo de esfíncteres e alterações da temperatura corporal e da coloração da pele (livores e cianose);
- Evidência e/ou percepção emocional da realidade da proximidade da morte;

- Sintomas físicos variáveis de acordo com a patologia de base, sendo as alterações respiratórias (dispneia e estertor) e o *delirium* as mais relevantes; destacando-se ainda a dor, náuseas e vômitos.

A dispneia constitui uma sensação subjetiva de desconforto respiratório, sendo a sua etiologia habitualmente multifatorial, podendo induzir outras respostas de nível fisiológico ou comportamental (Gonçalves, Nunes, & Sapeta, 2012). O objetivo do tratamento consiste em diminuir a percepção da dificuldade respiratória por parte da pessoa doente, através da diminuição da frequência respiratória (Neto, 2010b). As medidas não farmacológicas são fundamentais e devem acompanhar sempre as farmacológicas. É importante que a pessoa doente permaneça com a cabeceira elevada a 45°, em ambiente em arejado, podendo ser útil o recurso a um leque ou ventoinha direcionada à face ou a uma janela aberta, de forma a que seja criada uma corrente de ar, reduzindo a sensação de falta de ar provavelmente pela estimulação no nervo trigêmeo. (Freeman, 2013; Gonçalves, Nunes & Sapeta, 2012; Neto, 2010b). Existem ainda outras estratégias não farmacológicas documentadas, como as técnicas de relaxamento, o apoio psicossocial o treino respiratório, a acupuntura e a estimulação elétrica neuromuscular (Gonçalves, Nunes, & Sapeta, 2012). Relativamente às medidas farmacológicas, a morfina é o medicamento de eleição para a diminuição da frequência respiratória e o esforço ventilatório. Podem ainda administrar-se benzodiazepinas e oxigenioterapia. (Freeman, 2013; Gonçalves, Nunes & Sapeta, 2012; Neto, 2010b)

O estertor (respiração ruidosa) é um dos sintomas mais frequentes na pessoa doente em fase agónica. O ruído é produzido durante a respiração com a passagem do ar, provocado pela incapacidade da pessoa em expulsar as secreções da orofaringe e traqueia (Neto, 2010b). A pessoa doente não tem consciência desta situação, no entanto este sintoma tem um grande impacto na família, que julga frequentemente que o seu familiar vai sufocar, sendo essencial tranquilizá-la, explicando todos os pontos necessários (Freeman, 2013; Neto, 2010b). A pessoa doente deve ser corretamente posicionada no leito para evitar a acumulação de secreções, sendo aspiração uma medida que só deve ser utilizada em casos extremos, se forem demasiado abundantes (Freeman, 2013; Neto, 2010b). A medida farmacológica mais frequente é o recurso a anticolinérgicos, que não atua nas secreções já presentes, pelo que se torna necessário ser administrado antes do estertor se instalar (Neto, 2010b).

As alterações ou flutuações do estado de consciência são frequentes à medida que a deterioração do estado geral do doente se vai instalando (Neto, 2010b). A sua etiologia do *delirium* pode ser multifatorial e os sintomas incluem agitação, confusão, pesadelos e alucinações (Freeman, 2013). É fundamental assegurar um ambiente calmo que a pessoa em fase agónica consiga reconhecer (por exemplo música, sons e cheiros familiares), com iluminação adequada, permitindo uma luz de presença durante a noite ou a companhia de um familiar, que deve ser tranquilizado (Freeman, 2013; Neto, 2010b). Deve ainda ser reduzido o impacto que este sintoma tem sobre a família, clarificando e enquadrando o *delirium* como parte da progressão da doença e da fase em que se encontra (Freeman, 2013; Neto, 2010b). As medidas farmacológicas mais utilizadas para este quadro são os fármacos do grupo dos neurolépticos (Neto, 2010b).

O controlo da dor é fundamental, podendo ser problemático se já não se conseguir estabelecer comunicação verbal. Neste contexto, é essencial estar atento aos sinais de desconforto que possam surgir para que sejam adotadas medidas terapêuticas ajustadas (Neto, 2010b), devendo ser adequadas as vias de administração dos fármacos.

As náuseas e vômitos constituem sintomas muito desagradáveis e interferem de forma significativa na fase final de vida da pessoa doente. Por sua vez, a ingestão de líquidos e alimentos diminui. Esta situação constitui fonte de grande preocupação para os familiares, que receiam que a pessoa doente morra de fome. Devemos elucidar a família de que o desinteresse pelos alimentos é natural nesta fase da vida e que forçar a alimentação não faz regredir a doença e pode ainda perturbar o bem-estar da pessoa doente, incorrendo no risco de aspiração de conteúdo alimentar. Neste período devem intensificar-se os cuidados à cavidade oral, uma vez que pode ocorrer a sensação de sede ou xerostomia. Como tal, devem promover-se de medidas de hidratação da mucosa oral, tais como colocação de pequenas lâminas de gelo na boca ou mesmo a pulverização com bebidas que sejam do agrado do doente. Pode ser ainda aplicada uma solução de saliva artificial (Neto, 2010b; Ayestarán, et al., 2008). O enfermeiro deve consciencializar os familiares de que neste momento o objetivo central dos cuidados é a promoção do conforto e que eles podem assumir um importante papel colaborando com a equipa terapêutica na implementação das medidas supra citadas.

Relativamente às necessidades espirituais, é frequente que durante a fase terminal surjam dúvidas e interrogações relacionadas com o sentido da vida e da morte (Américo, 2009). A forma como a pessoa enfrenta a proximidade da sua morte é única e depende de uma multiplicidade de fatores, entre eles, a personalidade, a vida passada, o suporte familiar e a compreensão do prognóstico (Pacheco, 2004). Os últimos dias de vida podem ser vividos com sofrimento, sobretudo quando se mantêm problemas emocionais antigos ou conflitos interpessoais mal resolvidos, que podem dificultar o processo de agonia (Neto, 2010b). Ajudar a pessoa doente a aceitar o processo de morrer e a morte, a reconciliar-se com a vida e com as pessoas significativas, a perdoar, a desculpar, a agradecer, a dizer que ama a quem o ama e a despedir-se das pessoas significativas, é fundamental (Twycrooss, 2003). De facto, quando as memórias problemáticas não foram abordadas de forma aberta enquanto a pessoa esteve lúcida emergem sob a forma de agitação ou gemido, quando o controlo da consciência deixa de existir (Neto, 2010b).

No contexto da pessoa doente em fase agónica, e tendo em conta a irreversibilidade da situação respaldada pelos sintomas anteriormente descritos, urge dirigir os cuidados para as necessidades identificadas, no sentido de potenciar o bem-estar e o conforto físico, emocional e espiritual, de fomentar a consecução de uma morte digna e serena, ao mesmo tempo apoiando os familiares para que as recordações desta fase sejam o mais positivas possível (Ayestarán, et al., 2008).

A complexidade desta etapa remete inevitavelmente para o acompanhamento adequado à pessoa doente e sua família, mas implica a intensificação de cuidados a estes últimos (Neto, 2010b). Para a família, este período marcado por sentimentos de perda, ansiedade, medo, incerteza e importância (Neto, 2010b), acarreta alguma ambivalência. Se por um lado, a morte é um final temido e não aceite, por outro é por eles desejado como uma medida de alívio do sofrimento (Correia & Torres, 2011). Constituindo a equipa de saúde um recurso à disposição das famílias, importa que os primeiros procedam à identificação e avaliação das necessidades dos segundos, no sentido de que estas possam ser atendidas com recurso a estratégias de apoio adequadas.

Com estes pressupostos, facilmente se evidencia a complexidade deste período. Para além de se constituir como uma fase que se caracteriza essencialmente pela expressão de sentimentos,

por despedidas, conclusões, e pelo encerrar de ciclos, exige um ambiente de intimidade e tranquilidade (Neto, 2010b). Requer também a intervenção de profissionais de saúde, com formação específica em CP, para promover a sustentação fundamentada das opiniões, forma de estar e agir perante a pessoa doente em fase agónica e sua família. Desta forma, teremos cuidados na agonia com o objetivo de promover o conforto máximo à pessoa doente, sem que o processo de morte seja acelerado ou atrasado, e sem tornar o “tratamento mais sofrido do que a própria doença” (Américo, 2009, p. 291).

### 1.2.3. Cuidar da pessoa em fase agónica e sua família

Perante todos os conteúdos abordados ao longo deste trabalho no contexto da pessoa doente em fase agónica, uma das ideias a reter é, sem dúvida, a necessidade do enfermeiro em respeitar os desejos das pessoas doentes nesta última etapa de vida e das suas famílias. É fundamental que as suas intervenções se dirijam para fazer o melhor pela pessoa doente, proporcionando conforto (Searle & Mcinerney, 2008), respeitando a sua origem cultural (Ogasawara, Kume & Andou, 2003; Valente, 2011; Searle & Mcinerney, 2008) e as suas crenças (Searle & Mcinerney, 2008). A tomada de decisão sobre as intervenções de enfermagem a implementar para uma morte digna só pode ser vista como o resultado final da negociação entre pessoa doente, família e equipa, tendo sempre como linha orientadora a proteção da dignidade (Volker, Kahn & Penticuff, 2004), o princípio da autonomia e o respeito pela opinião, refletida nas referidas crenças e valores culturais (Searle & Mcinerney, 2008).

Estes pressupostos estão assim em conformidade com o artigo 87º do Código Deontológico do Enfermeiro sobre o respeito pelo doente terminal, que no acompanhamento pelas diferentes etapas desta fase, na qual a agónica se inclui, assume o dever de:

“a) defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida; b) Respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas; c) Respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte” (Ordem dos Enfermeiros, 2012, p. 79).

Por outro lado, sabendo que pessoa doente e família formam uma unidade indissociável e que a nossa intervenção tem que ter em linha de conta esta díade, é imprescindível dirigir ações de enfermagem personalizadas e individualizadas com abordagem à família. Valente (2011) no

seu estudo sublinha que para que ocorra uma morte digna é fundamental a colaboração entre pessoa doente, família e equipa de saúde, situando-se a intervenção do enfermeiro junto da família em ajudar a focar-se no que é mais importante, direcionando-a para as necessidades reais da pessoa doente. O papel do enfermeiro neste contexto é assim específico e é composto por atividades gerais complexas como envolvimento da família no processo de morte, promoção do apoio emocional e espiritual e ensino/informação.

A comunicação/informação é certamente indispensável neste âmbito, sendo uma componente constante ao longo de todo o percurso (Gomes, 2010). A família tendencialmente projeta o seu sofrimento na situação da pessoa doente (Neto, 2010b). Manter uma comunicação aberta, explorando os medos e os anseios da família, clarificar todas as alterações que vão ocorrer durante o processo de morrer (dos sinais e sintomas relacionados com o aproximar da etapa final de vida) e mostrar disponibilidade para ouvir, estar com ou esclarecer qualquer dúvida, são elementos fundamentais de apoio na fase agónica que facilitam a intervenção no luto que se seguirá (Gomes, 2010; Neto, 2010b)

#### 1.2.4. Papel do Enfermeiro: contributos de CP e Kolkaba

Cuidar da pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e de sua família é certamente complexo e implica uma abordagem multidisciplinar dirigida às suas necessidades específicas. Nesta sequência, e como já foi referido anteriormente, é inegável a insuficiência de recursos específicos de resposta às necessidades em CP em Portugal, pelo que a maioria pessoas doentes acaba por passar os seus últimos dias de vida nos serviços de internamento dos hospitais (Sapeta & Lopes, 2007). Torna-se assim fundamental nestes locais otimizar os cuidados, mobilizando as competências em CP, com o fim de proporcionar o máximo de conforto possível.

De acordo com o PNCP (2010-2016), o nível básico de palição, as ações paliativas, são parte integrante da prática profissional, podendo ser prestadas em todos os níveis de cuidados – internamento, ambulatório ou domicílio (DGS, 2010). De facto, assumem um papel de enorme importância para a prática, “nomeadamente nas situações em que os profissionais de saúde

prestam cuidados em serviços gerais, como os hospitais de agudos, e se deparam com situações que exigem uma abordagem paliativa” (Barroso, 2010, p. 54).

Assim se entende que a prática de CP não pode ser resumida apenas às estruturas designadas para tal, e cabe também aos enfermeiros, independentemente do contexto, desenvolver ações paliativas que previnam e aliviem o sofrimento e que proporcionem a máxima qualidade de vida possível às pessoas doentes e sua família (APCP, 2006a). O pressuposto referido insere-se sempre no âmbito da responsabilidade individual de cada profissional, sendo necessário condições específicas para essa tarefa (Barroso, 2010), nomeadamente formação específica em CP, para que a intervenção junto da pessoa doente em fase agónica, aqui particularizada pela pessoa portadora de doença pulmonar oncológica e sua família seja adequadamente sustentada e justificada.

Por outro lado o conforto é um elemento essencial que necessita aqui de ser analisado neste contexto. Tendo em conta esta premissa, fez-me sentido mobilizar a Teoria do Conforto de Kolkaba. De acordo com a autora, quando as pessoas vêm asseguradas as suas necessidades de conforto não solicitam a eutanásia, atitude que não se integra nos princípios e filosofia dos CP (Kolkaba, 2003). Os cuidados de conforto em CP possibilitam que a pessoa doente morra com dignidade, dando um sentido à vida que ainda lhe resta viver (Matos, 2012). Com estes pressupostos, pode-se verificar que a Teoria do Conforto é compatível com os princípios e filosofia dos CP. Esta compatibilidade deve estender-se também à família e à satisfação das suas “necessidades de conforto a vários níveis, para além da preocupação com o conforto do seu ente querido” (Matos, 2012, p. 23).

Em síntese, o conforto constitui uma base essencial da prática de cuidados de enfermagem nos diversos domínios de atuação, entre eles os CP.

## 2. ANÁLISE REFLEXIVA DO CAMINHO PERCORRIDO

Como já foi referido anteriormente, este percurso foi motivado por uma necessidade de mudança relacionada com a problemática das intervenções promotoras de conforto à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família, no contexto do desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e mestre. Assim, no sentido de atingir as competências pretendidas, o caminho percorrido incidiu em pontos fundamentais que constituíram a metodologia adotada:

1. Revisões atualizadas da literatura, para sustentar a prática, baseando-me na evidência científica, com recurso às bases da EBSCO (CINAHL, MEDLINE e MEDICLATINA), nos motores de pesquisa do Google, na pesquisa em repositórios de teses de mestrado e doutoramentos e na pesquisa alargada em livros publicados sobre a temática.
2. Ensinos clínicos, realizados para adquirir experiência prática através do contacto com peritos e com as pessoas com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família. Sendo importante para o desenvolvimento de aprendizagens relacionadas com a profissão, para a consolidação dos conhecimentos adquiridos e reflexão sobre as práticas (Simões, Alarcão, & Costa, 2008) os ensinos constituíram uma metodologia fundamental para a concretização dos objetivos delineados. Benner (2001) considera também a metodologia dos ensinos clínicos, afirmando que a experiência corresponde a um processo muito ativo na formação, na medida em que pressupõe que todas as situações práticas se revestem de maior complexidade do que tudo o que está descrito nos modelos formais.
3. Prática reflexiva, de acordo com o Ciclo de *Gibbs*, na medida em que a reflexão possibilita a mudança, quer em termos de conhecimentos e crenças, como em termos pessoais (Santos & Fernandes, 2004), constituindo o registo das reflexões da prática uma forma de potenciar a aprendizagem, possibilitando relacionar a aprendizagem pessoal com a profissional (Benner, 2001). De facto, a identificação da necessidade de mudar e de melhorar a minha prática de cuidados relativamente à pessoa com doença

pulmonar oncológica em fase agónica e sua família, assim como sensibilizar os meus pares adveio de momentos de prática reflexiva.

4. Elaboração do presente relatório, que se revelou como uma forma de aprendizagem positiva, pois permitiu-me ter uma noção da minha evolução e do meu crescimento enquanto pessoa e profissional.

Ao longo deste capítulo será realizada uma descrição crítica e reflexiva do meu percurso dos estágios, analisando as experiências que tive oportunidade de vivenciar, fazendo emergir as dificuldades e obstáculos que senti, mas também os triunfos na procura de transformar os saberes adquiridos em competências de enfermeira especialista e mestre, que reflitam uma melhoria dos cuidados prestados à pessoa com patologia pulmonar oncológica em fase agónica e sua família. Esta visão está em conformidade com Benner (2001) que afirma que a experiência nos fornece a formação necessária para atingir um nível de cuidar de excelência.

Por forma a conduzir melhor o leitor ao longo deste capítulo, procede-se à descrição anteriormente referida em três subcapítulos, correspondendo cada um destes aos locais onde realizei os ensinamentos clínicos. Nesses podem encontrar-se os objetivos específicos definidos para cada local e as atividades que efetuei para a consecução dos mesmos.

## **2.1 Serviço de Cuidados Paliativos de um Hospital de Especialidade da Região do Norte do País**

A escolha de um SCP (CP, nível III) prendeu-se com o facto de constituir uma unidade específica onde procuraria aprofundar conhecimentos sobre a filosofia dos cuidados paliativos e adquirir competências na área do cuidar a pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família. Desta forma seria possível mobilizar posteriormente todo o conhecimento e competências adquiridas para o meu contexto de trabalho, que também é um serviço de internamento. Foram delineados objetivos específicos para este ensino clínico, tendo sido desenvolvidas atividades para a sua execução, que de seguida se apresentam:

**Objetivo específico: Integrar a equipa do SCP nas atividades desenvolvidas relativas à prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família**

---

Para atingir este objetivo, a minha atenção direcionou-se, em primeira instância, para o conhecimento do serviço e da sua dinâmica. Existe uma equipa multidisciplinar alargada constituída por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicóloga e nutricionista. Contam ainda com o apoio de assistentes operacionais, voluntários e capelão. Este serviço tem como missão proporcionar a prestação de CP com a máxima qualidade, humanismo e eficiência à pessoa doente e sua família em fase avançada da sua doença. A maioria dos elementos tem formação diferenciada e outros avançada, tal como preconizado pelo PNCP. Paralelamente, a atividade assistencial vai além do supracitado, abrangendo também a área do ensino na qual organizam cursos multidisciplinares, e da investigação publicando em revistas nacionais e internacionais e apresentando comunicações e *posters* em congressos nacionais e internacionais.

O SCP encontra-se dividido em cinco valências: Serviço de Internamento, Serviço de Assistência Domiciliária, Consulta Telefónica, Consulta Externa e EIHSCP. De realçar que para as referidas a equipa multidisciplinar é a mesma, tendo esta adotado um sistema de rotatividade organizado para dar resposta às necessidades. São critérios de admissão ao serviço: a) estar inscrito no hospital; b) ter idade superior a dezoito anos; c) ser portador de doença oncológica incurável, avançada e progressiva sem resposta aceitável à terapêutica antineoplásica ou após recusa à mesma após a explicação dos benefícios/riscos; d) ter sintomas/problemas incapacitantes resultantes da doença oncológica; e) ter aceitado ser admitido após informação.

Neste ensino clínico tive a oportunidade de realizar os turnos da manhã e da tarde. A atitude facilitadora e a disponibilidade demonstradas pela equipa contribuíram de forma positiva para a minha integração nesta unidade. Destaco ainda o apoio em geral prestado por parte de toda a equipa, particularmente o da enfermeira responsável pelo meu ensino clínico que assumiu um papel essencial no acompanhamento do meu percurso que inicialmente se revelava difícil, tendo contribuído para a consecução dos objetivos a que me tinha proposto. A consulta do manual de acolhimento ao serviço foi a primeira estratégia de integração, no sentido de conhecer a dinâmica da unidade e simultaneamente da equipa. Seguiram-se, com o mesmo propósito, a consulta de normas e protocolos atuais e em utilização, dos arquivos bibliográficos existentes,

dos processos clínicos que se encontram em formato eletrónico de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), e a participação nas passagens de ocorrências, que foram certamente determinantes para o meu percurso e execução dos objetivos. Com o intuito de conhecer de forma global a dinâmica da unidade optei por experienciar todas as vertentes do SCP já referidas, que de seguida passo a descrever. No Serviço de internamento encontram-se as pessoas com necessidades de CP referenciadas e que necessitam de permanecer neste regime. O Serviço de Assistência Domiciliária funciona de segunda a sexta-feira das 9:00 às 17:00h, destinando-se apenas às pessoas com necessidades de CP residentes na cidade do Porto, que se encontram impossibilitadas de se deslocar ao hospital. É composta por uma enfermeira e uma médica. A atividade assistencial diz respeito à identificação e intervenção perante a presença de sintomas descontrolados, apoio à pessoa doente e sua família/cuidador, sendo ainda realizados alguns procedimentos técnicos de acordo com as necessidades identificadas. A todas as pessoas doentes referenciadas ao SCP é fornecido o contacto telefónico do mesmo. A Consulta Telefónica funciona 24 horas por dia, todos os dias, ficando associada ao espaço físico do Serviço de Internamento. A equipa que se encontra a fazer turno nesse dia aconselha, orienta e efetua o respetivo registo num arquivo próprio para o efeito e no processo da pessoa doente. Nos dias úteis de manhã esse ficheiro é consultado pelos responsáveis de cada valência que dão continuidade à situação. A Consulta Externa funciona de segunda a sexta-feira das 9:00 às 17:00h sendo composta por um médico em regime rotativo por dia e uma enfermeira fixa ao serviço. Neste espaço realizam-se consultas de acolhimento, as primeiras efetuadas após a referência, consultas de seguimento, para dar continuidade aos cuidados e desencadeiam-se também procedimentos técnicos em sala própria. Quando o SCP recebe um pedido de referência por parte de um serviço do hospital, a EIHSCP constitui o primeiro veículo de contacto. Médico e enfermeira dirigem-se ao serviço requisitante, no qual se procede a uma colheita de dados sobre a pessoa doente, tendo como fontes principais de informação, os profissionais de saúde responsáveis pelos cuidados, a pessoa doente e sua família. Às segundas e quintas-feiras é realizada uma reunião multidisciplinar para discussão clínica dos casos identificados, sendo posteriormente encaminhados ou para o Serviço de Internamento ou para o Serviço de Assistência Domiciliária. Toda a informação suprarreferida que resultou da minha participação em cada uma destas valências foi fundamental para conhecer o serviço de forma geral, mas ao mesmo tempo revestiu-se de grande importância para conhecer toda a equipa de forma a poder integrar a mesma. Após ter compreendido a sua dinâmica foquei-me no Serviço

de Internamento, visto ser a valência onde considerei que os meus objetivos seriam executados de forma mais eficiente e eficaz.

Neste primeiro ensino clínico adotei numa fase inicial uma postura de acompanhamento e observação participada do trabalho desenvolvido pela equipa de enfermagem, que foi evoluindo de forma progressiva para uma atitude mais participativa e prática, tendo chegado ao final com a responsabilidade do cuidar na íntegra da pessoa com doença oncológica em fase agónica e sua família e sempre que possível, nas mesmas condições, da portadora de patologia pulmonar. Nos primeiros dias experienciei insegurança, nervosismo e angústia por sentir que não tinha competências para agir corretamente. Como esta constituiu a primeira das vivências efetiva em CP tinha receio que a minha intervenção tivesse um efeito totalmente oposto à minha intenção inicial. Esses sentimentos foram, no entanto, progressivamente alterados e transformados em tranquilidade, segurança e bem-estar, à medida que realizei pesquisas da literatura mais aprofundadas na área, que fui observando o comportamento da equipa perante diversas situações e que fui iniciando a prestação de cuidados integrada na equipa do serviço. Entendo ainda que o meu percurso ao longo deste ensino clínico teve uma evolução positiva que atribuo à minha disponibilidade, motivação e interesse pela aprendizagem, numa busca constante de obtenção de competências relacionadas com o cuidar da pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família.

Esta dinâmica de funcionamento da equipa foi essencial para a compreensão do trabalho de equipa em CP, especificando a abordagem à pessoa em fase agónica e sua família. Participei em reuniões multidisciplinares, nas quais se procedeu à discussão de casos e onde a preocupação não era apenas o sofrimento físico das pessoas doentes e respetivas famílias mas todas as dimensões sem exceção do ser humano. Tive ainda oportunidade de trabalhar em equipa, assumindo os princípios básicos inerentes como o objetivo partilhado ou a comunicação eficaz, num ambiente informal e relaxado onde todos simultaneamente escutam e contribuem com opiniões e críticas construtivas, no qual existe motivação, reconhecimento e flexibilidade na adaptação a situações de mudança (Bernardo, Rosado, & Salazar, 2010b; Guarda, Galvão, & Gonçalves, 2010). Foi ainda essencial conhecer as estratégias que a equipa utiliza para a prevenção do *burnout*. Bernardo, Rosado e Salazar (2010a) reforçam a importância deste assunto referindo que sendo muito frequente sobretudo nas profissões de ajuda, é fundamental que cada elemento da equipa utilize os seus recursos pessoais e os da equipa para a definição de estratégias no sentido de ultrapassar esta situação que origina grande

sofrimento. Neste contexto aprendi que as mesmas passam pela comunicação ativa, o feedback positivo, a partilha das angústias e tristezas, mas também das alegrias e sucessos e o companheirismo. Um dos exemplos demonstrativos encontra-se no Apêndice 1, a propósito da reflexão de acordo com o ciclo de *Gibbs*, elaborada na sequência de uma situação em que cuidei de uma pessoa em fase agónica cuja morte aconteceu no período da tarde, quando não estava a realizar turno. Recebi uma mensagem escrita da enfermeira responsável pelo meu ensino clínico na qual dava um reforço positivo dizendo “A Sra. D<sup>a</sup>. L. faleceu esta tarde. Partilho esta notícia contigo porque fizemos um bom trabalho juntas. A Sra. D<sup>a</sup>. L. esperou pela família e de uma forma serena faleceu...”.

Percebi que os meus registos de enfermagem na fase inicial eram insuficientes, pois não abordavam a dimensão global do ser humano. Tendo-me confrontado com esta realidade, após acompanhamento nesta área por parte da enfermeira responsável por este ensino clínico, ocorreu uma melhoria na informação registada, privilegiando todas as vertentes que compõem a pessoa doente em fase agónica e a sua família, fazendo a correta identificação das necessidades e das intervenções elencadas, tal como demonstrado neste excerto:

“A Sra. D.<sup>a</sup> L, apresentou-se com fâcias triste e deprimido relacionado com a preocupação com os filhos e angústia de não os ver há uma semana. Foi prestado apoio emocional através escuta ativa, incentivando a a verbalização de sentimentos e emoções. Sugerida a planificação da visita dos filhos esta semana, que a Sra. D.<sup>a</sup> L. anuiu com satisfação, que abordou a questão com o marido que vai preparar...”

No final deste ensino clínico sinto que atingi o objetivo a que me tinha proposto, na medida em que além conhecer a estrutura e a dinâmica do serviço, fui capaz de integrar a equipa multidisciplinar participando no cuidar, tendo mobilizado e interiorizado os princípios inerentes à filosofia dos CP. A grande evolução que verifico após a consecução deste objetivo é que tenho maior consciência da minha intencionalidade. O facto de refletir mais sobre a minha prática, nomeadamente pela elaboração de reflexões escritas, permitiu-me organizar o meu pensamento, de forma a identificar as minhas intenções, receios ou dificuldades. Esta premissa está em concordância com a visão de Benner que afirma que:

“a reflexão permite aos enfermeiros clínicos que identifiquem as preocupações que organizam a história; que identifiquem as noções do que é correto que estão presentes na história; que identifiquem as competências relacionais, comunicacionais e de colaboração; e que estabeleçam novas formas de desenvolvimento do conhecimento clínico” (Benner, 2001, p. 14)

**Objetivo específico: Identificar as necessidades da pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica, integrando conhecimentos avançados para a adoção de medidas promotoras de conforto**

---

No decorrer deste ensino clínico tive a oportunidade de por diversas vezes cuidar da pessoa com doença oncológica em fase agónica e sua família, nos quais estão incluídos os com patologia pulmonar oncológica. Como já foi referido anteriormente, a planificação e intervenção a estas pessoas teve por base o trabalho em equipa, com partilha do objetivo terapêutico. Qualquer decisão que foi tomada teve como objetivo máximo a promoção do conforto, posição também assumida por Twycross (2003, p. 16) que refere que “nos cuidados paliativos, os sintomas são “encobertos” com tratamentos cuja finalidade primária ou exclusiva consiste em promover o conforto” da pessoa doente. Kolkaba (2003) corrobora estas premissas introduzindo que para a elaboração de um plano de cuidados integrado e centrado na pessoa doente é necessário em primeira análise questionarmo-nos sobre se as intervenções criadas contribuem ou não para o conforto deste.

Confesso que, até ao início deste ensino clínico, nem sempre tive presente como o conforto da pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família como orientação do cuidar. Por vezes não identificava corretamente as suas necessidades, privilegiava maioritariamente os sintomas físicos, e não me questionava as vezes suficientes se determinada intervenção seria promotora de conforto. Contudo, o crescente interesse e preocupação sobre esta problemática constituiu uma das maiores motivações que me impeliu a iniciar o meu estudo nesta área específica, por considerar que a minha prática de cuidados interferia por vezes com os cuidados às pessoas doentes em fase agónica e respetivas famílias, que devem incidir sobre a garantia da dignidade, conforto e bem-estar total. Desta forma, a fase inicial deste ensino clínico foi simultaneamente difícil e desafiante, requereu pesquisa aprofundada sobre a temática, observação da dinâmica da equipa relativamente a este assunto, reflexão e muita prática, tendo no final sentido que a evolução neste âmbito foi muito positiva, o que contribui para a aquisição de algumas competências que serão mais à frente elencadas.

Desta forma, foi minha preocupação identificar as necessidades da pessoa em fase agónica assumindo que se estendem muito para além dos sintomas físicos, integrando também as

necessidades de ordem psicológica e espiritual, associando a família à unidade recetora de cuidados, sendo ainda fundamental uma comunicação eficaz e trabalhando em equipa na procura das necessidades alteradas.

Identifiquei necessidades físicas na pessoa em fase agónica verificando que, quando não satisfeitas, interferiam na satisfação das outras, manifestando-se por desânimo, menor paciência, maior isolamento e menor interação. Nestas situações apercebi-me que é essencial transmitir à pessoa doente que apesar de não existir cura para a sua patologia esta pode ser controlada através do alívio dos seus sintomas, sabendo que “o objetivo principal do tratamento não reside em prolongar a vida, mas em tornar a vida que resta tão suportável quanto significativa” (Twycross, 2003, p.26), e que a intenção principal é a de proporcionar conforto nos últimos dias ou horas de vida.

Detetei também necessidades de ordem espiritual nomeadamente o medo da morte (“eu sei que vou morrer, mas não quero! Tenho medo de morrer...”); medo do sofrimento (“vou sofrer?”); negação da inevitabilidade da morte (“quando recuperar desta situação vou fazer uma festa!”). A escuta ativa, esclarecendo e estabelecendo objetivos realistas, respeitando a pessoa doente e família na sua liberdade de pensamento e nos seus ritmos foi uma forma de intervenção promotora de conforto elencada. Kolkaba (2003), refere que a esperança desajustada não traz qualquer contributo para o conforto da pessoa doente em fase agónica ou da família, especialmente à medida que a inevitabilidade da morte se aproxima. Benner (2001) valida esta questão afirmando que os objetivos estabelecidos devem ser realistas, permitindo uma melhor integração social e psicológica.

Identifiquei ainda carências emocionais nas pessoas em fase agónica como por exemplo vontade de ver um familiar antes de morrer; de se reconciliar com um membro da família de quem está afastado há muito tempo. Assisti a uma situação de uma pessoa em fase agónica que manifestava vontade em se alimentar, mesmo tendo conhecimento prévio que não iria tolerar a alimentação devido à sua situação patológica. Encontrava-se entubada nasogastricamente estando a sonda em drenagem passiva. A Sra. D<sup>a</sup> C. sentia-se triste e isolava-se por esse motivo. Tendo em conta esta necessidade identificada, após discussão em equipa multidisciplinar, decidiu-se providenciar a alimentação que desejava: gelatinas e gelados. Não tolerava a alimentação que reflua imediatamente pela sonda e acumulava-se no saco de drenagem, mas a

sua felicidade e satisfação era preciosa. Considero assim que esta intervenção constituiu uma medida promotora de conforto para a Sra. D<sup>a</sup> C.

De uma forma geral esta situação fez-me refletir sobre esta fase, na qual os princípios da beneficência e não-maleficência estão muito presentes tendo levado em alguns casos, nomeadamente o supra descrito, a questionar-me se estaria a proceder bem. Da análise desta premissa pode-se inferir que a aplicação dos referidos princípios é complexa, facto também sustentado por Nunes (2008, p.44) ao afirmar que “(...) a ponderação risco/benefício não é fácil, depende dos valores e interesse das pessoas implicadas, da ponderação das consequências individuais e sociais, entre outros”.

Cuidei de pessoas doentes em fase agónica e em particular de portadores de patologia pulmonar oncológica e sua família. Os principais sinais e sintomas de agonia que verifiquei passavam maioritariamente por: estertor, confusão, alterações do nível de consciência, dispneia, dor e angústia terminal. Tendo em conta que o objetivo principal é o de proporcionar o maior conforto possível, a redefinição dos objetivos terapêuticos assumem grande importância neste contexto.

Assim, compreendi inteiramente o conceito de “simplificação terapêutica” neste âmbito conseguido aplicar um raciocínio clínico adequado através da mobilização de conhecimentos já adquiridos.

Por outro lado, foi necessário na maioria das situações que experienciei adequar a via de administração de fármacos. Aprendi que a via oral é sempre a primeira escolha em CP, pelo menos sempre que a deglutição seja possível e não represente um risco para a pessoa doente (Neto, 2010b). Durante este ensino clínico contactei com pessoas em que era possível a administração de fármacos pela via oral, mas a via subcutânea era também muito utilizada. Para aprofundar o meu conhecimento nesta área investiguei acerca da compatibilidade de fármacos pela última via mencionada, bem como as dosagens, locais e técnica de punção).

Tive ainda a oportunidade de aplicar medidas não farmacológicas promotoras de conforto que se revelaram complementares das farmacológicas. Assim, respeitei a vontade da pessoa doente, suspendendo as intervenções que do seu ponto de vista não contribuían para o seu conforto (por exemplo não fazer levantar para o cadeirão), promovi a manutenção de um ambiente calmo e seguro, respeitando a privacidade da pessoa e facilitando a presença da família, realizei

massagens de conforto, executei posicionamentos, executei cuidados de higiene gerais e da cavidade oral tendo em conta as possibilidades da pessoa doente, demonstrei disponibilidade e empatia, recorri ao toque tendo reforçado os laços de confiança atingindo uma relação de maior empatia que se traduziram na melhoria significativa dos sintomas, espelhando na face destas pessoas tranquilidade e conforto. Verifiquei se cada uma das intervenções implementadas resultavam em conforto. Benner (2001, p.81) identifica como competência “tomar medidas para assegurar o conforto do doente e a preservação da sua personalidade face à dor e a um estado de extrema fraqueza” neste contexto. Kolkaba (2003) afirma que se essas medidas de conforto forem asseguradas, então a pessoa poderá esperar a sua morte pacificamente, com dignidade e conforto.

Questionei-me ao longo deste ensino clínico por diversas vezes sobre a minha prática de cuidados no serviço onde desempenho funções. Perante situações semelhantes, a minha intervenção era tão diferente! Baseava-se em atividades rotinizadas, como por exemplo monitorizar sinais vitais e glicémia capilar. E o que fazia com esses valores? Nada! Esta discussão interna serviu de mote para a elaboração de uma reflexão (Apêndice 1) onde descrevo como a situação em causa potenciou a minha aprendizagem nesta área.

Compreendi também que a comunicação constitui uma medida não farmacológica fundamental, funcionando como uma estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento e controlo de sintomas associados (Querido, Salazar, & Neto, 2010). Para dar resposta às necessidades identificadas foram utilizadas algumas estratégias nomeadamente a escuta ativa, o reforço positivo das ações desenvolvidas, o silêncio, a legitimação das emoções vivenciadas e verbalizadas, incentivo e facilitação à expressão dessas emoções, o toque, o esclarecimento de dúvidas e o feedback empático. Uma boa comunicação em CP reduz incertezas, melhora os relacionamentos e dá uma direção quer à pessoa doente, quer à família (Twycross, 2003). Apercebo-me da emergência de duas competências essenciais relacionadas com a comunicação nesta área que são definidas por Benner como a “presença-estar com” a pessoa doente e “proporcionar conforto e comunicar pelo toque” (Benner, 2001, p.88).

No final deste ensino clínico entendo que desenvolvi algumas competências relacionadas com a intervenção junto da pessoa em fase agónica tais como: a)acompanha a pessoa doente e família no período de agonia e no momento da morte; b) proporciona ambiente calmo e seguro;

c) presta os cuidados necessários à manutenção do conforto da pessoa doente podendo estes englobar a não prestação de algum cuidado físico e/ou invasivo.

**Objetivo específico: Interagir com a família da pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica de forma a detetar as necessidades alteradas, desenvolvendo estratégias para uma melhor adaptação a esta fase e para a preparação do luto**

---

Tal como já foi referido anteriormente, em CP a pessoa doente e sua família compõem uma unidade recetora de cuidados, sendo fundamental dirigir também intervenções de enfermagem personalizadas e individualizadas de acordo com as necessidades da família. Durante a última fase da vida da pessoa doente, a família deve preparar-se para a morte que acontecerá e fazer o seu próprio processo de luto (Guarda, Galvão, & Gonçalves, 2010). Assim, no decorrer deste ensino clínico, a minha intervenção foi também dirigida à família, no sentido de fornecer suporte para uma adaptação tranquila à situação.

Identifiquei na interação com as famílias das pessoas doentes em fase agónica que na maioria das vezes não se encontram preparadas para lidar com a morte do seu ente querido, facto que se repercutia em grande angústia, ansiedade e sofrimento. Compreendi que a comunicação é indispensável neste âmbito e que deve ser mantida ao longo de todo o percurso, como confirmado por autores como Gomes (2010), Carvalho (2007) e Neto(2010b), sendo a relação que se foi criando com a família o vetor principal para assegurar o apoio nesta etapa. Senti, no entanto, dificuldades iniciais no desenvolvimento desta competência pois ao longo da minha experiência profissional, sempre tive uma atitude de evicção principalmente no que diz respeito às questões relacionadas com o fim de vida. Para ultrapassar esta barreira necessitei de estudo aprofundado sobre a problemática, de observar as técnicas utilizadas pela equipa, assumindo que a informação e as atividades instituídas são fundamentais para a prevenção de lutos patológicos e uma adaptação ajustada à situação e finalmente de participar ativamente pondo em prática os conhecimentos que tinha apreendido.

Desta forma, após essa aprendizagem, adotei com as famílias uma comunicação aberta e empática, na qual procurei explorar os medos e anseios da família, dando respostas sinceras sobre o processo de morrer, explicando os sinais e sintomas como o aproximar da etapa final, com o objetivo de se ajustarem à situação, estarem preparados e informados do porquê das

mudanças e quando. Por diversas vezes foram colocadas as questões “a minha mãe está a sofrer? Não come nada desde ontem... e esta respiração ruidosa? ... acha que está com falta de ar?”. Os esclarecimentos que disponibilizei foram assim muito importantes neste contexto. Por outro lado demonstrei disponibilidade para ouvir, estar com e esclarecer qualquer dúvida, reforçando o apoio. Clarifiquei ainda que embora a pessoa em fase agónica não conseguisse comunicar verbalmente, mantinha necessidades emocionais e espirituais, tendo fomentado a expressão de emoções, as despedidas, o toque afetuoso e o acompanhamento nos últimos momentos. Acredito que a minha intervenção nesta área contribuiu para a redução do sofrimento e aumento do conforto das famílias que tive oportunidade de cuidar. Afirma Paiva (2012, p.36) a corroborar a minha atuação, que “a informação permite ainda dar à família/cuidadores tempo para se ajustarem à situação e oportunidade para as despedidas, o que quando desejado e não realizado pode provocar sofrimento e problemas no luto”. Em concordância, Kolkaba (2003) reforça que não sendo questionável se a morte é não inevitável, o importante é discutir sobre que medidas poderão contribuir para o conforto.

Deparei-me em algumas situações com famílias esgotadas e com sentimentos de culpa por não terem sido capazes de cuidar dos seus entes queridos em casa. A comunicação aqui também constituiu uma ferramenta fundamental através da mobilização de estratégias de suporte emocional como a escuta ativa, o reforço positivo das ações desenvolvidas e a compreensão empática.

Sabendo que as famílias devem tanto quanto possível participar nas decisões e tomar parte ativa no cuidados, verifiquei sempre uma preocupação por parte de todos os elementos da equipa multidisciplinar, na qual estava integrada, em explicar a mudança de objetivos terapêuticos na fase de agonia às famílias por forma a que a simplificação terapêutica ou alimentar não fossem interpretadas por estes como sinais de desinvestimento ou abandono em relação ao seu ente querido. Kolkaba (2003) aborda também esta questão referindo que a Teoria do Conforto orienta os enfermeiros no sentido de ajudar os familiares e a eles próprios no processo de tomadas de decisões relacionadas com o fim de vida, considerando questões como: a intervenção X constitui uma medida de conforto? Para quem? Qual o conforto mais importante? O da pessoa doente, o da família, o do médico, o do enfermeiro? De que forma podemos promover o conforto da família para que o doente esteja mais confortável?

Considerei ainda muito dignificante a forma como é transmitida a notícia de morte entre pares: “A Sra. D.<sup>a</sup> S. faleceu esta noite tranquila na presença do marido e das duas filhas. A família encontra-se em grande sofrimento, mas ajustado...”. Extrapolando algumas questões desta reflexão para a minha prática diária de cuidados, apercebo-me da frieza e da desumanização deste acompanhamento na morte. Se solicitado, é possível que apenas um membro da família acompanhe a pessoa em fase agónica. No entanto no serviço onde desempenho funções, não existem quartos individuais, sendo o ambiente caracterizado pela falta de privacidade, não sendo por isso uma opção muito requerida. Na maioria das vezes é através de um contacto telefónico que é comunicada a notícia, desconhecendo-se a forma como a pessoa que está do outro lado vai reagir, uma vez que não houve tempo para o estabelecimento de uma relação que permitisse ajudar no processo de ajuste à situação. São estes pormenores que fazem a diferença, e é no âmago destes que reside a excelência do cuidar.

Tive ainda a oportunidade de assistir a uma conferência familiar que constitui uma forma de intervenção na família. Esta teve como finalidade de clarificar os objetivos dos cuidados e prestar apoio e aconselhamento através da gestão das expectativas. Foi um momento doloroso para a família, na medida em que foram confrontados com a inevitabilidade da morte, mas apercebi-me que é uma técnica geradora de reforço das relações familiares e da relação com os profissionais de saúde.

Com o alinhamento de todas as premissas anteriores considero que atingi o objetivo a que me tinha proposto. No final deste ensino clínico entendo que desenvolvi algumas competências relacionadas com a intervenção junto da família da pessoa em fase agónica que dizem respeito a: a) facilita a integração da família no processo de acompanhamento da pessoa doente tendo em conta a importância emocional e objetivos da mesma; b) informa a família com verdade sobre o estado clínico; c) centra a sua atenção na família no momento da morte. Benner (2001, p.90) considera igualmente importante o desenvolvimento de competências nesta área de forma a “proporcionar apoio efetivo e informar as famílias”.

## **2.2. Equipa Intrahospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos de um Hospital Central de Lisboa**

Selecionei uma EIHSCP (CP, Nível I) do mesmo centro hospitalar do serviço onde atualmente exerço atividade profissional porque pensei ser importante conhecer melhor os recursos disponíveis na instituição. Como funciona? Como se articula com os restantes serviços do hospital? Que atividades desenvolvem? Como contribuem para o conforto e bem-estar das pessoas doentes em fase agónica e sua família? Estas constituíram algumas das questões que contribuíram para a escolha deste local. A comunicação seria aqui definitivamente uma competência a desenvolver, quer entre profissionais, quer entre pessoa doente e/ou família. Por outro lado, as experiências aqui desenvolvidas seriam certamente distintas do SCP, tendo em conta a diferença de tipologia. Considerei que a combinação destes fatores seria um contributo fundamental na medida em que enriqueceria a minha aprendizagem.

### **Objetivo específico: Integrar a EIHSCP nas atividades desenvolvidas relativas à prestação de cuidados de enfermagem à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família**

---

O primeiro passo que tive em conta para alcançar este objetivo foi o de conhecer a equipa e a sua dinâmica. Assim, a EIHSCP é multidisciplinar e composta por médica, quatro enfermeiras, assistente social, psicóloga. Têm ainda o apoio de uma assistente operacional e uma administrativa. A maioria dos elementos tem formação avançada em CP, tal como preconizado pelo PNCP Trata-se de uma equipa que presta cuidados a pessoas doentes que necessitam de CP, portadores ou não de patologia oncológica, funcionado de segunda a sexta-feira, das 8:00 às 19:00. As valências desta equipa são vastas e passam por: a) Interconsulta, onde primordialmente realizam consultadoria nos serviços do centro hospitalar; b) Consulta multidisciplinar de medicina paliativa, que decorre em âmbito de consulta externa, com a intervenção de médica e enfermeira e, se necessário assistente social e psicóloga; c) Monitorização telefónica, destinada quer às pessoas doentes que estão referenciados à equipa, quer às famílias/prestadores de cuidados; d) Consulta de apoio ao luto. Para além das premissas previamente abordadas, a equipa também se encontra envolvida na investigação, realizando trabalhos, publicando em revistas e participando na realização de livros relacionados com a

temática. A referenciação a esta equipa é feita pelo médico assistente da pessoa com necessidade de CP a partir de um impresso próprio disponível a todo o centro hospitalar no sítio da intranet. O enfermeiro pode, no entanto, solicitar apoio à equipa de enfermagem da EIHSC, desempenhando os últimos consultoria via telefone ou presencial no serviço.

Neste ensino clínico destaco, tal como no SCP, a atitude facilitadora e a disponibilidade demonstrada pela equipa que foram determinantes para a minha integração neste local que decorreu de forma progressiva e positiva. De facto, o apoio geral fornecido, quer por esclarecimentos pontuais, quer pela partilha de literatura relacionada com o meu objeto de estudo constituiu assim um forte contributo para meu processo de aprendizagem e consecução dos objetivos a que me tinha proposto. Realço ainda neste contexto o acompanhamento específico, dirigido e constante por parte da enfermeira responsável pelo meu ensino clínico que, além do anteriormente descrito foi importante para a minha forma de estar e me colocar perante as situações vivenciadas.

Compreendida a forma de articulação da equipa com os restantes serviços do hospital, e tendo como ponto de partida o facto de desempenhar a minha atividade profissional neste centro hospitalar, considerei pertinente experienciar e conhecer todas as valências do serviço referidas anteriormente para aprofundar o meu conhecimento.

Diariamente, no início da manhã, a equipa fazia uma passagem de ocorrências com a finalidade de se proceder a um ponto de situação e planificar as atividades. A consulta multidisciplinar de medicina era efetuada pela médica e uma enfermeira, recebendo pessoas doentes com necessidade de CP nas diversas fases das suas doenças, que se encontram no domicílio. A monitorização telefónica era realizada a todas as pessoas e/ou sua família referenciadas à EIHSC que se encontram no domicílio onde o objetivo principal era a continuidade de cuidados entre as consultas. Identificar sintomas descontrolados, sinais de sofrimento, apoiar a pessoa doente e família constituem as atividades principais desta valência. A valência de apoio no luto era planificada de acordo com as situações do momento, a qual era realizada pela enfermeira e/ou psicóloga. A interconsulta era realizada diariamente a todas as pessoas doentes que estavam referenciadas à EIHSCP, dando-se prioridade às situações consideradas urgentes e passadas em intercorrências. De realçar que em todas estas valências, os cuidados eram elencados procurando integrar os aspetos físicos, psicológicos e espirituais do cuidar da pessoa doente e sua família, assumindo o trabalho de equipa e a comunicação como elementos essenciais, tal como preconizado pelo PNCP. Após ter experienciado cada uma destas

especificidades da EIHSCP senti em mim uma grande evolução em termos de segurança e de compreensão da globalidade das situações. Paralelamente, partindo do pressuposto de que nem todas as pessoas doentes referenciadas à equipa tem patologia oncológica e dentro destes, nem todos são portadores de doença pulmonar, compreendi que nesta fase a prioridade seria contactar com pessoas com patologia oncológica em fase agónica e sua família, e que para atingir os objetivos específicos que delineei faria mais sentido valência interconsulta pela maior possibilidade de experiências, pelo que foi a que maioritariamente experienciei.

Tal como no ensino clínico no SCP, assumi numa fase inicial uma postura de acompanhamento e observação participada do trabalho desenvolvido pela equipa de enfermagem. Nesta primeira etapa consultei ainda os arquivos bibliográficos do serviço, no sentido de desenvolver o meu conhecimento. De forma progressiva fui adotando uma atitude mais participativa. Relativamente ao ensino clínico anterior já me sentia mais segura e tranquila, facto que sinto que contribuiu inequivocamente para o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de qualidade promotores de conforto à pessoa doente e sua família em geral e à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família em particular.

No final deste ensino clínico era capaz da responsabilidade do cuidar, interagindo com a pessoa doente, a sua família e a equipa multidisciplinar. De facto, para intervir junto destes foi necessário mobilizar os conhecimentos adquiridos nesta área específica e agir simultaneamente com pensamento crítico no sentido de melhorar a minha capacidade de adaptação e resposta para “tomar medidas para assegurar o conforto do doente e a preservação da sua personalidade face à dor e a um estado de extrema fraqueza” (Benner, 2001, p. 81).

**Objetivo específico: Identificar as necessidades da pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica, integrando conhecimentos avançados para a adoção de medidas promotoras de conforto**

---

No decorrer deste ensino clínico não foi possível experienciar tantas situações quanto gostaria, na medida em que estas estavam dependentes da referenciação dos serviços do centro hospitalar à EIHSCP. No entanto considero que todas as vivências constituíram momentos importantes de reflexão e aprendizagem, tendo contribuído para o desenvolvimento das minhas competências na área.

Tendo como ponto de partida as competências já adquiridas no SCP para atingir o mesmo objetivo, iniciei este ensino clínico com uma postura totalmente direcionada para a identificação das necessidades físicas, emocionais e espirituais da pessoa em fase agónica, sabendo que a família compõe o binómio recetor de cuidados, sendo fundamental para isso de uma comunicação eficaz e do trabalho em equipa.

Tive a oportunidade de participar numa sessão informativa realizada num serviço de internamento de medicina interna do centro hospitalar, à qual tinha sido solicitada colaboração à EIHSCP. Esta tinha como objetivos refletir sobre uma situação real relativa aos cuidados prestados a uma pessoa com patologia oncológica em fase agónica que acabou por falecer no serviço com sinais aparentes de sofrimento, com sintomas compatíveis com hiperalgesia. Considerei importante ter tido a oportunidade de experienciar um momento de reflexão iniciada pela equipa de enfermagem, na qual utilizaram como recurso ciclo de *Gibbs* para descrever o que aconteceu, os sentimentos experienciados, avaliar o que foi bom ou mau na experiência, analisar que sentido pode ser encontrado na situação; concluir sobre o que mais poderia ter sido feito e por fim planear o que fazer se a situação voltar a ocorrer de novo. Penso que foi importante porque compreendi que é uma técnica que funciona bem na prática quotidiana dos cuidados e que contribui segundo Benner (2001) para aprofundar uma maior compreensão da prática de enfermagem.

Neste ensino clínico foi possível acompanhar pessoas doentes em fase agónica e em particular de portadores de patologia pulmonar oncológica, que estavam em regime de internamento. Verifiquei que a hospitalização da morte é ainda uma realidade muito frequente, e para além disso que parece existir uma grande dificuldade em assumir por parte dos profissionais de saúde que a morte se aproxima, situação que tem impacto no défice de informação à pessoa doente e sua família como demonstram os estudos de Paiva (2012) e Sapeta (2011). A comunicação assume-se também nesta situação uma ferramenta fundamental, sendo fundamental o treino adequado para adquirir competências nesta área. Do ponto de vista da minha aprendizagem, sinto que aprendi muito sobre a área da comunicação, com a pessoa doente em fase agónica e sua família, nomeadamente a importância de aplicar a estratégia certa no momento certo, mas o mais relevante é qual a intenção que tive com a aplicação da mesma. Estas estratégias revelaram-se facilitadoras da interação e penso que consegui transmitir atenção, demonstrar compaixão, e promover o conforto na minha forma de comunicar, encarando esta como um

atributo essencial dos CP em geral e do cuidar da pessoa em fase agónica e sua família em particular.

Foi através da comunicação que foi possível identificar as necessidades alteradas das pessoas que tive a oportunidade de acompanhar, tendo plena consciência da existência de congruência entre o meu verbal e o não-verbal. Ter recorrido à prática reflexiva de um momento de interação baseado na comunicação (Apêndice 2) foi uma forma de me tornar ativa no meu processo de aprendizagem, validando as minhas intervenções na procura da melhoria da minha prática de cuidados em situações idênticas futuramente.

Reportando-me a Benner (2001) encontrava-me inicialmente no nível competente, tendo plena noção de que seria necessário desenvolver competências na área do cuidar da pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família. No final deste ensino clínico entendo que desenvolvi competências já adquiridas no SCP, sendo que a aplicação prática dos conhecimentos adquiridos permitiu-me chegar a um ponto de compreensão de cada situação de cuidados intuitivamente, levando-me a evoluir gradualmente ao nível de proficiente, que se refere ao estado em que o enfermeiro se apercebe “das situações como uma globalidade e não em termos de aspetos isolados, e as suas ações são guiadas por máximas” (Benner, 2001, p.54-5).

Assim as competências desenvolvidas relacionadas com a intervenção junto da pessoa em fase agónica são: a)acompanha a pessoa doente e família no período de agonia e no momento da morte; b) proporciona ambiente calmo e seguro; c) presta os cuidados necessários à manutenção do conforto da pessoa doente podendo estes englobar a não prestação de algum cuidado físico e/ou invasivo.

**Objetivo específico: Interagir com a família da pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica de forma a detetar as necessidades alteradas, desenvolvendo estratégias para uma melhor adaptação a esta fase e para a preparação do luto**

---

Tal como já foi referido no objetivo anterior não foi possível experienciar tantas situações como gostaria. Ainda assim foi possível vivenciar algumas situações específicas que tiveram certamente contributos para a minha aprendizagem, que passo a descrever.

Constatei que a forma como a família encara toda a situação de doença do seu familiar, vai ter impacto direto na forma como vivenciam esse processo e que só é possível cuidar de uma pessoa em fase agónica no domicílio se o prestador de cuidados tiver um adequado suporte físico, emocional, social e uma resposta por parte dos profissionais de saúde que vá ao encontro das necessidades específicas. Paralelamente deparei-me que, nos serviços de internamento do hospital central onde desempenho funções, existem muitas pessoas na fase final das suas vidas por motivos associados a exaustão familiar, apresentando as famílias sentimentos de culpa e frustração por não terem sido capazes de cuidar dos seus entes queridos em fase agónica no domicílio. A comunicação também constituiu uma ferramenta fundamental através da mobilização de estratégias de suporte emocional como a escuta ativa, o reforço positivo das ações desenvolvidas e a compreensão empática.

Tive ainda a possibilidade de acompanhar em âmbito de consulta externa uma pessoa com doença oncológica na fase final da sua doença, tendo tido oportunidade de interagir também com a família, a companheira, a mãe e a irmã. Durante este tempo para além das necessidades desta pessoa doente, foram também consideradas as da família que foram evoluindo ao longo do processo de doença. Foi utilizada como estratégia a comunicação aberta e empática para transmitir informações necessárias para o ajuste da situação, nomeadamente ensinamentos sobre a gestão das atividades de vida diária em casa, mas ao mesmo tempo para as alterações possíveis de ocorrer, nomeadamente os sinais e sintomas característicos da etapa final, para que tivessem conhecimento e estivessem preparados para o porquê das mudanças, o quando e para o que fazer. Gomes (2010, p. 6) corrobora esta forma de atuação ao afirmar que “as necessidades da família variam de forma contínua, do início até muito tempo após a morte do familiar, sendo necessário ajudá-los a manter o equilíbrio entre ser útil ao doente e respeitar as suas próprias necessidades”. A cada consulta o Sr. M. apresentava sinais cada vez mais evidentes da evolução da sua doença, com necessidade crescente de cuidados pela sua família, no domicílio. Foi internado num serviço de medicina interna, na sequência de dor não controlada ao nível da coluna dorsal, tendo a EIHSCP sido notificada pelo serviço. Encontrava-se em situação agónica, sereno, em aparente conforto. A tranquilidade e a forma de aceitação e de lidar com esta situação por parte da família foram para mim fortes indícios de que a aliança terapêutica construída anteriormente foi baseada em aspetos essenciais como a confiança, a segurança, a empatia, o respeito e a dedicação. Considero esta experiência positiva do ponto de vista da

minha aprendizagem e do crescimento pessoal e profissional, na medida em que vivenciei um conjunto de sentimentos que originaram uma reflexão importante sobre a perspectiva da preparação para a morte dirigida aos familiares que cuidam da pessoa na fase final da sua vida no domicílio. Esta reflexão foi certamente o mote para a elaboração de um guia orientador destinado à família/prestador de cuidados (Apêndice 3), o qual contém informações úteis relativas à pessoa em fase agónica: como se caracteriza, sinais e sintomas associadas, que atitudes a adotar e em que situações pedir ajuda. Este guia orientador foi apresentado à equipa, encontrando-se a sessão e o respetivo plano nos Apêndice 5 e 4.

Paralelamente ao SCP, considerei que a forma como é transmitida a notícia de morte entre pares é muito dignificante: “A Sra. D.<sup>a</sup> A contactou telefonicamente a dar informação que o Sr. C. faleceu esta noite serenamente no domicílio”. O apoio desta equipa é continuado no luto, tal como preconizado pelo PNCP, sendo enviada uma carta de condolências nas primeiras 72 horas assinada por todos os elementos da equipa multidisciplinar. A partir daqui iniciam-se as consultas de apoio no luto que ocorrem de acordo com as necessidades, para a prevenção de um luto patológico e promover uma adaptação ajustada à situação.

No final deste ensino clínico atingi os objetivos a que me tinha proposto, tendo para tal contribuído o desenvolvimento de competências já adquiridas e desenvolvidas no SCP, relacionadas com a intervenção junto da família da pessoa em fase agónica. Penso que neste ensino clínico aperfeiçoei algumas áreas, nomeadamente a da comunicação, tendo sentido que era uma estratégia que utilizava de forma mais natural, e a competência: facilita a integração da família no processo de acompanhamento da pessoa doente tendo em conta a importância emocional e objetivos da mesma.

### **2.3. Serviço de Oncologia Pneumológica de um Centro Hospitalar de Lisboa**

Os ensinamentos clínicos realizados na área específica dos CP e o trabalho autónomo realizado no decorrer dos mesmos constituíram elementos absolutamente fundamentais que me permitiram adquirir competências técnicas, científicas e relacionais que possibilitaram a melhoria e padronização das boas práticas na prestação de cuidados à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família, com foco em intervenções baseadas nas necessidades,

facto que reflete uma melhoria dos cuidados prestados. Neste seguimento, transportar a aprendizagem realizada e aplicar ao meu contexto de trabalho seria essencial. Para tal, foram elencadas as seguintes estratégias: a) autoformação, assumindo a responsabilidade da prestação de cuidados promotores de conforto à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família, mobilizando os conhecimentos adquiridos e continuando a consultar a evidência científica mais recente produzida em enfermagem; b) intervenção juntos dos pares, sensibilizando-os para a importância da implementação de ações paliativas num SOP. Para que estas constituam uma realidade é necessária formação adequada na medida em que melhora os conhecimentos, as competências, a perícia e as atitudes, constituindo a última o vetor que mais influencia a mudança (Capelas & Neto, 2010). Daqui se destaca o papel necessário de agir como elemento dinamizador, com propósito fundamentado junto da restante equipa de enfermagem na divulgação e mobilização de estratégias que visam a implementação de ações paliativas.

**Objetivo específico: Identificar as necessidades da equipa de enfermagem do SOP relativamente à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família.**

---

Como já foi referido anteriormente no capítulo “0. Introdução”, o desenvolvimento do meu estudo nesta área particular partiu da dificuldade em adotar estratégias eficientes para intervir junto da pessoa em fim de vida, especialmente na fase agónica, e da sua família, por forma a garantir o máximo conforto possível. Esta inquietação, que interpretei como défice de conhecimentos e competências nesta área, em última análise, era também partilhada pelos meus pares, que por diversas vezes, em passagem de ocorrências, verbalizavam as suas preocupações relacionadas à temática. Nesta fase da realização de ensinamentos clínicos, na qual me encontro na etapa final do percurso, considero que as barreiras pessoais que tinha identificado inicialmente foram ultrapassadas. No entanto, do ponto de vista da continuidade do caminho percorrido no meu contexto de trabalho e da otimização dos cuidados prestados a estas pessoas doentes e suas famílias, considerei ser fundamental o envolvimento da equipa de enfermagem. Desta linha de seguimento surgiram algumas questões nomeadamente: Que dificuldades específicas tem a equipa de enfermagem relativamente ao cuidar da pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica? E com a sua família? Como poderei intervir no contexto deste curso de mestrado

e especialidade utilizando os conhecimentos e competências desenvolvidas junto dos meus pares?

No sentido de dar resposta a estas questões, de conhecer de forma objetiva a opinião da equipa de enfermagem sobre esta problemática e de intervir de acordo com as necessidades da equipa de enfermagem elaborei um documento para realizar uma sondagem de opinião (Apêndice 6). Após autorização pela Sra. Enfermeira Chefe, a sua aplicação decorreu no início do mês de janeiro de 2014, durante o último ensino clínico em contexto de trabalho, para que as atividades desenvolvidas fossem ao encontro dos resultados obtidos. O anonimato e a confidencialidade das respostas foram garantidos. A percentagem de resposta à sondagem de opinião foi de 76,5%, correspondendo a um total de 13 enfermeiros. Estes valores poderão estar relacionados com o facto de alguns elementos da equipa de enfermagem se encontrarem ausentes do serviço por motivos a mim alheios. No entanto, e ainda que não tenha sido possível uma participação de 100%, foi obtida uma maioria representativa, tendo posteriormente procedido à análise das respostas. Esta foi partilhada com a equipa de enfermagem e apresentada numa sessão de informação, cujo plano de sessão se encontra no Apêndice 8. Da sondagem de opinião salientam-se alguns resultados que se apresentam de seguida.

A maioria dos respondentes (57%) tem formação específica em CP. Este subgrupo foi também questionado sobre estratégias para otimizar os cuidados, tendo as repostas incidido sobre o trabalho em equipa multidisciplinar, a existência de protocolos e a formação.

A duas primeiras questões debruçavam-se sobre a definição e as principais características de um quadro de agonia, sendo os resultados demonstrativos que a equipa de enfermagem está relativamente familiarizada com estes conceitos. No que diz respeito à definição de agonia, os respondentes procederam à destrição do termo, de acordo com a fase e a sua duração, referindo sobre a primeira mencionada que se trata da fase “terminal” que “antecede a morte”, e sobre a segunda “de duração variável” e “horas ou dias de vida”. No que concerne à caracterização desta etapa verificaram-se dez respostas relacionadas com “diminuição do nível de consciência” e “alterações da respiração”, nove com “falência multiorgânica”, sete com “Agravamento do estado geral”, cinco com “dificuldade na ingestão e deglutição dos alimentos” e “delirium”, seguidas por três respostas com “redução da absorção dos alimentos” e “dificuldade na comunicação”. Estes resultados podem estar relacionados com a maior valorização das

alterações físicas decorrentes desta etapa por parte da equipa de enfermagem em relação aos outros sinais e sintomas, situação que poderá colocar em causa a identificação correta desta fase, facto que condicionará os cuidados adequados a esta etapa.

A questão número três, prendia-se exatamente com a identificação precoce da fase agónica, sendo que 57% dos respondentes afirma que reconhece esta etapa atempadamente, de forma a individualizar os cuidados em tempo útil. Referem, no entanto, algumas barreiras que influenciam a correta identificação que são a dificuldade individual em perceber os sinais e sintomas de agonia e o desacordo entre os membros da equipa multidisciplinar relativamente a estes. Estes resultados parecem demonstrar que existe um défice de conhecimento nesta área que necessita de ser colmatado a fim de melhorar os cuidados prestados e a tomada de decisão autónoma de enfermagem.

As questões número quatro e cinco debruçavam-se sobre os sentimentos do enfermeiro aquando da prestação de cuidados quer à pessoa doente em fase agónica, quer à sua família. Em ambos os casos os respondentes referem experienciar sensações ambivalentes. Se por um lado sentem segurança e satisfação profissional, pela experiência que têm na área e por prestarem cuidados com o objetivo de promover o conforto, por outro existe a frustração de muitas vezes não o conseguirem alcançar. Assim, sobre os cuidados à pessoa doente, os respondentes identificam sentimentos negativos relacionados com as divergências de opinião na equipa multidisciplinar, nomeadamente no que concerne à identificação da fase agónica e aos cuidados inerentes, o sofrimento da pessoa/família e a negação da fase por parte da família. A respeito dos cuidados à família referem que as dificuldades na comunicação sobre que informação transmitir e a forma mais adequada de prestar apoio emocional.

Tendo plena consciência da impossibilidade de neste ensino clínico abordar todos os conteúdos que gostaria, na medida em que tem a duração de cerca de 6 semanas, optei por perceber quais seriam as áreas nas quais a equipa de enfermagem tinha maior necessidade de formação para a promoção da melhoria dos cuidados prestados à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família. Assim, pela resposta número sete da sondagem de opinião, os respondentes identificaram a “Comunicação: abordagem à pessoa doente em fase agónica e sua família” e o “Apoio à família” com sete respostas, o “Controlo de sintomas respiratórios”, o

“Controlo de sintomas neuropsicológicos”, a “Angústia terminal” e os “Cuidados gerais” com seis e o “Controlo da dor” e a “Nutrição e hidratação” com quatro respostas.

Através da análise e interpretação das respostas obtidas emergiram algumas áreas temáticas para a melhoria dos cuidados a prestar à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família que são: a) a caracterização da fase agónica; b) a comunicação: abordagem à pessoa doente em fase agónica e sua família; c) o apoio à família; d) os cuidados gerais na agonia; e) o controlo de sintomas respiratórios; f) o controlo de sintomas neuropsicológicos; g) a angústia terminal.

Com o alinhamento de todos os pressupostos anteriores, através desta intervenção ajustada, penso ter atingido este objetivo específico a que me tinha proposto, tendo sido possível, em tempo útil programar estratégias de intervenção futuras junto dos pares que fossem de encontro aos resultados obtidos.

**Objetivo específico: Implementar estratégias que promovam a capacidade de resposta da equipa de enfermagem do SOP no que diz respeito ao cuidar da pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família**

---

No decorrer da realização deste ensino clínico pretendia mobilizar os conhecimentos e as aprendizagens adquiridos nas unidades específicas de CP por um lado, e operacionalizar as estratégias de intervenção junto da equipa de enfermagem no sentido de promover mudanças de comportamento que se traduzissem na melhoria das respostas dirigidas às necessidades da pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família, ao nível básico da palição que fossem por isso, promotoras de conforto. Tomei ponto de partida de que o sucesso na melhoria da qualidade dos cuidados a estes alvos anteriormente descritos não era produto somente da minha intervenção individual ou como elemento de referência dinamizador, mas também da atuação de toda a equipa de enfermagem com o mesmo objetivo em comum. Esta linha de pensamento é sustentada por Benner (2001) que refere que a aproximação holística à pessoa doente implica necessariamente a experiência e a continuidade dos cuidados.

Para intervir junto da equipa tive em linha de consideração alguns aspetos nomeadamente as características e a dinâmica da equipa de forma a manter a motivação. Neste seguimento foram definidas algumas estratégias que considerei fundamentais:

1. **SESSÕES DE INFORMAÇÃO:** no total foram realizadas 3 sessões neste ensino clínico. A primeira (Apêndice 7) foi realizada com a finalidade de apresentar o projeto de estágio à equipa de enfermagem de um Serviço de Oncologia Pneumológica, procurando sensibilizar a mesma para a importância de otimizar os cuidados a prestar à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família, dando ênfase à sua pertinência e fundamentando a problemática à luz evidência científica. Foram ainda contextualizadas as fases paliativas e os pilares dos CP, procurando sensibilizar a equipa para a possibilidade da implementação de ações paliativas no SOP, tal como preconizado no PNCP, reforçando a necessidade das intervenções promotoras de conforto. Foi apresentada e distribuída a sondagem de opinião a ser preenchida pelos pares. Nesta sessão estiveram presentes 12 enfermeiros, correspondendo a uma taxa de adesão de 70,6%. A avaliação desta sessão foi efetuada através da discussão partilhada sobre o tema, com troca de opiniões sobre as mais-valias na melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa doente com doença oncológica em fase e sua família com a implementação deste projeto, tendo sido considerada de forma global como muito satisfatória. Considerei ainda pertinente utilizar como recurso a sessão de informação para apresentar os resultados da sondagem de opinião e para abordar a pessoa doente em fase agónica, de acordo as necessidades principais identificadas. Tendo em conta os conteúdos prioritários defini mais duas sessões, perfazendo assim, como referi inicialmente um total de três sessões. Assim, na segunda sessão (Apêndice 8) foram apresentados os resultados da sondagem de opinião, tendo sido iniciada a abordagem à problemática da pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica: definição, principais características e foi iniciada a temática das intervenções gerais promotoras de conforto. Estiveram presentes onze enfermeiros, correspondendo a uma taxa de adesão de 64,7%. A avaliação formal foi efetuada através da aplicação de um documento de avaliação da satisfação, de onde se destaca que na maioria os pares ficaram bastante satisfeitos. Na terceira sessão de informação planeada dei continuidade à temática iniciada na sessão anterior, tendo sido elencados os cuidados gerais à pessoa com doença pulmonar oncológica, e de forma mais particular os cuidados específicos de acordo com as

necessidades: controlo de sintomas respiratórios, comunicação, angústia terminal, sintomas neuropsicológicos. A taxa de adesão foi de 82,4 %, correspondendo à presença de catorze enfermeiros e na qual após avaliação formal com o mesmo documento das anteriores, a satisfação dos pares se mantém.

2. **CRIAÇÃO DE UM DOSSIER:** para o serviço com a revisão da literatura mais atualizada, contendo artigos científicos pertinentes para esta área problemática de estudo nomeadamente a sobre o controlo sintomático, apoio à família e no luto, comunicação, bem como as questões éticas e legais. Para além disso, e como a adesão às sessões de informação, com exceção da terceira, esteve sempre inferior aos 80% achei pertinente, como estratégia, deixar o conjunto de diapositivos das três sessões no *dossier*. Este arquivo serve para consulta, esclarecimento de dúvidas, aprofundamento de conhecimentos para que sustente cientificamente a nossa intervenção perante a pessoa doente e sua família e no seio da equipa multidisciplinar.

No decorrer deste ensino clínico tive ainda, como era minha intenção inicial, oportunidade de prestar cuidados de enfermagem diretos à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família. Senti em mim uma grande evolução desde o início do primeiro ensino clínico no SCP, na forma de interpretar as situações, conseguindo dirigir os meus cuidados para intervenções promotoras de conforto baseadas nas necessidades das pessoas.

Durante a passagem de ocorrências procurei transmitir aos colegas o trabalho que tinha desenvolvido com a pessoa em fase agónica e sua família, na perspetiva de promover a continuidade de cuidados pelos meus pares. Ter recorrido à prática reflexiva neste âmbito (Apêndice 10) foi importante na medida em que realçou a necessidade de, como dinamizadora, sensibilizar os pares para esta problemática. Os meus registos de enfermagem também sofreram alterações. Se anteriormente descrevia apenas a dimensão física dos problemas da pessoa em fase agónica e sua família, passei a abranger a globalidade dimensional da pessoa e família. O diagnóstico “Conforto diminuído” passou a ser um diagnóstico predominante e principal na planificação de cuidados pois as intervenções que são planeadas para as pessoas e sua família que experienciam esta fase têm como objetivo primeiro a promoção do conforto. As minhas intervenções elencadas ultrapassaram também o domínio físico como por exemplo:

( ...) intervenção “escutar a pessoa”; registo: fâcies triste com comportamento sugestivo de ansiedade e medo. Foi aplicada técnica de escuta ativa através da validação da mensagem aparente pela linguagem não-verbal e realizadas perguntas abertas. Estimulada a exprimir os seus sentimentos e emoções. Demonstrada disponibilidade para estar presente...

Procurei estimular a equipa a registar mais as intervenções da esfera psicológica, espiritual e social, reunindo-me com a equipa dinamizadora no serviço dos registos de enfermagem eletrónicos.

Tendo em conta que no decorrer deste ensino clínico não foi possível abordar todos os conteúdos que gostaria relativamente a esta problemática, tendo priorizado as áreas temáticas nas quais a equipa de enfermagem referia maior necessidade de formação, ficou prevista a realização de mais uma sessão informativa relacionada com o “Controlo da dor” e “Nutrição e hidratação”. Para além destas ações está prevista a construção de um guia orientador do serviço, destinado à equipa de enfermagem, sobre as intervenções à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família.

Um dos aspetos que terá que ser abordado no futuro é a articulação com a EIHSCP deste centro hospitalar, na qual realizei um ensino clínico. Existe no meu contexto de trabalho alguma reticência em contactar a referida equipa, sendo o motivo principal o facto de considerarem não ser necessário. A referenciação como já anteriormente descrevi é feita pelo médico, sendo que o enfermeiro pode solicitar o apoio da equipa de enfermagem da EIHSCP, na medida em que estes desempenham atividades de consultadoria. Não foi possível trabalhar esta questão neste ensino clínico pois considerei ser pertinente, em primeira instância, suprir as necessidades de formação identificadas relativamente à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família. Considero que os conhecimentos adquiridos pela equipa de enfermagem serão fundamentais neste processo pois por um lado estarão mais sensibilizados para o contacto da EIHSCP, e por outro terão as ferramentas necessárias para argumentar a necessidade de proceder à referenciação.

Considero que consegui atingir este objetivo ao qual me tinha proposto para este ensino clínico. Da mesma forma, entendo que este é apenas o início da implementação de estratégias que promovam a capacidade de resposta da equipa de enfermagem do SOP no que diz respeito ao cuidar da pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família.

No final deste ensino clínico situo-me no nível de proficiente de acordo com Benner (2001). Entendo que evoluí na capacidade de análise das situações de cuidados, na competência para mobilizar conhecimentos, na adaptação a novas situações e na resolução de problemas diários.

### **3. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA**

O percurso realizado possibilitou adquirir experiência numa área específica dos cuidados de enfermagem, tendo a prática reflexiva e a fundamentação dos conhecimentos baseados na evidência científica assumido uma importância determinante para o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais inerentes ao grau de enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica. De facto, o contacto direto com peritos da área do cuidar da pessoa com doença oncológica em fase agónica e sua família e o aprofundamento de conhecimentos essenciais para o respeito pela dignidade e individualidade destes últimos determinaram o meu processo de consciencialização sobre a possibilidade de implementar intervenções promotoras de conforto à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família no SOP. A sua aplicação seria da responsabilidade individual de cada profissional.

Reconheço que a referida implementação foi e continua a ser regulada por fatores facilitadores e inibidores que influenciam a resposta às necessidades das pessoas com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família e, em consequência, os cuidados prestados a estes. Como fatores facilitadores identifico: a) a existência de elementos da equipa de enfermagem com formação em CP, na medida em que têm maior segurança nesta área, implementando intervenções promotoras de conforto a estas pessoas e famílias b) flexibilidade da equipa de enfermagem relativamente ao horário das visitas, possibilitando e promovendo a presença da família no acompanhamento à pessoa em fase agónica, incluindo durante a noite; c) o conhecimento e a familiarização da equipa de enfermagem com os princípios e a filosofia dos CP e d) a existência de uma EIHSCP disponível no centro hospitalar sendo possível referenciar ou solicitar consultadoria. Como fatores inibidores identifico; a) a estrutura do serviço, na medida em que não existem quartos individuais para a privacidade dos momentos finais da vida; b) a reticência em contactar a EIHSCP, por muitas vezes se considerar não ser necessário, constituindo uma situação que pode levar à não identificação de forma adequada das necessidades da pessoa doente em fase agónica e sua família, colocando em risco a garantia de cuidados promotores de conforto; c) pessoas com doença pulmonar oncológica em

fase agónica e sua família com défices de informação relativamente ao seu estado atual, nomeadamente do prognóstico, implicando trabalho de equipa e a criação de uma aliança terapêutica para dar resposta às necessidades destes, o que nem sempre se verifica) e d) défice de informação específica em CP, incluindo por parte da equipa médica.

A utilização da teoria do Conforto de Kolkaba ao longo do meu percurso confirmou que esta pode ser aplicada em qualquer realidade onde seja necessário ajudar a equipa no processo de orientação da pessoa doente e sua família na tomada de decisões relacionadas com a fase final de vida, considerando questões como: a intervenção X constitui uma medida de conforto? Para quem? Qual o conforto mais importante? O da pessoa doente, o da família, o do médico, o do enfermeiro? De que forma podemos promover o conforto da família para que a pessoa doente esteja mais confortável?

A reflexão aprofundada que constituiu um momento de interiorização do ciclo de aprendizagem e do meu percurso académico como aspirante a mestre e enfermeira Especialista de Enfermagem Médico-cirúrgica na área de intervenção de enfermagem oncológica foi preponderante para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família. A evolução positiva da abordagem paliativa na prática direta de cuidados promotores de conforto no SOP é de valorizar, perspetivando, no entanto, que no futuro esta abordagem se intensifique. Desta linha de pensamento advém ainda que tenho a responsabilidade como futura mestre e especialista de dar continuidade ao meu trabalho de dinamizadora na implementação de intervenções promotoras de conforto dirigidas à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família.

## 4. CONCLUSÃO

A sociedade portuguesa continua a envelhecer verificando-se um conjunto de modificações fisiológicas, sociais e familiares na sua maioria associadas a processos de doenças crónicas, no qual a patologia oncológica se inclui. Este contexto, onde muitas vezes a cura não é possível e a inevitabilidade de morte se aproxima, faz emergir a necessidade cada vez mais premente de CP. Perante a escassez de resposta em Portugal em matéria de unidades específicas para o efeito, é fundamental a implementação de ações paliativas nos serviços de saúde.

Nesta sequência, o meu percurso baseou-se na procura de intervenções promotoras de conforto à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família, num serviço de internamento hospitalar. A elaboração do presente relatório foi fundamental para a construção de uma nova identidade profissional. De facto, direcionar a atenção para a preservação da dignidade humana, aceitando a vulnerabilidade destas pessoas doentes e respetiva família, respeitando a sua autonomia e fazendo um equilíbrio constante entre os princípios da beneficência e não maleficência, constituem certamente pontos fulcrais para a prestação de cuidados de enfermagem especializados nesta área específica do cuidar.

Os conhecimentos adquiridos na componente teórica deste curso, a autoformação com pesquisa constante assente na evidência científica atualizada, a mobilização dos princípios e filosofia dos CP, aplicando a Teoria do Conforto de Kolkaba e a filosofia de Patricia Benner, e as experiências vivenciadas e refletidas ao longo dos ensinamentos clínicos constituíram certamente um contributo essencial para o meu desenvolvimento pessoal e profissional e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados às pessoas doentes em fase agónica e sua família, traduzindo-se por isso em ganhos.

Com ganhos pessoais destaco a forma como hoje vejo a vida. Aprendi a valorizar os pormenores, os pequenos gestos, as pequenas atitudes. Descobri que a intencionalidade que se esconde atrás daquelas coisas que consideramos pequenas e sem importância são afinal muito importantes para mim enquanto pessoa e na relação com o outro. Mobilizo as competências adquiridas ao longo deste ensino clínico na minha espera pessoal, principalmente as

relacionadas com a comunicação, que se revelam positivas e benéficas na interação com os outros.

Identifico como ganhos profissionais vários pontos decorrentes deste percurso, nomeadamente a segurança com que planeio e executo os cuidados promotores de conforto à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família. Por outro lado a minha capacidade de argumentar e negociar com a equipa multidisciplinar também evoluiu, sendo reconhecida como elemento de referência nesta área. Realço ainda como ganho profissional, a otimização da minha intervenção junto dos pares, dinamizando e direcionando-os para a reflexão das práticas, o que leva à melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Os ganhos para a pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família dizem respeito a uma resposta mais adequada às suas necessidades em todas as suas dimensões, de forma a promover o conforto, minorando o sofrimento e melhorando a qualidade de vida que lhe resta.

Considero ainda que atingi os objetivos a que me tinha proposto, tendo recorrido a atividades pertinentes para a sua concretização. As competências técnicas, científicas e relacionais adquiridas permitem-me classificar, de acordo com o Modelo de *Dreyfus* utilizado por Patricia Benner, num nível de proficiente, relativamente a este objeto de estudo.

Mas o meu caminho nesta área não termina com a conclusão deste relatório. No futuro passará por, dar continuidade da minha junto dos pares, incluindo a equipa multidisciplinar neste processo, pois só assim acredito que se atinge a excelência do cuidar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarenga, M. (2008). *A comunicação na transferência do doente em cuidados curativos para os cuidados paliativos*. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Dissertação de Mestrado. Lisboa. Acedido em 28/10/2013, disponível em [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1114/2/16475\\_2\\_texto.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1114/2/16475_2_texto.pdf)
- Alves, A. F., & Silva, M. C. (Abril de 2008). Cancro do Pulmão no serviço de Pneumologia do Hospital de Santarém: Resultados de 4 anos (2003-2006). *HDSInForma*. Acedido a 10/09/2013, disponível em: [http://www.hds.min-saude.pt/NR/rdonlyres/069D9731-43F1-455D-B82D-CA65AF82C3D7/12148/Destacavel\\_HdsInforma\\_N22\\_ABR\\_08.pdf](http://www.hds.min-saude.pt/NR/rdonlyres/069D9731-43F1-455D-B82D-CA65AF82C3D7/12148/Destacavel_HdsInforma_N22_ABR_08.pdf)
- Américo, A. F. (2009). As últimas 48 horas de vida. Em Academia Nacional de Cuidados Paliativos, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 290-298). Rio de Janeiro: Diagraphic. Acedido em 15/01/2014, disponível em: <http://www.nhu.ufms.br/Bioetica/Textos/Morte%20e%20o%20Morrer/MANUAL%20DE%20CUIDADOS%20PALIATIVOS.pdf>
- APCP. (2006a). *Organização de Serviços em Cuidados Paliativos. Recomendações da APCP*. Acedido em: 20/05/2013, disponível em: [http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes\\_Organizacao\\_de\\_Servicos.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf)
- APCP. (2006b). *Formação de Enfermeiros em Cuidados Paliativos. Recomendações da APCP*. Acedido em 20/05/2013, disponível em: <http://www.apcp.com.pt/uploads/recomendaes-formaoemcp-apcp.pdf>
- APCP. (2006c). *Organização de Serviços em Cuidados Paliativos: critérios de qualidade para unidades de cuidados paliativos. Recomendações da APCP*. Acedido em 20/05/2013, disponível em: [http://www.apcp.com.pt/uploads/Criterios\\_de\\_Qualidade-2006.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Criterios_de_Qualidade-2006.pdf)

- Apóstolo, J. L., Batista, A. M., Macedo, C. M., & Pereira, E. M. (Dezembro de 2006). Sofrimento e conforto em doentes submetidos a quimioterapia. *Revista Referência*, II Série (2), pp. 56-64. Acedido em 07/07/2014, disponível em: [http://www.uc.pt/en/fmuc/phdhs/Courses/HealthandDevelopment/Sofrimento\\_e\\_conforto\\_em\\_doentes\\_submetidos\\_a\\_quimioterapia.pdf](http://www.uc.pt/en/fmuc/phdhs/Courses/HealthandDevelopment/Sofrimento_e_conforto_em_doentes_submetidos_a_quimioterapia.pdf)
- Ayestarán, M., Gea, L., Gordon, A., Arruabarrena, E., Otaño, L., Agirre, A., . . . Puebla, J. (2008). *Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos* (1ª ed.). Madrid: Guías de Práctica Clínica en el SNS. Acedido em 11/11/2014, disponível em: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_428\\_Paliativos\\_Osteba\\_compl.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_428_Paliativos_Osteba_compl.pdf)
- Barbosa, A. (2003). Pensar a morte nos cuidados de saúde. *Análise Social*, Vol XXXVIII, 166, pp. 35-49. Acedido em 12/12/2013, disponível em: <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218737559Q5dRD9fa3Zz85OZ8.pdf>
- Barroso, R. M. (2010). *Condições para o desenvolvimento de Ações Paliativas em Unidades de Internamento de Agudos*. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. Dissertação de Mestrado. Lisboa. Acedido em 05/04/2014, disponível em: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2746/1/605758\\_Tese.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2746/1/605758_Tese.pdf)
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Coimbra: Quarteto editora.
- Bernardo, A., Rosado, J., & Salazar, H. (2010b). Trabalho em equipa. Em A. Barbosa, & I. Neto (Edits.), *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed.). (pp. 761-772). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Bernardo, A., Rosado, J., & Salazar, J. (2010a). Burnout e autocuidados. Em A. Barbosa, & I. Neto (Edits.), *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Capelas, M. L. (2009). Cuidados Paliativos: uma proposta para Portugal. *Cadernos de Saúde*, Vol 2, 1, pp. 51-57. Acedido em 15/06/2014. disponível em [http://www.apcp.com.pt/uploads/manuel\\_luis\\_capelas\\_1.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/manuel_luis_capelas_1.pdf)

- Capelas, M. L. (2011). Equipas de cuidados paliativos domiciliários: quantas e onde são necessárias em Portugal. *Cadernos de Saúde*, Vol 3, 2, pp. 21-26. Acedido em 13/12/2013, disponível em: [http://www.apcp.com.pt/uploads/eq\\_cpdomiciliarios\\_csaude\\_3\\_2.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/eq_cpdomiciliarios_csaude_3_2.pdf)
- Capelas, M., & Neto, I. (2010). Organização de serviços. Em A. Barbosa, & I. G. Neto (Edits.), *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed.). (pp. 785-814). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Carvalho, A. S. (2008). *Cancro do Pulmão a propósito de um caso clínico*. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da beira Interior. Dissertação de Mestrado. Covilhã Acedido em 20/02/2014, disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/tesemestradoanasofia.pdf>.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2011). *CIPE Versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Correia, I. M., & Torres, G. V. (mar./abr. de 2011). O familiar cuidador face à proximidade da morte do doente oncológico em fim de vida. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, pp. 399-409. Acedido em 10/10/2013, disponível em: [http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/4709/1/pdf\\_447.pdf](http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/4709/1/pdf_447.pdf)
- Costa, M. A., & Antunes, M. T. (2012). Avaliação de sintomas em doentes sem perspetiva de cura. *Revista de Enfermagem Referência*, 7, pp.63-72. Acedido em 10/10/2013, disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn7/serIIIIn7a07.pdf>
- Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 de Junho (2006). Cria a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados. Diário da República I Série A, Nº 109 (16/06/2006). Acedido em 02/08/2014, disponível em: [https://www.adse.pt/document/Decreto\\_Lei\\_101\\_2006.pdf](https://www.adse.pt/document/Decreto_Lei_101_2006.pdf)
- Diário da República, III Série, Nº 223, de 26 de setembro de 1995. Fundação da Associação Nacional de Cuidados Paliativos. Acedido em 10/08/2014, disponível em: <http://www.apcp.com.pt/aassociacao/histria.html>

- Direção-Geral da Saúde. (2009). *Recomendações nacionais para diagnóstico e tratamento do Cancro do Pulmão*. Acedido em 04/04/2014, disponível em: [file:///C:/Users/jumbo/Downloads/i017920%20\(7\).pdf](file:///C:/Users/jumbo/Downloads/i017920%20(7).pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Acedido em 04/04/2014, disponível em: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/0C255EF1-E3AB-46CF-B79C-E9A210F60F6D/0/ProgramaNacionalCuidadosPaliativos.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2012b). *Programa Nacional para as Doenças Oncológicas Orientações Programáticas*. Acedido em 04/04/2014, disponível em: [file:///C:/Users/jumbo/Downloads/i017667%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/jumbo/Downloads/i017667%20(5).pdf)
- Direção-Geral de Saúde. (2012a). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Acedido em 25/09/2014, disponível em: <http://pns.dgs.pt/pns-versao-completa/>
- Direção-Geral de Saúde. (2013). *Portugal - Doenças Oncológicas em números - 2013*. Acedido em 04/04/2014, disponível em: [file:///C:/Users/jumbo/Downloads/i019431%20\(6\).pdf](file:///C:/Users/jumbo/Downloads/i019431%20(6).pdf)
- European Association for Palliative Care. (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative Care in Europe: part 1. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *European Journal of Palliative Care*, 16(6), pp. 278-289. Acedido em 27/12/2014, disponível em: [http://www.pavi.dk/Libraries/EAPC\\_white\\_paper/EAPC\\_White\\_Paper\\_2009\\_og\\_2010.sflb.ashx](http://www.pavi.dk/Libraries/EAPC_white_paper/EAPC_White_Paper_2009_og_2010.sflb.ashx)
- European Association for Palliative Care. (2010). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe part2. Recommendations from the European Association for Palliative Care. *European Journal of Palliative Care*, 17(1), pp. 22-33. Acedido em 27/12/2014, disponível em: [http://www.pavi.dk/Libraries/EAPC\\_white\\_paper/EAPC\\_White\\_Paper\\_2009\\_og\\_2010.sflb.ashx](http://www.pavi.dk/Libraries/EAPC_white_paper/EAPC_White_Paper_2009_og_2010.sflb.ashx)
- European Oncology Nursing Society, EONS. (2005). *Post-basic Curriculum in Cancer Nursing* (3ª ed.).

- Ferreira, N. M., Dupas, G., Costa, D. B., & Sanchez, K. O. (Abr/Jun de 2010). Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos. *Ciência, Cuidado e Saúde*, Vol 9 (2), pp. 269-277. Acedido em 02/02/2014, disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/8749-41570-1-PB.pdf>
- Ferreira, N., Souza, C., & Stuchi, Z. (2008). Cuidados Paliativos e Família. *Rev. Ciênc. Méd.*, Vol 17 (1), pp. 33-42. Acedido em 21/09/2013, disponível em: <http://periodicos.puc-campinas.edu.br/seer/index.php/cienciasmedicas/article/view/742/722>
- Freeman, B. (2013). CARES: An acronym organized tool for the care of the dying. pp. Vol 15 (3), pp. 147-153. Acedido em 29/11/2013, disponível em: <http://www.medscape.com/viewarticle/803156>
- Frias, C. (2008). O Enfermeiro com a Pessoa em fim de vida na Construção do Cuidar. *Revista Referência*, II Série, 6, pp. 57-67. acedido em 20/02/2014, disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/065767.pdf>
- Frias, C. (2013). *Encontro de corpos: o processo de construção de cuidados enfermeiro/pessoa em fim de vida*. Loures: Lusociência.
- Gomes, A. M. (2010). O cuidador e o doente em fim de vida - família e/ou pessoa significativa. *Enfermeria Global*, 18, pp. 1-9. Acedido em 18/07/2014, disponível em: [http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/pt\\_revision3.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/pt_revision3.pdf)
- Gonçalves, A., Nunes, L., & Sapeta, P. (2012). *Controlo da Dispneia: estratégias farmacológicas e não farmacológicas, para o seu alívio num contexto de Cuidados Paliativos - Revisão Sistemática da Literatura*. Castelo Branco: IPCB.ESALD. Acedido em 20/10/2013, disponível em: <http://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/1475/1/Revis%C3%A3o%20Sistemica%20Lenia%20e%20Andre%5B1%5D.pdf>
- Grivauxa, M., Zureikb, M., Marsalc, L., Asselaind, B., Peureuxe, M., Chavillonf, J.-M., . . . Blanchona, F. (2011). Five-year survival for lung cancer patients managed in general hospitals. *Revue des Maladies Respiratoires*, vol. 8 (7), pp. 31-38. Acedido em 20/09/2014, disponível em: <http://www.em-consulte.com/rmr/article/651293>

- Guarda, H., Galvão, C., & Gonçalves, M. J. (2010). Apoio à família. Em A. Barbosa, & I. Neto (Edits.), *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed.). (pp. 751-760). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Instituto Nacional de Estatística. (7 de Fevereiro de 2014). Anuário Estatístico de Portugal 2012. *Destaque Informação à comunicação social*, p. 21. Acedido em 01/03/2014, disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/07Anuario\\_2012%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/07Anuario_2012%20(2).pdf)
- Kolcaba, K. (2003). *Confort Theory an Practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.
- Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro (2012). Apresenta a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Diário da República I Série, N.º 172. (05/09/2012). 5119 – 5124. 23/10/2013, disponível em: <http://www.apcp.com.pt/uploads/leidebasesdoscp.pdf>
- Macedo, A., Andrade, S., Moital, I., Moreira, A., Pimentel, F. L., Barroso, S., . . . Bonfill, X. (2008). Perfil da doença oncológica em Portugal - Racional, Objectivos e Metodologia - Estudo de perfil. *Acta Médica Portuguesa*, pp. 329-334. Acedido em 19/08/2013, disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/800-1354-1-PB.pdf>
- Macedo, J. (2011). *Educar para a morte*. Coimbra: Almedina.
- Magalhães, J. C. (2009). *Cuidar em Fim de Vida*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Marques, A., Gonçalves, E., Salazar, H., Neto, I., Capelas, M., M., T. &, & Sapeta, P. (2009). O Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal. *Patient Care*, Vol. 14, 152, pp. 32-38. Acedido em 20/02/2014, disponível em: <http://www.apcp.com.pt/uploads/cp.pdf>
- Matos, M. J. (2012). *O conforto da família em cuidados paliativos*. Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Dissertação de Mestrado. Porto. Acedido em 30/11/2014, disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/15537/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Final%20-%20M%C2%AA%20Jo%C3%A3o.pdf>

- Moreira, I. (2006). *O doente terminal em contexto familiar* (2ª ed.). Coimbra: Formasau - Formação e Saúde, Lda.
- Moreira, M. (2009). *Cancro do Pulmão: Grupos etários extremos - que diferenças?* Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior. Dissertação de Mestrado. Covilhã. Acedido em 27/11/2014, disponível em: [http://ubithesis.ubi.pt/bitstream/10400.6/986/1/Mestrado\\_definitivo.pdf](http://ubithesis.ubi.pt/bitstream/10400.6/986/1/Mestrado_definitivo.pdf)
- Neto, I. (2010a). Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. Em A. Barbosa, & I. G. Neto (Edits.), *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed.). (pp. 1-42). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Neto, I. G. (2010b). Agonia. Em A. Barbosa, & I. G. Neto (Edits.), *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed.). (pp. 387-400). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Nunes, L. (2008). Ética em cuidados paliativos: limites ao investimento curativo. *Revista Bioética*, 16(1), pp.41-50. Acedido em 10/01/2015, disponível em: [http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista\\_bioetica/article/viewArticle/54](http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/viewArticle/54)
- Ogasawara, C. K. (2003). Family Satisfaction With Perception of and Barriers to Terminal Care in Japan. *Oncology Nursing Forum*, 30(5), pp.100-105. Acedido em 20/10/2013, disponível em <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=20&sid=dba90383-4040-4c46-9744-64d9341f40be%40sessionmgr198&hid=102>
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Caderno Temático nº 2 Modelo de Desenvolvimento Profissional - Sistema de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem (SIECE)*. Acedido em 15/10/2013, disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/cadernostematicos2.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido em 25/07/2014, disponível em

[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_c ompetencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_c ompetencias_comuns_enfermeiro.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE)*. Acedido em 25/07/2014, disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/repe\\_vf.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/repe_vf.pdf)

Pacheco, S. (2004). *Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética* (2ª ed.). Loures: Lusociência.

Paiva, A. (2012). *Cuidados ao doente em agonia. Estudo comparativo entre cuidados prestados a doentes nos últimos dias de vida no Serviço de Cuidados Paliativos e Serviço de Medicina*. Universidade Católica Portuguesa do Porto - Instituto de Ciências da Saúde. Dissertação de Mestrado. Porto. Acedido em 12/05/2014, disponível em: [http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16684/1/Cuidados%20ao%20doente%20em%20agonia\\_Ana%20Paiva\\_Junho%20de%202012.pdf](http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/16684/1/Cuidados%20ao%20doente%20em%20agonia_Ana%20Paiva_Junho%20de%202012.pdf)

Palliative Care Australia. (2005). *Standards for providing Quality Palliative Care for all Australians*. Acedido em 08/10/2013, disponível em: <http://www.palliativecare.org.au/Portals/46/Standards%20for%20providing%20quality%20palliative%20care%20for%20all%20Australians.pdf>

Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. (2010). Comunicação. Em A. Barbosa, & I. Neto (Edits.), *Manual de Cuidados Paliativos*. (pp. 461-485). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro de 2011 (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República 2ª Série, nº 35. (18/02/2011). 8648 - 8653. Acedido em 07/01/2015, disponível em: [http://www.aper.com.pt/index\\_ficheiros/0864808653.pdf](http://www.aper.com.pt/index_ficheiros/0864808653.pdf)

Rocafort, J. (2007). *Estudio del Desarrollo y Consolidación de los Cuidados Paliativos en Europa através de Literatura Científica*. Pamplona: University of Navarra.

- Santos, E., & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Revista Referência*, 11, pp.59-61. Acedido em 06/12/2014, disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/ref\\_11-59a62.pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/ref_11-59a62.pdf)
- Sapeta, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: o processo de interação Enfermeiro-Doente*. Loures: Lusociência.
- Sapeta, P., & Lopes, M. (2007). Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interação enfermeiro doente. *Revista Referência*, II Série, nº4, pp. 35-57. Acedido em 11/11/2013, disponível em: [file:///C:/Users/User/Downloads/Artigo\\_3.pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/Artigo_3.pdf)
- Sapeta, P., & Lopes, M. (2008). Cuidar em fim de vida. *Dor*, Vol. 16, 3, 5-14. Acedido em 28/06/2014, disponível em: [http://www.aped-dor.org/images/revista\\_dor/pdf/2008/n3.pdf](http://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2008/n3.pdf)
- Searle, C., & Mcinerney, F. (2008). Creating comfort: Nurses' perspectives on pressure care management in the last 48 hours of life. *Contemporary Nurse*. Acedido em 20/10/2013, disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=25&sid=dba90383-4040-4c46-9744-64d9341f40be%40sessionmgr198&hid=102>
- Simões, J. F., Alarcão, I., & Costa, N. (2008). Supervisão de um ensino clínico de enfermagem: a perspetiva dos enfermeiros cooperantes. *Revista Referência*, 6, pp.91-108. Acedido em 21/12/2013, disponível em: <http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/0691108.pdf>
- Sousa, A. (2012). *Sintomas em Cuidados Paliativos: da avaliação ao controlo*. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado em Oncologia não publicada. Porto. Acedido em 04/02/2014, disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/65130/2/92475.pdf>
- Teixeira, E. (2009). Cancro do pulmão. Em A. Segorbe, & R. Sotto-Mayor, *Atlas de Pneumologia* (p. 1275). Lisboa: Permanyer Portugal.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

- Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2010). *Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos 2011-2013*. Serviço Nacional de Saúde. Acedido em 21/03/2014, disponível em: [http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/668/cuidadospaliativos\\_1-1-2011.pdf](http://www.arslvt.min-saude.pt/uploads/document/file/668/cuidadospaliativos_1-1-2011.pdf)
- Valente, S. J. (2011). Nurses' Perspectives of Challenges in End of Life Care. *Journal of Chi Eta Phi Sorority*, 55(1), pp.28-31. Acedido em 20/10/2013, disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=29&sid=dba90383-4040-4c46-9744-64d9341f40be%40sessionmgr198&hid=102>
- Volker, D. L., Kahn, D., & Penticuff, J. H. (2004). Patient Control and End-of-Life Care. Part II: The Patient Perspective. *Oncology Nursing Forum*, 31 (5), pp. 954-960. Acedido em 20/10/2013, disponível em: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=34&sid=dba90383-4040-4c46-9744-64d9341f40be%40sessionmgr198&hid=102>
- World Health Organization. (2002). *National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines*. Geneva: World Health Organization. Acedido em 24/02/2014, disponível em: <http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>

## **Apêndices**

## **Apêndice 1**

Reflexão crítica realizada no ensino clínico num Serviço de Cuidados Paliativos de um hospital da Região Norte do País

## INTRODUÇÃO

A doença oncológica reveste-se de grande impacto para o doente e sua família na medida em que, além de se apresentar quase sempre como uma doença prolongada, é ainda conotada individual e socialmente de forma negativa, significando sofrimento e muitas vezes a própria morte (Correia & Torres, 2011).

De acordo com o PNCP, estima-se que cerca de 80% dos doentes oncológicos que virão a falecer necessitam de cuidados paliativos nos diferentes níveis de complexidade (DGS, 2010).

Os cuidados paliativos constituem os alicerces de uma intervenção desenvolvida com o intuito de melhorar a qualidade de vida das pessoas doentes e suas famílias, que se deparam com problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave, com prognóstico restrito.

Preconizam a prevenção e alívio do sofrimento, assim como a preparação e gestão do fim de vida e apoio no luto, mediante o reconhecimento prévio e tratamento minucioso dos problemas de natureza física, psicossocial e espiritual (OMS, 2002 citado por UMCCI, 2010). A família é também integrada como parceira na plenitude dos cuidados, mas também como sujeito de cuidados durante todo o processo, inclusive no luto (APCP, 2006; DGS, 2010).

Destes pressupostos entende-se facilmente que assumir os cuidados paliativos como “cuidados intensivos de conforto”, requer a existência de uma atuação multidisciplinar, com impacto multidimensional. Especificados nestes, os cuidados na agonia têm como objetivo proporcionar o máximo conforto à pessoa doente, promovendo a máxima dignidade de vida, sem o intuito de acelerar ou atrasar o processo de morte..

É sobre esta área temática que vai incidir a minha reflexão, que surge no âmbito o primeiro de três estágios, num Serviço de Cuidados Paliativos de um hospital da região norte do país. Utilizando como ponto de partida uma situação importante vivenciada, irei recorrer à metodologia do Ciclo de Gibbs discriminando cada uma das seis etapas que o caracterizam: descrição, sentimentos vivenciados, avaliação da situação, análise, conclusão e planeamento da ação.

## DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

A Sra. D.<sup>a</sup> L. tem 45 anos de idade e está internada no SCP desde noite anterior por progressão da doença, tendo sido levada ao serviço de atendimento não programado do mesmo hospital por agravamento do estado geral, anasarca e recusa alimentar. Tem diagnosticado desde 2011 um adenocarcinoma do pulmão que se encontra em estadio IV, metastizado ao nível hepático e ganglionar. À entrada no serviço encontrava-se emagrecida, pálida, prostrada, mas sem alteração no nível de consciência, com queixas algícas ao nível do abdómen, que se encontrava volumoso, doloroso à palpação mas depressível. A realizar oxigenioterapia a 3l/min sem sinais de dificuldade respiratória. Do plano terapêutico podia-se ler: “Ajusto terapêutica; sem indicação para suporte avançado de vida”.

É professora de educação visual de profissão, casada. O marido tem permanecido com a Sra. D.<sup>a</sup> L., recebendo a visita da mãe com frequência e de dois dos quatro irmãos (os restantes dois residem no estrangeiro).

Tive a oportunidade de cuidar da Sra. D.<sup>a</sup> L. um dia após o internamento. O quadro supra referido mantinha-se. De realçar que na passagem de ocorrências foi transmitida a informação de que a família se encontrava apreensiva com a situação, tendo beneficiado com apoio emocional. A Sra. D.<sup>a</sup> L. além de prostrada e sonolenta mantinha-se pouco comunicativa com fácies triste e deprimido, tendo tido um episódio de lipotimia após tentativa de levantar para o cadeirão.

Iniciamos a interação com a Sra. D.<sup>a</sup> L. no início do turno da manhã, encontrando-se sonolenta tendo solicitado não ser incomodada, referindo vontade de dormir. Cerca das 11 horas, a seu pedido, foram realizados cuidados de higiene e conforto no banho assistido, tendo manifestado agrado e referido extremo relaxamento e satisfação. Regressou ao leito 1:30h depois, tendo permanecido na companhia da mãe. Recebeu a visita de vários familiares que estavam conscientes da situação clínica. Às 14:30 horas teve um episódio de dispneia associada ao decúbito lateral direito, e um pico febril (38.9 °C), tendo realizado terapêutica antipirética, posicionada em decúbito dorsal (posição de conforto para a própria) e colocada uma ventoinha na sala direcionada para si. Como resultado desta intervenção a Sra D.<sup>a</sup> L. referiu ficar confortável. Referia sede intensa; foi disponibilizado chá de camomila resultando em sensação de alívio deste sintoma. Durante este episódio foram várias as questões colocadas pela família

sobre o quadro da Sra. D.<sup>a</sup> L. Estavam angustiados e apreensivos com esta situação referindo, “ela não parece bem”, “acha que isto vai passar?”, “Como é que ela está?”. As respostas surgiram pela enfermeira responsável pelo meu ensino clínico, inicialmente devolvendo a pergunta e depois confirmando as suas suspeitas, apoiando-os. No final desta interação, a família ficou consciente da situação clínica e dos objetivos dos cuidados nestes últimos dias ou horas de vida.

Já em casa, após o término do turno da manhã recebi uma mensagem escrita da enfermeira responsável pelo meu ensino clínico dizendo “A Sra. D. L. faleceu esta tarde. Partilho esta notícia contigo porque fizemos um bom trabalho juntas. A Sra. D.<sup>a</sup> L. esperou pela família e de uma forma serena faleceu...”.

## **SENTIMENTOS E PENSAMENTOS**

Como este constitui o primeiro ensino clínico que realizo, tenho experienciado alguma insegurança e nervosismo que considero que têm vindo a ser colmatados pela pesquisa bibliográfica aprofundada sobre o meu objeto de estudo e o contacto do ponto de vista de observador ou participante com situações específicas de cuidados à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família. Sinto que refletir sobre as situações práticas tem também contribuído para o desenvolvimento de sentimentos concordantes com a tranquilidade e confiança.

Nesta situação específica destacaram-se diversos sentimentos que posso dividir em positivos e negativos, de acordo com os efeitos causados.

Começo pelos sentimentos negativos porque são mais numerosos e tiveram mais impacto, destacando a insegurança por sentir que não tenho ainda as competências necessárias para lidar na íntegra com esta situação. Percebi que necessito de aprofundar a problemática da comunicação porque é essencial para todo o tipo de cuidados em cuidados paliativos; impotência por considerar que a Sra. D.<sup>a</sup> L. se encontrava nas últimas horas ou dias de vida e sentir que era capaz de identificar rapidamente as necessidades físicas, mas em relação às outras dimensões do ser humano tinha mais dificuldades; angústia por querer e não conseguir ser mais útil ao longo da situação.

Ainda assim, como sentimentos positivos identifico a confiança por saber que estava a ser acompanhada nesta situação específica por uma enfermeira com formação avançada e perita nesta área. Considerei desta forma que, embora não tivesse a experiência necessária para por exemplo comunicar de forma eficaz, muito iria aprender pela observação da interação da enfermeira que estava responsável pelo meu ensino clínico com a família e a Sra. D.<sup>a</sup> L.

## **AVALIAÇÃO**

Avaliando a situação, identifico como fatores facilitadores a experiência e o trabalho da equipa multidisciplinar que na sua intervenção ajudou a Sra. D.<sup>a</sup> L. a viver as últimas horas que lhe restavam com conforto e dignidade; o espaço físico que garantiu a privacidade da Sra. D.<sup>a</sup> L. e da sua família e foi facilitador para a expressão de sentimentos e para as despedidas; as estratégias de comunicação mobilizadas, com evidência para a escuta ativa, disponibilidade para ouvir, estar presente e ajudar; o apoio à família.

Como fatores inibidores identifico a falta de preparação da família para reconhecer e aceitar que estavam perante os últimos dias ou horas de vida da Sra. D.<sup>a</sup> L., tendo sido necessário utilizar diversas estratégias, nomeadamente relacionadas com comunicação que surge como ferramenta essencial nesta área.

## **ANÁLISE**

Os últimos dias ou horas de vida requerem uma atenção especial, na medida surgem novas necessidades que devem ser devidamente identificadas sob pena de provocar sofrimento quer para a pessoa doente, quer para a família (Ayestarán, et al., 2008). Pegando neste pressuposto e transportando para a realidade do SCP verifico que é tão verdadeiro quanto necessário. Ao longo do curto internamento da Sra. D.<sup>a</sup> L. (pouco mais de um dia), a grande preocupação foi a de intervir de acordo com as necessidades identificadas no sentido de promover o conforto e bem-estar, tentando eliminar o sofrimento.

Nesta fase a redefinição de objetivos terapêuticos com a consequente simplificação da medicação e adequação das vias de administração são essenciais (Neto, 2010). Por outro lado, é importante evitar tratamentos que possam ser considerados fúteis nesta fase, para além procedimentos que não tenham impacto na melhoria ou tratamento dos sintomas (Américo, 2010). Desta forma, a avaliação da saturação periférica de oxigénio quando a pessoa não tem sinais de dificuldade respiratória não faz sentido. Esta questão fez-me pensar que tenho em mim enraizado diversas práticas rotinizadas que em cuidados paliativos e na abordagem à pessoa em fase agónica têm que ser repensadas na medida em que não constitui conforto para a pessoa doente. Será conforto para mim enquanto profissional, mas não o é para a pessoa doente. Kolkaba (2003), a propósito da pessoa em fim de vida relembra que antes de se iniciar uma intervenção nos devemos questionar quem beneficiará de conforto com uma determinada ação, a fim de não corrermos o risco de trazer sofrimento à pessoa ou à família.

A comunicação é uma ferramenta essencial em cuidados paliativos, constituindo uma obrigação ética e moral, sendo uma estratégia fundamental de intervenção no sofrimento associada à doença avançada e terminal. Para tal, é necessário fazer recurso de uma comunicação que poderá ser mais empática, mais assertiva, mais emotiva, podendo ser utilizada desde a informação até à comunicação de más notícias, passando pela resolução de conflitos. Para todas as situações existem inúmeras estratégias que poderão ser utilizadas (Neto, 2010).

Tive a oportunidade de compreender a importância desta ferramenta no decorrer desta experiência. Tomei consciência que ao longo da minha experiência profissional nem sempre comuniquei de forma eficaz, que tenho bastantes dificuldades nesta área, que necessito de aprofundar o meu estudo relativamente a esta problemática. Para tal, considero ser importante o treino, a reflexão e o crescimento diário.

Bernardo, Rosado, & Salazar (2010) reforçam a importância da prevenção do *burnout* referindo que sendo muito frequente sobretudo nas profissões de ajuda, é fundamental que cada elemento da equipa utilize os seus recursos pessoais e os da equipa para a definição de estratégias no sentido de ultrapassar esta situação que origina grande sofrimento. Neste contexto aprendi que

as mesmas passam pela comunicação ativa, o feedback positivo, a partilha das angústias e tristezas, mas também das alegrias e sucessos e o companheirismo. Embora não esteja descrita na situação, quando o turno terminou fui para casa a refletir sobre esta experiência. Considerei que a minha atuação tinha sido adequada mas que me faltavam várias competências essencialmente relacionadas com a comunicação. Neste exercício interior, no qual a insegurança se estava a apoderar, foi importante e motivador ter recebido uma mensagem escrita da enfermeira responsável pelo meu ensino clínico dizendo “A Sra. D. L. faleceu esta tarde. Partilho esta notícia contigo porque fizemos um bom trabalho juntas. A Sra. D.<sup>a</sup> L. esperou pela família e de uma forma serena faleceu...”.O meu estado de espírito mudou, senti-me mais motivada a continuar, facto que me impulsionou a descrever e a refletir sobre esta situação.

## **CONCLUSÃO**

Desta reflexão emerge a noção que frases como “já não há mais nada a fazer” e “não é para fazer mais nada”, muito presentes na minha prática profissional do meu contexto de trabalho, não se aplicam na realidade de cuidados paliativos ou mesmo no cuidar da pessoa doente em fase agónica e sua família. Pelo contrário, existe um leque vasto de intervenções promotoras de conforto que podem ser elencadas com enfoque na dignidade da pessoa e na sua qualidade de vida.

O que mais poderia ter feito? Pensando na minha intervenção individual desfasada da equipa podia ter sido melhor. Faltaram-me alguns conhecimentos e competências essenciais na área da comunicação que teriam sido importantes para melhorar a minha intervenção. Em termos de intervenção em grupo penso que a intervenção foi adequada.

## **PLANEAR A AÇÃO**

Esta reflexão foi muito importante para a minha aprendizagem, na medida em que me consciencializo que muito há a fazer e muito caminho existe a percorrer nesta caminhada. Necessito de aprofundar os conhecimentos nesta área, preciso de observar a atuação dos peritos,

é fundamental adquirir competências. Só desta forma me irei sentir mais confiante e segura das minhas intervenções.

Questiono-me se estarei a adquirir as competências necessárias por forma a proceder corretamente perante uma pessoa doente em fase agónica ou sua família. É uma questão cuja resposta é muito mais vasta e mais complexa do que imaginava, depois de refletir sobre o assunto. Terei que primeiro questionar-me sobre a minha disponibilidade para a relação, sobre a minha autenticidade na própria relação e depois, avaliar a minha capacidade de “ler” a pessoa, para também ir de encontro às suas preocupações e necessidades. Este é um caminho longo a percorrer, que implica mais aprofundamento teórico, reflexão sobre as práticas, e planear o que se vai fazer e como se vai fazer.

## REFERÊNCIAS

- Américo, A. F. (2009). As últimas 48 horas de vida. Em A. N. Paliativos, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 290-298). Rio de Janeiro: Diagraphic.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2006). *Organização de Serviços de Cuidados Paliativos: Critérios de Qualidades para Unidades de Cuidados Paliativos*.
- Ayestarán, M., Gea, L., Gordon, A., Arruabarrena, E., Otaño, L., Agirre, A., . . . Puebla, J. (2008). *Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos* (1ª ed.). Madrid: Guías de Práctica Clínica en el SNS.
- Bernardo, A., Rosado, J., & Salazar, J. (2010a). Burnout e autocuidados. Em A. Barbosa, & I. Neto (Edits.), *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Correia, I. M., & Torres, G. V. (mar./abr. de 2011). O familiar cuidador face à proximidade da morte do doente oncológico em fim de vida. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, pp. 399-409.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory an Practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.

Neto, I. G. (2010). Agonia. Em A. Barbosa, & I. G. Neto (Edits.), *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 387-400). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2010). *Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos 2011-2013*. Serviço Nacional de Saúde.

## **Apêndice 2**

Reflexão crítica realizada no ensino clínico numa Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos de um hospital central de Lisboa

## **INTRODUÇÃO**

Atualmente, verifica-se que a filosofia dos cuidados paliativos, que sublima a aceitação da morte como um processo natural, suprimindo atitudes de “obstinação terapêutica”, se encontra amplamente dispersa em todo o mundo, apesar de não existir equidade de acesso à sua prática (Neto, 2010).

A prestação de cuidados paliativos, na sua essência, encontra-se ainda muito focada nas doenças oncológicas (que constitui um grupo com grandes necessidades), remetendo para segundo plano um conjunto importante de população que também necessita destes cuidados diferenciados (UMCCI, 2010).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados apresenta grande escassez de resposta, problemas de acesso, tempos de espera inadmissíveis e burocracia excessiva. A Lei de Bases em Cuidados Paliativos parece vir resolver estes pontos após a sua implementação, que dada a conjuntura política e económica atual, pode vir a sofrer grandes alterações, uma vez que não está diretamente contemplada no Orçamento de Estado de 2013. Este foca apenas o desenvolvimento das ECSCP e EIHSCP.

Perante esta situação, existe um aumento crescente do número de pessoas que morrem nos hospitais destinados aos casos agudos. Estes não estão, na maioria das situações, preparados para cuidar destas pessoas doentes e famílias, condicionando o sofrimento pela frequente desadequação dos cuidados às suas principais necessidades e pela dificuldade do envolvimento das famílias (Neto, 2010)

A complexidade das questões relacionadas com o final da vida elenca a necessidade de congregação de esforços comunitários, multidisciplinaridade de saberes oriundos das diversas áreas do conhecimento em saúde, bem como de voluntários disponíveis e hábeis no contexto paliativo. Destaca-se, deste modo, a importância da formação e preparação individual e em grupo, com o intuito de assegurar a qualidade destes cuidados, indubitavelmente imprescindíveis.

As Equipas Intra-hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) têm, no contexto hospitalar de cuidados destinados a casos de doença aguda, um papel essencial, como contemplado pela Lei de Bases em Cuidados Paliativos:

Presta aconselhamento e apoio diferenciado em cuidados paliativos especializados a outros profissionais e aos serviços do hospital, assim como às pessoas doentes e suas famílias;

Presta assistência na execução do plano individual de cuidados às pessoas doentes internadas em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, para os quais seja solicitada a sua atuação.

Atualmente encontro-me a realizar o segundo de três estágios, na EIHSCP de um hospital central de Lisboa. Tendo em conta que a minha atividade profissional se desenvolve no mesmo centro hospitalar é para mim importante conhecer a sua dinâmica interna e a forma como se articula com os outros serviços e com a comunidade, por forma a dar resposta aos objetivos a que me propus por um lado, e para aquisição das competências fundamentais para a prestação de cuidados de qualidade e especializados à pessoa em fase agónica e sua família, por outro. Ao anterior descrito acrescento a importância de observar, analisar e refletir acerca das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros do serviço e participar com a equipa nas atividades autónomas e interdependentes desenvolvidas, fundamentando a prática clínica especializada do papel do enfermeiro, utilizando evidência científica recente e válida;

Desta forma, a presente reflexão surge neste contexto: utilizando como ponto de partida uma situação importante vivenciada, irei recorrer à metodologia do Ciclo de Gibbs discriminando cada uma das seis etapas que o caracterizam: descrição, sentimentos vivenciados, avaliação da situação, análise, conclusão e planeamento da ação.

## DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

No contexto do pedido de observação pela EIHSCP, tive a oportunidade de contactar com o Sr. C., internado num serviço de medicina deste hospital. Como motivo desta solicitação constava a dor não controlada. A equipa foi ainda informada de que o Sr. C. se encontrava na fase final da sua vida, dada a evolução da sua doença, com progressão metastática, e o seu estado caracterizado por um aumento da debilidade e de dependência de terceiros. Foi também informada da sua situação social e familiar, que era indicadora de problemas, que já tentaram resolver, sem êxito.

À chegada, e após análise dos registos do processo clínico e transmissão de informação sobre a situação pela enfermeira responsável pelo Sr. C., passou-se à observação directa.

De facto, na primeira abordagem, foi confirmada esta avaliação: o Sr. C. encontrava-se deitado no leito onde permanecia durante quase a totalidade do dia, estava muito debilitado, emagrecido, com manifestações sintomáticas esporádicas (vómitos, dor) e outras mais permanentes (insónias, depressão, cansaço).

O Sr. C., de 78 anos, com diagnóstico médico de carcinoma colo rectal em estadio IV e metastização suprarrenal e ganglionar, encontrava-se numa enfermaria de 4 camas, deitado no leito, embora de acordo com os registos e com a informação fornecida, tem efetuado levantes diários, de curta duração de acordo com a sua tolerância.

Iniciamos a abordagem inicial com a apresentação: quem somos, indicamos o serviço de origem, o motivo da nossa presença e o que fazemos. E partimos para a avaliação global desta pessoa doente.

À abordagem demonstrou-se disponível, respondendo inicialmente às questões que lhe eram solicitadas. De acordo com o próprio não apresentava dor. Tinha apresentado dois vómitos alimentares isolados, dispersos em três dias, mas não referia náuseas. Tal como referido nos registos de enfermagem, apresentava ingestão de alimentos diminuída. Tinha sido já observado pela dietista, com pouco sucesso: de facto, o Sr. C. não gostava da alimentação fornecida pelo hospital. No que diz respeito à ingestão de suplementos enérgicos e proteicos, estes já estavam a ser fornecidos, e ingeria com agrado, “principalmente quando tinha companhia”.

As visitas, a “companhia” não é muito frequente; no dia da nossa intervenção aguardava com expectativa a visita de uma vizinha. Viúvo, com a única filha a residir na Alemanha e com vários irmãos, na maioria residentes no estrangeiro, refere que a sua ligação afetiva mais forte é com a sua irmã B., que vive no Brasil. No entanto, a pessoa de referência é a sua irmã A., a única a viver na proximidade, que o visita quando pode (não constituindo esta visita uma rotina diária).

Do processo constava também que se apresentava deprimido. Até ao momento sem qualquer solicitação à psicologia, porque avaliaram que “não há necessidade”.

Aproveitando um momento de silêncio referiu: “não tenho medo da morte”, silêncio, “sei que está perto, mas gostava de ter alta para casa”. Quando questionado sobre se era essa a sua vontade, apresentou como única razão “sou um fardo para a instituição hospital, estou a ocupar uma cama que pode servir para tratar outras pessoas”. Foi questionado sobre o porquê dessa afirmação, que não respondeu. Por outro lado, prosseguiu afirmando que não podia ficar em casa sem apoio, mas que não tinha família que o pudesse ajudar neste âmbito. Verbalizou a possibilidade de uma “enfermeira” que fosse lá a casa várias vezes ao dia, ou até ficasse em permanência, para cuidar de si, era uma opção, mas que, por outro lado, como não era um serviço gratuito, desistiu da ideia. Quando lhe foi devolvida a informação que acabara de referir (feedback), acabou por concluir “não posso ir para casa”, relatou ainda “o meu maior desejo é deixar tudo o que tenho à minha filha”. Sentindo necessidade de verbalizar os seus sentimentos, iniciou a sua conversação referindo que “poderia ter feito mais por ela do que realmente fiz. Fiz-lhe muito mal”. Mas não quis explorar esta ideia.

Outra questão que o preocupa é a situação da sua esposa, já falecida. “Será que ela está bem?”, “precisava de saber o que é que ela precisa, o que eu preciso de fazer para ela ficar bem, onde quer que esteja”. Relativamente a este assunto, durante o tempo que antecedeu o diagnóstico da sua doença, muito fez para perceber das suas necessidades; recorreu inclusive a um Templo Espírita, com o objetivo de conseguir falar com ela, embora sem êxito. Atualmente, doente, frágil e vulnerável, chora por não ter conseguido atingir este objetivo.

A sua relação com Deus não é próxima desde que a sua esposa faleceu. Esta era a sua única companhia, e desde que ela desapareceu que se sente sozinho. De facto, e sabendo que tem uma ligação afetiva distante com a sua filha, que a sua irmã B. se encontra longe, resta-lhe apenas a

sua irmã A. Esta, apesar de ser a pessoa de referência não constitui a sua pessoa significativa; recusa qualquer responsabilidade relativamente à continuidade de cuidados ao seu irmão, excetuando-se as questões formais e legais, relacionadas com os bens e execução de testamento.

No final, validamos com o Sr. C. quais eram as suas principais preocupações/necessidades. De facto, não apresentava dor, mas o que realmente necessitava era que alguém o ajudasse a resolver os seus conflitos emocionais. Relativamente ao facto de se sentir um “peso” para o hospital, foi desmistificada essa ideia na tentativa de minimizar as suas incertezas e, de outra forma, afirmar que não o iríamos abandonar.

Depois desta interação falamos novamente com a enfermeira responsável pelo Sr. C., no sentido de colaborar na otimização do plano de cuidados para o próprio: identificando os seus problemas/necessidades e intervenções a desencadear com o objetivo de dar conforto, aliviando o sofrimento atroz em que se encontrava.

Mais tarde, no meu contexto de trabalho, considerando pertinente, partilhei esta experiência que vivenciei com os meus pares tendo sido promovida a discussão, na qual os presentes participaram ativamente na reflexão.

## **SENTIMENTOS E PENSAMENTOS**

Neste momento, e fazendo um ponto da situação, encontro-me no segundo de três ensinamentos clínicos que planeei para o atual curso que frequento. Sinto que existe em mim uma evolução francamente positiva no que diz respeito ao desenvolvimento das competências fundamentais enquanto futura especialista, com impacto na melhoria dos cuidados no contexto da prática, no sentido da intervenção mais eficaz e eficiente em situações cada vez mais complexas.

Percebo com entusiasmo que, de uma forma global neste ensino clínico, sinto maior segurança relativamente ao cuidar de pessoas doentes em fim de vida, especialmente nos últimos dias ou horas de vida, relativamente ao ensino clínico anterior, no qual estava mais concentrada em “absorver” todas as oportunidades de aprendizagem que me eram proporcionadas. Neste sentido saliento o papel importante dos ensinamentos clínicos, na medida em que é fundamental a articulação entre conhecimento teórico (já adquirido no decorrer das sessões letivas) e a

experiência efetiva para o desenvolvimento de competências direcionadas e especializadas e para agir como perita.

Destaco desta situação específica descrita o papel fundamental da comunicação como estratégia terapêutica de cuidados. Para tal, esta deve revestir-se de características e sentidos específicos com impacto no alívio do sofrimento; deve ser eficaz e dirigida às necessidades das pessoas doentes e famílias para atingir os objetivos terapêuticos desejáveis. Comunicar sem pensar efetivamente no impacto que comunicação pode alcançar, não constitui um benefício na melhoria da qualidade dos cuidados que prestamos.

No caso desta intervenção, questionei-me se comunicação dos profissionais de saúde com o Sr. C. foi, em algum momento, ineficaz pois apesar deste reconhecer que não podia ir para casa sozinho, manifestava vontade em fazê-lo, nomeando como único motivo “ser um fardo para a instituição hospital”.

Por outro lado, o motivo de solicitação da EIHSCP foi por dor, que o Sr. C. negava, situação também corroborada pelos registos clínicos. Voltei a questionar-me sobre a eficácia da comunicação. Ou seria outra coisa? De uma forma evolutiva, pelo decorrer da interação, fui percecionando um conceito importante: o sofrimento.

Mas como aliviar o sofrimento? Se o sofrimento é global, único, individual e subjetivo, o que fazer? Senti-me inicialmente apreensiva, pois várias questões me preocupavam: o facto de estar internado num hospital de cuidados destinado essencialmente a pessoas com agudizações de uma patologia, o facto de estar a enfrentar a morte neste local, a necessidade de cuidados dirigidos às suas necessidades que não estavam a ser providenciados (apoio da psicologia pelo seu estado emocional: pelo sentimento de culpa e a relação frágil com a filha, pela distância dos familiares emocionalmente mais próximos, pelo luto mal resolvido em relação à esposa que falecera há dois anos), o facto de não ter resolvido assuntos de ordem emocional que o Sr. C. considerava importantes (e que estavam relacionados, em última análise, com as questões que de momento condicionavam o seu estado emocional).

No decorrer desta intervenção, e apesar da angústia inicial que senti, pela perceção do estado do Sr. C., fui-me apercebendo que a comunicação, como muitos autores defendem, é a estratégia necessária de intervenção no sofrimento. De acordo com Alvarenga (2008), e

acrescentando, a presença, a capacidade de escuta ou mesmo o respeito pelo silêncio do doente podem ser essenciais ao ponto de ajudar o doente em sofrimento a encontrar um novo sentido de vida. Esse pensamento deu-me confiança e tranquilidade para continuar integrada na intervenção, inserida na EIHSCP.

Saliento, no entanto, a frustração que senti originada pela falta de formação dos profissionais de saúde, pelas suas respostas pouco preparadas perante o doente em fim de vida e agónico, destacando ainda a reduzida recetividade para a intervenção de outros profissionais externos ao serviço.

## **AVALIAÇÃO**

Tendo em linha de consideração esta experiência, identifico como fatores facilitadores desta intervenção o trabalho de equipa da EIHSCP, onde me encontro a realizar este estágio. Foi com entusiasmo que observei a solidez do seu trabalho e de todos os intervenientes. Destaco também as competências adquiridas no primeiro ensino clínico, além da integração dos conhecimentos teóricos na prática foram também aspetos importantes para o desenrolar da intervenção de forma mais eficaz, nomeadamente no que diz respeito à comunicação, pelas estratégias mobilizadas: escuta ativa, a compreensão empática, o feedback (que constituem as bases da comunicação em cuidados paliativos) a disponibilidade para ouvir, estar presente, a relação de ajuda, o toque terapêutico, bem como a redefinição de objetivos realistas e devolução da esperança. O momento de reflexão individual que desta experiência obtive foi ainda importante e facilitador pois funcionou como oportunidade de partilha e novamente servir de reflexão com os colegas, em contexto de trabalho.

Como fatores inibidores referencio o défice de preparação que os hospitais destinados às pessoas com doenças agudas têm para as pessoas na fase terminal da sua vida, bem como a falta de conhecimento dos profissionais de saúde relativamente ao morrer. A par disso, verifiquei que nem sempre as equipas dos serviços funcionam em articulação com equipas especialistas e direcionadas para o cuidar em fim de vida, no caso a EIHSCP, resultando na não-aceitação das sugestões de intervenção de acordo com um plano de cuidados específico e personalizado que vise o conforto da pessoa em fim de vida.

## ANÁLISE

Nesta experiência tive a oportunidade de mobilizar os conhecimentos e competências adquiridos desde que iniciei este curso em geral, e após início do ensino clínico anterior em particular. O primeiro estágio decorreu num serviço de cuidados paliativos, onde todos os cuidados estavam direcionados e em conformidade com os princípios e filosofia do cuidar em paliativos.

No entanto, esta experiência foi diferente em vários níveis, começando exatamente pelo espaço físico. A primeira preocupação que senti foi sobre o ambiente impessoal em que se encontrava o Sr. C.: numa enfermaria de 4 camas, com outras pessoas doentes, cada um com a sua história e em fases agudas da ocorrência das suas patologias, cada um com as suas visitas, resultando num ambiente saturado e ruidoso.

No que diz respeito a este ponto, fonte de preocupação, gostava de refletir sobre o morrer num serviço de internamento hospitalar. Pode ser solitário, anónimo, despersonalizante (Alvarenga, 2008). Dadas as condições organizacionais e de estrutura destes locais, é para mim ponto fulcral apreender que, apesar da morte ter sido, nos dias de hoje, transferida para os hospitais, não significa que a pessoa doente deixe de ter um nome, uma personalidade, um passado e uma história de vida própria e única. Barbosa (2003) retrata os hospitais com a possibilidade de constituir um espaço que funciona como uma “oficina de tratamentos ao invés de um local de acolhimento”. E essa oficina de tratamentos assume, do meu ponto de vista, uma realidade contrastante com a ideal para as situações de pessoas que se encontram na fase final das suas vidas, que deve incidir sobre o alívio do sofrimento da pessoa doente e sua família, proporcionando o máximo conforto possível.

O Sr. C., assumindo que estava a morrer, referia vontade de ir para casa. Seria? O seu motivo não estava relacionado com a vontade de morrer em casa ou para estar num ambiente seu, pessoal. As suas razões prendiam-se com o achar que era um fardo para a instituição, porque anteriormente já lhe tinham falado na alta para casa, já tinham mobilizado os recursos familiares mais próximos (a sua irmã com que não tinha uma relação afetiva forte) e já tinha sido abordado os recursos financeiros que iriam ser utilizados.

A comunicação é um dos pilares em cuidados paliativos, constituindo uma estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento e controlo de sintomas associados à doença terminal (Querido, Salazar & Neto, 2010). Daqui advém que carece sempre de ser devidamente valorizada pela sua importância.

Mesmo de forma inconsciente, estamos constantemente a comunicar, seja por meio da linguagem verbal ou pela não verbal; partindo das premissas anteriores que realçam a sua pertinência, é essencial que seja adequada e eficaz, sendo por isso necessário treiná-la e aperfeiçoá-la. Sobre esta questão considero que, embora sinta que desde o início do primeiro ensino clínico esta competência se tem desenvolvido muito, ainda me considero em processo evolutivo de aprendizagem. Tem sido, de facto fundamental, além da pesquisa bibliográfica sobre o tema, a observação e participação constantes em situações onde a comunicação é a ferramenta mais importante para o cuidar. Sobre esta situação experienciada que em cima descrevi, posso inferir que está repleta de elementos onde a comunicação, se não for eficaz, se pode transformar em algo nocivo para a relação interpessoal com a pessoa doente e profissional de saúde.

Por isso, e quando estamos perante uma pessoa cuja inevitabilidade da morte se aproxima além de saber o que dizer, é preciso saber quando e como falar, promovendo momentos de silêncio ou de escuta (Silva e Araújo, 2009).

A promoção do conforto nesta fase é essencial na prática dos cuidados, abrangendo não somente a dimensão física, mas a psico-espiritual, social e ambiental. Kolkaba (2003) refere que as medidas de conforto constituem intervenções de enfermagem implementadas para dar resposta às necessidades de conforto fisiológicas, socioculturais, psicológicas e espirituais específicas de cada pessoa.

Apesar do motivo para a solicitação da EIHS CP ter sido por dor, esta não se confirmou. Todavia foi identificado o sofrimento existencial (espiritual e psíquico) que o Sr. C. apresentava. Para este, não existem fármacos que permitam o seu alívio, mas uma comunicação eficaz e verdadeira, e uma comunicação não verbal adequada podem ser elementos eficazes na minimização do seu impacto (Alvarenga, 2008).

## **CONCLUSÃO**

De uma forma global penso que o meu comportamento ao longo desta experiência foi adequado. Considero que me encontro num momento importante de desenvolvimento de competências específicas na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, opção enfermagem oncológica.

O que mais podia ter sido feito? No que diz respeito ao sofrimento do Sr. C. penso que a intervenção foi eficaz. No entanto, e como já referi anteriormente seria necessário algum trabalho de formação individual e em grupo aos elementos da equipa daquele serviço, pois considero que as suas intervenções se encontravam desajustadas aos cuidados, não por falta de recursos, mas por défice de conhecimento sobre ações paliativas.

Neste contexto, e como mais tarde refleti com a minha orientadora local, o trabalho da EIHSCP, no que concerne à competência contemplada na Lei de Bases dos Cuidados Paliativos – presta aconselhamento e apoio diferenciado em cuidados paliativos especializados a outros profissionais e aos serviços do hospital – esta não é simples ou linear. De facto implica alguma abertura e disponibilidade por parte das equipas dos serviços para receber a informação e/ou formação providenciada por via desse aconselhamento e apoio diferenciado. Desta forma, o trabalho de sensibilização destas questões tão pertinentes às equipas tem sido uma constante, árduo e difícil, para além das competências que caracterizam as EIHSCP.

E o que mais podia ter feito? Paralelamente ao meu comportamento perante esta experiência, considero ainda pertinente o momento de reflexão, que desencadeei, em contexto de trabalho; pela apresentação desta situação, promovi a discussão entre os meus pares, com resultados muito positivos sob o ponto de vista da alteração dos comportamentos na equipa de enfermagem.

## **PLANEAR A AÇÃO**

A elaboração desta reflexão foi importante sob o ponto de vista da consciencialização sobre o meu desenvolvimento pessoal e profissional enquanto futura enfermeira especialista. De facto, quando estabelecendo uma comparação entre o início do estágio até ao momento, sinto que

tenho vindo, cada vez mais e de forma evolutiva e constante, a adquirir, desenvolver e aperfeiçoar competências especializadas para o exercício profissional de enfermagem, como prevê a Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente:

Desenvolve o autoconhecimento e assertividade – pelo progresso relacionado com o meu comportamento na comunicação, pela consciencialização cada vez mais afinada de qual a minha intenção ao implementar uma determinada ação;

Baseia a sua praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento – por atuar, favorecendo a aprendizagem dos meus pares, através da prática reflexiva.

Foi interessante o feedback resultante da partilha com a equipa de enfermagem do meu local de trabalho, tendo em conta que gerou um momento de discussão e reflexão importante. Tendo em conta o sucesso desta intervenção pondero repetir, quer através de sessões informais (passagem de ocorrências, ou em qualquer momento do dia em que se justifique e seja pertinente), quer através de momentos formais.

Para concluir, e como futura enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na pessoa oncológica pretendo, cada vez mais, ser capaz de mobilizar todo um conjunto de competências no sentido de melhorar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas doentes e suas famílias, promovendo o seu conforto. (Costa & Antunes, Avaliação de sintomas em doentes sem perspetiva de cura, 2012)

## **REFERÊNCIAS**

Alvarenga, M. i. (2008). *A comunicação na transferência do doente em cuidados curativos para os cuidados paliativos. Dissertação de Mestrado. Apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.* Lisboa.

Barbosa, A. (2003). Pensar a morte nos cuidados de saúde. *Análise Social*, Vol XXXVIII, 166, 35-49.

Costa, M. A., & Antunes, M. T. (2012). Avaliação de sintomas em doentes sem perspetiva de cura. *Revista de Enfermagem Referência*, 7, p.63-72.

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.

Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro (2012). Apresenta a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Diário da República I Série, N.º 172. (05/09/2012). 5119 – 5124.

Neto, I. G. (2010). Agonia. Em A. Barbosa, & I. G. Neto (Edits.), *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 387-400). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. (2010). Comunicação. Em A. Barbosa, & I. Neto (Edits.), *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2010). *Estratégia para o Desenvolvimento do Programa Nacional de Cuidados Paliativos 2011-2013*. Serviço Nacional de Saúde.

## **Apêndice 3**

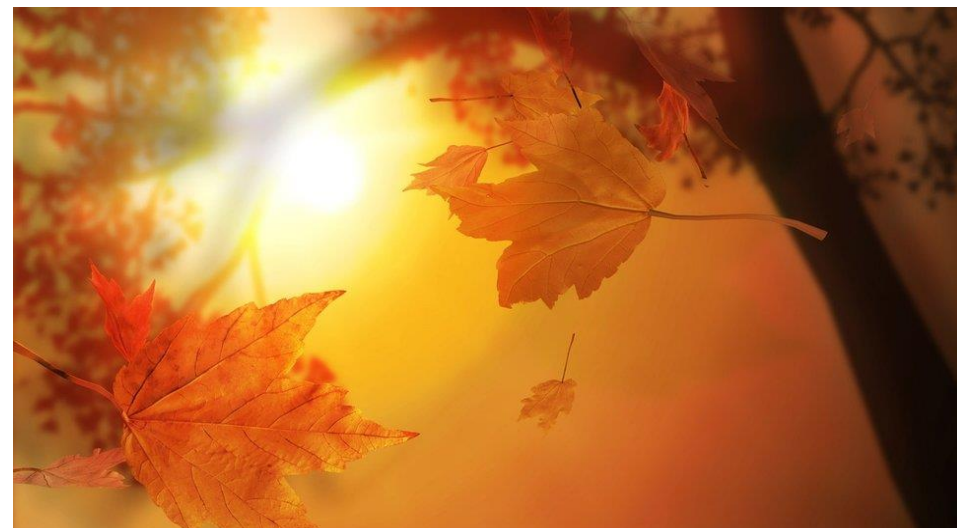
“Cuidar na fase agónica: Orientações para a família

## EM QUE SITUAÇÕES DEVO PEDIR AJUDA?

A Equipa de Cuidados Paliativos está disponível para o apoiar quando considerar necessário.

Contacte esta equipa ou a de profissionais que acompanham o seu familiar no domicílio sempre que este apresente:

- Dor que é difícil de aliviar;
- Sinais e sintomas que possam surgir como: dificuldade em respirar, agitação, alteração repentina do estado da consciência, confusão, convulsões, etc;
- Incapacidade para tomar os medicamentos prescritos.



## CUIDAR NA FASE AGÓNICA

Orientações para a família

A pessoa com doença crónica, progressiva, incurável e irreversível tem necessidades específicas relacionadas com a evolução gradual da sua doença.

Melhorar a qualidade de vida dessas pessoas é essencial e alcança-se através da prevenção e alívio do sofrimento até ao fim da sua vida.

## O QUE É A AGONIA?

É última fase de vida da pessoa, que pode ter a duração de dias ou horas, Nem sempre é possível prever a duração deste período.

Todavia, existem alguns **sinais e sintomas** indicativos de que o fim de vida está próximo.

### ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS (CONSCIÊNCIA, ORIENTAÇÃO)

- **O seu familiar não tem consciência destas alterações:**
  - **Não reage a estímulos externos:** Não faça perguntas. Verbalize frases de apoio tranquilizadoras que não impliquem respostas verbais, por exemplo: "está tudo bem", "nós estamos bem", "não estás sozinho", "gostamos muito de ti"...
  - **Confusão:** Fale com voz clara e calma, sobre a data, o local e as pessoas que estão presentes.

### AGITAÇÃO

- Pode estar associado a **retenção da urina, obstipação** ou **dor**. Em qualquer destas situações contacte um profissional de saúde.
- **Se não for o caso**, é importante manter o ambiente que o rodeia calmo e seguro; reduza a intensidade da luz; providencie as músicas e aromas favoritos do seu familiar; verbalize palavras de suporte e conforto em tom de voz suave; faça com que o seu familiar se sinta acompanhado.

### ALIMENTAÇÃO

- **O desinteresse pela alimentação** é uma consequência natural da doença. Não force a ingestão de alimentos. Não tem impacto na regressão da doença ou na melhoria do seu estado.
- **Sede e dificuldade na deglutição:** Utilize compressas ou esponjas húmidas com água, chá ou outra bebida a gosto do seu familiar.
- **Boca seca:** É fundamental reforçar a higiene oral. A utilização de bebidas como chá de camomila, sumos e gelados ácidos (limão, ananás...), são importantes na estimulação da produção da saliva.

## Proporcione conforto

Pode ajudar o seu familiar a ficar mais confortável. Para isso, é importante que esteja atento aos sinais, sintomas e necessidades que apresenta.

**Desconforto:** Alternar posicionamentos com recurso a almofadas e massajar com o objetivo de manter o conforto.

**Pele azulada ou às manchas:** É uma característica da fase final de vida; não é indicativo de que a pessoa sinta frio.

**Pele fria e transpirada:** Mude de lençóis da cama sempre que necessário; use cobertores para manter o seu familiar quente.

## RESPIRAÇÃO

• **Respiração ruidosa:** É produzida pela incapacidade de expelir secreções durante a respiração. O seu familiar não a percepcionará como desconforto, na medida em que não tem consciência desta situação.

• Se tolerar, eleve a cabeceira da cama ou posicione-o lateralmente, para diminuir os ruídos.

• **Respiração lenta, com longos períodos entre inspirações:** Denomina-se por apneia. Está relacionada com a alteração da atividade involuntária do tronco cerebral. O seu familiar não está a sofrer. Converse com ele, irá tranquilizá-lo.

## COMO RECONHECER ESSES SINAIS SINTOMAS?

Cada pessoa é única. Assim, os sinais e sintomas que podem surgir são variáveis, bem como a ordem da sua ocorrência.

Quando se aproxima a fase de agravamento irreversível da situação de doença podem observar-se os seguintes sinais ou sintomas:

- Exaustão e fraqueza/debilidade progressiva;
- Necessidade de dormir a maior parte do tempo;
- Perda de peso;
- Perda de apetite ou apetite reduzido; dificuldade em comer ou engolir líquidos;
- Incapacidade crescente em comunicar ou a concentrar-se num determinado assunto;
- Pouco interesse em fazer coisas que anteriormente já foram muito importantes para a pessoa doente;
- Perda de interesse no mundo exterior, nas notícias da atualidade, na política, no entretenimento em geral, em conversas banais;
- Vontade de ter apenas algumas pessoas por perto – as mais significativas para si – e poucas ou nenhuma visitas; pode também manifestar vontade em limitar o tempo passado com as visitas.

O agravamento gradual da situação de doença culmina com a presença dos seguintes sinais ou sintomas:

- Respiração mais lenta, por vezes com longos períodos entre as inspirações;
- Respiração ruidosa com aparente congestão, sons barulhentos à medida que apresenta maior dificuldade em eliminar secreções;
- Pele fria, que pode parecer azulada ou às manchas principalmente nas mãos e nos pés;
- Secura da boca e lábios;
- Redução da quantidade de urina;
- Incontinência (para urina e fezes);
- Agitação – movimentos do corpo repetidos e involuntários;
- Confusão no tempo, espaço e identidade das pessoas, incluindo família e amigos chegados;
- Ver ou ouvir pessoas ou coisas que não existem;
- Alterações do estado de consciência e gradualmente ficar menos reativo ao toque ou à voz.

## QUE ATITUDES DEVO ADOTAR?

### Esteja presente!

A sua presença é importante.

Muitas vezes, a melhor forma de dar conforto e tranquilidade incluem simplesmente estar com o seu familiar, conversar, segurar a sua mão.

Estes aspetos, acima de tudo constituem a expressão do amor pela pessoa que está em fim de vida.

### Alivie a dor

A dor não controlada pode causar o agravamento de outros sintomas como fadiga e confusão.

O seu controlo tem impacto positivo na qualidade do tempo que o seu familiar passa com as pessoas que considera importantes.

Deve manter o plano terapêutico conforme prescrição.

## **Apêndice 4**

Plano de Sessão:

“Cuidar na fase agónica – Orientações para a família”

## **SESSÃO DE INFORMAÇÃO**

**TEMA:** “Cuidar na fase agónica - Orientações para a família”.

**DESTINATÁRIOS:** Enfermeiros da Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) de um centro hospitalar de Lisboa

**FINALIDADE:** Discutir o guia orientador aos enfermeiros da EIHSCP como instrumento facilitador no processo de orientação educacional dos familiares para a otimização dos cuidados a prestar à pessoa em fase agónica e sua família.

**DURAÇÃO:** 40 minutos

### **OBJETIVO GERAL:**

Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em fase agónica e sua família.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Reconhecer a importância do apoio à família da pessoa doente em fase agónica;
- Identificar algumas linhas de orientação para uma comunicação eficiente na abordagem à família da pessoa doente em fase agónica;
- Reconhecer o guia orientador informativo como uma estratégia de intervenção de enfermagem no apoio à família e da pessoa doente em fase agónica.

### **CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS:**

- Enquadramento teórico:
  - Cuidados paliativos: contexto
  - A agonia
  - O apoio à família da pessoa doente em fase agónica
- Guia orientador para a família sobre a fase agónica denominado “Cuidar na fase agónica – Orientações para a família”

CONTEÚDO	TEMPO	METODOLOGIA	MEIOS E SUPORTES PEDAGÓGICOS
<b>Apresentação do tema</b>	2 minutos	Método expositivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de slide show</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Cuidados paliativos: contexto</b></li> <li>– <b>A agonia</b></li> <li>– <b>O apoio à família da pessoa doente em fase agónica</b></li> </ul>	8 minutos	Método expositivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de slide show</li> </ul>
<b>Apresentação da proposta do Guia Orientador:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Análise e reflexão sobre todos os campos contidos no guia orientador</b></li> </ul>	20 minutos	Método expositivo e ativo-participativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de slide show</li> <li>• Distribuição de um exemplar do guia orientador a cada um dos presentes</li> </ul>
<b>Considerações Finais:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Contributos do Guia Orientador para a melhoria dos cuidados à pessoa em fase agónica e sua família</b></li> </ul>	10 minutos	Método ativo-participativo	

**AValiação:** Discussão partilhada sobre o tema.

## **Apêndice 5**

Sessão de informação:

“Cuidar na fase agónica – Orientações para a família”

ENSINO CLÍNICO  
EIHSCP

**CUIDAR NA FASE AGÓNICA:**

**ORIENTAÇÕES PARA FAMILIARES**

Discente: Filipa Aguiar

Docente: Profª Antónia Espadinha

1

## OBJETIVOS

---

**OBJETIVO GERAL:**

Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em fase agónica e sua família.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Reconhecer a importância do apoio à família da pessoa doente em fase agónica;
- Identificar algumas linhas de orientação para uma comunicação eficiente na abordagem à família da pessoa doente em fase agónica;
- Reconhecer o guia orientador informativo como uma estratégia de intervenção de enfermagem no apoio à família e da pessoa doente em fase agónica.

- Cuidados paliativos: contexto
- A agonia
- O apoio à família da pessoa doente em fase agónica
- Apresentação da proposta do Guia Orientador

## CUIDADOS PALIATIVOS: CONTEXTO



## PALIATIVOS: QUE CUIDADOS?

«(...) **melhorar a qualidade de vida** dos **doentes** (e suas **famílias**) que enfrentam problemas decorrentes de uma **doença incurável e/ou grave** e com prognóstico limitado, através da **prevenção e alívio do sofrimento**, da **preparação e gestão do fim de vida** e do **apoio no luto**, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só **físicos** mas também **psicossociais e espirituais**»

(PNCP, 2010)

## CUIDADOS PALIATIVOS: CONTEXTO

### CUIDADOS PALIATIVOS

#### PARA QUÊ?

- Melhorar a qualidade de vida da pessoa doente

#### A QUEM?

- Pessoa doente e família como unidade recetora de cuidados

#### COMO?

- Abordagem global e holística envolvendo as dimensões física, psicológica, social e espiritual.
- Prevenção e alívio do sofrimento;
- Preparação e gestão do fim de vida;
- Apoio no luto.

“(…)evolução gradual e natural, habitualmente com um agravamento que se constata de dia para dia e com evidente deterioração do estado geral(…). Caracteriza-se(…)por mudanças clínicas, fisiológicas, mas também muitas vezes com aparecimento de novos sintomas e agravamento dos já existentes”.

(Neto 2010, p. 387)

Nesta fase estão aqueles que previsivelmente, pelas características clínicas que apresentam, se encontram nas últimas horas ou dias de vida

(ANCP, 2006)

## APOIO À FAMÍLIA DA PESSOA EM FASE AGÓNICA

A equipa funciona como um recurso que os familiares dispõem para se sentirem orientados, sabendo interpretar as necessidades do seu familiar e adotando medidas corretas.

Relação  
criada com  
a família

Linhas de  
orientação

### SENTIMENTOS:

Perda

Ansiedade

Medo

Incertezas

Impotência

**AGONIA:** Fase na qual se materializa o final esperado mas nem sempre aceite

(Neto, 2010)

## APOIO À FAMÍLIA DA PESSOA EM FASE AGÓNICA

Linhas de  
orientação

- Claras, se possível escritas;
- Devem:
  - ❖ explorar o que os medos cuidadores familiares nem sempre expressam, colocando-nos à disposição para esclarecer qualquer dúvida.
  - ❖ Clarificar sobre as necessidades de comunicação da pessoa doente – fomentar a expressão das emoções, as despedidas, o toque afetivo e o acompanhamento nos últimos momentos.

INFORMAÇÃO

(Neto, 2010)



### PERGUNTAS E RESPOSTAS

O que é a agonia?  
Como reconhecer esses sinais e sintomas?  
Que atitudes devo adotar?  
Em que situações devo pedir ajuda?

- APCP (2006). *Organização de Serviços em Cuidados Paliativos. Recomendações da APCP*. Acedido em: 05/01/13. Disponível em: [http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes\\_Organizacao\\_de\\_Servicos.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendacoes_Organizacao_de_Servicos.pdf).
- Ayestarán, M., Gea, L., Gordon, A., Arruabarrena, E., Otaño, L., Agirre, A., . . . Puebla, J. (2008). *Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos* (1ª ed.). Madrid: Guías de Práctica Clínica en el SNS.
- Correia, I. M., & Torres, G. V. (2011). O familiar cuidador face à proximidade da morte do doente oncológico em fim de vida. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, pp. 399-409
- D., A. (2013). *Care through the final days*. Obtido de Cancer.Net: [www.cancer.net/coping/end-of-life-care/care-through-the-final-days](http://www.cancer.net/coping/end-of-life-care/care-through-the-final-days)
- Direção Geral de Saúde. (2010). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*.
- Freeman, B. (2013). CARES: An acronym organized tool for the care of the dying. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, pp. 147-153.
- Gomes, A. M. (2010). O cuidador e o doente em fim de vida - família e/ou pessoa significativa. *Enfermeria Global*, pp. 1-9.
- Neto, I. (2010). Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In Barbosa, A., Neto, I. – *Manual de Cuidados Paliativos*. (1-42) 2ª Ed. Lisboa: Faculdade de Medicina Lisboa, 2010.

## **Apêndice 6**

Sondagem de Opinião aplicada num Serviço de Oncologia Pneumológica de um hospital central de Lisboa

Exmo.(a) Sr.(a) Enfermeiro(a)

O 3º semestre do Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de Opção Oncológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa é constituído por um estágio e elaboração do respetivo relatório. Este percurso visa desenvolver competências para obtenção do título de enfermeiro especialista e do grau de mestre, devendo centrar-se numa área de interesse do estudante/equipa de enfermagem em que está inserido, e sobre a qual seja pertinente intervir futuramente, no sentido de implementar estratégias que visam uma melhoria dos cuidados de saúde disponibilizados.

Durante o ano curricular deste curso, uma das áreas que despertou o meu interesse em particular relaciona-se com a forma como ainda hoje em dia se morre nos hospitais. Refleti sobre esta problemática, e apesar da minha curta experiência, tenho constatado que os cuidados de enfermagem prestados ao doente internado e sua família, nos últimos dias da sua vida ainda estão longe de poderem ser considerados cuidados de excelência.

De facto, requerem uma atenção especial, sendo indiscutível que a última etapa de vida, a fase agónica, se reveste de necessidades específicas e grande sofrimento para o doente e para a família (Ayestarán, et al., 2008).<sup>1</sup>

Os hospitais destinados aos casos agudos não estão, na maioria das situações, preparados para cuidar destas pessoas doentes e suas famílias (Alvarenga, 2008; Barbosa<sup>2</sup>, 2003; Neto, 2010<sup>3</sup>). Como consequência deste facto, esta fase da vida pode e é frequentemente solitária, anónima e

---

<sup>1</sup> Ayestarán, M., et al (2008). *Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos* (1ª ed.). Madrid: Guías de Práctica Clínica en el SNS.

<sup>2</sup> Barbosa, A. (2003). Pensar a morte nos cuidados de saúde. *Análise Social*, 35-49. Acedido em 12.01.13. Disponível em <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218737559Q5dRD9fa3Zz85OZ8.pdf>

<sup>3</sup> Neto, I. (2010). Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. Em A. Barbosa, & I. Neto, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 1-42). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.

despersonalizante (Alvarenga, 2008)<sup>4</sup>. Esta situação encontra tradução no aumento do sofrimento, gerado pela frequente desadequação dos cuidados às principais necessidades destas pessoas e pela dificuldade do envolvimento das famílias (Neto, 2010).

Consciente desta realidade, da falta de competências que detenho nesta área e ainda pela perceção que tenho das necessidades da restante equipa de enfermagem em que tenho estado inserida, decidi desenvolver o meu projeto de intervenção na área problemática "A pessoa com patologia pulmonar oncológica em fase agónica e sua família: intervenções de enfermagem".

Os cuidados na agonia têm como objetivo proporcionar o máximo conforto à pessoa doente, promovendo a dignidade de vida, sem o intuito de acelerar ou atrasar o processo de morte, através do alívio sofrimento físico, psicológico, social e espiritual. O desafio fundamental é que se assegure esta premissa em todos os ambientes de prestação de cuidados.

No sentido de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados nesta área específica, pretendo conhecer de forma objetiva a opinião da equipa de enfermagem sobre esta área bem como as suas necessidades e para tal solicito a sua colaboração no preenchimento deste questionário.

As respostas obtidas têm finalidade exclusivamente académica, sendo assegurada a confidencialidade das fontes e o anonimato das respostas.

Agradeço, desde já, a sua disponibilidade e colaboração no seu preenchimento.

---

<sup>4</sup>Alvarenga, M. (2008). *A comunicação na transferência do doente em cuidados curativos para os cuidados paliativos*. Dissertação de Mestrado. Apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Lisboa.

1- Como define agonia?

---

---

---

2- No seu entender quais as principais características de um quadro de agonia?

---

---

---

---

3- Acha que identifica esta fase atempadamente na **pessoa doente** quando está a prestar cuidados de enfermagem, de forma a individualizar os mesmos em tempo útil? Justifique.

---

---

---

---

4- Como se sente quando tem de prestar cuidados à pessoa doente em fase agónica? Justifique.

---

---

---

---

5- Como se sente relativamente quando tem que prestar cuidados **à família** da pessoa doente em fase agónica? Justifique.

---

---

---

---

6- Teve formação específica relativa a esta área? SIM  NÃO

Se SIM, que estratégias poderiam, do seu ponto de vista, ser utilizadas para otimizar os cuidados de enfermagem a estas pessoas doentes em fase agónica e suas famílias?

---

---

---

---

7- Das seguintes áreas apresentadas, coloque uma cruz (x) na(s) que sente necessidades de formação para a promoção da melhoria dos cuidados de enfermagem à pessoa com patologia pulmonar oncológica, em fase agónica e sua família.

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| Controlo da dor  | <input type="checkbox"/> |
| Controlo de sintomas respiratórios                                   | <input type="checkbox"/> |
| Controlo de sintomas neuropsicológicos                               | <input type="checkbox"/> |
| Angústia terminal  | <input type="checkbox"/> |
| Nutrição e hidratação  | <input type="checkbox"/> |
| Apoio à família  | <input type="checkbox"/> |
| Comunicação: abordagem à pessoa doente em fase agónica e sua família | <input type="checkbox"/> |
| Cuidados gerais à pessoa em fase agónica                             | <input type="checkbox"/> |
| Outra(s): _____  | <input type="checkbox"/> |

Obrigada pela sua participação!



## **Apêndice 7**

Plano de sessão:

Projeto de estágio - A pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família:

## **SESSÃO DE INFORMAÇÃO**

**TEMA:** Projeto de estágio - A pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família: Intervenções de enfermagem.

**DESTINATÁRIOS:** Enfermeiros de um Serviço de Oncologia Pneumológica de um centro hospitalar de Lisboa

**FINALIDADE:** Apresentar o projeto de estágio à equipa de enfermagem de um Serviço de Oncologia Pneumológica, procurando sensibilizar a mesma para a importância de otimizar os cuidados a prestar à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família.

**DURAÇÃO:** 40 minutos

### **OBJETIVO GERAL:**

Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em fase agónica e sua família.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Fundamentar a pertinência da implementação deste projeto de estágio no Serviço de Oncologia Pneumológica;
- Identificar pontos alvo para a implementação de intervenções promotoras de conforto à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família.

### **CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS:**

- Fundamentação da implementação no serviço do projeto de estágio:
  - Doenças crónicas: doença oncológica
  - Cuidados paliativos: recomendações do PNCP, APCP e EAPC - para quem? Que critérios? Que recursos?
  - A escassez de respostas específicas de cuidados paliativos e os hospitais de agudos
  - A agonia no contexto de um hospital destinado a pessoas doentes em situação aguda

- Pontos alvo para a implementação de intervenções promotoras de conforto à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família.

CONTEÚDO	TEMPO	METODOLOGIA	MEIOS E SUPORTES PEDAGÓGICOS
<b>Apresentação do tema, do plano de sessão, dos objetivos gerais e específicos</b>	5 minutos	Método expositivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de slide show</li> </ul>
<p><b>Fundamentação da implementação no serviço do projeto de estágio:</b></p> <p>- Contextualização da problemática de saúde relacionada com a doença oncológica e a sua relação com os cuidados paliativos;</p> <p>- Alusão às principais recomendações nacionais e internacionais sobre cuidados paliativos: para quem? Que critérios? Que recursos?</p> <p>- A escassez de respostas específicas de cuidados paliativos e os hospitais de agudos</p> <p>- A agonia no contexto de um hospital destinado a pessoas doentes em situação aguda</p>	15 minutos	Método expositivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de slide show</li> </ul>

<p><b>Pontos alvo para a implementação de intervenções promotoras de conforto à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Competências</li> <li>- Metodologia</li> <li>- Percurso efetuado</li> </ul> <p><b>Apresentação e explicação de sondagem de opinião</b></p>	15 minutos	Método expositivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de slide show</li> <li>• Distribuição de um exemplar da Sondagem de opinião a cada elemento da equipa de enfermagem</li> </ul>
<p><b>Considerações Finais:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Síntese das ideias principais</li> </ul>	5 minutos	Método expositivo	

**AVALIAÇÃO:** Discussão partilhada sobre o tema, com troca de opiniões sobre as mais-valias na melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa doente com doença oncológica em fase e sua família com a implementação deste projeto.

## **Apêndice 8**

Plano de sessão:

A pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica. Apresentação dos resultados obtidos

## **SESSÃO DE INFORMAÇÃO**

**TEMA:** A pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica. Apresentação dos resultados obtidos pela Sondagem de opinião.

**DESTINATÁRIOS:** Enfermeiros de um Serviço de Oncologia Pneumológica de um centro hospitalar de Lisboa

**FINALIDADE:** Sensibilizar os enfermeiros de um Serviço de Pneumologia Oncológica de um centro hospitalar para a importância de otimizar os cuidados a prestar à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família

**DURAÇÃO:** 40 minutos

### **OBJETIVO GERAL:**

Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em fase agónica e sua família.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Reconhecer a importância de formação específica na área da pessoa com doença pulmonar oncológica e sua família após conhecer os resultados obtidos a partir da Sondagem de Opinião;
- Identificar as especificidades da fase agónica;
- Identificar os sinais e sintomas mais frequentes na fase agónica;
- Identificar intervenções gerais promotoras de conforto à pessoa em fase agónica.

### **CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS:**

- Resultados obtidos a partir da sondagem de opinião.
- A fase agónica:
  - Definição
  - Sinais e sintomas
  - Intervenções não farmacológicas gerais promotoras de conforto.

CONTEÚDO	TEMPO	METODOLOGIA	MEIOS E SUPORTES PEDAGÓGICOS
<b>Apresentação do tema, do plano de sessão, dos objetivos gerais e específicos</b>	5 minutos	Método expositivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de slide show</li> </ul>
<b>Apresentação e reflexão dos resultados obtidos a partir da sondagem de opinião</b>	20 minutos	Método expositivo e ativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de slide show</li> </ul>
<b>Caracterização da fase agónica:</b> - definição; - principais sinais e sintomas;	10 minutos	Método expositivo e interrogativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de slide show</li> </ul>
<b>Considerações Finais:</b> – Reflexão e síntese das ideias principais	5 minutos	Método expositivo ativo e participativo	

**AVALIAÇÃO:** Distribuição aos enfermeiros que assistiram e participaram na sessão de informação, de um questionário de avaliação da mesma, contemplando os seguintes tópicos: adequação dos objetivos, transmissão de conteúdos, relação pedagógica, adequação dos métodos utilizados, utilização de meios e suportes pedagógicos e documentação de apoio à formação. Em cada tópico avaliam a sessão numa escala de 1 a 5 que correspondem a: 1 – Não Satisfaz; 2 – Satisfaz Pouco; 3 – Satisfaz; 4 – Satisfaz muito; 5 – Satisfaz Bastante.

## **Apêndice 9**

Plano de sessão:

Intervenções promotoras de conforto à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e

## **SESSÃO DE INFORMAÇÃO**

**TEMA:** Intervenções promotoras de conforto à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família

**DESTINATÁRIOS:** Enfermeiros de um Serviço de Oncologia Pneumológica de um centro hospitalar de Lisboa

**FINALIDADE:** Sensibilizar os enfermeiros de um Serviço de Pneumologia Oncológica de um centro hospitalar para a importância de otimizar os cuidados a prestar à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família

**DURAÇÃO:** 40 minutos

### **OBJETIVO GERAL:**

Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em fase agónica e sua família.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Identificar intervenções farmacológicas e não farmacológicas promotoras de conforto no controlo de sintomas na fase agónica;
- Reconhecer a importância do apoio à família da pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica;
- Identificar algumas estratégias de comunicação possíveis de aplicar na interação com a pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família

### **CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS:**

- Intervenções farmacológicas e não farmacológicas na agonia, perante os seguintes sintomas:
  - Respiratórios
  - Neuropsicológicos
  - Angústia terminal

- Apoio à família no luto
- Estratégias eficazes de comunicação na abordagem à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família.

CONTEÚDO	TEMPO	METODOLOGIA	MEIOS E SUPORTES PEDAGÓGICOS
<b>Apresentação do tema, do plano de sessão, dos objetivos gerais e específicos</b>	5 minutos	Método expositivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de slide show</li> </ul>
<b>Intervenções farmacológicas e não farmacológicas na agonia nas áreas específicas do controlo sintomático da:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respiração;</li> <li>- Sintomas neuropsicológicos;</li> <li>- Angústia terminal.</li> </ul>	20 minutos	Método expositivo e interrogativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de slide show</li> </ul>
<b>Apoio à família</b>	10 minutos	Método expositivo e interrogativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de slide show</li> </ul>
<b>Estratégias de comunicação</b>	10 minutos	Método expositivo e interrogativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso ao programa Microsoft PowerPoint para apresentação de slide show</li> </ul>
<b>Considerações Finais:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Reflexão e síntese das ideias principais</li> </ul>	5 minutos	Método expositivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso ao programa Microsoft</li> </ul>

			PowerPoint para apresentação de slide show
--	--	--	---

**AVALIAÇÃO:** Distribuição aos enfermeiros que assistiram e participaram na sessão de informação, de um questionário de avaliação da mesma, contemplando os seguintes tópicos: adequação dos objetivos, transmissão de conteúdos, relação pedagógica, adequação dos métodos utilizados, utilização de meios e suportes pedagógicos e documentação de apoio à formação. Em cada tópico avaliam a sessão numa escala de 1 a 5 que correspondem a: 1 – Não Satisfaz; 2 – Satisfaz Pouco; 3 – Satisfaz; 4 – Satisfaz muito; 5 – Satisfaz Bastante.

## **Apêndice 10**

Reflexão crítica realizada no ensino clínico num Serviço de Oncologia Pneumológica de um hospital central de Lisboa.

## INTRODUÇÃO

A família desempenha um papel fundamental no apoio ao seu familiar doente sofrendo, contudo, o impacto dessa doença (Neto, 2010). Durante a última fase da vida da pessoa doente, a família deve preparar-se para a morte que acontecerá e fazer o seu próprio processo de luto (Guarda, Galvão, & Gonçalves, 2010). Esta problemática desenha outras proporções, na medida em que esta experimenta nesta fase um período de grande sofrimento caracterizado por sentimentos de tristeza, saudade e angústia (Américo, 2009), tendo necessidades próprias que devem ser consideradas.

Tendo como base irrefutável a noção de que em cuidados paliativos a família incorpora a unidade recetora de cuidados juntamente com a pessoa doente, ressalta deste contexto a importância da atuação do enfermeiro nesta área essencial, pela adequada identificação e avaliação das suas necessidades.

É sobre a temática que vai incidir esta minha reflexão que surge no âmbito do meu ensino clínico em contexto de trabalho - num Serviço de Oncologia Pneumológica de um Centro Hospitalar de Lisboa. Irei recorrer à metodologia do Ciclo de Gibbs discriminando cada uma das seis etapas que o caracterizam: descrição, sentimentos vivenciados, avaliação da situação, análise, conclusão e planeamento da acção.

## DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

O Sr. A. tem 75 anos de idade e está internado num serviço de oncologia pneumológica de um hospital central de Lisboa por progressão da doença. Tem diagnosticado desde janeiro de 2013 adenocarcinoma do pulmão em estadio IV com metastização óssea conhecida. Tem antecedentes pessoas de doença pulmonar obstrutiva crónica e hipertensão arterial. Foi fumador durante 45 anos de 1 maço por dia, tendo deixado este comportamento de risco há cerca de 15 anos.

Reside com a esposa, tem uma filha, sendo a última a pessoa de referência.

À entrada no serviço encontrava-se muito emagrecido, pálido e com a pele desidratada, estando dependente em grau moderado na satisfação das atividades de vida diárias, com necessidade de assistência para a execução das mesmas. Apresentava-se consciente e orientado, cordial na interação com a família e profissionais de saúde, mas com fácies triste, pouco comunicativo, isolando-se. Estava a ser administrado oxigénio a 4l/min. não demonstrando sinais de dificuldade respiratória.

Do plano registado em diário médico podia-se ler “Doente em fim de vida. Medidas de conforto. Sem indicação para manobras invasivas”. A família tem consciência da gravidade da situação, mas mantém a esperança de que ocorra uma melhoria súbita.

Tive a oportunidade de cuidar do Sr. A. e sua família num turno da tarde. Na passagem de ocorrências recebi a informação que o Sr. A. se encontrava confuso, com períodos de agitação manifestada com movimentos descoordenados. Ainda não tinha recebido a visita da família.

Quando interagi com o Sr. A. a agitação e a confusão, como referida pelos meus pares mantinha-se. Não conseguia comunicar verbalmente. Identifiquei ainda a outros sintomas: estertor, livores nos membros inferiores. Após esta avaliação e tendo em conta os dados anteriores compreendi que se encontrava nos últimos dias ou horas de vida.

Iniciei a minha intervenção após ter identificado as necessidades do Sr. A.: recorrendo ao toque e com um tom de voz claro, cumprimentei-o, apresentei-me. Continuei, dizendo que estava lá para o ajudar, que ia começar por baixar um pouco o estore da enfermaria e que ia desligar a televisão. A redução de estímulos pareceu surtir algum efeito, no entanto mantinha-se agitado.

Recorri a terapêutica farmacológica prescrita do grupo das benzodiazepinas e progressivamente foi apresentando um estado de calma e de aparente conforto.

Recebeu, nesse momento a visita da família que não estava informada deste agravamento que ficou em estado de profunda tristeza, angústia e até sofrimento, pensando que o Sr. A. estaria em sofrimento. Numa sala de reuniões do serviço apoiei esta família. Questionaram se ia falecer naquele dia. Perguntaram se ele estava a sofrer, porque é que tinha aquela respiração ruidosa estranha, porque é que esteve tão agitado. Respondi da forma mais clara e sincera a todas as questões colocadas, demonstrei-me disponível para esclarecer toda a informação necessária.

Expliquei ainda que embora o Sr. A. não respondesse seria importante aproveitar o momento para exprimirem as suas emoções, para se despedirem. Clarifiquei que deviam recorrer a frases simples, que não fossem perguntas pois ao tentar responder e não conseguir o Sr. A. podia ficar agitado.

À entrada na enfermaria solicitaram apoio nesta tarefa. Não conseguiam iniciar a interação, não o conseguiam fazer sozinhas. Com o meu apoio despediram-se do Sr. A. e nesse momento surgiu um novo sintoma: os períodos de apneia, progressivamente mais longos. O Sr. A. faleceu no final do turno da tarde com a família a acompanhá-lo em sofrimento mas ajustado ao momento.

## **SENTIMENTOS E PENSAMENTOS**

Neste ensino clínico realizado em contexto de trabalho, tive a oportunidade de mobilizar os conhecimentos e competências adquiridos nos dois anteriores. Senti uma diferença grande na minha forma de estar e de me relacionar com as pessoas em fase agónica e suas famílias. Sinto que a minha atenção não está unicamente dirigida à dimensão física do ser humano, mas já contempla todos os seus domínios. Paralelamente a minha visão sobre a família já não está desfasada dos cuidados. Pelo contrário incluo-a nos cuidados, identificando as suas necessidades que não são necessariamente as mesmas da pessoa doente. É interessante ainda perceber que as práticas rotinizadas que tinha já deixaram de existir, nomeadamente a avaliação obsessiva de sinais vitais ou de saturações periféricas de oxigénio.

Destaco mais uma vez o papel fundamental que a comunicação adquire neste contexto. Alargando a minha visão está presente em todos os domínios da esfera do ser humano e é essencial para a identificação das necessidades da pessoa doente e família, no sentido de atingir os objetivos terapêuticos. Contudo, é necessário treino contínuo pois as mesmas palavras pronunciadas de forma diferente podem criar impactos diferentes no recetor provocando danos irreparáveis na aliança terapêutica entre a pessoa doente/família e profissional de saúde (Costa & Antunes, 2012). Neste caso, a atitude de confiança demonstrada pela família solicitando apoio para se despedirem demonstraram uma comunicação eficaz.

Como sentimentos positivos identifico a confiança em relação à forma como lidei com o Sr. A. e sua família; a tranquilidade que senti na prestação de cuidados ao Sr. A e à sua família neste ambiente carregado de emoções negativas e a segurança que transmiti durante a interação nesta situação.

Também consigo encontrar sentimentos negativos relativamente à falta de reconhecimento dos sinais de agonia nesta situação, por parte da equipa de enfermagem. Compreendi que este caso teria que constituir um exercício de reflexão crítica partilhada em equipa para, como dinamizadora, sensibilizar os pares para os sinais e sintomas característicos da fase agónica.

## **AVALIAÇÃO**

Avaliando a situação, identifico como fatores facilitadores a relação que estabeleci com a família do Sr. A. e os momentos de interação que partilhámos, o espaço físico (o Sr. A. era a única pessoa na enfermaria) que garantiu a privacidade e foi facilitador da expressão de sentimentos, a segurança que transmiti perante a situação e as estratégias de comunicação mobilizadas evidenciando a escuta ativa, a disponibilidade para ouvir, estar presente e ajudar. As competências adquiridas nos outros ensinamentos clínicos já realizados e a integração dos conhecimentos teóricos na prática foram também aspetos essenciais e positivos para o desenrolar da interação.

Como fatores inibidores identifico o facto da equipa de enfermagem não ter reconhecido antecipadamente os sinais e sintomas que caracterizam a fase agónica. A sua identificação prévia poderia ter sido facilitadora para a preparação desta fase de forma mais eficiente, pois

tal como afirma Kolkaba (2003), se as medidas de conforto forem asseguradas, então a pessoa poderá esperar a sua morte pacificamente, com dignidade e conforto.

Paralelamente, a correta identificação da fase agónica tem impacto sobre a nossa atuação em relação à família na medida em que esta compõe a unidade recetora dos cuidados. De acordo com Benner (2001, p.90), “proporcionar apoio efetivo e informar as famílias” é uma competência que deve ser privilegiada. Nesta situação considero que a família podia ter sido informada previamente sobre a alteração do estado do Sr. A., de forma a terem tempo para se ajustarem à situação e iniciarem a sua preparação para o luto.

## **ANÁLISE**

Com o início deste ensino clínico em contexto de trabalho as minhas expectativas pessoais e profissionais eram motivadoras e elevadas. Ter a possibilidade de aplicar na prática e no meu contexto de trabalho, as competências já adquiridas até ao momento em termos relacionais, técnicos e científicos otimizando a qualidade dos cuidados à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família era como que um privilégio mas acima de tudo um sentimento de valorização do caminho percorrido até ao momento. A segurança e a confiança que senti foram aspetos positivos e que refletiram uma aprendizagem positiva desenvolvida anteriormente.

A escolha desta situação teve um duplo sentido. Em primeiro lugar porque percebi que a minha forma de atuar evoluiu de forma muito positiva em relação ao primeiro ensino clínico, na qual me sentia muito insegura e pouco confiante. É interessante fazer um paralelismo com esses dois momentos e perceber como por exemplo as minhas competências ao nível técnico, relacional e científico evoluíram!

Por outro seleccionei esta situação porque merecia ser trabalhada informalmente em equipa como momento de prática reflexiva, na medida em que seria o mote para iniciar o meu trabalho de sensibilização da equipa relativamente à pessoa em fase agónica e sua família. Como enfermeira frequentando um curso de especialidade e mestrado, no qual pretendo agir como dinamizadora, estes são dados relevantes e que tenho que ter em conta para a implementação

de cuidados promotores de conforto, dirigidos às necessidades individuais das pessoas doentes em fase agónica e suas famílias.

A agonia constitui uma fase de ajustamentos quer para a pessoa doente, quer para a família, implicando ainda o intensificar dos cuidados aos últimos (Neto, 2010). Desta forma, o apoio à família é fundamental na medida em que possibilita uma adaptação normal à perda (Guarda, Galvão & Gonçalves, 2010).

Nesta sequência, os medos e receios devem ser explorados, a comunicação deve ser empática e aberta com os familiares, respondendo às questões de forma sincera (Gomes, 2010). Foi através da mobilização de estratégias que considero, terem sido adequadas, que consegui minimizar o sofrimento e angústia da família do Sr. A. Penso que houve congruência entre o meu verbal e o não-verbal. E acima de tudo fui sincera, verdadeira, não omitindo que o que estava a ocorrer seria algo não desejável mas que estaria disponível para ajudar e estar presente.

Paralelamente foi importante fomentar a expressão de emoções e as despedidas por parte da família ao Sr. A., na medida em que a pessoa doente mantém necessidades emocionais e espirituais que devem ser devidamente enquadradas (Neto, 2010).

## **CONCLUSÃO**

De uma forma geral penso que a minha intervenção foi adequada à situação. No momento em si penso que não faria nada de diferente. Adotei uma postura adequada, dando respostas eficientes ajustadas à situação. No entanto, penso que a intervenção da equipa de enfermagem pode ser otimizada com o reconhecimento dos sinais e sintomas característicos da fase agónica e intervenções específicas que sejam promotoras de conforto.

## **PLANEAR A AÇÃO**

Na fase do percurso onde me encontro esta reflexão foi uma mais-valia e um forte contributo para a consciencialização do meu desenvolvimento pessoal e profissional enquanto futura enfermeira especialista. Tal com o já referi, senti-me confiante na situação e segura das minhas

intervenções. Senti um progresso muito positivo em termos comunicacionais, tendo noção plena de quais são as minhas intencionalidades com determinada ação.

Com a realização deste ensino clínico partilhei com a restante equipa de enfermagem, através de sessões informais (passagem de ocorrências, no dia-a-dia do trabalho) e sessões formais (sessões de informação) conteúdos que considero indispensáveis para a garantia da melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com doença pulmonar oncológica em fase agónica e sua família, entre eles, estratégias comunicacionais, a importância das reflexões da prática e a importância dos pormenores.

## REFERÊNCIAS

- Américo, A. F. (2009). As últimas 48 horas de vida. Em A. N. Paliativos, *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 290-298). Rio de Janeiro: Diagraphic.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito* (2ª ed.). Coimbra: Quarteto editora.
- Costa, M. A., & Antunes, M. T. (2012). Avaliação de sintomas em doentes sem perspetiva de cura. *Revista de Enfermagem Referência*, 7, p.63-72.
- Gomes, A. M. (2010). O cuidador e o doente em fim de vida - família e/ou pessoa significativa. *Enfermeria Global*, pp. 1-9.
- Guarda, H., Galvão, C., & Gonçalves, M. J. (2010). Apoio à família. Em A. Barbosa, & I. Neto (Edits.), *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed.). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.
- Neto, I. G. (2010). Agonia. Em A. Barbosa, & I. G. Neto (Edits.), *Manual de Cuidados Paliativos* (2ª ed., pp. 387-400). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

