

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente: Enfermagem Oncológica

**"Cuidados de enfermagem à pessoa com
doença oncológica em fim de vida, valorizando
a comunicação e o controlo de sintomas na
promoção do conforto"**

Sónia Isabel de Jesus Correia Rodrigues

2015

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente: Enfermagem Oncológica

**"Cuidados de enfermagem à pessoa com
doença oncológica em fim de vida, valorizando
a comunicação e o controlo de sintomas na
promoção do conforto"**

Professora Patrícia Vinheiras Alves

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.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Professora Patrícia Vinheiras Alves pela orientação, motivação e acompanhamento durante este percurso apesar das adversidades.

Às Enfermeiras orientadoras dos estágios que me acompanharam neste percurso.

Um agradecimento muito especial a todos os doentes e famílias com quem me cruzei ao longo desta caminhada.

Ao meu marido e à minha filha, por toda a compreensão e apoio.

LISTA DE SIGLAS

ANCP – Associação Nacional de Cuidados Paliativos

APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

CP – Cuidados Paliativos

CIPE – Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem

ESAS – Edmonton Symptom Assessment System

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EONS – Sociedad Europea de Enfermería Oncológica

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

IAHPC – List of Essential Medicines for Palliative Care

OE – Ordem de Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNCP – Programa Nacional de Cuidados Paliativos

SECPAL – Sociedad Española de Cuidados Paliativos

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UAA – Unidade de Assistência Autónoma

UC – Unidade Curricular

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

RESUMO

Em contexto hospitalar, o enfermeiro tem um papel fundamental junto da pessoa em fim de vida, porque é o profissional que está mais próximo e melhor conhece o doente e a família. Considerando que a pessoa em fim de vida e a sua família apresentam necessidades complexas, que envolvem fatores físicos, psicológicos e existenciais, e que necessitam de cuidados especializados prestados por uma equipa multidisciplinar da qual o enfermeiro faz parte, faz sentido que estes profissionais enveredem por um percurso de formação que lhes possibilite cuidar destes doentes com qualidade. Assim sendo, e tendo em conta as necessidades pessoais, profissionais e do serviço onde trabalho, surgiu um projeto na área dos cuidados ao doente oncológico em fim de vida, na comunicação e no controlo de sintomas, nomeadamente no âmbito do controlo da dor e do sono. Assim, inserido na UC Estágio com Relatório do 4º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Enfermagem Oncológica, e com a finalidade de desenvolver competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, de forma a promover a melhoria de cuidados aos doentes em fim de vida e suas famílias no serviço onde trabalho, desenvolvi um estágio, durante cinco meses, em 3 locais distintos. Estes foram escolhidos intencionalmente, por serem locais onde seria possível desenvolver as competências pretendidas – um Serviço de internamento de Cuidados Paliativos, numa Unidade de Assistência Autónoma, onde está incluída uma Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, culminando no meu local de trabalho, um Serviço de Internamento de Medicina. O presente relatório constitui a análise crítica e reflexiva deste percurso, ancorado na evidência científica e na teoria de conforto de Katharine Kolcaba, demonstrando os resultados obtidos. Durante os estágios, fiz pesquisa em bases de dados como a Ebsco, MEDLINE e PubMed, na biblioteca da ESEL e na biblioteca pessoal, observação da prática de enfermagem, colaborei na prática de cuidados aos doentes em fim de vida e famílias, realização de conversas com os profissionais, doentes e famílias, reflexões

com os orientadores sobre a prática e reflexões escritas sobre a prática de eventos significativos. Realizei ações de formação, sensibilizando a equipa de enfermagem para a melhoria da prática nos cuidados à pessoa em fim de vida, e elaborei normas de atuação/intervenção no controlo da dor e nas perturbações do sono. Com este percurso foi possível desenvolver competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo conseguido atingir o nível de proficiente, segundo Benner. Pretendo continuar a investir e a desenvolver-me nesta área, sempre com o intuito de proporcionar melhores cuidados, ao doente e à família, numa fase em que devemos contribuir para uma melhor qualidade de vida.

Palavras-Chave: Pessoa em fim de vida, conforto, enfermagem, dor, sono, comunicação

ABSTRACT

In the hospital setting, the nurse has a fundamental role alongside the patients at the end of life as from all the healthcare professionals, it resides in the nurse the responsibility of being the closest to the patients and their families hence, being the ones who end up knowing them better which grants them an unparalleled insight into their patients. Considering the physical, psychological and the existential factors involved in dealing with the dying and their families and the specialized needs that people under these circumstances require, it makes sense that nurses who are part of the multidisciplinary teams that accompany them, enter into training programs that would provide them with the suitable tools to deliver the best quality care. Therefore, and bearing in mind the personal and professional needs of my service, a project arose in the area of oncologic palliative care, communication and symptoms control, in particular with regards to pain and sleep control. Thus, as part of the module - Trainingship with 4th Medical-Surgical Nursing Master Program's report (Oncologic Nursing Division) - and with the purpose of developing specialist medical-surgical nurse competencies in order to promote better patient care at the end of their lives, I was part of a training program that involved training in 3 different locations within 5 months. The 3 training sites-an In-patient Palliative Care Center, an Autonomous Assistance Unit that houses an Intra-hospital Palliative Care Support Team and my very own place of work, a Medical In-patient service- were chosen for gathering the ideal conditions to develop the targeted competencies. The present report constitutes the critical and reflexive analysis of the results obtained and the journey that delivered them. A journey always anchored by scientific evidence and Katharine Kolcaba's comfort theory. Ebsco, MEDLINE and PubMed were invaluable allies to my research during the training program as well as ESEL's public and personal library. Also critical in acquiring and honing the competencies described above were the observation of the nursing practice by experienced nurses, the active collaboration in the dying patients and their families' care routines as well as the

conversations I had with healthcare professionals, patients and families alike. Equally important were the reflections on practical aspects under the guidance of experienced tutors and the written reflections on the clinical practice involving major events. Part of the journey also consisted of developing specific training programs tailored to raise the awareness of the nursing team to the necessity of improving the care practice and the elaboration of intervention guidelines for pain control and sleep dysregulation. All of these were important in developing all the necessary competencies to become a specialist medical-surgical nurse and ultimately achieving a proficient level, according to Benner. It is my firm intention to keep on investing and honing my skills in this area always with the intent of providing better care to the patient and their families at a time of their lives where we, as healthcare practitioners, should contribute to a better quality of life.

Key words: End of life patients, comfort, nursing, pain, sleep, communication

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1 – PROBLEMÁTICA.....	14
2- ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
2.1 – Promoção do conforto da pessoa com doença oncológica em fim de vida	18
2.2 – Comunicação com a pessoa com doença oncológica em fim de vida	23
2.3 – Controlo de sintomas da pessoa com doença oncológica em fim de vida	26
2.3.1 – Controlo da dor da pessoa com doença oncológica em fim de vida	27
2.3.2 – Controlo das alterações do sono da pessoa com doença oncológica em fim de vida	33
2.4 – Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.....	35
3 – METODOLOGIA DE TRABALHO	38
4 - PERCURSO DESENVOLVIDO	41
4.1 – Serviço de Internamento de Cuidados Paliativos – Hospital A.....	41
4.2 – Unidade de Assistência Autónoma - Hospital B.....	51
4.3 – Serviço de Internamento de Medicina - Hospital C	62
5 - QUESTÕES ÉTICAS.....	75
6 - IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E PERSPETIVAS FUTURAS	77
7 - LIMITAÇÕES DO PROJETO	79
8 – CONCLUSÃO	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	83

APÊNDICES

APÊNDICE I – Caracterização do contexto de estágio do Hospital A

APÊNDICE II – Lista de bibliografia consultada sobre os cuidados à pessoa em fim de vida

APÊNDICE III – Norma de Procedimento “Intervenções de Enfermagem na Avaliação e Controlo da Dor”

APÊNDICE IV – Reflexão sobre um evento significativo durante o estágio do

Hospital A

APÊNDICE V – “Instrumento de Registo dos problemas relacionados com a satisfação do Sono e Intervenções de Enfermagem”

APÊNDICE VI – Caracterização do contexto de estágio do Hospital B

APÊNDICE VII – Estudo de Situação realizado no estágio do Hospital B

APÊNDICE VIII – Reflexão sobre um evento significativo durante o estágio do Hospital B

APÊNDICE IX – Caracterização do contexto de estágio do Hospital C

APÊNDICE X – Reflexão sobre um evento significativo realizado no estágio do Hospital C

APÊNDICE XI – Plano da Sessão “Avaliação de Sintomas da Pessoa em Fim de Vida”

APÊNDICE XII – Questionário da Avaliação da Sessão “Avaliação de Sintomas Descontrolados da Pessoa em Fim de Vida”

APÊNDICE XIII – Plano da Sessão “Cuidar o Doente em Fim de Vida: Intervenções de Enfermagem no Controlo da Dor e do Sono”

APÊNDICE XIV – Questionário da Avaliação da Sessão “Cuidar o Doente em Fim de Vida: Intervenções de Enfermagem no Controlo da Dor e do Sono”

APÊNDICE XV – Norma “Intervenções de Enfermagem na Avaliação e Controlo da Dor”

APÊNDICE XVI – Atividade/Protocolo desenvolvido no estágio do Hospital C

ANEXOS

ANEXO I – Escada Analgésica da Dor

ANEXO II – *Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)*

INTRODUÇÃO

Este trabalho constitui o relatório de estágio efetuado no âmbito da Unidade Curricular (UC) *Estágio com Relatório* do 4º Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Vertente Enfermagem Oncológica, e espelha uma análise crítica e reflexiva do percurso efetuado durante o estágio em três serviços distintos, com vista a desenvolver competências de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica, de forma a promover a melhoria de cuidados no serviço onde trabalho. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro, p. 8648) entende-se por enfermeiro especialista, “... 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.”

A partir da reflexão sobre os cuidados que presto, no serviço onde trabalho e das minhas necessidades de formação, dos cuidados prestados pela equipa de enfermagem e das suas necessidades de formação (que tratarei no capítulo da problemática) e tendo em conta o número crescente de doentes em fim de vida internados no serviço, este percurso versa sobre a problemática dos cuidados ao doente oncológico em fim de vida, com enfoque na comunicação e no controlo de sintomas, nomeadamente da dor e do sono.

Assim, com a finalidade de desenvolver competências de enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na vertente Enfermagem Oncológica nos cuidados ao doente oncológico em fim de vida, fiz estágio em três serviços distintos: primeiro num Serviço de Internamento de Cuidados Paliativos, depois numa Unidade de Assistência Autónoma (UAA) e Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e por último num Serviço de Internamento de Medicina (local de trabalho). Antes de iniciar os estágios, situava-me no nível de enfermeira

competente na prestação de cuidados ao doente oncológico em fim de vida, segundo o modelo Dreyfus da aquisição de competências aplicado à enfermagem descrito por Benner (2001, p 54) que refere “a enfermeira competente não tem a rapidez nem a maleabilidade da enfermeira proficiente, mas tem o sentimento que sabe bem das coisas e que é capaz de fazer frente a muitos imprevistos que são o normal na prática de enfermagem. A planificação consciente e deliberada que caracteriza este nível de competência, ajuda a ganhar eficiência e organização. As enfermeiras podem nesse estado tirar benefícios dos exercícios das tomadas de decisões e de simulações, que lhes dão a prática para planear e coordenar os múltiplos e diversos cuidados para fazer face às necessidades do doente.”

Este relatório apresenta uma análise crítica do percurso de estágio, ancorada na evidência científica, realçando as atividades efetuadas, os ganhos obtidos e as competências desenvolvidas. São então objetivos deste relatório:

- Reconhecer o papel do enfermeiro especialista, em Enfermagem Médico-Cirúrgica vertente oncológica, nos cuidados ao doente oncológico em fim de vida e à sua família;
- Mobilizar os conhecimentos adquiridos ao longo do curso;
- Desenvolver capacidades de análise, síntese e reflexão;
- Analisar crítica e reflexivamente este percurso com base na evidência científica, na minha prática e na prática observada nos locais de estágio;
- Identificar as implicações do projeto desenvolvido para a prática de enfermagem.

Este relatório encontra-se dividido em 9 capítulos. No primeiro capítulo é feita a apresentação e respetiva justificação do tema, expondo o que me levou à escolha do mesmo e as competências de Enfermeiro Especialista que me propus desenvolver. Segue-se o enquadramento teórico onde se faz referência à intervenção da enfermagem na promoção do conforto da pessoa com doença oncológica em fim de vida, nomeadamente no âmbito da comunicação e do controlo de sintomas, focando-me, neste último caso, na dor e no sono. Ainda neste capítulo apresento a teoria do conforto de Katharine Kolcaba, na qual anoro o meu

percurso. No terceiro capítulo é feita uma abordagem à metodologia de trabalho utilizada, seguindo-se a análise crítica do percurso desenvolvido nos respetivos locais de estágio, tendo em conta as atividades desenvolvidas e os resultados alcançados de acordo com os objetivos traçados, realçando as competências desenvolvidas e o contributo para o desenvolvimento profissional. No quinto capítulo exponho as questões éticas que surgiram no decorrer da implementação do projeto e, no capítulo seguinte faço alusão às implicações do projeto desenvolvido para a prática de enfermagem e perspetivas futuras. No sétimo capítulo explano as limitações e no final do relatório apresento as conclusões e as referências bibliográficas. Termina, com apêndices relativos aos documentos construídos ao longo do percurso.

1 – PROBLEMÁTICA

Como refere o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP) (2010), em Portugal, 60% da mortalidade deve-se a doenças crónicas evolutivas como o cancro (20-25%). Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2014) o número de mortes por cancro está a aumentar em Portugal. Em 2012 mais de 25 mil portugueses morreram com um tumor maligno, verificando-se os óbitos em todos os grupos etários havendo um aumento do número de mortes à medida que a idade aumenta. A prevalência das doenças crónicas e o aumento do tempo de vida tem vindo a revelar grande importância em termos de saúde pública. Verifica-se que a segunda maior causa de mortalidade são as doenças oncológicas e que mais de metade destes doentes morrem em serviços de internamento, estando estes locais vocacionados para a cura e mal preparados para a prestação de cuidados paliativos (CP) (Alves, Jardim & Freitas, 2012). Por seu lado a Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (APCP) (2006) constata, não só um aumento do número de pessoas com doenças crónicas avançadas e incuráveis, como um aumento de pessoas em fim de vida reforçando, que os serviços em Portugal devidamente qualificados e organizados são escassos e insuficientes para as necessidades do doente e da família alvo dos cuidados paliativos. Efetivamente, ao longo dos 10 anos de trabalho em serviços de medicina, tenho empiricamente percebido estas alterações, ou seja, um aumento do número de doentes oncológicos em fim de vida no serviço e um aumento do número de doentes oncológicos que morrem em internamento. A este respeito, Machado, Couceiro, Cortes, Almendra & Alves (2011) referem que três em cada quatro doentes com cancro morrem em instituições hospitalares, sendo que 74,9% dos doentes com cancro morrem em hospitais ou clínicas. Assim, faz sentido repensar as práticas, ou seja, num serviço onde o número de doentes oncológicos em fim de vida aumenta, é importante refletir sobre os cuidados que se prestam, se são cuidados dirigidos à cura ou à pessoa e ao seu conforto.

Efetivamente, os cuidados à pessoa em fim de vida devem ser baseados na filosofia de CP que assenta numa,

“abordagem que visa 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 de sintomas, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais.” (Organização Mundial de Saúde - OMS, 2002; adotada no PNCP, 2004).

No entanto, nem sempre é isso que acontece, verificando-se situações de dúvida entre os profissionais, relativamente ao modo de atuação junto destes doentes, optando-se algumas vezes por intervenções terapêuticas fúteis, que são medidas agressivas e ineficazes que prolongam de forma inadequada a vida do doente (Neto, 2006). No serviço de internamento de medicina onde trabalho é possível desenvolver ações paliativas¹. Vários autores defendem que, o encarniçamento terapêutico ao doente em fim de vida está relacionado com vários motivos nomeadamente, a negação social da morte, a formação dos profissionais vocacionada para a cura e deficiente em CP, a sensação de fracasso/insucesso profissional, a comunicação deficiente e os conflitos entre doentes – famílias-profissionais (Pacheco, 2004; Twycross, 2003 e Neto, 2006).

A equipa de enfermagem do meu local de trabalho procura melhorar as suas atitudes e práticas, transmitindo a necessidade de melhorar a prestação de cuidados aos doentes em fim de vida. Também eu me confronto com dificuldades na minha prática profissional, enquanto prestadora direta de cuidados à pessoa em fim de vida e família, em particular no controlo de sintomas e na área da comunicação com estas pessoas. Além de ser prestadora direta de cuidados, também tenho responsabilidades acrescidas na área da gestão e da qualidade de cuidados no serviço, pois sou 2º elemento da equipa, o que implica uma intervenção constante na orientação da equipa com vista à promoção da melhoria de cuidados. Considero que, dado o aumento de pessoas em situação de fim de vida em serviços de

¹ Ações paliativas são “ qualquer medida terapêutica, sem intuito curativo, que visa minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar global do doente” (PNCP, 2010, p.7).

internamento de especialidades médicas e, nomeadamente, em serviços de medicina, é emergente os enfermeiros adquirirem competências específicas nos cuidados à pessoa em fim de vida e família. Dadas as considerações anteriores, e após reflexão sobre a temática que faria sentido trabalhar no âmbito do meu percurso de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, com vista à promoção da melhoria de cuidados no serviço onde trabalho, fez-me sentido, selecionar os cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica em fim de vida, versando sobre dois dos pilares dos Cuidados Paliativos: a comunicação e o controlo de sintomas, especificamente o controlo da dor e do sono.

Apesar de considerar importantes todos os pilares dos Cuidados Paliativos², selecionei trabalhar aqueles em que sinto maiores défices e que, a partir da observação da prática dos enfermeiros do serviço e das conversas com os mesmos, surgem como os mais emergentes a desenvolver no serviço onde trabalho. Atendendo à diversidade de sintomas apresentados pela pessoa em fim de vida, fiz uma reflexão com os pares e decidimos escolher a dor e o sono, pois são os sintomas mais frequentemente apresentados e nos quais considerámos ser importante melhorar a intervenção da equipa de enfermagem. Cada uma das vertentes referidas tem bastante relevância. É importante trabalhar a comunicação porque é o instrumento básico na relação e nos cuidados de enfermagem promovendo a relação entre o enfermeiro, o doente e a família. Como refere Phaneuf (2005) na saúde, a comunicação pode ter efeitos terapêuticos eficazes sendo a principal ferramenta do enfermeiro.

Desenvolver competências no âmbito da intervenção de enfermagem na pessoa com doença oncológica em fim de vida com dor é crucial. A dor é um sintoma muito frequente e preocupante nos doentes em fim de vida e dos mais temidos (Smeltzer e Bare, 2005 & Pacheco, 2004).

Também a falta de sono e de descanso da pessoa com doença oncológica em fim de vida é um aspeto que faz sentido trabalhar pois é um sintoma muito frequente

² Os quatro pilares dos Cuidados Paliativos de acordo com vários autores são: O controlo dos sintomas; a comunicação adequada; o apoio à família e o trabalho em equipa. (Neto, 2006; Twycross, 2003; PNCP, 2010).

como refere Palma e Salazar (2006). Na área dos cuidados à pessoa em fim de vida, considerando as suas necessidades e exigências complexas, situava-me no nível de enfermeira competente (considerando o modelo Dreyfus de aquisição de competências de Benner, como refiro na introdução), e pretendia alcançar o nível de enfermeira proficiente. Assim, planeei um percurso de estágio com vista ao desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica no âmbito da comunicação e do controlo de sintomas, nomeadamente a dor e o sono, à pessoa com doença oncológica em fim de vida.

2- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O presente capítulo aborda os conceitos teóricos e o referencial teórico em que se ancora todo o percurso. Este capítulo divide-se em quatro subcapítulos. No primeiro desenvolve-se a promoção do conforto à pessoa com doença oncológica em fim de vida. No segundo e terceiros subcapítulos aborda-se a comunicação e o controlo de sintomas da pessoa com doença oncológica em fim de vida, nomeadamente o controlo da dor e do sono. No último apresenta-se a teoria em que suportei este percurso - a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba.

2.1 – Promoção do conforto da pessoa com doença oncológica em fim de vida

A pessoa com doença oncológica é alguém portador de uma doença crónica, normalmente uma doença incurável, que pode ser alvo de um sofrimento psicológico intenso, que o atinge e à família, podendo estar associado à dor, a alterações da imagem corporal e ao confronto com a morte (Querido, 2005).

Esta pessoa passa por vários estádios previsíveis da doença oncológica que, de acordo com Nezu, Nezu, Friedman, Faddis & Houts (1998) citado por Patrão (2007), dizem respeito aos momentos da intervenção médica e que são: o diagnóstico, a cirurgia, os tratamentos adjuvantes e a fase terminal, versando este trabalho sobre os doentes a vivenciar esta última fase.

A pessoa em fim de vida, também por vezes referida, por alguns autores, como doente em fim de vida, pessoa em fase terminal ou doente em fase terminal (Alves, 2013) é alguém com uma doença crónica e incurável de evolução progressiva, onde os tratamentos deixam de ser eficazes, e se verifica um agravamento de sintomas e esperança de vida curta (Pacheco, 2004). Neto (2006) acrescenta ainda que, esse tempo de vida pode ir de 3 a 6 meses. Por outras palavras, dizemos que a pessoa está em fase final de vida quando durante a evolução da sua doença não responde

a nenhum tratamento, não tem condições de cura e cujos cuidados são dirigidos à promoção do máximo conforto e bem-estar (Rossa, 2007).

Segundo a Sociedad Española de Cuidados Paliativos-SECPAL (1992) a doença terminal define-se pela presença de doença avançada progressiva e incurável, falta de possibilidades de respostas a tratamento específico, presença de muitos problemas e sintomas, grande impacto no doente, na família e na equipa terapêutica, com prognóstico de vida inferior a 6 meses. Refere ainda que, as bases terapêuticas para os doentes em fim de vida passam por: englobar aspetos físicos, emocionais, sociais e espirituais de forma individualizada; a unidade a tratar é o doente e a família; promover a autonomia e dignidade do doente; ter uma conceção terapêutica ativa e considerar o meio envolvente, num clima de respeito, conforto e suporte.

Quando cuidamos de pessoas em fim de vida não podemos considerar apenas a prática de enfermagem como sendo um conjunto de técnicas, pois nela está implícita uma relação interpessoal onde os aspetos emocionais, espirituais e culturais devem ser considerados e valorizados. Deve ser prioritário personalizar as necessidades destas pessoas, considerando as suas crenças e desejos, dando-lhes a possibilidade de seguir o seu percurso de forma natural, digna e serena. A mesma autora acrescenta ainda que, o sofrimento da pessoa que vai morrer pode ser diminuído pelos que o cuidam, considerando o olhar, a forma de estar e o toque com respeito e ternura. Não podemos estagnar o processo de morte no tempo, é uma passagem obrigatória, de forma que, cuidar da pessoa que vai partir é ajudá-la a fazer essa travessia. Podemos ter um limite para a cura, mas não um limite para os cuidados (Gomes, 2010).

A *Carta dos Direitos do Doente Terminal* de 1975 espelhada nas recomendações da APCP (2006) sobre o respeito pelos direitos do doente e da família, exprime, mais do que os direitos, as necessidades da pessoa que se aproxima da morte, e que exige respostas adequadas. São elas: tratar o doente como pessoa até ao momento da morte; expressar os seus sentimentos e emoções relacionados com a proximidade da morte; manter um sentimento de esperança e ser cuidado por pessoas capazes de o ajudar; manter e expressar a sua fé; ser cuidado por pessoas

competentes e sensíveis, que compreendam as suas necessidades; não sofrer indevidamente, o que inclui o alívio da dor e de outra sintomatologia; receber respostas adequadas e honestas de acordo com as suas perguntas, participando nas decisões; manter a sua hierarquia de valores, não sendo discriminado quanto às suas decisões; ter o conforto e a companhia dos seus familiares e amigos, para nunca morrer só; morrer em paz e com dignidade.

De acordo com Gomes (2010), as necessidades físicas da pessoa em fim de vida são idênticas às de um doente com falência progressiva dos sistemas. Nesta fase o tratamento consiste em controlar os sintomas que interferem com a qualidade de vida. O referido autor acrescenta ainda que as necessidades para além de físicas são também psicológicas e espirituais, havendo uma redefinição de expectativas, sendo a maior necessidade morrer com dignidade. Para satisfazer as necessidades físicas o importante é controlar os sintomas que interferem na qualidade de vida. Nesta fase são importantes os cuidados de higiene, os cuidados à boca e a alternância de decúbitos. Em relação às necessidades psicológicas e espirituais é fundamental que a pessoa em fim de vida perceba que não está sozinha, podendo expressar dúvidas e medos.

Simões e Rodrigues (2010), na sua investigação, referem que os enfermeiros estão conscientes da necessidade de dar resposta aos problemas/necessidades complexas do doente em fim de vida. Desta forma para conseguirmos que estas pessoas vivam até ao fim com qualidade de vida e com conforto, é necessário proporcionar cuidados assentes na filosofia dos CP, que são cuidados intensivos de conforto, consistindo numa assistência ativa, global e integral dos doentes e das suas famílias, realizados por uma equipa multidisciplinar numa altura em que a doença já não responde aos tratamentos curativos (Twycross, 2003; PNCP, 2010). Assim, a pessoa em fim de vida, à medida que a doença avança, manifesta uma enorme diversidade de necessidades que exigem cuidados complexos, que idealmente devem ser prestados por uma equipa com formação em CP. Estes cuidados devem ser dirigidos ao acompanhamento e conforto da pessoa em fim de vida no período que lhe resta, com o objetivo de aliviar a dor e o sofrimento, promovendo bem-estar e qualidade de vida.

Os cuidados ao doente terminal consistem essencialmente no seu acompanhamento e conforto, conseguindo aliviar os vários sintomas, proporcionando-lhe o máximo de bem-estar e plenitude. Não podemos aceitar que nada mais há a fazer pelas pessoas em fim de vida, porque ainda existe vida e conseqüentemente necessidade de cuidados. Neste contexto são imprescindíveis os cuidados de enfermagem, dando a oportunidade de viver o fim de vida da melhor forma, com dignidade, segundo os seus desejos, crenças e valores (Pacheco, 2004). Como referido anteriormente, a situação da pessoa em fim de vida é única, exigindo cuidados específicos que têm de ir ao encontro das suas necessidades, de natureza física, espiritual, social e psicológica, considerando desta forma, como refere Kolcaba, os quatro contextos onde o conforto pode ser experimentado, o contexto físico, o psico-espiritual, o ambiental e o social, satisfazendo-se assim as várias necessidades de cada pessoa. As necessidades físicas estão mais relacionadas com a situação patológica onde a dor e o alívio desta e de outra sintomatologia são importantes. As necessidades psicológicas surgem com a consciência da doença, manifestando a necessidade de exprimir emoções e preocupações. Pacheco (2004) refere que as necessidades espirituais se relacionam com o sentido da vida, surgindo por exemplo a necessidade de falar com alguém da sua religião. Em relação às necessidades sociais, nesta fase a pessoa necessita do apoio afetivo por parte de todos os que a rodeiam, pois há a possibilidade do isolamento, tristeza e solidão. A satisfação de todas estas necessidades permitem ajudar a alcançar um nível de conforto e bem-estar essencial nesta fase da vida (Pacheco, 2004).

Efetivamente, o enfermeiro deve aliviar o sofrimento e maximizar o conforto da pessoa em fim de vida, intervindo ao nível dos quatro pilares dos CP, já referidos anteriormente, sendo um deles o apoio à família, que pode ser visto como um aspeto de conforto para o doente. Este apoio à família é essencial pois habitualmente a pessoa está inserida numa família, que segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem-CIPE (2002), é um conjunto de seres humanos que se consideram uma unidade social ou um todo coletivo constituído por membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais e relações legais, fazendo também parte as pessoas significativas.

Numa situação de vivência de doença em fase terminal, não só o doente mas também a família sofre um impacto importante que depende da personalidade do doente, da natureza e qualidade da sua relação com a família, das reações de ambos a perdas anteriores, da estrutura da família e do apoio da comunidade. Como a doença de um membro da família afeta toda a família, a unidade a tratar é o doente e a sua família, sendo esta que melhor conhece tudo o que envolve a pessoa doente tornando-se indispensável a sua presença ao longo de todo o processo (Guarda, Galvão & Gonçalves, 2006).

Casmarrinha (2008), após ter feito uma análise de vários autores que estudaram as necessidades da família do doente em fim de vida, salienta que estas são: a necessidade de informação sobre os cuidados e o estado do doente, a necessidade de manter a família o mais saudável possível e de ter tempo para acompanhar o familiar doente podendo ajudando-o, a necessidade de ser escutado e de expressar os seus sentimentos e a necessidade de informação sobre como lidar com a perda do seu familiar.

No decurso da doença, a família e os amigos têm um papel fundamental na vida da pessoa sobretudo se caminhamos para o fim de vida, podendo contribuir para ajudar a pessoa em fim de vida a viver o mais serenamente possível os últimos momentos. A equipa de cuidados deve ter a preocupação de acompanhar e apoiar a família do doente em fim de vida, de modo a transmitir segurança e sentimentos positivos perante esta fase de doença (Pacheco, 2004).

Gomes (2010), refere que 77% dos cuidadores da pessoa em fim de vida têm aumento de stresse e 28% necessitam de tomar medicação para os ajudar a enfrentar a doença do seu familiar. Os cuidadores informais têm uma grande carga psicológica, económica e física quando cuidam da pessoa em fim de vida.

Como já referi, os cuidados paliativos são prestados por uma equipa multiprofissional cujos elementos têm formação diferenciada na área dos CP. Esta formação especializada exige diferenciação profissional adequada, formação teórica específica e experiência prática em CP. A formação é feita por níveis, onde o nível A é de formação básica pré e pós graduada, o nível B de formação avançada e o nível

C de especialista (APCP, 2006). No serviço onde trabalho a equipa não é de CP mas tem possibilidade de prestar ações paliativas que são medidas terapêuticas sem intuito curativo, cujo objetivo é diminuir as repercussões negativas da doença no bem-estar do doente (APCP, 2006). Segundo Barroso (2010), as ações paliativas são referidas como demonstração de boas práticas, pois pretende-se que sejam ações de apoio ao doente em fim de vida, no sentido de promover o conforto e a qualidade de vida. Nestas ações de apoio está sempre presente a comunicação que deve ser adequada, sendo este outro pilar dos CP, que abordarei de seguida.

2.2 – Comunicação com a pessoa com doença oncológica em fim de vida

A comunicação é um instrumento básico nos cuidados de enfermagem e um pilar dos CP. Considero que este instrumento utilizado de forma adequada e bem articulada ajuda na aplicabilidade dos outros pilares dos CP. Phaneuf (2005) refere que na saúde a comunicação pode ter efeitos terapêuticos eficazes e que é a principal ferramenta do enfermeiro. Esta competência de comunicar adequadamente pode ser desenvolvida com treino e prática. A mesma autora diz que a comunicação é um processo onde há criação e recriação de informação, partilha e troca, onde se coloca em comum sentimentos e emoções entre várias pessoas. A competência de comunicação inclui habilidades psicomotoras, cognitivas e sócio-afetivas que, em conjunto, possibilitam o desenvolvimento de uma função, tarefa ou atividade. O enfermeiro na relação com o doente deve exprimir-se de forma simples, breve, clara, apropriada às circunstâncias e adaptar-se à reação do doente. A comunicação verbal e não-verbal adequada constitui uma medida terapêutica eficaz, reduzindo a ansiedade, levando à partilha do sofrimento, dando ao doente e família a possibilidade de participarem nos cuidados e nas decisões. A comunicação entre profissionais e pessoas em cuidados paliativos tem essencialmente três objetivos: reduzir a incerteza, melhorar os relacionamentos e orientar o doente e a família (Twycross, 2003). Os profissionais de saúde devem ter uma conduta de autenticidade, falando a verdade sem agredir e não criando expectativas irrealistas. Comunicar adequadamente com a pessoa em fim de vida e a sua família, constitui um agente terapêutico poderoso, um ansiolítico eficaz e um potente antidepressivo

(Araújo e Silva, 2007). Grande parte da comunicação é transmitida através de meios não-verbais, como a expressão facial, o contacto olhos nos olhos, a postura, o toque, o tom e o ritmo do discurso. Alguns doentes referem mesmo que “uma palavra de carinho conforta mais que um medicamento” (Ribeiro, 2011).

Querido, Salazar e Neto (2006) elencam como resultados de uma comunicação eficaz em CP a diminuição dos níveis de ansiedade do doente, um aumento no controlo sintomático, uma maior adesão aos tratamentos, funcionando também como uma estratégia de prevenção do *burnout*. Em cuidados paliativos, a comunicação, enquanto processo onde há partilha de informação, emoções e atitudes, funciona como um veículo importante para a abordagem clínica, sendo tão importante como o diagnóstico ou a terapêutica instituída. Temos de mostrar ao doente que ele é único e que temos disponibilidade para ele.

Araújo e Silva (2007) consideram que o humor, o sorriso, as expressões verbais e faciais utilizadas na comunicação aliviam a dor, o sofrimento, a ansiedade, a tensão, a insegurança e funcionam ainda como mecanismos de *copping*. Afirmam que o humor, como componente fundamental da comunicação, deve ser usado de forma individualizada e cuidadosa com cada doente. De acordo com o trabalho de José (2008), o humor, enquanto ação de enfermagem, consegue ter um poder transformador da vivência da hospitalização, onde o agir humoroso do enfermeiro possibilita uma relação que vai além do aqui e agora, do tempo e do espaço. Acrescenta ainda, que o humor pode funcionar como uma forma de libertação dos sentimentos de perda, impotência e frustração promovendo a comunicação. Concluiu que o humor é vantajoso na promoção da relação interpessoal e alívio de tensões e ansiedades.

O enfermeiro pode ajudar o doente e a família a enfrentar o período final da vida, através do recurso a técnicas de comunicação e aconselhamento que, de acordo com Loureiro (2001), passam por: usar perguntas abertas, disponibilizar tempo e privacidade ao doente e à família, estar atento à expressão e reação à perda, estar sempre por perto, não dar conselhos, não dar falsa segurança, não evitar assuntos que a pessoa em fim de vida queira discutir, e apoiar a esperança e a atitude positiva. Sapeta (2011) salienta que a essência dos cuidados paliativos é a aliança

entre a equipa prestadora, o doente e a família. É muito importante o entendimento do processo terapêutico, o reconhecimento da dignidade e da singularidade do outro e o valor insubstituível da comunicação para se alcançar essa aliança.

A qualidade na comunicação promove a adaptação e a adesão do doente ao tratamento, a diminuição dos sintomas físicos e o controlo da dor, a qualidade de vida, a estabilidade emocional, a satisfação e humanização dos cuidados de saúde e melhora a relação entre o enfermeiro e o doente/família (Dibblet, Schaidhammer, Fleischer, Greitemann, 2009). Os mesmos autores referem que a comunicação permite aceder à expressão de emoções e sentimentos do doente e da família, à revelação de situações e problemas e à identificação de problemas psicossociais. Ao treinar a comunicação estamos a promover a compreensão das respostas emocionais e dos comportamentos do doente e da família, o treino das respostas aos comportamentos e emoções, a reflexão sobre o sofrimento e a morte e um autoconhecimento e desenvolvimento da gestão emocional. O enfermeiro deve ter em atenção o ambiente, os intervenientes, a avaliação da perceção do doente, a necessidade de informar gradualmente e o conteúdo da informação. Não deve minorar o problema deve manter a esperança e garantir os cuidados e suporte emocional (Dibblet, Schaidhammer, Fleischer, Greitemann, 2009).

Pacheco (2004), Lugton e Kindlen (1999) referem que o diálogo, a atenção e o acompanhamento são imprescindíveis para a pessoa em fim de vida, onde a atuação do enfermeiro se deve alicerçar numa verdadeira relação de ajuda. Para isso é preciso estabelecer uma comunicação terapêutica interpessoal num clima de confiança. O enfermeiro deve basear-se na escuta verdadeira e não no simples ouvir, na empatia e não somente na simpatia, na congruência e jamais na falta de autenticidade. Efetivamente, o uso adequado deste instrumento básico de enfermagem, que é a comunicação, promove a relação entre enfermeiro/doente em fim de vida, permite conhecer as necessidades desta pessoa de forma a intervir no sentido da promoção do seu conforto. Em suma, a comunicação é um pilar dos CP pois os cuidados só são possíveis através desta e ela própria é uma arma terapêutica (Twycross, 2003). Aliado a este pilar dos CP, surge outro (como já referi atrás) que é o controlo sintomático, acerca do qual me referirei de seguida.

2.3 – Controlo de sintomas da pessoa com doença oncológica em fim de vida

Na fase final de vida os objetivos terapêuticos privilegiam a busca do conforto e do bem-estar, o alívio do sofrimento físico, psicológico e espiritual onde as ações terapêuticas se centram nas necessidades individuais da pessoa em fim de vida e na sua família. A intenção terapêutica tem como objetivo promover a dignidade, aceitar os limites e a morte com a tranquilidade e a serenidade possível, e não a cura (Sapeta, 2011).

O controlo inadequado dos sintomas, para além de causar sofrimento, pode desenvolver efeitos adversos no decurso da doença. Como princípios do controlo sintomático devemos avaliar e monitorizar de forma adequada os sintomas, recorrer ao uso de uma estratégia terapêutica mista, adequar a via de administração, antecipar as medidas terapêuticas, explicar a situação ao doente, criar planos com o doente e a família, reavaliar com frequência, prestar atenção aos detalhes e mostrar-se disponível (Neto, 2006).

Costa e Antunes (2012), no seu estudo, concluíram que a maioria dos doentes internados nos serviços de medicina de hospitais de agudos são doentes com doença crónica, incurável e progressiva que beneficiariam de cuidados de acordo com a filosofia dos cuidados paliativos. Verificaram ainda, que todos os doentes, independentemente da patologia, tinham os sintomas descontrolados. Também no serviço onde trabalho assisto a esta realidade, sendo a dor e as alterações do sono, dois sintomas da pessoa com doença oncológica em fim de vida que aprofundi no percurso de estágio realizado. Nos subcapítulos que se seguem farei uma abordagem teórica do controlo destes dois sintomas da pessoa com doença oncológica em fim de vida.

2.3.1 – Controlo da dor da pessoa com doença oncológica em fim de vida

A dor é um dos sintomas mais frequentes, que causa incapacidade e sofrimento. O seu controlo é um direito das pessoas e um dever dos profissionais de saúde, sendo que a Circular Normativa da Direção Geral de Saúde 2003, instituiu a dor como o 5º sinal vital, considerando-se boa prática avaliar e registar a intensidade da dor (Direção Geral de Saúde, 2003). O conceito de dor é difícil de definir na medida em que é uma experiência puramente subjetiva. A dor é “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a lesão tecidual real ou potencial, ou descrita em termos de tal dano” (*International Association for the Study of Pain (IASP)*, 1994 e Twycross, 2003). A dor é um fenómeno somatopsíquico modelado pelo humor, pela moral e pelo significado que a dor tem para cada doente. “Dor é aquilo a que o paciente chama sofrimento” (Twycross, 2003 p. 83)

A IASP (1994) e Twycross (2003) acrescentam ainda o conceito de “Dor Total” que, enfatiza a importância de se interpretar o fenómeno doloroso, não somente na sua dimensão física, mas também nas suas dimensões emocionais, sociais e espirituais que influenciam na génese e na expressão da queixa dolorosa. A dor, quanto à duração pode ser aguda ou crónica. A dor aguda tem um início bem definido e relaciona-se com sinais físicos e objetivos, podendo durar horas a semanas com ativação do sistema nervoso simpático. A dor crónica está mal delimitada no tempo e no espaço, persistindo ao longo de processos patológicos crónicos, podendo ir de meses a anos. A dor crónica insere-se num modelo biopsicossocial, onde surgem alterações da qualidade de vida do doente, enfatizando aspetos psicossocioculturais (Instituto Nacional de Câncer - INCA, 2001; Pereira, 2006).

A dor pode ser classificada em dor nociceptiva e em dor neuropática. A dor nociceptiva, engloba a dor visceral e somática. Tem origem nas vísceras abdominais e/ou torácicas e relaciona-se com a lesão tecidual. A dor somática é localizada e surge a partir da lesão da pele ou tecidos profundos. A dor neuropática está relacionada com lesão do sistema nervoso central ou periférico e pode destruir, infiltrar ou comprimir um ou vários nervos (INCA, 2001; Pereira 2006; Gonçalves, 2011). Podem surgir sensações anormais associadas à dor neuropática que são a disestesia (sensação anormal espontânea), a alodínia (dor causada por estímulo

não doloroso), a hiperpatia (resposta explosiva e prolongada a um estímulo), a hiperalgesia (resposta exagerada a um estímulo doloroso), a hiperestesia (sensibilidade exagerada à estimulação) e a Breakthrough pain (dor episódica, transitória ou acidental) (INCA, 2001; Pereira 2006; Gonçalves, 2011).

Segundo Pereira (2006), a maior parte dos doentes com cancro, tem mais do que um tipo de dor e de síndrome. Efetivamente, a dor é um sintoma muito frequente nos doentes oncológicos, surgindo no decurso da doença, nomeadamente na fase terminal. Smeltzer & Bare (2005) e Pacheco (2004), referem que a dor é um dos sintomas mais temidos e frequentes no final da vida. Cerca de 40% dos doentes com doença crónica grave e doentes idosos, que faleceram nos hospitais, sofreram de dor moderada a intensa, nos últimos três dias de vida (Smeltzer & Bare, 2005). A dor surge como uma complicação frequente e com um enorme impacto na vida dos doentes com cancro, sendo que, 30% dos doentes com cancro apresentam dor no momento do diagnóstico, e 65% a 85% dos doentes com doença avançada apresentam dor (Pereira, 2006). De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (2001), a prevalência da dor aumenta à medida que a progressão da doença ocorre; dor moderada a intensa verifica-se em 30% dos doentes com cancro a fazer tratamento e em 60% a 90% com cancro avançado.

O tratamento da dor não pode ser feito de forma isolada, mas sim por uma equipa multidisciplinar onde o enfermeiro detém um papel importante. Desta forma, é necessário fazer uma avaliação e controlo da dor o mais eficaz possível. Na perspetiva de Twycross (2003), na avaliação da dor tem de se avaliar quatro dimensões da mesma: a descrição da dor feita pelo doente, a causa da dor, o mecanismo subjacente e os fatores não físicos. Costa, Santos, Alves & Costa (2007), alertam para a importância de na avaliação da dor do doente incluir o início, a intensidade, o tipo, a localização, a variação, a duração e a causa da dor; os fatores de alívio e agravamento; os sintomas associados, a medicação efetuada e de que forma a dor interfere na atividade de vida da pessoa.

Pereira (2006), acrescenta mais aspetos na avaliação da dor, referindo que a mesma deve ser avaliada tendo em conta fatores como a ansiedade, o stresse espiritual e psicossocial e o medo. Deve fazer-se também, um exame físico completo

e conhecer detalhadamente a história clínica do doente e da sua dor. O objetivo final desta avaliação é encontrar uma estratégia de tratamento eficaz e adequada. A avaliação dos vários sintomas apresentados pelos doentes e a sua monitorização, através de ferramentas próprias, constituem um padrão de boas práticas. A Ordem dos Enfermeiros (2008) recomenda que na avaliação da dor se considere que a pessoa é a melhor avaliadora da sua dor. Deve acreditar-se na dor que a pessoa diz sentir, privilegiar o auto-relato, avaliar a dor, colher dados sobre a história de dor, escolher adequadamente os instrumentos de avaliação da mesma, avaliar a sua intensidade, assegurar a compreensão das escalas, manter a mesma escala de intensidade em todas as avaliações, ensinar a utilização do instrumento de avaliação e garantir a comunicação dos resultados da avaliação da dor. Existem vários instrumentos/ferramentas para avaliar a dor como a escala visual analógica, a escala de classificação numérica e verbal, o Breve Inventário da dor. Também existem instrumentos que contemplam a avaliação de vários sintomas, incluindo a dor, como a *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS). Para doentes oncológicos em fase avançada de doença, não existe consenso sobre a escala a aplicar. Para doentes em CP algumas escalas devem ser usadas com precaução, porque a capacidade para preencher a escala diminui à medida que a doença progride e com a existência de alterações cognitivas. Desta forma, todos os instrumentos de que se dispõe, quando aplicados a doentes oncológicos em fase avançada de doença apresentam deficiências significativas (Hjrmestad et al., 2008).

A SECPAL (1992) enumera como princípios gerais no controlo de sintomas: avaliar antes de tratar, explicar a causa dos sintomas e a terapêutica a usar, de forma que o doente as compreenda, utilizar sempre uma estratégia de intervenção mista utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas, monitorizar os sintomas utilizando instrumentos adequados, ter atenção aos detalhes minimizando os efeitos secundários e otimizando o controlo dos sintomas. É fundamental que o enfermeiro esteja preparado e adquira competências e saberes para atuar no controlo da dor, pois só compreendendo como a experiência da dor afeta o conforto de cada pessoa, podemos intervir de modo a satisfazer as suas necessidades. O enfermeiro tem, desta forma, um papel importante na avaliação e controlo da dor recorrendo à

filosofia dos cuidados paliativos onde as intervenções farmacológicas e não farmacológicas visam um maior conforto da pessoa em fim de vida.

Após a avaliação adequada da dor, temos de considerar, segundo Pereira (2006), algumas estratégias de intervenção na dor, que passam por selecionar um regime analgésico adequado, seguir a orientação da escada da OMS (anexo II) e considerar outras terapêuticas como a radioterapia, a cirurgia, a terapêutica hormonal, a quimioterapia e métodos não farmacológicos. O tratamento farmacológico é essencial, pois, cerca de 90% dos doentes podem obter um alívio suficiente da dor se forem seguidas as *guidelines* farmacológicas adequadas (Jahn et al., 2010).

A dor é um sintoma difícil de controlar, contudo é possível trata-la de forma eficaz com tratamento farmacológico em 80 a 90% das situações (Costa, Santos, Alves & Costa, 2007). Para um controlo eficaz da dor, muitas vezes, é necessária uma abordagem multimodal, isto é, recorrendo a métodos farmacológicos (analgésicos) e métodos não farmacológicos, como interrupções nas vias da dor e modificações da forma de vida e ambiente. Os analgésicos utilizados no controlo da dor dividem-se em opiáceos, não opiáceos e adjuvantes. A utilização destes fármacos faz-se de acordo com alguns princípios que são: preferir a via oral, seguir um horário regular para administração da medicação, aplicar a escada analgésica da OMS, efetuar um tratamento individualizado e recorrer à utilização de adjuvantes, se necessário (Pereira, 2006; Twycross, 2003). A dor pode ter ou não causa oncológica, o que tem relação com a conduta seguida, no entanto, quando a dor é intensa e se torna de difícil controlo ou alívio, recorre-se às medidas farmacológicas de intervenção da dor oncológica, mesmo não havendo história de cancro (Pereira, 2006). Após fazer uma apreciação inicial da dor, se a mesma for não oncológica, deve tratar-se de acordo com a causa da dor; se for oncológica deve iniciar-se a escada analgésica da OMS (Potter, 2006; Pereira, 2006). Se após reapreciação a dor persistir devem considerar-se outras etiologias e tratamentos; caso se consiga um alívio da dor deve continuar-se o controlo, conforme necessário. Nas pessoas com doença avançada o objetivo é manter a melhor atividade biológica, social e afetiva permitindo a morte sem dor.

Nas intervenções farmacológicas, o enfermeiro desenvolve uma ação interdependente³, partindo de uma prescrição feita por outro profissional de saúde, sendo o responsável pela administração e monitorização do efeito da medicação e efeitos secundários, controlando-os em equipa. A escada analgésica da OMS (habitualmente seguida), é composta por três degraus, o primeiro representa a terapêutica utilizada na dor leve (não opióides), o segundo destina-se à dor moderada (opióides fracos) e o terceiro degrau inclui a terapêutica utilizada na dor moderada a intensa (opióides fortes). Na pessoa em fase terminal o objetivo do tratamento é minimizar a dor, devendo manter-se uma analgesia regular na dose prescrita, mesmo quando surgem alguns efeitos secundários que atempadamente serão tratados. Para um melhor controlo da dor, o tratamento com fármacos analgésicos é a base da terapia farmacológica.

Quando surge uma exacerbação da dor (dor irruptiva) é necessário administrar medicação em “S.O.S”. A dose resgate é calculada na base de um sexto da dose total diária consumida, podendo repetir-se de hora a hora até se conseguir um alívio da dor (ANCP, 2006; Twycross, 2003; Pereira, 2006). Em cuidados paliativos, a via de eleição para a administração da terapêutica é a oral, conseguindo-se um controlo da dor em 80 a 90% dos casos (Costa, Santos, Alves & Costa, 2007). Quando esta não é possível recorre-se à via subcutânea (hipodermóclise) que permite a administração de forma efetiva e tem vantagem em relação à via endovenosa por ser menos iatrogénica, ter menor custo e ser de fácil manutenção (Neto, 2006; Twycross, 2003; SECPAL, 1992).

A ANCP (2006) corrobora a utilização de opiáceos por várias vias, nomeadamente a via oral, retal, endovenosa, intramuscular, subcutânea, transdérmica, epidural, intra-articular e intra-tecal. Como em cuidados paliativos o objetivo é promover o conforto, a escolha da via de administração da terapêutica é feita no sentido de evitar

³ Entende-se por ação interdependente: “a ação realizada pelo enfermeiro, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas” (REPE, 1996).

desconfortos, riscos e custos desnecessários. Salienta a preferência da via oral sempre que possível, seguida da via subcutânea.

Embora o tratamento farmacológico seja essencial, como referi anteriormente, o tratamento não farmacológico também pode ser bastante vantajoso, sendo um bom adjuvante na promoção do conforto da pessoa com doença oncológica em fim de vida, constituindo-se como uma intervenção autónoma de enfermagem⁴. Nas intervenções não farmacológicas inclui-se a alternância de decúbitos, atividades lúdicas, estimulação cutânea – massagem, aplicação de frio e calor, técnicas de relaxamento, musicoterapia, intervenções de humor e imaginação guiada. Algumas técnicas de tratamento não farmacológico utilizadas no doente oncológico, são a massagem e a cinesioterapia. Estas técnicas devem ser utilizadas como coadjuvantes do tratamento farmacológico, promovendo o alívio da dor e melhorando a qualidade de vida (Sampaio, Moura & Resende, 2005).

Silva (2014), refere que, no IPO de Coimbra, os doentes se encontram a beneficiar de uma terapia única em Portugal que tem ajudado no combate à dor e na redução do uso de medicação analgésica. Esta terapia consiste em massagens terapêuticas realizadas por um grupo de enfermeiros em doentes oncológicos, melhorando, desta forma, a sua qualidade de vida. De acordo com as informações dadas pelos responsáveis desta terapia, estes doentes mostram sensação e evidência de bem-estar.

O estudo de Santos (2008), revelou que os enfermeiros para aliviar a dor da pessoa com doença em estadio avançado, recorrem à utilização de medidas não farmacológicas, privilegiando a comunicação, a massagem, os posicionamentos antiálgicos, a disponibilidade, as mobilizações e a termoterapia, em combinação com as medidas farmacológicas, considerando sempre as preferências de cada doente. A utilização destas medidas demonstrou ser possível proporcionar sensação de conforto e bem-estar aos doentes com dor quando a cura já não é possível.

⁴ Entende-se por intervenções autónomas “as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem” (REPE, 1996).

Um outro estudo concluiu que a massagem terapêutica se mostrou muito eficaz no alívio da dor em idosos não comunicantes, com doença terminal, utilizando-se como tratamento complementar e uma alternativa não farmacológica no tratamento da dor a estes doentes (Marques, 2010).

Um estudo sobre a massagem terapêutica em doentes com cancro avançado, demonstrou que é possível realizar massagem terapêutica, no domicílio, em doentes com cancro avançado, melhorando a qualidade de vida dos doentes em fim de vida, estando a massagem associada não só ao alívio da dor como à melhoria de qualidade do sono, assunto que abordarei no capítulo seguinte. Referem no entanto ser necessário estudos de maior dimensão para consolidar estas conclusões (Toth, Marcantónio, Davis, Walton, Kahn & Phillips, 2013).

2.3.2 – Controlo das alterações do sono da pessoa com doença oncológica em fim de vida

A saúde física e emocional está relacionada com um sono e repouso adequados. Para ajudar a pessoa com alterações na satisfação do sono, o enfermeiro tem de entender a natureza do sono, os fatores que o influenciam e os hábitos de sono da pessoa. O sono é, desta forma, definido como um estado recorrente e alterado de consciência que ocorre durante períodos constantes (Potter, 2006). O sono normal envolve duas fases: o sono NREM (Non Rapid Eye Movement) e o sono REM (Rapid Eye Movement). O objetivo do sono não se encontra ainda bem definido, contudo várias teorias afirmam que é um tempo de restauração e preparação para o período de vigília (Potter, 2006).

Um estudo realizado em 50 doentes internados numa unidade de CP revelou que em relação ao padrão do sono, 36% dos doentes estavam satisfeitos com a qualidade do sono, 88% faziam medicação para dormir e que as mulheres tinham mais insónias que os homens (Prior, 2011). Noutro estudo com doentes oncológicos, refere que 40% tinham insónia e 48% apresentavam sonolência, sendo que 35% dos doentes tinham ambos os sintomas. A incidência dos distúrbios do sono nos doentes com cancro varia entre os 30% e os 50% em comparação com os 15% da população

em geral. As alterações no padrão do sono intensificam-se com o avanço do cancro e a proximidade do fim de vida (Prior, 2011). As alterações do sono na pessoa em fim de vida podem manifestar-se através de insónias, sonolência excessiva e alterações no ciclo sono-vigília. Podem ser causadas por depressão, ansiedade, alterações metabólicas, excesso ou défice de medicação, efeitos secundários de medicamentos e mau controlo de sintomas. Recorre-se a tratamento com e sem fármacos, sendo muito importante promover a higiene do sono (Abrunhosa, 2000). As perturbações do sono são frequentes em cuidados paliativos, havendo estudos que mostram que a prevalência de doentes que sofrem destas perturbações é de 49%, sendo que as mais frequentes são a sonolência diurna e a insónia (Sousa, 2012). Os doentes terminais apresentam alterações do sono que são muito perturbadoras. As mais frequentes são a insónia e a hipersonolência diurna, sendo necessário encontrar as suas causas. Estas podem incluir a depressão, a ansiedade, a dor, medicamentos, perturbações respiratórias, perturbações gastrointestinais, admissão hospitalar prolongada e nutrição deficiente. As intervenções nestas situações devem ser planeadas de acordo com as necessidades da pessoa, considerando sempre a qualidade de vida, podendo usar-se técnicas de terapia comportamental e terapêutica farmacológica (Palma e Salazar, 2006).

Sousa (2012) salienta a importância de manter o doente o mais ativo possível durante o dia, evitando estar muito tempo na cama, utilizando-se estímulos cognitivos e físicos. O doente deve ter um ciclo sono-vigília o mais regular possível evitando substâncias estimulantes no final do dia. A mesma autora alerta para o facto de nos doentes terminais, muitas vezes, se descurar a sonolência excessiva, por se atribuir ao quadro da doença terminal, sendo difícil em casos mais avançados diferenciar a sonolência excessiva das alterações de consciência. Da pesquisa efetuada, foi possível verificar que a satisfação do sono pode facilmente ser alcançada através da implementação de medidas não farmacológicas. Em relação à alimentação deve-se limitar a cafeína e a nicotina a partir do meio da tarde, ingerir uma bebida quente antes de dormir e diminuir a ingestão de líquidos algumas horas antes (Potter, 2006; Palma e Salazar, 2006). É importante a utilização de técnicas de relaxamento promotoras do sono e, durante o dia, devem sentar-se as pessoas

acamadas no cadeirão promovendo momentos de distração (Potter,2006; Palma e Salazar,2006). O maior desafio para o enfermeiro no internamento relaciona-se com o controlo do ambiente onde o ruído deve ser mínimo (evitar conversas perto dos quartos). Deve usar-se música suave e luz de presença caso a pessoa queira, colocar a campainha por perto, manter o percurso em redor da cama do doente e no acesso à casa de banho sem obstáculos, a temperatura ambiente de acordo com o gosto da pessoa e minimizar as interrupções noturnas conciliando o horário da medicação e de outros cuidados com o período em que a pessoa está acordada (Potter, 2006; Palma e Salazar, 2006). É fundamental ter a pessoa confortável na cama, colocando almofadas e promovendo a segurança do espaço (Potter,2006; Palma e Salazar,2006). Para promover a satisfação do sono também se pode recorrer a terapêutica farmacológica, no entanto, esta só deve ser decidida após uma correta avaliação do diagnóstico e da situação e não como reação imediata (Palma e Salazar, 2006). O controlo das alterações do sono pode potenciar o conforto da pessoa em fim de vida, sendo o conforto um conceito aprofundado na enfermagem por Kolcaba com a sua teoria do conforto, na qual ancorei este percurso e que abordarei no subcapítulo seguinte.

2.4 – Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba

O termo conforto, é frequentemente utilizado no âmbito dos cuidados de enfermagem e o interesse sobre este tema tem vindo a crescer, levando alguns enfermeiros a estudar este domínio. A palavra conforto deriva do latim *confortare* que significa fortalecer de forma intensa, restituindo as forças físicas, o vigor e a energia (Apóstolo, 2009).

A teórica de enfermagem Katharine Kolcaba, apresentou pela primeira vez a estrutura taxonómica do conforto, para o qual considera ser necessário um processo de conceptualização e operacionalização, considerando o conforto como um estado que resulta das intervenções de enfermagem e que possibilita o alívio ou eliminação do sofrimento (Kolcaba, 2003). O conforto é definido, na enfermagem, como a satisfação (ativa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas de

alívio, tranquilidade e transcendência que surgem de situações causadoras de estresse, nos contextos físico, sociocultural, ambiental e psico-espiritual, podendo constituir um resultado das intervenções de enfermagem (Kolcaba, 1994). Ao falar de alívio, falamos de um estado em que foi satisfeita uma necessidade, onde a pessoa restabelece o seu normal funcionamento. O enfermeiro, tenta satisfazer as necessidades do doente ajudando-o a aprender, manter ou recuperar algo que lhe dá satisfação e que lhe pode proporcionar uma morte serena. A tranquilidade é um estado de calma ou satisfação necessário ao desempenho da pessoa, e o estado de transcendência contribui para a independência do doente ajudando a alcançar as suas vontades, melhorando o desconforto naquele momento, dando-lhe potencial para resolver os seus problemas. O controlo e a ausência de dor são considerados sinónimos de conforto. Por outro lado, a presença de dor manifesta a existência de desconforto, ou seja, a não satisfação das necessidades. As ações de enfermagem são as ações de confortar, sendo o conforto o resultado dessas intervenções (Apóstolo, 2007; Kolcaba, 1991).

Kolcaba (2003), definiu ainda os contextos onde o conforto é experimentado, tendo definido o contexto físico como aquele que pertence às sensações do corpo; o psico-espiritual como pertencente à consciência de si, onde inclui a auto-estima, o conceito de si mesmo, a sexualidade, o significado da vida e a relação com um ser mais elevado; o ambiental que pertence ao meio, condições e influências externas naturais ou artificiais e o social que pertence às relações interpessoais, familiares e sociais. Em caso de situações de cuidados de saúde provocadoras de tensão, Kolcaba defende que quem satisfaz as necessidades dos doentes são os enfermeiros, sendo o conforto considerado positivo e holístico, teoricamente definido e operacionalizável. Os profissionais, devem avaliar se o conforto, como resultado das suas intervenções, foi alcançado, contribuindo para uma melhor perceção física, ambiental, psico-espiritual e social do conforto por parte do doente (Kolcaba, 2003). Pinto e Conceição (2008), reforçam que a Teoria de Kolcaba é relevante, uma vez que o conforto tende a ser um resultado dos cuidados de enfermagem desejável por todos, sobretudo pelo doente. No contexto da Teoria do Conforto de Kolcaba, a enfermagem é definida como a avaliação/apreciação intencional das necessidades de conforto do doente, família ou comunidade, concebendo as medidas de conforto

para satisfazer as necessidades, fazendo a reapreciação dos níveis de conforto, após a implementação das medidas, em comparação com a linha de base anterior. Doente é aquele que recebe/necessita de cuidados de saúde, podendo ser indivíduos, famílias, instituições ou comunidades, sendo que, o ambiente é qualquer aspeto que envolva o doente, família ou meios institucionais que pode ser manipulado para se conseguir ganhos de saúde. A saúde é o funcionamento ótimo do doente, família ou grupo, facilitado pelo aumento do conforto (Kolcaba, 2003). Os pressupostos para o conforto, descritos pela Teoria de Kolcaba são: os seres humanos têm respostas holísticas aos estímulos complexos; o conforto é um resultado holístico desejável; os seres humanos lutam para satisfazer as suas necessidades básicas de conforto ou para que alguém as satisfaça. O objetivo de aumentar o conforto dá ânimo aos doentes, para adotarem comportamentos de procura da saúde. Os doentes a quem se dá poderes para assumirem comportamentos de procura de saúde estão satisfeitos com os cuidados de saúde. A integridade institucional está baseada num sistema de valores orientados para os que recebem os cuidados, o que faz com que o aumento do conforto se alcance quando os doentes intensificam o compromisso de procura de comportamentos de saúde (Kolcaba, 2003).

3 – METODOLOGIA DE TRABALHO

A metodologia utilizada neste percurso foi a de projeto, que consiste num conjunto de técnicas e procedimentos para estudar um determinado problema. Este tipo de metodologia constitui uma ponte entre a teoria e a prática, tendo como suporte o conhecimento teórico que posteriormente é aplicado à prática, permitindo efetuar uma mudança (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Inicialmente, defini o problema com base nas minhas necessidades de desenvolvimento de competências de enfermeira especialista e na identificação das necessidades do serviço. Para isso foi necessário fazer um trabalho de reflexão sobre mim enquanto pessoa e enfermeira e sobre o meu percurso. Como o tempo de exercício profissional no serviço onde me encontro é de 7 anos e, para além de prestar cuidados, também tenho funções de gestão, já que sou 2º elemento da equipa, considero conhecer bem a realidade e as necessidades quer do serviço quer da equipa.

Através da observação da realidade do serviço, de conversas com os colegas e outros elementos da equipa multidisciplinar, pude constatar as necessidades e exigências dos doentes em fim de vida e da família, e identificar a temática a trabalhar com vista a promover a melhoria de cuidados no serviço. Sendo a minha finalidade desenvolver competências de enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica, realizei estágio em três locais distintos. O 1º local foi um Serviço de Internamento de CP (Hospital A), no período de 30 de setembro a 3 de novembro de 2013, no total de 18 turnos. Escolhi este local por ser uma unidade de referência na área dos CP, com uma equipa de CP de acordo com a (APCP, 2006), cumprindo os critérios enumerados pela mesma, nomeadamente por ter um líder (enfermeiro e médico) com formação específica nesta área (de acordo com as recomendações de formação), os elementos que não são líderes tem formação intermédia e tem disponíveis os fármacos indicados na lista IAHPC. O 2º local de estágio foi na Unidade de Assistência Autónoma - UAA (Hospital B, onde também inclui a Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados

Paliativos-EIHSCP), no período de 25 de novembro a 19 de dezembro de 2013, no total de 18 turnos. Escolhi este local pelas razões referidas anteriormente, prestando cuidados a pessoas com doença avançada e progressiva, tema que versa o trabalho que estou a desenvolver, tendo a convicção de que me iria permitir desenvolver competências para a melhoria dos cuidados à pessoa em fim de vida, internadas no meu local de trabalho. O 3º local de estágio foi um Serviço de Internamento de Medicina (Hospital C), no período de 18 a 24 de novembro de 2013 e de 6 de janeiro a 14 de fevereiro de 2014, no total de 18 turnos. Este é o serviço onde exerço funções e onde implementei algumas estratégias que operaram mudanças na equipa, percebendo-se uma melhoria da qualidade de cuidados aos doentes em fim de vida e à família.

No decurso dos estágios observei a prática de cuidados, a prestação de cuidados, reflexão na e sobre a ação e reflexões escritas seguindo o ciclo reflexivo de Gibbs, estudos de caso, conversas com os colegas e sessões de informação/ação. Fiz pesquisa bibliográfica em bases de dados como a Ebsco, MEDLINE e PubMed, na biblioteca da ESEL e na biblioteca pessoal. A aprendizagem por via experiencial constitui uma grande riqueza para o profissional, sendo necessário a reflexão sobre a experiência vivida para que este se torne experiente (Cavaco, 2003).

Os momentos de reflexão com os pares e as conversas permitiram-me fazer uma análise sobre a ação, os motivos dos cuidados e das decisões em cada situação, e equacionar se aquela tinha sido a melhor decisão e o que se poderia fazer de diferente no sentido de melhorar os cuidados. Ao realizar as reflexões seguindo o ciclo de Gibbs, pude refletir sobre o que aprendi, como aprendi, que dificuldades senti, quais as estratégias que desenvolvi para as ultrapassar e como aplicar as competências adquiridas na prática futura.

Como salienta Canário (2006), a formação experiencial é um modo de cada um de nós se formar a si próprio, de acordo com os contextos onde nos inserimos, de forma a adquirir competências que nos permitem atuar na vida profissional, social e familiar. Kolb (1984) e Alarcão (1996) referem que a aprendizagem experiencial é um processo transformador da experiência no decurso da qual ocorre a construção de um saber. Podem considerar-se dois tipos de reflexão na prática reflexiva a que

Schön chama de: reflexão na ação, onde nos podemos reportar ao contacto que temos com o doente e a família, havendo uma ação deliberada e informada, e reflexão sobre a ação, em que fazemos uma reflexão à *posteriori*, reconstruindo mentalmente a ação para a analisarmos retrospectivamente. Neste percurso de estágio, que apresentarei no capítulo seguinte, utilizei ambas.

4 - PERCURSO DESENVOLVIDO

Neste capítulo apresento o percurso nos três locais de estágio, referindo os objetivos delineados em cada local de estágio, as atividades desenvolvidas e os resultados alcançados, fazendo uma análise crítica e reflexiva desta trajetória, articulando com a evidência científica. Termino por referir as competências de enfermeira especialista desenvolvidas durante este caminho.

4.1 – Serviço de Internamento de Cuidados Paliativos – Hospital A

A caracterização deste contexto de estágio encontra-se no apêndice I.

Como **Objetivo Geral** propus “**Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais para a prestação de cuidados à pessoa em fim de vida, privilegiando a comunicação, o controlo da dor e do sono.**” Para alcançar este objetivo geral delineei objetivos específicos, que exporei de seguida.

1º Objetivo Específico: Descrever o funcionamento e dinâmica da equipa multidisciplinar

Como não era elemento da equipa, os primeiros turnos foram importantes para conhecer e promover a socialização no serviço, sendo possível o contacto e a integração na equipa. Apresentei o meu projeto à Enfermeira Chefe e à Enfermeira Orientadora de estágio, considerando como muito benéfico o facto da orientadora de estágio ser perita em cuidados paliativos. Foi fundamental conversar com todos os elementos da equipa e a leitura de documentos, no sentido de perceber os recursos existentes, o funcionamento do serviço e os doentes internados. Semanalmente era realizada uma reunião da equipa multidisciplinar, onde estive presente e assisti ao debate e reflexão sobre alguns casos que poderiam trazer contributos e esclarecimentos para a melhoria dos cuidados. Nesta reunião estavam presentes enfermeiros, médicos, assistente social e psicóloga, onde todos faziam o planeamento dos cuidados de forma a promover a satisfação das necessidades e

desejos das pessoas que se encontravam em fim de vida.

2º Objetivo Específico: Aprofundar conhecimentos relativamente à comunicação, ao controlo da dor e do sono do doente em fim de vida

Durante o estágio, a Enfermeira Chefe teve o cuidado de “atribuir” à Enfermeira Orientadora para a prestação de cuidados, doentes cujas situações estavam relacionadas com descontrolo sintomático, nomeadamente relacionados com a dor e alterações do sono, e que me poderiam ajudar na aprendizagem e a desenvolver competências no âmbito da temática que estava a trabalhar. Inicialmente, para alcançar este objetivo, foi necessário fazer pesquisa bibliográfica sobre a comunicação, a dor e o sono nas pessoas em fim de vida. Ao longo do percurso fiz pesquisa bibliográfica sobre a problemática em questão em bibliotecas, recorrendo a bases de dados como a Ebsco, MEDLINE, PubMed e CINAHL plus, cruzando as seguintes palavras-chave: fim de vida, conforto, cuidados de enfermagem, dor, sono, cuidados paliativos e comunicação, bem como palavras em inglês como *end of life, palliative care, pain, nursing interventions, comfort, communication e sleep*.

No Apêndice II encontra-se a lista de bibliografia consultada sobre os cuidados à pessoa em fim de vida para além da que consta em referências bibliográficas do presente relatório. Esta pesquisa bibliográfica, permitiu-me a construção do enquadramento teórico presente neste relatório e a sustentação da minha prática na evidência científica. Fiz observação dos cuidados prestados pelos enfermeiros do serviço e um cruzamento constante com a prática do serviço onde trabalho. Refleti, sobre a problemática da pessoa em fim de vida e de que forma as intervenções de enfermagem podiam contribuir, para alcançar o conforto, através de um adequado controlo da dor e da satisfação do sono. Também colaborei na prestação dos cuidados, o que me permitiu refletir na e sobre a ação e desenvolver competências nesta área do cuidar. Através da observação das práticas da equipa e da participação/colaboração nos cuidados, foi também possível realizar uma avaliação e intervenção adequadas no controlo da dor com intervenções autónomas e interdependentes, e manusear novos equipamentos (bombas e seringas infusoras, agulhas para realização da hipodermóclise, escalas de avaliação, novos materiais de penso), administrar novas terapêuticas no controlo da dor, percebendo a sua

dosagem, a sua eficácia e os efeitos secundários. Foi uma aprendizagem importante e permitiu o desenvolvimento de competências no controlo da dor do doente em fim de vida, uma vez que a minha realidade profissional é diferente.

3º Objetivo Específico: Identificar as intervenções de enfermagem na avaliação e controlo da dor

A partir da observação da prática, fui registando as intervenções dos enfermeiros na avaliação e controlo da dor, aspeto que foi posteriormente importante para elaborar uma norma de procedimento solicitada pela Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientadora intitulada “Intervenções de Enfermagem na Avaliação e Controlo da dor” (Apêndice III). Este documento foi elaborado a partir da pesquisa bibliográfica efetuada, da sistematização da prática observada, das conversas com os enfermeiros da equipa, Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientadora. Este é constituído pela definição do conceito de dor e dor total, tipos principais de dor, objetivos da avaliação da dor, sequência lógica dos procedimentos na avaliação da dor, intervenções farmacológicas e não farmacológicas ao doente no controlo da dor não controlada, dor controlada e dor irruptiva. Aborda ainda alguns aspetos relacionados com os opióides pelo facto de estes serem os fármacos mais utilizados no controlo da dor. Este documento teve como propósito ser um guia orientador para os colegas da Unidade de CP na avaliação e controlo da dor, uniformizando as práticas e promovendo a melhoria dos cuidados aos doentes com dor. O documento foi dado a conhecer no Serviço por parte da Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientadora durante a reunião semanal da equipa, tendo tido um feedback positivo uma vez que não tinham este procedimento escrito e reconheceram a sua utilidade prática. Ficou acordado com a Enfermeira Orientadora fazer algumas adaptações ao procedimento tendo em conta o sistema de registos utilizado, ficando a norma de procedimento a fazer parte do dossier de normas existente no Serviço. A equipa referiu ser benéfica a existência da norma de procedimento para a avaliação e controlo da dor, no sentido de uniformizar a sua prática de cuidados. A elaboração deste documento foi importante para sistematizar a informação que aprofundei ao longo do estágio quanto à avaliação e controlo da dor, tendo sido uma mais-valia para os estágios subsequentes. A realidade que encontrei durante o estágio nesta

unidade foi muito diferente da realidade do meu local de trabalho em relação às intervenções de enfermagem na avaliação e controlo da dor. Foi uma mais-valia a observação que fiz da prática e a colaboração na prestação de cuidados, para a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências nos cuidados à pessoa em fim de vida. Constatei que toda a equipa cuidava de cada doente como um ser único e que necessitava da ajuda dos profissionais para a satisfação das suas necessidades e para o ajudar a viver o que, segundo Collière (1989) significa ajudar a manter a vida assegurando a satisfação de um conjunto de necessidades fundamentais à vida, mas que são variadas na sua manifestação.

Desta forma, os enfermeiros durante a prestação de cuidados intervinham para proporcionar conforto à pessoa, dando respostas às suas necessidades. Como refere Kolcaba (2003) as intervenções de enfermagem são as ações de confortar e o conforto é o resultado dessas intervenções. Observei que a equipa multidisciplinar utilizava tanto as intervenções farmacológicas como as não farmacológicas. No controlo da dor, no entanto, as intervenções não farmacológicas eram um recurso mais frequente do que eu imaginava como coadjuvante do tratamento farmacológico, sendo estas últimas autónomas, e com bons resultados observados (através do feedback dos doentes, dos resultados obtidos com a aplicação de escalas).

Com o passar dos dias apercebi-me da medicação existente para o controlo da dor, recorrendo-se, como ponto de partida, à escada analgésica da OMS, como preconizado na literatura consultada.

Como neste serviço, maioritariamente, as pessoas se encontravam em fim de vida e com vários sintomas descontrolados, o objetivo era promover o máximo de conforto possível, aliviando os desconfortos e promovendo a melhor qualidade de vida possível naquele momento, pois como refere Pacheco (2004) a satisfação de todas as necessidades permitem ajudar a alcançar um nível de conforto e bem-estar essencial nesta fase da vida. No caso da pessoa com dor ou outro sintoma descontrolado, há uma experiência de desconforto onde a intervenção do enfermeiro pretende alcançar o alívio desse desconforto, sendo as suas intervenções nos vários contextos que Kolcaba (2003) refere, recorrendo-se para isso, não só à

administração de terapêutica mas também às intervenções não farmacológicas (Pereira, 2006) como a escuta ativa, o uso da massagem, da musicoterapia, da alternância de decúbitos e a aplicação de calor e frio.

O conforto é definido na enfermagem como a satisfação (ativa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência que surgem de situações causadoras de estresse, podendo constituir um resultado das intervenções de enfermagem (Kolcaba, 1994). Verifiquei que a pessoa estava confortável obtendo-se esse *feed-back* a partir do que a pessoa dizia, pela observação de atitudes, comportamentos e da comunicação não-verbal. Contudo, observei que quando algum sintoma não está controlado isso pode desencadear o descontrolo de outros sintomas e a exacerbação da dor. Como refere Pereira (2006), a dor é uma complicação frequente e com grande impacto na vida dos doentes, onde a incapacidade de a controlar de forma eficaz se traduz em sofrimento desnecessário e má qualidade de vida. Para efetuar uma correta avaliação da dor foi necessário conhecer bem a história de cada pessoa, para perceber as limitações e as implicações que a mesma causava nas atividades de vida, percebendo a duração, a intensidade e a causa da dor para posteriormente traçar estratégias para o tratamento da mesma. A equipa de enfermagem utilizava diariamente a ESAS para conseguir uma melhor avaliação e monitorização dos sintomas. Também treinei a sua aplicabilidade para posteriormente tentar implementar a sua utilização no meu local de trabalho durante o último estágio. Tudo o que era feito para avaliar e controlar os vários sintomas descontrolados era, posteriormente, registado em suporte informático, assim como o resultado das intervenções utilizadas. Uma das intervenções muito importantes para conseguir o alívio e controlo da dor relaciona-se com a correta administração da medicação e do cumprimento do horário da mesma. É importante ter conhecimento não só sobre o que se administra mas também dos efeitos secundários que podem surgir, sendo necessário uma vigilância contínua para conseguir detetar atempadamente efeitos secundários causados, por exemplo, pela neurotoxicidade de alguns fármacos. Com a elaboração do documento sobre as intervenções de enfermagem na avaliação e controlo da dor foi possível compreender e sistematizar as intervenções, servindo-me como um documento orientador para a minha prática em situações relacionadas

com o controlo da dor. Toda a equipa estava muito bem preparada em termos técnicos e humanos para a avaliação e controlo da dor, cumprindo todas as intervenções delineadas. Na folha de terapêutica de cada doente existiam prescrições para prováveis sintomas que poderiam surgir, dispensando o contacto médico e agilizando a atuação do enfermeiro. Na dor irruptiva ou outro sintoma que causasse desconforto, rapidamente se desenvolviam intervenções terapêuticas. A este respeito Pereira (2006) refere que deve haver sempre uma prescrição médica de doses extra de resgate para a dor irruptiva. Concomitantemente ao tratamento farmacológico constatei que, o tratamento não farmacológico como adjuvante também é importante, sendo as atitudes de conforto e de encorajamento por parte do cuidador aspetos que ajudam no alívio dos desconfortos (Pacheco, 2004).

Para isso, o enfermeiro tem de recorrer às capacidades técnicas e científicas na realização de cuidados globais a cada pessoa. Diariamente, deparei-me com uma equipa de profissionais devidamente habilitados a prestar assistência e cuidados adequados, rigorosos e humanizados, onde a cura já não era possível. Cada profissional no momento de cuidar considerava sempre o princípio da beneficência e da não maleficência, intervindo para aumentar o conforto e a qualidade de vida destes doentes.

A realidade de alguns serviços que não são de CP e onde estão internadas pessoas em fim de vida não é, muitas vezes, idêntica a esta. Ou seja, enquanto aqui se investe no conforto e qualidade de vida da pessoa em fim de vida, sendo a intervenção guiada por aquilo que tem maior benefício para a pessoa, noutros locais continua a investir-se no sentido da cura, com medidas “inúteis”, verificando-se uma obstinação terapêutica. De acordo com Pacheco (2004, p. 67) “a consciência da constante e permanente obrigatoriedade de manter a vida a qualquer preço nem sempre serve o bem da pessoa que, pelo contrário, deveria estar sempre no primeiro plano”. Efetivamente, o contacto com estas boas práticas foi muito benéfico na minha aprendizagem e no desenvolvimento de competências nos cuidados à pessoa em fim de vida.

4º Objetivo Específico: Identificar estratégias de comunicação com a pessoa em fim de vida e a sua família

Na colaboração/prestação de cuidados a maior dificuldade que senti durante o estágio relacionou-se com o processo de comunicação, em que tive necessidade de refletir em vários momentos sobre a importância e a dificuldade existente em utilizar a comunicação no contexto dos cuidados paliativos. Comunicar eficazmente neste contexto tornou-se durante estas semanas um desafio diário, onde as aprendizagens e vivências foram uma constante, não tendo dúvidas de que a comunicação é uma ferramenta fundamental, tal como salientado por Phaneuf (2005) e Twycross (2003). Foi necessário desenvolver, com a ajuda da Enfermeira Orientadora, várias perícias e técnicas relacionadas com a comunicação (capacidade de escuta ativa, técnica/estratégia dos dedos cruzados⁵, compreensão empática, técnica de *feedback*), o que me permitiu comunicar de forma mais eficaz com o doente e a família. Aprendi a gerir o tempo para parar, ouvir, escutar, observar, mostrar disponibilidade, acompanhar, partilhar e ter consciência dos meus sentimentos e dos sentimentos do outro, o que vai ao encontro do referido por diversos autores como Phaneuf, 2005; Querido, Salazar e Neto, 2006. No contexto dos cuidados paliativos, a comunicação funciona como uma estratégia terapêutica de intervenção muito valiosa, sendo um dos pilares dos cuidados paliativos, como é referido por Twycross (2003) e Neto (2006). Inicialmente, comunicar com o doente e sobretudo com a família neste contexto foi difícil, pelo que recorri muitas vezes ao silêncio pois não me surgiam palavras adequadas ao momento. Foi imprescindível conhecer bem o doente e a família, estabelecer uma relação de confiança e empatia para depois haver lugar à partilha e ao apoio necessário nesta fase da vida. Constatei que surgiram barreiras diárias ao desenvolvimento de uma comunicação eficaz que foram sendo ultrapassadas com treino diário, com a certeza de que cada pessoa e família são únicas e que não existem regras pré estabelecidas que nos indiquem a melhor forma de comunicar, embora existam linhas orientadoras que

⁵ A técnica/estratégia dos dedos cruzados consiste em manifestar que esperamos desejar o melhor, referindo a palavra oxalá possa acontecer ..., mas deixando sempre a porta aberta alertando que há a hipótese de acontecer o pior, assegurando que nunca estão sozinhos e que terão sempre apoio (Querido, Salazar e Neto, 2006).

podem auxiliar os profissionais. Questionava a pessoa e a família sobre sentimentos e emoções, esclarecia e avaliava expectativas existentes garantindo que nunca estariam sozinhos nem seriam abandonados.

À semelhança do que diz Querido, Salazar e Neto (2006), verifiquei que as maiores preocupações das famílias estão relacionadas, sobretudo, com o controlo de sintomas, com a esperança e expectativas sobre os tratamentos. A procura sobre a melhor forma de transmitir a informação foi uma aprendizagem constante.

Necessitei de fazer uma reflexão regular com a Orientadora sobre as minhas dificuldades na comunicação e as melhores estratégias a utilizar. Também a reflexão na e sobre a ação foi uma constante, permitindo-me aprender. A este respeito Kolb (1984) salienta que é pela aprendizagem experiencial que construímos novos saberes, através de ações deliberadas e da reconstrução da ação analisando-a retrospectivamente. De todas as situações vividas, escolhi uma sobre a qual desenvolvi uma reflexão relacionada com a dificuldade em comunicar com a pessoa e a família em situação de fim de vida, utilizando o Ciclo de Gibbs (Apêndice IV). Escolhi este evento para fazer a reflexão escrita, pois constituiu um importante momento de aprendizagem pela sua intensidade emocional e possibilidade em utilizar as estratégias de comunicação adequadas à situação, pelas dificuldades que senti e que me fizeram refletir sobre o que poderei fazer e dizer em posteriores situações idênticas. A literatura consultada sobre CP durante o estágio e a realização desta reflexão escrita levou-me a entender que a filosofia dos CP se aplica diariamente a estes doentes, reforçando a importância do conforto e do bem-estar do doente e da família, ultrapassando eventuais dificuldades, considerando a vontade do doente e tentando devolver-lhe o controlo, ajudando-o a ver algo de positivo em toda a situação. Verifiquei que todos os doentes que acompanhei durante o estágio tinham grande necessidade de companhia e de conversar, não só sobre a doença mas sobretudo sobre acontecimentos da vida que lhes eram significativos, o que vai ao encontro do que refere Neto (2006) e Pacheco (2004).

Efetivamente, naquele contexto compreendi a perspetiva de Neto (2006) e Ribeiro (2011), quando referem que comunicar adequadamente com a pessoa em fim de vida, constitui um agente terapêutico poderoso, um ansiolítico eficaz e um potente

antidepressivo. Uma conversa que transmita carinho pode dar mais conforto que um medicamento.

Outro aspeto importante no acompanhamento destes doentes e famílias é o trabalho em equipa (outro dos pilares dos CP) que verifiquei ser efetivo. Observei que nas reuniões de equipa havia partilha das situações dos clientes, dos planos de cuidados conjuntos, partilha de informação com os outros profissionais e a solicitação de intervenção de alguns profissionais (como a psicóloga e a assistente social), quando se justificava e quando a pessoa e família manifestavam essa vontade. Percebi que este apoio é muito importante pois ajuda a pessoa e a família a expressar sentimentos e emoções, ajudando-os a encontrar mecanismos de adaptação à nova situação de vida e a ultrapassar alguns obstáculos de forma mais acompanhada e esclarecida.

5º Objetivo Específico: Identificar os problemas da pessoa em fim de vida relativamente ao sono

Para a concretização deste objetivo fiz pesquisa bibliográfica sobre o sono da pessoa em fim de vida, permitindo-me, a partir da mesma, sistematizar as necessidades destes doentes e as intervenções de enfermagem. Depois, através da observação da prática e dos cuidados prestados fui melhorando esta sistematização. Assim, foi possível elaborar um documento que inicialmente passou por várias fases de construção, até chegar à fase final, que objetivarei de seguida. Depois de ter sistematizado as necessidades destes doentes e as intervenções de enfermagem no âmbito do sono da pessoa em fim de vida a partir da pesquisa bibliográfica, comecei a estar mais atenta a estes aspetos na observação da prática. Assim percebi que quase todos os doentes manifestavam dificuldade em adormecer ou em manter um período de sono superior a 4 horas. Recolhi informação sobre o padrão regular do sono e hábitos de cada pessoa, e comecei por tentar equacionar quais seriam as causas que impediam a satisfação do sono e quais as intervenções que poderia desenvolver para melhorar esta situação. Deparei-me com o facto de quase todas as pessoas fazerem terapêutica indutora do sono, contudo, em alguns casos constatei que quando a pessoa chamava porque não conseguia dormir ou porque acordou a meio da noite e não conseguia voltar a adormecer, elas não queriam outro

comprimido para dormir e manifestavam o facto de quererem um pouco de companhia e alguém para conversar. Esta pesquisa na literatura, a avaliação dos doentes e a observação da prática permitiu-me então construir um documento que intitulei de “Instrumento de registo dos problemas relacionados com a satisfação do sono e intervenções de enfermagem” (Apêndice V), onde consta os problemas do doente relativamente à satisfação do sono e as intervenções a realizar, sistematizando-as e despertando-me para aspetos que, embora pareçam óbvios, facilmente são esquecidos. Este documento serviu de base de trabalho neste estágio, sendo posteriormente aplicado no último local de estágio. De positivo, como promotor do sono na unidade, temos o facto dos quartos serem individuais ou duplos, o que diminui muito o ruído, o horário da medicação e outras intervenções que são adaptadas por forma a não perturbar o doente, os seus hábitos e horários. Entendo que o estágio no serviço de internamento de cuidados paliativos foi muito positivo, permitindo-me ter tido contacto com um número considerável de pessoas em fim de vida e sobretudo pela possibilidade de colaborar na prestação direta de cuidados, pois só com a prática das situações foi possível identificar dificuldades e desenvolver estratégias para alcançar os objetivos. Os conhecimentos, as aprendizagens e o contacto próximo da pessoa e da família permitiram-me a aquisição de ganhos importantes para conseguir uma melhoria nos cuidados no âmbito do desenvolvimento do meu projeto no último local de estágio.

Consegui desenvolver algumas competências gerais e específicas de Enfermeiro Especialista, preconizadas pela OE (2011) e também algumas competências referenciadas pela EONS (2005), das quais saliento ter conseguido promover práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; gerir os cuidados criando um ambiente seguro na prestação de cuidados; desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade baseando a praxis clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Planeei intervenções baseadas na evidência, desenvolvendo estratégias e atividades no cuidado a doentes com necessidades complexas.

4.2 – Unidade de Assistência Autónoma do Hospital B

Inicialmente, o estágio estava programado para ser realizado apenas na Equipa Intra-Hospitalar, no entanto, devido à organização e necessidades da equipa de enfermagem foi possível realizar 6 turnos na Unidade de Apoio Domiciliário, o que veio enriquecer as minhas aprendizagens. Foi ainda possível assistir a Consultas Externas de Cuidados Paliativos, realizadas semanalmente. A escolha deste local de estágio, prendeu-se com o facto de ser um hospital de referência na área da oncologia, onde se faz um acompanhamento do doente e da família, desde a fase de diagnóstico, estendendo-se até ao domicílio. Assim, estava convicta de que, ao realizar estágio numa equipa com boas práticas nos cuidados a pessoas com doença oncológica em fim de vida, teria grande potencial para desenvolver aprendizagens e competências nos cuidados a estes doentes, o que de facto aconteceu. A caracterização do serviço que é composto pela Equipa de Gestão de Altas, pela Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos e pela Unidade de Apoio Domiciliário encontra-se em Apêndice (VI).

Como **Objetivo Geral** propus “**Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais para a prestação de cuidados à pessoa em fim de vida, privilegiando a comunicação, o controlo da dor e do sono.**”

No seguimento do estágio anterior, para a consecução deste objetivo, foram delineados objetivos específicos e traçadas estratégias/atividades, que me possibilitaram a concretização dos mesmos, e o desenvolvimento de competências. Dada a especificidade deste contexto de estágio e da equipa não prestar diretamente cuidados às pessoas que acompanhava em internamento, como será explicado em seguida, este estágio teve como foco principal a observação e reflexão das práticas desenvolvidas nos contextos encontrados.

1º Objetivo Específico: Descrever o funcionamento e dinâmica da Equipa de Suporte Intra-Hospitalar

Inicialmente, foram apresentados os objetivos de estágio e o projeto à Enfermeira Chefe e Enfermeira Orientadora, sobre o que pretendia desenvolver. Conversei também com a restante equipa, por forma a conhecer os recursos existentes e a

metodologia de trabalho. Através da leitura de documentos, da observação das práticas e da troca de informação, foi possível ir conhecendo o funcionamento da unidade, e conhecer a articulação da mesma com os outros serviços. A EIHSCP é uma equipa multidisciplinar, constituída por enfermeiros, médicos, psicóloga, assistente social e assistente técnica, que tem como finalidade, prestar aconselhamento diferenciado em cuidados paliativos aos profissionais dos vários Serviços do Hospital. Para que a equipa se possa deslocar aos serviços, é necessária uma referenciação que é feita através de ficha própria, solicitada pelo médico do doente ou ainda por contacto pessoal ou telefónico. A EIHSCP é uma equipa móvel, centrada numa instituição hospitalar, sem internamento próprio, mas com espaço físico para a coordenação e estruturação da sua atividade, que inclui o internamento e a consulta externa. Tem ainda uma linha telefónica de apoio diário. O enfermeiro da equipa tem funções de aconselhamento e consultadoria técnica, tem um papel de identificação e referenciação de doentes para outros serviços de cuidados paliativos, e tem ainda um papel importante na sensibilização e formação de outros profissionais para a prática dos cuidados paliativos. A sua ação é coordenada com a de outros técnicos.

Após a referenciação da pessoa, acompanhava o enfermeiro que se deslocava ao serviço, para conferir que estávamos perante alguém com doença avançada e progressiva. Se a pessoa cumpria os critérios de admissão, a equipa avaliava-a e elaborava um plano de cuidados. Para doentes em ambulatório, a EIHSCP articula-se com as Consultas Externas de Cuidados Paliativos, realizadas por elementos da mesma, nomeadamente enfermeiro, médico e assistente social. Estas consultas, realizam-se normalmente às 3ª e 4ª feiras à tarde. As pessoas que podem usufruir desta consulta têm de pertencer ao Hospital B e possuir doença avançada e progressiva. Normalmente, o envio à consulta é realizado pelo médico assistente, através de um impresso próprio. O bom funcionamento e articulação da equipa com os outros serviços, permitiu-me observar e aprender estratégias de intervenção (capacidade de compreensão e escuta, de relacionamento com os outros, de implementação de mudanças) úteis para o meu local de trabalho, percebendo que é na interação com os outros, que posso obter ganhos para implementar a mudança que pretendo.

2º Objetivo Específico: Conhecer o trabalho desenvolvido pela Unidade de Assistência Domiciliária.

Diariamente, era realizada uma reunião entre a equipa (médico, enfermeiros e por vezes assistente social), onde se fazia troca de informação e reflexão sobre alguns aspetos relevantes em relação aos doentes acompanhados pela equipa. Abordava-se a medicação, alteração de necessidades, análises e consultas, prioridade de doentes para integrar a unidade, necessidades e dúvidas da família, no sentido de traçar estratégias de atuação adequadas. Foi possível acompanhar a equipa de enfermagem e observar a prática e dinâmica da mesma, percebendo que desenvolviam um conjunto de atividades/estratégias a pessoas com doença oncológica, num estadio avançado e com prognóstico reservado, onde o seu objetivo era promover o conforto e a qualidade de vida. Verifiquei que a equipa desenvolvia todos os esforços, para proporcionar os cuidados adequados, de acordo com as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do doente e da família, indo ao encontro dos seus desejos e vontades, mantendo a pessoa com maior conforto e qualidade de vida na sua casa.

Cuidar da pessoa em fim de vida no domicílio, segundo Moreira (2001), permite à família realizar os cuidados ao doente no momento mais oportuno, facilitando o processo de luto e permitindo ao mesmo manter a sua intimidade e o seu papel social e familiar, não sendo necessário mudar os seus hábitos na última etapa da vida. Uma das intervenções frequentes da equipa no apoio domiciliário, relacionava-se com o controlo da dor, onde os enfermeiros tinham autonomia para intervir no ajuste terapêutico, escolhendo qual a melhor decisão a tomar de acordo com as necessidades de cada pessoa. Para ajudar no controlo da dor, recorriam com alguma frequência à utilização da técnica de hipodermóclise, com o objetivo de evitar internamentos e promover maior conforto no domicílio. Tudo o que vi levou-me a abordar este assunto no meu local de trabalho, tendo verificado que a equipa de enfermagem se encontrava muito disponível para esta nova aprendizagem, tínhamos era de encontrar estratégias para sensibilizar a equipa médica para os benefícios desta técnica para os doentes. As visitas domiciliárias relacionaram-se com: realização de pensos de feridas oncológicas, administração de terapêutica,

vigilância e controlo da terapêutica realizada no domicílio, avaliação da eficácia terapêutica instituída e necessidade de ajustes, apoio e acompanhamento emocional do doente e da família, fornecimento de medicação, esclarecimento de dúvidas quanto à progressão da doença e promoção do controlo sintomático e do conforto no domicílio. Quando se trata de uma primeira visita, e sempre que se justifique, o médico e a assistente social acompanham o enfermeiro para se fazer uma avaliação mais detalhada do ambiente familiar e das necessidades existentes. É explicado o funcionamento da equipa, são planeadas as visitas a realizar e o apoio que a equipa poderá dar de acordo com as necessidades encontradas.

Os registos de enfermagem das visitas domiciliárias seguem o princípio do processo único e das normas instituídas. A equipa tem, no entanto, impressos próprios de acordo com os cuidados realizados. Desta forma, há duplicação de registos, ou seja, fazem-se registos no processo geral e no processo da unidade de assistência domiciliária. Como a enfermeira que faz a visita domiciliária não é sempre a mesma, existe o cuidado de transmitir toda a informação relevante à restante equipa diariamente. Observei também, que a enfermeira tem autonomia para atuar em algumas situações relacionadas com a terapêutica, podendo intervir no sentido de controlar as flutuações da sintomatologia da doença em fase terminal, decidindo se é necessário a transferência da pessoa para o hospital. A equipa dispõe ainda de apoio telefónico para doentes e familiares todos os dias das 8 às 16 horas. Foi notório para mim, verificar as diferenças existentes no cuidar da pessoa em fim de vida no domicílio e no meio hospitalar; constatei como no ambiente familiar as pessoas e objetos significativos são importantes, e que no domicílio se respeita muito mais a vontade da pessoa e da família, no que se relaciona com a ponderação do recurso aos procedimentos invasivos. Espero um dia mais tarde, tendo em conta tudo o que vi, conseguir algumas mudanças no meu local de trabalho, no sentido de se ouvir e respeitar a vontade do doente, cumprindo os seus desejos e evitando assim mais sofrimento e inquietações, sobretudo quando pedem para ir para casa.

Compreendi, a importância do trabalho em equipa e do bom funcionamento entre a equipa multidisciplinar. Pretendia-se ao máximo, que a pessoa em fase terminal, estivesse confortável e conseguisse manter-se no seu domicílio pelo maior período

de tempo possível. As atividades desta equipa, como referido pelo PNCP (2010), incluem a prestação direta de cuidados, apoio à família, consultadoria técnica e formação de outros técnicos. A sua ação é articulada com outros recursos comunitários e hospitalares promovendo a continuidade de cuidados. Tem também um papel importante na identificação e referenciação dos doentes para outros serviços de cuidados paliativos.

3º Objetivo Específico: Aprofundar conhecimentos relativamente à comunicação, ao controlo da dor e do sono da pessoa em fim de vida.

Para aprofundar conhecimentos nestas áreas, fiz pesquisa bibliográfica em manuais de cuidados paliativos e documentos do serviço, em bibliotecas e em bases de dados como a EBSCO e a MEDLINE. A observação de práticas e a colaboração nos cuidados, a reflexão com a Orientadora sobre as situações observadas e a opinião partilhada nas atividades realizadas, permitiram-me desenvolver aprendizagens sobre a problemática da pessoa em fim de vida, sendo uma mais-valia para a prestação de cuidados no meu local de trabalho, com base na evidência científica e nas aprendizagens feitas de modo mais consciente e esclarecido.

Um contributo importante para a aquisição e consolidação de novos conhecimentos foi a realização, durante o estágio, de um estudo de situação (Apêndice VII), onde aprendi a compreender a abordagem do enfermeiro no controlo de sintomas do doente complexo (nomeadamente na dor), na comunicação e na alteração do sono, com vista a manter o conforto da pessoa em fim de vida, refletindo sobre as práticas observadas e vividas. Esta situação marcou-me bastante pelo facto de se tratar de uma pessoa relativamente jovem, que estava longe da família. Impressionou-me pela forma e coragem como tem vindo a enfrentar a sua situação de doença, e também porque me permitiu perceber melhor as competências necessárias em cuidados paliativos na abordagem ao doente complexo.

4º Objetivo Específico: Identificar as intervenções de enfermagem no controlo da dor da pessoa em fim de vida

A maioria das pessoas em fim de vida, a quem a EIHSCP prestava acompanhamento e consultadoria, enquadravam-se na definição de doentes

complexos, que se definem por apresentarem mais de três sintomas não controlados (ANCP, 2006). Os sintomas eram vários, sendo o mais frequente e difícil de controlar a dor, o que vai ao encontro do referido por Smeltzer e Bare (2005), que apontam a dor como um dos sintomas mais temidos na fase final da vida, aumentando esta à medida que a doença progride. Apesar dos avanços científicos, verifica-se ainda alguma dificuldade em avaliar e tratar este sintoma corretamente.

Uma das intervenções, realizada diariamente pelos enfermeiros, consistia em consultar a prescrição de terapêutica da pessoa em seguimento, verificando a necessidade ou não de recorrer à administração de medicação prescrita em S.O.S., o que permite detetar se a terapêutica prescrita para a dor está ou não a ser suficiente para um controlo eficaz. Esta situação despertou-me para a necessidade de fazer uma avaliação e monitorização contínua da eficácia do medicamento administrado para o controlo da dor, e ponderar a necessidade de ajustes, pois nem todas as pessoas respondem da mesma forma ao mesmo medicamento. É necessário estar-se desperto para os efeitos adversos do medicamento e para as manifestações de conforto/desconforto de cada pessoa, insistindo na correta avaliação e monitorização da dor para, desta forma, aumentar o conforto da pessoa em fim de vida. Sempre que possível a EIHSCP explicava a analgesia em curso, efeitos secundários e medidas de alívio, o que vai ao encontro do referido por Smeltzer e Bare (2005), em que cada doente deve conhecer a sua analgesia, as doses, os horários e efeitos secundários, tornando o doente num elemento ativo nos cuidados. Quando o conforto é alcançado, os doentes ficam mais fortalecidos e motivados para os comportamentos de saúde. Doentes confortáveis alcançam a cura mais rápido, enfrentam melhor os obstáculos, adaptando-se melhor às limitações, reabilitam-se melhor e têm uma morte mais serena do que os doentes que estão desconfortáveis (Kolcaba, 2003). A mesma autora salienta que as necessidades de conforto devem ser identificadas, e o objetivo das intervenções de enfermagem passa por transferir as tensões para o sentido positivo, utilizando forças e estratégias facilitadoras. Se o conforto aumenta, as tensões negativas diminuem, havendo uma mudança de atitude por parte dos enfermeiros. Durante este estágio, as intervenções para o controlo da dor mais observadas e identificadas relacionaram-se com as intervenções farmacológicas, pois a dor descontrolada na

pessoa em fim de vida necessita de uma intervenção farmacológica urgente, no sentido de um rápido controlo, utilizando-se estratégias não farmacológicas quando a dor já está mais controlada. Após efetuar uma correta avaliação da dor, de acordo com a escala utilizada (normalmente usava-se a escala do observador ou a escala numérica), fazia-se uma aferição farmacológica, normalmente seguindo as indicações da escada analgésica da OMS. A dor, na maioria das situações, não se conseguia erradicar, mas sim aliviar e nem sempre se conseguiam bons resultados logo de início. Quer devido aos efeitos adversos quer à necessidade de melhorar a analgesia, era necessário fazer-se rotação de opióides, já que esta é uma estratégia correta para reduzir os efeitos adversos de um determinado opióide e melhorar a analgesia (Pereira, 2006).

Constatai que, efetivamente, o conceito de Dor Total⁶ faz todo o sentido na avaliação e controlo da dor da pessoa em fim de vida, considerando que, nesta fase, todas as dimensões têm de ser consideradas de forma a proporcionar conforto. Kolcaba também refere que o conforto deve ser valorizado nos vários contextos em que ocorre, considerando não só o contexto físico mas também o contexto psico-espiritual, o ambiental e o social. Verifiquei que a doença da pessoa em fim de vida afeta todos os membros da família. De facto, para a família a existência de uma doença implica mudanças no contexto familiar e novas adaptações para a vida futura (Hayashi, Chico e Ferreira, 2006; Sanchez, Ferreira, Dupas e Costa, 2010).

5º Aplicar estratégias de comunicação com a pessoa em fim de vida.

Após se estabelecer uma relação de ajuda⁷, o enfermeiro desenvolvia intervenções, não só no controlo da dor e de outros sintomas, mas também explicando, escutando e apoiando o doente e a família, em todo o processo de progressão da doença. A

⁶ O conceito de Dor Total engloba os aspetos físicos, emocionais ou psicológicos, sociais e espirituais do sofrimento, enfatizando a importância de se interpretar o fenómeno doloroso não somente na sua dimensão física, mas também nas suas dimensões emocionais, sociais e espirituais que influenciam na génese e na expressão da queixa dolorosa (Internacional Association for the study of Pain, 1994; Twycross, 2003).

⁷ A relação de ajuda é uma relação particularmente significativa, que se estabelece entre uma pessoa que passa pela experiência de um problema ou sofrimento, com dificuldade em os enfrentar sozinho, de encontrar os meios para os aceitar e de se adaptar, e um enfermeiro, que ajuda essa pessoa a encarar os problemas e a encontrar nele próprio os recursos precisos para lhe fazer face (Phaneuf, 1995).

relação de ajuda que o enfermeiro estabelece com a pessoa, permite manter a confiança e o respeito, assente numa filosofia holística, onde se consideram as várias dimensões da pessoa (Phaneuf, 2005).

Durante os momentos em que estabeleci uma relação terapêutica com cada doente, tive em consideração a empatia, o respeito mútuo, um clima de confiança, a sinceridade e autenticidade. Desta forma, recorri a algumas estratégias de comunicação nos momentos de partilha e visita que fiz a alguns doentes, que me permitiram melhorar e promover uma comunicação terapêutica eficaz. As estratégias que utilizei foram a escuta ativa, a reflexão, o esclarecimento, a empatia, o silêncio e as perguntas abertas.

Com estas estratégias era possível conhecer melhor a família e o doente. A família é afetada pela doença e a alteração na dinâmica familiar também afeta o doente. Para poder ajudar, o enfermeiro tem de conhecer em detalhe a família em questão, pois quando um membro da família tem uma doença terminal todos ficam de alguma forma afetados. Constatei esta situação na realidade da minha prática, onde observei que toda a família necessita de ajuda e apoio para aceitar, compreender e ultrapassar as dificuldades desta fase da vida. Tentei diariamente sensibilizar a equipa de enfermagem onde trabalho, que temos de conhecer não só os problemas e necessidades do doente mas também da sua família, vendo ambos como algo inseparável e que precisam um do outro para se fortalecerem naquele momento. Como refere Casmarrinha (2008) no seu estudo, as famílias esperam a ajuda dos enfermeiros, sobretudo nos cuidados prestados ao doente, no apoio emocional e afetivo, alcançado pela presença do enfermeiro, pela capacidade de escuta e pela humanização do serviço. Considera ainda, muito importante a família estar presente e partilhar os últimos momentos de vida do seu familiar. Esta presença do enfermeiro era visível sempre que a enfermeira da EIHS CP visitava uma pessoa em situação de doença avançada e progressiva, pois tinha o cuidado de se sentar na beira da cama e segurar na mão como sinal de disponibilidade e proximidade. Entendo, que neste momento, o toque se torna num elemento essencial da comunicação, transmitindo uma sensação de tranquilidade. O toque tem como

objetivo o conforto, o bem-estar e o relaxamento, contribuindo para uma melhor relação terapêutica⁸ (Dias, Oliveira, Dias e Santana, 2008).

Observei, durante as visitas às pessoas em fim de vida, que as questões e dúvidas dos doentes e das famílias sobre a progressão da doença e a necessidade de terem a dor controlada eram imensas. Em algumas situações a enfermeira da EIHS CP não tinha respostas para certas questões e, nesses casos, escutava ativamente, estando atenta, devolvendo as questões, dizendo que nem sempre se tem as respostas certas, reforçando que “oxalá a situação melhore”, tentando nunca destruir a esperança, tal como refere Twycross (2003). O mesmo autor, salienta ainda, que nestas situações se deve recorrer à “estratégia dos dedos cruzados”, onde o objetivo é manifestar à pessoa que desejamos esperar o melhor, mas também deixar sempre uma porta aberta, para a possibilidade de a situação evoluir de forma menos favorável, utilizando “tiros de aviso” que permitam, de alguma forma, a pessoa perceber que algo não está bem, dizendo a verdade sem a iludir. Segundo Twycross (2003) deve dar-se um “ tiro de aviso” antes de dizer o diagnóstico, ou seja, em vez de dizer à pessoa que tem cancro, deve dizer-se que os exames parecem não estar bem e que pode haver algo de grave. Com esta aprendizagem, tentei na minha prática utilizar estas estratégias no sentido de dar a conhecer a verdade de forma clara, verdadeira e de acordo com aquilo que o doente e família desejam. Compreendi que a informação deve ser dada de acordo com as necessidades da pessoa e devemos utilizar as palavras e as atitudes corretas na relação com o outro, considerando os sentimentos e reações de cada pessoa, deixando-a perceber as informações dentro do seu tempo e das suas necessidades (tal como fiz com a doente referida no estudo de situação).

Outra intervenção da EIHS CP era sensibilizar a equipa prestadora de cuidados de outros serviços, orientando e esclarecendo sempre que pertinente ou solicitado e fazendo o encaminhamento necessário dos doentes. Assisti a consultas de seguimento de doentes em cuidados paliativos que se encontravam no domicílio e

⁸ A relação terapêutica que ocorre no âmbito do exercício profissional da enfermagem é caracterizada pela parceria estabelecida com o doente, no respeito pelas suas capacidades e valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se, através de um processo dinâmico, com o objetivo de ajudar o doente a se proactivo na realização do seu projeto de saúde (OE, 2001).

consultas de primeira vez, para uma abordagem global, nomeadamente para controlo de sintomas ou encaminhamento para unidades de cuidados paliativos. Com esta experiência, aprendi e sensibilizei a equipa onde trabalho para a necessidade de encaminhar estes doentes, desde o início do internamento para as unidades de CP de referência, onde os profissionais têm formação e um local adequado para proporcionar todas as medidas de conforto e qualidade de vida, na última fase da vida de cada doente com doença avançada e progressiva. As consultas a que assisti tinham como objetivo corrigir algumas alterações em termos sintomáticos, esclarecer dúvidas quanto à situação de doença, escutar e deixar fluir sentimentos e emoções. Abordava-se a existência das unidades de cuidados paliativos (o que eram, o que tinham para oferecer), fazia-se a promessa de que a equipa estava sempre disponível, que nunca estariam sozinhos, deixando sempre a próxima consulta marcada. Em caso de necessidade de apoio social, a situação era logo encaminhada, pois a assistente social estava sempre presente nas consultas. Observei, durante as visitas, que todas as ações de enfermagem privilegiavam o alívio dos sintomas, no sentido de minimizar os desconfortos existentes e promover a qualidade de vida e o conforto. Como corrobora a teoria de Kolcaba devemos considerar as três classes de conforto: a tranquilidade, o estado de alívio e a transcendência, conseguindo-se desta forma alcançar o conforto, que é um resultado desejável nos cuidados de enfermagem.

A equipa de enfermagem conhecia todo o ambiente familiar e a sua envolvência, criando com o doente e a família uma relação de ajuda e empatia. Existia entre todos uma partilha de medos, angústias, esperanças e preocupações onde o enfermeiro fazia parte integrante do meio envolvente do doente e da família. De acordo com Oliveira & Simões (2000) o enfermeiro é o profissional de saúde que mais diretamente contacta com o doente, assumindo um papel fundamental junto dele na fase final da sua vida, apoiando-o a ele e à sua família nesta fase extremamente difícil. Para identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros, a nível da comunicação e das intervenções de enfermagem nos cuidados à pessoa em fim de vida, fiz observação da prática, registando as intervenções em notas de estágio. Tudo o que observei, aprendi e registei constituiu uma mais-valia na minha aprendizagem para o que pretendo fazer no meu serviço, nomeadamente, motivar a

equipa de enfermagem de forma a promover a melhoria dos cuidados aos doentes em fim de vida internados.

Exponho, no apêndice VIII, uma reflexão segundo o ciclo de Gibbs de um momento significativo de aprendizagem que foi importante para o meu crescimento pessoal e profissional, pela intensidade emocional e possibilidade de utilização de conhecimentos e estratégias sobre a comunicação com a pessoa em fim de vida.

O que acabei de descrever contribuiu para a minha aprendizagem e foi uma mais-valia para o meu contexto de trabalho, uma vez que me alertou para o facto de não poder dissociar o doente internado em fim de vida da sua família, do direito que estes doentes têm de morrer com dignidade, do dever do enfermeiro em acompanhar o doente neste processo, com respeito e maturidade e de encarar a possibilidade da pessoa em fim de vida morrer no domicílio.

No final deste estágio, considero ter ampliado as competências gerais e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Desta forma desenvolvi o autoconhecimento e a assertividade, baseando a minha conduta clínica em sólidos padrões de conhecimento. Observei e aprendi a otimizar as respostas da equipa de enfermagem e a articulação com a equipa multiprofissional, o que foi essencial para a implementação do projeto no meu local de trabalho. Adquiri competências de Enfermeira Especialista em enfermagem em pessoa em situação crónica e paliativa, nomeadamente no âmbito dos cuidados da pessoa a vivenciar processos complexos, tendo aprendido a fazer uma gestão diferenciada da dor e do bem-estar e uma adequada gestão da comunicação na relação interpessoal com a família e o doente. De acordo com o preconizado pela EONS (2005), planeei intervenções baseadas na evidência para o tratamento e prevenção de sintomas e complicações associadas, desenvolvendo estratégias e intervenções de acompanhamento a pessoas com necessidades complexas. Durante o estágio na UAA não fiz um grande investimento no âmbito do sono porque não foi um aspeto que tinha como intenção trabalhar, pois sentia mais necessidade em aprofundar os aspetos relacionados com a prática da equipa na avaliação e controlo da dor e também, porque entendi como suficiente o trabalho que desenvolvi na parte do sono no estágio anterior e porque não houve situações que justificassem esta abordagem.

4.3 – Serviço de Internamento de Medicina - Hospital C

O caminho percorrido ao longo dos estágios anteriores, constituíram uma ferramenta indispensável para a implementação do projeto no meu local de trabalho (caraterização do serviço do Hospital C no Apêndice IX). Como **Objetivo Geral** propus “**Desenvolver competências técnicas, científicas e relacionais para a prestação de cuidados à pessoa em fim de vida, privilegiando a comunicação e o controlo da dor e do sono.**”

De seguida apresentarei os objetivos específicos e as atividades desenvolvidas neste último estágio fazendo uma análise crítica deste percurso no local onde trabalho fundamentada na evidência científica.

1º Objetivo Específico: Avaliar as necessidades de formação dos enfermeiros na área dos cuidados ao doente em fim de vida.

De forma a perceber quais as necessidades de formação dos enfermeiros do serviço onde trabalho nos cuidados à pessoa em fim de vida, questionei informalmente a equipa de enfermagem, sobre as dificuldades sentidas quando prestam cuidados a estes doentes. Todos os elementos da equipa afirmaram ter necessidade de formação nesta área, tal como era a minha perceção. Este levantamento de necessidades, realizado através de conversas e do conhecimento que possuía do serviço, tinha como intenção o planeamento posterior de sessões de formação/discussão com os colegas, promovendo o aprofundar dos seus conhecimento nesta área, numa lógica de melhoria de cuidados a estes doentes. As áreas que emergiram relacionavam-se com a avaliação e controlo da dor, no sentido de proporcionar conforto na última etapa da vida, e na comunicação com o doente e a família para os ajudar a viver melhor essa fase. Efetivamente, a formação contínua é um meio importante para o desenvolvimento dos profissionais, promovendo a atualização, o aperfeiçoamento e a aquisição de novas competências e, como refere Canário (1997), a participação, a reflexão em conjunto e o reequacionamento dos recursos, orientam as nossas intervenções.

É compreensível a necessidade de formação da equipa na avaliação e controlo da dor, pois apesar de existirem muitos avanços nesta área, diz-nos Pereira (2006), que

este é um sintoma muito difícil de controlar e que encontra ainda algumas barreiras relacionadas com os profissionais de saúde, com o doente e a família e com o sistema de saúde. Verifiquei nas conversas diárias que realizei, que os cuidados à pessoa em fim de vida despertavam muito interesse, mas também alguma dificuldade em abordar a temática, havendo algum desconhecimento sobre a filosofia dos cuidados paliativos e de que forma a mesma podia melhorar os cuidados e o conforto destes doentes. Estas dificuldades vão ao encontro do pensamento de Twycross (2003) quando refere que a maioria dos profissionais de saúde não estão bem preparados quando se trata de prestar cuidados de qualidade ao doente em fim de vida, o que os leva, muitas vezes, a adotar comportamentos de evitamento para com o doente e família, sendo que, segundo Pacheco (2004), os profissionais de saúde se encontram mais motivados e mais bem preparados para tratar a causa da doença e evitar a morte do que para prestar cuidados à pessoa em fim de vida.

2º Objetivo Específico: Aplicar conhecimentos relativamente à comunicação, ao controlo da dor e do sono durante os cuidados ao doente em fim de vida e família.

Para alcançar este objetivo foi necessário continuar a efetuar pesquisa bibliográfica sobre a dor, o sono e a comunicação, no sentido de prosseguir a aprendizagem iniciada nos estágios anteriores, desenvolvendo uma prática baseada na evidência. No meu contexto de trabalho, comecei por identificar os doentes em fim de vida internados no serviço e prestar-lhes cuidados. As pessoas em fim de vida internadas durante o estágio, tinham maioritariamente o diagnóstico de cancro, nomeadamente do estômago, pulmão, fígado, bexiga e cérebro em estadios avançados da doença e com complicações associadas. Neste Hospital não existe equipa de cuidados paliativos, havendo apenas uma Unidade da Dor, que ajuda no controlo da dor destes doentes.

Na prestação de cuidados a estes doentes, tinha como intenção continuar a desenvolver competências nos cuidados a prestar aos doentes em fim de vida, mas também dar visibilidade aos resultados obtidos junto da equipa, de forma a sensibilizar os seus elementos para a importância de cuidar estes doentes com base

na filosofia dos CP, fazendo ações paliativas com vista a proporcionar o maior conforto possível. Como refere Kolcaba, o cuidado de conforto requer um processo de ações confortantes. O processo é um método, a intervenção de enfermagem é o produto e o resultado desse processo. O aumento do conforto é o resultado desejado (Kolcaba, 1995).

O processo de conforto é individual, caracterizando-se pela tranquilidade/comodidade, satisfação e expectativa de alcançar o desejado. O processo de conforto tem um caráter intencional, sendo construído através das ações e intenções dos enfermeiros nos cuidados aos doentes quando satisfazem as suas necessidades. Salienta-se o respeito pelo doente, a proximidade afetiva e física, a comunicação e o toque (Ribeiro & Costa, 2012). Fiz inicialmente uma avaliação da situação de cada doente e família, identificando sintomas descontrolados, necessidades físicas, psicológicas, espirituais e sociais. Indo ao encontro do que refere Kolcaba, os doentes têm necessidades de cuidados de saúde que são definidas como necessidades de conforto, estas ocorrem em contextos de ordem física, psico-espiritual, social e ambiental (Kolcaba citada por Dowd, 2004). No decurso dos estágios anteriores verifiquei que a equipa prestadora de cuidados considerava na prática os diferentes contextos da experiência onde o conforto pode ser experienciado, indo para além da dimensão física.

Phaneuf (2005) escreve que a comunicação e a relação de ajuda são fatores importantes na humanização dos cuidados, e a primeira constitui uma ferramenta base para o seu desenvolvimento. A comunicação é uma ferramenta fundamental nos cuidados ao doente em fim de vida, sendo considerada a chave para aceder e atender com dignidade a todas as dimensões da pessoa doente, funcionando como um componente essencial da assistência. Neste contexto, a comunicação é um desafio, para o qual é necessário a utilização e desenvolvimento de perícias básicas essenciais entre o doente, a família e a equipa, em particular quando se tem de transmitir más notícias (Querido, Salazar e Neto, 2006). Uma comunicação eficaz em cuidados paliativos entre o doente, a família e a equipa terapêutica, permite o estabelecimento de uma relação empática, aberta e honesta (Neto, 2006). Com base nestes conhecimentos e nas competências desenvolvidas nos estágios

anteriores foi possível diariamente utilizar estratégias de comunicação que me possibilitaram estabelecer com cada doente e a família uma relação próxima, de confiança e de ajuda, que me permitiu ir ao encontro da satisfação das suas necessidades. A observação das perícias em comunicação pelas equipas de profissionais nos estágios anteriores alertaram-me para um aspeto fundamental que mantive sempre em mente: olhar cada pessoa como um ser único, com necessidades próprias onde o desenvolvimento duma relação enfermeiro/doente, o apoio emocional e a comunicação adequada são fundamentais.

Como técnicas de comunicação terapêutica recorri à escuta, orientação, silêncio, consideração, reflexão, recapitulação, comentários abertos, redução da distância, clarificação, validação, focalização, síntese e planificação, como estabelece Riley (2004). Assim, foi possível estabelecer uma relação de confiança e proximidade, aspetos base para o sucesso dos cuidados. A SECPAL (1992) salienta que a comunicação é uma ferramenta terapêutica essencial dando acesso ao princípio da autonomia, ao consentimento informado, à confiança mútua, à segurança e informação que o doente necessita para ser ajudado e ajudar-se a si mesmo. Desenvolvi também intervenções relacionadas com um melhor controlo da dor e do sono, que referirei de seguida. Quanto ao controlo da dor, já tinha percebido que no meu serviço tínhamos de começar por implementar uma avaliação da dor sistemática, uma vez que não possuíamos nenhum procedimento para a sua avaliação. O procedimento de avaliação da dor realizado no primeiro estágio e a observação do trabalho desenvolvido pela equipa de enfermagem no segundo estágio, permitiram-me desenvolver e aperfeiçoar este procedimento, adequando-o ao meu local de trabalho. A dor, de acordo com Stromgren et al (2002), citado por Sousa (2012) é o sintoma mais frequente, chegando aos 92% de prevalência.

Empreendi ações para sensibilizar a equipa para esta avaliação sistemática, transmitindo os resultados positivos que observei no estágio anterior com a aplicação das escalas, reforçando que a aplicação das mesmas nos permitiam identificar e monitorizar os sintomas descontrolados, apresentados pelos doentes, de forma mais concreta. Os colegas utilizavam apenas a escala numérica, a das faces e a do observador.

Com esta avaliação sistemática, usando as escalas, verifiquei que os doentes em fim de vida apresentavam frequentemente dor descontrolada. Muitas vezes não tinham analgesia prescrita, ou se tinham não era a adequada para controlar a dor, sendo necessário alertar a equipa médica e complementar o seu alívio com o recurso a intervenções não farmacológicas (sobretudo a aplicação de calor e a massagem). Efetivamente com terapêutica adequada e intervenções não farmacológicas complementares, constatei que havia melhoria no controlo da dor dos doentes. Foram resultados como estes que possibilitaram demonstrar à equipa multiprofissional que se pode fazer mais e melhor por estes doentes. Assim, ocorreu uma evolução positiva da equipa médica, que passou a considerar mais os princípios básicos para o tratamento farmacológico da dor (preferência pela via oral, posologia regular, considerar as necessidades do doente, avaliação de problemas de ordem psicológica, espiritual e social), a aplicar a escada analgésica da OMS e a deixar prescrita analgesia de resgate para a dor irruptiva. Em mim, as mudanças também foram grandes, pois a pesquisa bibliográfica que fui fazendo ao longo do percurso, a experiência dos estágios, as reuniões/discussões em equipa que assisti e as reflexões com os enfermeiros orientadores, foram essenciais para a mudança da minha prática profissional e para me ajudar a ter maior segurança na discussão com outros profissionais, nomeadamente os médicos, sobre como usar e monitorizar alguns analgésicos, dominando os seus efeitos secundários, sinais de alerta e repercussões positivas ou negativas no bem-estar do doente.

Realizei uma reflexão sobre um evento significativo de aprendizagem durante o estágio no meu contexto de trabalho, onde estão espelhadas ações no sentido de controlar a dor de um doente em fim de vida e estratégias de comunicação, que desenvolvi ao longo do percurso, que consegui utilizar na situação descrita (Apêndice X).

Relativamente às alterações do sono do doente em fim de vida, apliquei um instrumento de registo e intervenções de enfermagem no âmbito do sono (apêndice V, ver explicação deste instrumento no objetivo seguinte). Este documento, iniciado durante o primeiro estágio, ajudou-me a ficar mais atenta às alterações do sono que surgem nesta fase da vida, identificando as intervenções de enfermagem realizadas

para minorar estas alterações. Cerca de 29% a 59% dos doentes em CP têm alterações do sono, onde a dor, a ansiedade e a dispneia podem estar na sua origem, importando intervir para minorar estes distúrbios que afetam a qualidade de vida do doente (Brazil, 2002).

De acordo com Walsh, Donnely e Rybicki (2000), citado por Sousa (2012) no seu estudo referem que as perturbações do sono são frequentes em cuidados paliativos, com uma prevalência de 49%. As minhas intervenções no controlo das alterações do sono ao doente em fim de vida tiveram resultados positivos, que concluí através do que o doente me dizia, referindo ter tido uma noite mais tranquila, sentindo menos ansiedade e mais acompanhamento o que lhe permitia ter um maior número de horas a dormir, e um sono mais reparador.

3º Objetivo Específico: Promover a melhoria dos cuidados ao doente em fim de vida no meu local de trabalho

Para envolver a equipa nas atividades que queria desenvolver, apresentei o projeto à Enfermeira Chefe e à equipa de enfermagem durante as passagens de turno para conseguir abranger toda a equipa. De um modo geral, todos manifestaram interesse em participar e melhorar os cuidados de enfermagem à pessoa em fim de vida e foi unânime a constatação de que a intervenção na avaliação e controle da dor nestes doentes era prioritário no serviço. Contudo, no decorrer do estágio, foi difícil manter a motivação da equipa, devido ao excesso de trabalho diário existente e à constante falta de pessoal. Foram necessárias insistência e argumentação válida, dando visibilidade aos resultados no decorrer das minhas intervenções. Como no serviço existem alguns enfermeiros com formação básica em cuidados paliativos, comecei por os envolver e solicitar a sua colaboração na sensibilização da restante equipa, inclusive da equipa médica, procurando que todos os intervenientes nos cuidados à pessoa em fim de vida se sentissem motivados e interessados em melhorar os cuidados desenvolvidos nesta área. Esta estratégia teve bastante sucesso e foi recebida de forma muito positiva. Foi notória a mudança de pensamento e atitude em relação ao doente em fim de vida, pois passei a observar uma maior preocupação em ir ao encontro das suas necessidades, em conseguir o alívio dos sintomas descontrolados e em apoiar de forma mais próxima o doente e a família.

Mais do que o diagnóstico existente, começou-se a olhar para as necessidades individuais da pessoa em fim de vida e percebi uma vontade de querer melhorar a sua qualidade de vida, dando-lhe conforto naquela fase. As mudanças passaram por passar a avaliar a dor sempre que o doente tinha este sintoma descontrolado, usando a escala numérica, de faces ou do observador (de acordo com a situação do doente); os médicos passaram a fazer a prescrição terapêutica através da escada analgésica da OMS; nas passagens de turno passou-se a dar mais relevo a especificidades da pessoa em fim de vida e família, de acordo com as suas necessidades e preferências; uma preocupação com o controle de sintomas do doente e com aquilo que sente, percebendo-se uma intenção de conforto.

Realizei duas sessões de formação/discussão que foram divulgadas em folha A4 exposta em local próprio no serviço. Na 1ª sessão que realizei, cujo tema foi “Avaliação de sintomas descontrolados da pessoa em fim de vida” foi minha intenção, na primeira parte da sessão, sensibilizar para a importância dos sintomas descontrolados, de forma a intervir, tendo apresentado a ESAS aos colegas. Depois, e porque a dor é o sintoma mais presente nestes doentes e o que mais preocupa a equipa em termos de formação, a segunda parte da sessão foi centrada na definição de dor, tipos de dor e avaliação da mesma. Este centrar na avaliação da dor, no final da sessão, também serviu como preparação da sessão subsequente que abordou as intervenções de enfermagem no controlo da dor e do sono. Elaborei um plano da sessão (apêndice XI). A sessão teve a duração de 60 minutos, tendo utilizado metodologia expositiva e interrogativa. O método expositivo permitiu-me desenvolver oralmente os assuntos, expondo os conteúdos. Em simultâneo ia recorrendo à interrogação, a dicas para se centrarem na sua prática e refletirem sobre a mesma, mantendo os colegas atentos e promovendo a sua participação. Tentei mostrar-me segura e com conhecimento dos conteúdos, constatando que motivei os participantes através da sua participação, colocação e dúvidas e sugestões sobre o tema apresentado. Durante a sessão emergiram momentos de reflexão e partilha. Estiveram presentes 7 enfermeiros num total de 15 que compõem a equipa. As ausências deveram-se a férias e desinteresse em frequentar formações em serviço. No final da formação dei aos formandos um questionário de avaliação da mesma que está em Apêndice (XII). Dos enfermeiros presentes 6 referiram que a sessão

tinha sido muito importante para a sua prática do serviço e um referiu ter sido importante. Justificaram a sua importância por considerarem que todos devem seguir uma norma orientadora para avaliar e controlar os sintomas nesta fase da vida, que é necessário melhorar a intervenção de enfermagem no controlo dos mesmos, e que é importante melhorar a abordagem a estes doentes, conseguindo um controlo mais eficaz da dor e de outros sintomas. Relativamente aos aspetos a melhorar na formação, referiram ser importante haver mais exemplos práticos.

A 2ª formação realizada teve como tema “Cuidar o doente em fim de vida: intervenções de enfermagem no controlo da dor e do sono”. Foquei-me nestes dois sintomas porque foram aqueles que identifiquei como mais frequentes e com necessidade de intervenção, para a promoção da melhoria dos cuidados no meu local de trabalho. O plano da sessão está em Apêndice XIII. Teve a duração de 60 minutos, recorrendo à metodologia expositiva e ativa/interrogativa. O questionário para avaliação da sessão dado aos colegas encontra-se em Apêndice XIV. Na sessão estiveram presentes 9 enfermeiros dos 15 da equipa. Todos os enfermeiros atribuíram importância máxima ao tema da sessão para a sua prática no serviço; 5 deles justificaram a importância do tema por se verificar um aumento gradual de doentes em fim de vida; 3 referiram ter sido muito importante para melhorar a prática de cuidados e 1 referiu ser muito importante para melhorar a qualidade e conforto do doente na última etapa da sua vida.

Quanto à questão relacionada com aspetos a melhorar nesta formação as respostas foram unânimes: 8 referiram ser necessário aprofundar as intervenções no controlo de sintomas e um referiu ser importante desenvolver mais as intervenções autónomas de enfermagem. Como documento de apoio e de consulta para a equipa sobre esta temática, elaborei um dossier sobre alguns aspetos relacionados com o controlo de sintomas na pessoa em fim de vida, a filosofia dos cuidados paliativos, normas e procedimentos de atuação no controlo da dor e sobre a importância da comunicação como um dos pilares dos cuidados paliativos.

Durante o estágio, sempre que identificava situações de pessoas em fim de vida com sintomas não controlados e com necessidades alteradas que causassem desconfortos, intervinha no sentido de promover um melhor controlo dos sintomas e

das necessidades alteradas. Nesse sentido, sempre que o doente o permitia aplicava a escala ESAS⁹ no sentido de melhor identificar os sintomas alterados e avaliar a sua evolução. Concluí que a ESAS é bastante útil, no entanto, a sua aplicação exige tempo que, muitas vezes, os enfermeiros não dispõem pelo que não houve grande adesão na sua aplicabilidade. Verifiquei que um sintoma muito frequente e que não se encontra na escala é a obstipação. Todos os dados recolhidos foram assinalados num gráfico de registo da escala. Entendo que com o uso da ESAS seja possível conhecer e monitorizar melhor os sintomas da pessoa em fim de vida, desenvolvendo intervenções individualizadas e adequadas. Contudo ficou o compromisso de se tentar a sua aplicabilidade no serviço sempre que se justifique, ficando eu como responsável da implementação da escala.

Durante a 2ª sessão de formação apresentei o instrumento de registo das alterações do sono e intervenções de enfermagem (Apêndice V) e, posteriormente, apliquei o mesmo a alguns doentes. Verifiquei que muitos dos doentes em fim de vida apresentavam dificuldade em adormecer e em manter um sono contínuo e descansado, principalmente à noite. Durante a noite são internados doentes, o telefone toca frequentemente, existem muitas luzes acesas, o toque de campainhas é constante e existe ainda a reavaliação de cuidados da noite. Por outro lado, os distúrbios do sono nestes doentes em que apliquei o instrumento, também estavam relacionados com a presença de outros sintomas não controlados e que exacerbavam a dificuldade em adormecer, nomeadamente a presença de dor e o medo de estarem sozinhos. Recorri ao uso de intervenções para aliviar a dor e as preocupações que eram um problema para uma noite tranquila de sono, nomeadamente: intervenções farmacológicas, recorrendo à dose extra de resgate e

⁹ Embora a ESAS não esteja validada para a população portuguesa, como a utilizei e vi utilizar a mesma pelos enfermeiros dos serviços onde realizei os estágios anteriores (Serviço de internamento de CP e UAD), nos doentes em fim de vida, a escala permite fazer um adequado controle de sintomas, permitindo ajustar o tratamento. Permite fazer medições quantitativas sobre a intensidade dos sintomas, podendo os doentes acrescentar mais um sintoma. A escala é composta por escalas visuais numéricas de zero a dez, onde zero é a ausência de sintomas e dez é o sintoma com maior intensidade. A ESAS não deve substituir a comunicação entre o profissional e os doentes, mas sim ajudar na estimativa dos sintomas e possíveis intervenções. Quando a pessoa em fim de vida não apresentar condições para o seu preenchimento o mesmo pode ser efetuado pelo profissional ou familiar (Monteiro, 2009).

não farmacológicas como a alternância de decúbitos e a estimulação cutânea (massagem e aplicação de calor). O resultado foi positivo pois conseguia aliviar o desconforto causado pela dor e promover a tranquilidade e a calma necessária para uma noite de sono repousante. O doente também valorizava muito a companhia antes de adormecer, onde havia disponibilidade para a expressão de sentimentos, sentindo-se mais tranquilo com a campainha junto dele.

Com este instrumento a equipa ficou mais desperta para os aspetos que condicionam o sono destes doentes e como intervir nos mesmos, o que pode melhorar muito a qualidade de vida diária da pessoa internada. Propus no turno da noite intervenções para melhorar as condições do meio ambiente, tais como: reduzir-se o som do toque do telefone, deixar-se apenas uma luz de presença a meio do serviço, aquando da reavaliação de cuidados ligar-se apenas a luz da mesa-de-cabeceira e não a do teto e evitar ao máximo o barulho. Palma & Salazar (2006) salientam que vários estudos mostram que os doentes do foro oncológico apresentam alterações do sono, também muito associados a um ineficaz controlo da dor. Efetivamente, verifiquei que os doentes em fase terminal permanecem muito tempo, sentados na cama ou no cadeirão durante a noite, inquietos e desconfortáveis, dormindo por períodos curtos, o que levava a um aumento da sonolência diurna. Quanto ao controlo da dor, como no serviço não existia uma norma de procedimento para a avaliação e controle da dor e dando continuidade ao trabalho desenvolvido no primeiro estágio, adaptei a norma de procedimento sobre as "Intervenções de enfermagem na avaliação e controlo da dor" que elaborei no Serviço de Internamento de CP, para ser usada no meu local de trabalho. Foi apresentada à Enfermeira Chefe e decidida a sua implementação no serviço, de modo a uniformizar a atuação do enfermeiro nesta área, encontrando-se em Apêndice (XV).

Com o trabalho desenvolvido ao longo do estágio, verifiquei que também consegui uma maior sensibilização e interesse da equipa médica pelos cuidados ao doente em fim de vida, levando a discussões e reflexões sobre as intervenções que fazemos a estes doentes. Quanto aos registos de enfermagem relativamente à dor, foi possível melhorá-los por forma a dar uma maior visibilidade do trabalho

desenvolvido pelo enfermeiro. Como modificar o padrão de registos existentes no SAPE se verificou complicado de executar, uma vez que é um sistema de registo hospitalar com particularidades próprias, ficou decidido entre a equipa que a dor seria avaliada como 5º sinal vital em todos os doentes, indo ao encontro do que refere a Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14/06/2003. A norma elaborada para o serviço, ficou de ser implementada após discussão com a Enfermeira Coordenadora de Departamento, registando-se a avaliação efetuada, as intervenções realizadas e os resultados alcançados em notas gerais no processo de cada doente. Reforcei a importância de efetuar registos completos no que respeita a todas as intervenções realizadas, nomeadamente no que se refere às atividades autónomas desenvolvidas para promover o conforto. Como refere Pinto & Conceição (2008), a própria CIPE em termos de registos de conforto contempla apenas o conforto físico, não englobando o conforto psico-espiritual e sócio-cultural. Estes autores reforçam, no seu artigo, que existe efetivamente uma escassez de registos de enfermagem em termos de conforto que, no meu local de trabalho se pode estender, de um modo geral, a todas as intervenções que se relacionam com a promoção de uma melhor qualidade de cuidados aos doentes em fim de vida.

Durante o estágio, e por solicitação da Enfermeira Chefe, foi desenvolvida uma atividade/protocolo no serviço (apêndice XVI) na tentativa de implementar estratégias direcionadas para a promoção de medidas de conforto, comunicacionais e relacionais ao doente em fim de vida e à sua família. Os ganhos deste trabalho para mim e para o serviço foram vários; daquilo que o protocolo preconiza consegui, ainda durante o estágio criar um espaço com ambiente mais próximo e propício para estes doentes e suas famílias que ficou na enfermaria no início do serviço, que é um local mais calmo, mais acolhedor e com maior privacidade. Um dos objetivos do protocolo (“Proporcionar um espaço físico específico no serviço para o internamento destes doentes”) vai ao encontro do que refere a Associação Nacional De Cuidados Paliativos (2006, p. 3), a “obrigação de respeitar e preservar a dignidade da pessoa com doença terminal ou em agonia deriva da inviolabilidade da dignidade humana em todos os estadios da vida. Este respeito e proteção encontra a sua expressão na criação de um ambiente adequado que proporcione ao doente morrer com dignidade.” Sempre que possível, estes doentes ficam ao cuidado dos enfermeiros

com formação em cuidados paliativos, por estarem mais despertos para as necessidades existentes nesta fase da vida. Os outros aspetos preconizados neste protocolo serão possíveis de colocar em prática assim que os recursos humanos existentes no serviço o permitirem.

Fazendo um balanço do percurso no serviço, considero ter sido um “motor” na promoção da melhoria de cuidados aos doentes em fim de vida, pois consegui sensibilizar a equipa para essa necessidade. Fiquei a ser um elemento de referência nos cuidados a estes doentes, sendo a responsável pelo encaminhamento e referenciação dos mesmos, caso se justifique, para unidades de cuidados paliativos. Consegui construir documentos de consulta e de apoio aos cuidados a estes doentes e presentemente tenho uma prática orientada para ações paliativas a estes doentes. Assim, com este estágio considero ter aperfeiçoado o desenvolvimento de competências como Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no que respeita aos quatro domínios que definem as competências comuns do enfermeiro especialista (OE, 2010). Considero ter melhorado a minha capacidade de trabalho na equipa multidisciplinar e interdisciplinar, com um comportamento assertivo, desenvolvendo o pensamento crítico e reflexivo através da discussão e análise de problemas existentes, aplicando os conhecimentos adquiridos e promovendo momentos de reflexão sobre a prática. A atitude continuada de ir colocando em prática a minha experiência de outros estágios, foi importante e enriquecedora para diminuir a ansiedade e insegurança e substituí-las por confiança e segurança no desenvolvimento de atividades/estratégias como futura enfermeira especialista, sempre com o objetivo de alcançar um dia o nível de Perita. Aprendi e desenvolvi ao longo do estágio uma metodologia de trabalho eficaz. Promovi o desenvolvimento pessoal e profissional, meu e da equipa, através da partilha de informação de conhecimentos e de tomada de decisões fundamentadas, tendo em conta a evidência científica. Foi possível desenvolver competências comuns do Enfermeiro Especialista da OE (2010) no domínio da responsabilidade profissional, promovendo práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e a responsabilidade profissional; no domínio da melhoria contínua da qualidade, criando e mantendo um ambiente seguro; no domínio da gestão dos cuidados, gerindo os cuidados e adaptando a liderança e a gestão dos recursos e, por último,

no domínio das aprendizagens profissionais, desenvolvendo o auto-conhecimento e a assertividade, baseando a práxis clínica em sólidos e válidos padrões de conhecimento. Considerando as competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (2011), consegui identificar necessidades de intervenção a estes doentes e famílias nos vários contextos da prática, ajudando-os a aliviar o sofrimento e a alcançar o conforto e a qualidade de vida nesta fase da vida, estabelecendo com eles uma relação terapêutica facilitadora do novo processo de adaptação em que se encontram. De acordo com o preconizado pela EONS (2005), desenvolvi competências relacionadas com o planeamento de intervenções, baseadas na evidência, para a prevenção e tratamento dos sintomas e complicações do tratamento de doentes com cancro; utilizei técnicas de comunicação que promovem o bem-estar; demostrei cuidados holísticos e paliativos; promovi a dignidade e a confidencialidade; fiz uma reflexão e avaliação crítica da prática; utilizei estratégias e intervenções de apoio a doentes com necessidades complexas.

5 - QUESTÕES ÉTICAS

Foi essencial garantir os aspetos éticos para a consecução deste percurso. Para a realização dos três estágios considerados fundamentais para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, foi solicitada a autorização dos estágios às respetivas Direções de Enfermagem e Enfermeiros Chefes de cada Serviço. No início de cada estágio, o projeto e o que pretendia com este percurso foram apresentados à Enfermeira orientadora e à Enfermeira Chefe de cada local de estágio, dando conhecimento do trabalho que me propunha desenvolver. Foram considerados os princípios éticos e valores do Código Deontológico dos Enfermeiros, em relação aos enfermeiros e aos doentes, garantindo o anonimato, esclarecendo sobre a minha condição de estudante, os objetivos, as atividades do projeto e solicitando sempre o consentimento informado à pessoa para a prestação de cuidados.

De acordo com o artigo 78º do Código Deontológico do enfermeiro, a minha intervenção diária com a pessoa em fim de vida e família pautou-se sempre pela verdade, justiça e respeito pela pessoa e sua dignidade¹⁰. Fui responsável, procurando a excelência do exercício profissional. Houve o cuidado de me apresentar às pessoas, referindo ser estudante, explicando os meus objetivos e o que pretendia, pedindo consentimento informado para a prestação de cuidados, respeitando o dever de informação, informando sobre os recursos disponíveis e como aceder aos mesmos, de acordo com o artigo 84º do Código Deontológico.

Considerarei sempre o que refere o artigo 85º do Código Deontológico do enfermeiro, quando partilhava informação com a família, mantendo sempre o sigilo sobre a situação da pessoa, sendo a informação dada à família aquela que o doente

¹⁰ Todo o ser humano possui um valor e uma dignidade intrínseca, pelo que a mesma não se perde por se estar a morrer, sendo um valor básico que se encontra patente no artigo 1º da Constituição da República Portuguesa (Constituição da República Portuguesa, 1974)

desejava. Mantive o anonimato das pessoas a quem prestei cuidados e suas famílias na elaboração deste relatório, nas discussões com a orientadora do relatório e na exposição do meu percurso aos colegas.

Respeitei o artigo 87º do Código Deontológico porque ao longo dos estágios sempre defendi e promovi o direito do doente nas suas escolhas, respeitando as manifestações de perda e o corpo após a morte. Durante a realização de todos os estágios, tive presente no desenrolar das minhas ações, e sempre com o intuito de melhorar a minha prática de cuidados, o que vem consagrado na carta dos direitos dos doentes internados, mas sobretudo na carta dos direitos do doente em fim de vida. Em relação à pessoa em fim de vida tratei-a sempre como pessoa até ao momento da sua morte, dando sempre informação que ela pudesse assimilar e entender, promovendo a sua dignidade, mostrando que estava ali presente para ajudar, acompanhar e ouvir. Adquiri diariamente novos conhecimentos e desenvolvi competências para poder prestar cuidados a estes doentes que satisfizessem as suas necessidades, atuando sobretudo no alívio de sintomas, que surgem nesta fase da vida, e proporcionando um maior conforto à pessoa.

Em algumas situações de cuidados à pessoa em fim de vida surgiram-me dúvidas quanto à informação a dar, qual a verdade a dizer, como aceitar a recusa de um tratamento. Estas incertezas fizeram-me refletir no sentido de orientar a minha conduta, sempre sustentada por princípios éticos e decisões ponderadas, com o intuito de não causar sofrimento à pessoa doente, nunca mentindo nem dando esperanças irrealistas. Durante o percurso desenvolvido considerei o princípio da beneficência e da não maleficiência¹¹ de modo a que o doente e a família não sofressem prejuízo durante a prestação de cuidados.

¹¹ O princípio da beneficência estabelece que devemos fazer o bem aos outros, independentemente de o desejar ou não. O princípio da não maleficiência propõe a obrigação de não infligir dano intencional (Beauchamp, 1994).

6 - IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E PERSPETIVAS FUTURAS

Como implicação para a prática, considero, como mais relevante, a melhoria dos cuidados prestados à pessoa em fim de vida com o intuito de promover o conforto e a qualidade de vida destes doentes no serviço onde trabalho. Perante os avanços da ciência e dos cuidados de saúde, é obrigação do profissional manter a atualização da sua prática, com base na evidência científica, de forma a manter a excelência dos cuidados. Foi, desta forma, que encarei este percurso, conseguindo efetivamente uma mudança significativa na forma como me posiciono face à pessoa em fim de vida e família, percebendo que previamente a qualquer intervenção a este doente devo ter sempre em mente “que intervenção terá maior benefício para a pessoa?”. É relevante os resultados da minha prestação de cuidados aos doentes em fim de vida e família, expressos através de agradecimentos dos próprios e da observação de melhoria dos sintomas e diminuição da ansiedade, sentindo que, naquele momento eu era a pessoa de referência e o elo de ligação com a equipa. Neste momento, na equipa do local onde trabalho, percebo uma maior reflexão sobre estas situações através das conversas entre os pares e nas passagens de turno. Também a postura da restante equipa multidisciplinar melhorou face às situações dos doentes em fim de vida, nomeadamente no questionamento que fazem em equipa sobre os cuidados mais adequados àqueles doentes, sobre a terapêutica mais adequada no controlo sintomático, nomeadamente da dor e do sono. Percebe-se um maior conhecimento e vontade de melhorar os cuidados nesta fase da vida.

Acredito que, futuramente, a implementação do protocolo/atividade elaborado neste percurso (“Prestação de cuidados de enfermagem e ações paliativas em doentes em fim de vida”) poderá ajudar a melhorar os cuidados a estes doentes. Um dos aspetos contidos no protocolo já foi parcialmente conseguido durante o estágio no meu serviço, que tem a ver com a criação de um espaço destinado a promover a privacidade, a dignidade e a melhoria dos cuidados de conforto à pessoa em fim de

vida. No entanto, os resultados ainda não foram totalmente alcançados dada a lotação constante do serviço (por vezes, dificulta a mudança de doentes), e o facto de ter de aguardar aprovação por parte do departamento de Medicina. É minha expectativa que a equipa consiga começar a aplicar a ESAS, o instrumento do sono e a implementação da norma de atuação no controlo da dor e se mantenha motivada para continuar a implementação do protocolo. Para isso, pretendo criar uma base de dados onde será registado o número de doentes com doença avançada e incurável, por forma a sensibilizar os responsáveis para a exigência de necessidades destes doentes e famílias, com o registo das intervenções de enfermagem desenvolvidas no contexto físico, psicológico, emocional e espiritual, os sintomas mais frequentes e o tempo médio necessário para conseguir um controlo eficaz dos sintomas que causam desconforto. O objetivo será otimizar e melhorar os cuidados de enfermagem à pessoa em fim de vida. Pretendo manter a formação em serviço atualizada na área dos cuidados paliativos e das necessidades da pessoa em fim de vida e da sua família. Encontra-se já agendada, no plano de formação do serviço, a elaboração da norma de procedimento da hipodermóclise, para implementação da técnica nos cuidados à pessoa em fim de vida.

Considero ter contribuído para a melhoria da prestação de cuidados à pessoa em fim de vida e suas famílias, aumentando os meus conhecimentos, desenvolvendo competências e facilitando o envolvimento da equipa nesta problemática, o que terá certamente consequências positivas na prática de cuidados.

Espero continuar a investir na formação nesta área, para poder adquirir mais conhecimentos e práticas que me permitam continuar este percurso e conseguir continuar a melhorar os cuidados a estes doentes e famílias.

Este percurso fica essencialmente marcado por tudo o que vivenciei e aprendi, por ter conseguido pequenas mudanças no serviço e sobretudo nos profissionais, que neste momento estão mais atentos às necessidades dos doentes em fim de vida, com uma intervenção mais dirigida para o conforto da pessoa.

7 - LIMITAÇÕES DO PROJETO

Ao longo deste percurso deparei-me com alguns obstáculos que irei referir. O primeiro deles teve a ver com a resistência à mudança. A mudança é difícil para todos e foi necessário alguma insistência e perseverança para conseguir introduzir algumas alterações na prática de cuidados da equipa onde me integro. Como o projeto também pretende a implementação de algumas mudanças na prática de cuidados, no sentido da melhoria dos mesmos, e como para se conseguir interiorizar novos conhecimentos e novas práticas é necessário tempo para alcançar os objetivos, a limitação que considero mais relevante está relacionada com o tempo de estágio, que considero ser escasso para a consecução do projeto. Por outro lado, o facto de realizar estágios distantes do meu local de trabalho também se verificou ser uma limitação a considerar. O facto de alguns elementos da equipa não se mostrarem disponíveis para participar na implementação do projeto, alegando falta de tempo para participarem nas ações de formação e nas reflexões sobre a prática realizadas em equipa também pode ser considerada uma limitação.

Inicialmente tinha proposto realizar um protocolo entre o meu Serviço e a Unidade da Dor, por forma a estabelecer as atividades que cada equipa deveria desenvolver, responsabilizando cada um dos serviços naquilo que era necessário intervir junto da pessoa em fim de vida, onde a dor é frequentemente o sintoma mais difícil de controlar. No entanto esta articulação não foi possível, uma vez que a enfermeira da Unidade da Dor estava para dar início a um projeto semelhante, envolvendo vários serviços do hospital, pelo que ficou o compromisso da nossa disponibilidade (Serviço de Medicina) em participar no que fosse possível para contribuir para a melhoria dos cuidados aos doentes internados.

Outro dos aspetos que pretendia era que a referenciação das pessoas em fim de vida para as unidades de CP fosse iniciada mais cedo, por forma a ajudar os

doentes internados a usufruir atempadamente dos cuidados de referência nelas desenvolvidos. Este objetivo foi conseguido, pois neste momento sempre que temos um doente que vem referenciado da urgência para receber medidas de conforto, os enfermeiros conversam com a equipa médica para se dar início ao processo de referência para as unidades de CP (logo no início do internamento).

8 – CONCLUSÃO

A realização deste relatório foi o culminar de um longo trajeto de aprendizagem muito gratificante e positivo. A análise crítica de todo o percurso realizado, apresentada neste documento, permitiu um revisitar e uma reflexão sobre as aprendizagens efetuadas e as competências desenvolvidas, consciencializando-me das mesmas.

Quero também salientar a importância deste percurso que me obrigou a repensar a minha prática de cuidados e a do meu serviço à pessoa com doença oncológica em fim de vida e família e a consciencializar-me da necessidade de mudanças nos cuidados prestados, assim como a possibilidade que tive de mudar a minha própria prática e de contribuir para a melhoria da prática neste âmbito no meu serviço. Efetivamente, considero que os objetivos propostos foram globalmente alcançados. Realço a mudança de atitude e pensamento das equipas de enfermagem e médica em relação à problemática da pessoa em fim de vida e à necessidade de melhorar os cuidados de enfermagem a estes doentes, através de uma comunicação eficaz e de um melhor controlo de sintomas.

Em contexto hospitalar, perante a pessoa com doença oncológica em fim de vida, o enfermeiro tem um papel fundamental, pois é o profissional de saúde mais próximo do doente e que mais tempo passa junto dele, conhecendo as suas necessidades reais. Prestar cuidados a estas pessoas faz parte da minha prática diária, verificando que estas apresentam necessidades específicas e complexas que versam as várias dimensões do ser humano. Nesta fase da vida, a presença de sintomas que causam desconforto são imensos e necessitam de intervenções céleres e eficazes para ajudar as pessoas a alcançar o conforto, a tranquilidade, o bem-estar e a qualidade de vida. Isto só é possível se cada profissional tiver a capacidade de rever a sua prática e de procurar a melhoria da mesma. Além disso, foi também uma mais valia

todo o crescimento pessoal e profissional que ocorreu comigo, quando fui capaz de questionar a minha prática, perceber as minhas limitações e procurar forma de as ultrapassar.

Também a análise das práticas e a reflexão partilhada com os pares permitiu-me desenvolver o auto-conhecimento, a perícia, a pesquisa e o aperfeiçoamento da prática de cuidados. No final deste percurso consegui desenvolver competências específicas no sentido de alcançar o grau de proficiente na prestação de cuidados à pessoa em fim de vida. De acordo com Benner (2001) a enfermeira proficiente apercebe-se das situações na sua globalidade e não através de aspetos isolados, guiando as suas ações por máximas. É minha pretensão, no futuro, conseguir atingir o nível de perita, segundo Benner.

Termino com a certeza de desejar continuar a crescer nesta área, aperfeiçoando cada vez mais a minha prática como profissional competente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abrunhosa, M. A. (2000). MGF – Promoção e protecção da saúde nas diferentes fases da vida. Acedido novembro 20, 2014, em http://www.mgfamiliar.net/MMGF/textos/29/103_texto.html.
- Alarcão, I. (1996). *Estratégias de supervisão*. Formação reflexiva de professores. Porto Editora.
- Alves, P. V. (2013). Intervenção do enfermeiro que cuida da pessoa em fim de vida com alterações do comer e beber. *Pensar Enfermagem*, 17 (1), 17-30.
- Alves, M. L., Jardim, M. H., & Freitas, O. M. (2012). Sofrimento do doente oncológico em situação paliativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 8, 115-124.
- Apostolo, J. (2007). *O imaginário conduzido no conforto de doentes em contexto psiquiátrico*. Dissertação de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto.
- Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise dos conceitos e significados teóricos. *Revista Referência*, 9, 61-67. Acedido fevereiro, 12, 2015, em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CC4QFjAC&url=http%3A%2F%2Fwww.esenfc.pt%2Fv02%2Fadmin%2Fconteudos%2FdownloadArtigo.php%3Fid_ficheiro%3D262%26codigo%3D&ei=5THdV Lv5N8S8UbCSgqAC&usq=AFQjCNE7pjDTqHBLWLBI6fN t86TJvps6g&bvm=bv.85970519,d.bGQ.
- Araújo, M. M. T. & Silva, M. J. P. (2007). A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Rev Esc Enferm USP*, 41 (4), 668-74.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2006). *Formação de enfermeiros em cuidados paliativos: recomendações da ANCP*. Acedido março 30, 2014 em http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendações-Formação_em_CP.pdf.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (2006). *Cuidados Paliativos: O que são?* Acedido julho 18, 2014 em <http://www.apcp.com.pt/index.php?n=cuidadospaliativos&cod=79&subCat=79>.
- Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006) *Organização de Serviços em*

Cuidados Paliativos: Recomendações da ANCP.

- Barroso, R. (2010). *Condições para o desenvolvimento de acções paliativas em unidades de internamento*. Mestrado em Cuidados Paliativos, Faculdade de Medicina de Lisboa – Universidade de Lisboa, Portugal.
- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (1994). *Principles of Biomedical Ethics*. (4ed). New York: Oxford University Press.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Brazil. (2002). Cuidados Paliativos oncológicos – controlo de sintomas, *Revista Brasileira de Cancerologia*. Rio de Janeiro, 48 (2), 191-211.
- Casmarrinha, M. J. (2008). *Familiares do doente oncológico em fim de vida dos sentimentos às necessidades*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Universidade do Porto.
- Costa, C. A., Santos, C., Alves, P. & Costa, A. (2007). Dor oncológica. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 13 (6), 855-867. Acedido fevereiro 9, 2015 em http://www.scielo.oces.mctes.pt/scielo.php?pid=S087321592007000600007&script=sci_arttext
- Collière, M. F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Constituição da República Portuguesa. Artigo 1º. Acedido em 25 de julho de 2014, em www.fd.uc.pt/CI/CEE/OI/Constituicao_Portuguesa.htm.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2002). *Classificação Internacional para a prática de enfermagem*, (CIPE/ICNP) versão beta 2. Associação Portuguesa de Enfermeiros. Lisboa.
- Costa, A. M. & Antunes, T. M. (2012). Avaliação de sintomas em doentes sem perspectiva de cura. *Revista de enfermagem de referência*, (7), 63 – 72.
- Carta dos direitos do doente terminal. (1975). Carta dos direitos e deveres dos doentes. Acedido junho 14, 2014 em <http://www.wdgs Saúde. pt/carta.html>..
- Cavaco, C. (2003). Fora da escola também se aprende. *Percursos de Formação Experiencial. Educação, Sociedade e Culturas*. (20), 125-147.
- Canário, R. (2006). *Aprender sem ser ensinado. A importância estratégica da educação não formal*. In Conselho nacional de Educação. *A Educação em Portugal (1986-2006)*. Alguns contributos de investigação. Lisboa. Conselho Nacional de Educação.

- Canário, R. (1997). *Formação e situações de trabalho*. Porto Editora.
- Decreto-Lei n.º 104/ 98 de 21 de Abril (1998). Diário da República I Série, Ministério da Saúde–Do Código Deontológico do Enfermeiro. Nº 93 (98-04-21) 1754 – 1755.
- Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro. Diário da República – I Série A. Ministério da Saúde. Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Nº 205 (96-09-04) 2959-2962.
- Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa Nº 9/DGCG de 14/06/2003. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor, 1-4.
- Direção-Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional de Cuidados paliativos*. Ministério da Saúde. Lisboa
- Dias, A. B., Oliveira, L., Dias, D. G. & Santana, M. G. (2008). O toque afetivo na visão do enfermeiro. *Rev Bras Enferm Brasília*, 61 (5), 603-7.
- Dibbelt, S., Schaidhammer, M., Fleischer, C. & Greitemann, B. (2009). Patient-Doctor interaction in rehabilitation: The relationship between perceived interaction quality and long-term treatment results. *Patient Education and counseling*, 76 (3), 328-335.
- Dowd, T. (2004). Teoria do Conforto. In A. M. Tomey, M.R. Alligood (Coords). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (pp. 481 – 495). Loures: Lusociência.
- Gomes, A. M. (2010). *O cuidador e o doente em fim de vida – Família e/ou pessoa significativa*. Revista electrónica cuatrimestral de Enfermagem. *Enfermería Global*, 18, 1- 9. Acedido Junho 20, 2014, em <http://www.um.es/eglobal/>
- Gonçalves, J. F. (2011). *Controlo de sintomas no cancro avançado*. (2ª ed). Lisboa: Coisas de Ler
- Guarda, H., Galvão, C. & Gonçalves, M., J. (2006). Apoio à família. In A. Barbosa & I. Neto (Eds). *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 453-461). Lisboa: Faculdade de Medicina.
- Hayashi, V., Chico, E. & Ferreira, N. (2006). Enfermagem de família: um enfoque em oncologia. *R Enferm UERJ*, 14 (1), 13-20.
- Hjermstad, M., J. et al. (2008). Pain assessment in palliative care: an urgent need for consensus. *Palliative Medicine*, 22, 895-903.
- Instituto Nacional de Câncer. (2001). *Cuidados Paliativos Oncológicos – Controlo da dor*. Ministério da Saúde. Brasil. Rio de Janeiro: INCA.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2012). Risco de morrer – 2012. Direção Geral

da Saúde. Acedido 25 novembro, 2014, em http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui...att...

- IASP. (1994). Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. In *Classification of Chronic Pain*. 2ª ed. Editores: Harold Merskey, Nikolai Bogduk, 210-213.
- Jahn et al. (2010). Improvement of pain related self management for oncologic patients through a trans institutional modular nursing intervention: protocol of a cluster randomized multicenter trial. *Trials Journal*, 1-8.
- José, H. M. (2008). *Resposta humana ao humor: Quando o humor integra o agir profissional dos enfermeiros*. Tese de Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa. Acedido fevereiro 3, 2015, em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CCUQFjAB&url=http%3A%2F%2Frepositorio.ul.pt%2Fbitstream%2F10451%2F1843%2F1%2F19986_ulsd_re25_2_Helena_MG_tD.pdf&ei=UlfNVJXYKtfWap7dgJAB&usq=AFQjCNGIDckQ6tS6GFG8duyFczUkL9nT1Q&bvm=bv.85076809,d.d2s
- Kolb, D. (1984). *Experiential Learning: Experience as The Source of Learning and Development*. Prentice – Hall.
- Kolcaba, K. Y. (1991). A Taxonomic structure for the concept Comfort. *Image*, 23 (4), 237-240.
- Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178-1184.
- Kolcaba, K. Y. (1995). Comfort as process and product, merged and holistic nursing art. *Journal of Holistic Nursing*, 13 (2), 117-131.
- Kolcaba, K. Y. (2003). *Comfort Theory and Practice*. A vision for holistic health care and research. New York: Springer.
- Loureiro, C. (2001). Cuidados de enfermagem a doentes em fase terminal. *Sinais Vitais* (36), 45-50.
- Lugton, J., & Kindlen, M. (1999). *Palliative Care: The Nursing Role*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Machado, M. C., Couceiro, L., Cortes, M., Almendra, R., & Alves, I. (2011). A morte e o morrer em Portugal. Acedido novembro 18, 2014, em <http://www.wook.pt/ficha/a-morte-e-o-morrer-em-portugal/a/id/11159062>.
- Marques, C. N. C. (2010). *A massagem terapêutica em idosos não comunicantes com doença terminal*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa– Universidade de Lisboa.
- Monteiro, D. (2009). *Escala de Edmonton e cuidados paliativos – Revisão*

integrativa. Monografia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Porto Alegre.

Moreira, I. B. (2001). *O doente terminal em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.

Neto, I. (2006). Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In A. Barbosa & I. Neto (Eds). *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 17-52). Lisboa: Faculdade de Medicina.

Neto, I. (2006). Modelos de controlo sintomático. In A. Barbosa & I. Neto (Eds). *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 53-60). Lisboa: Faculdade de Medicina.

Oliveira, P. & Simões. S. (2000). A morte no Hospital – Um desafio para a enfermagem. *Enfermagem Oncológica*, (14), 35-38.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - Enquadramento conceptual enunciados descritivos. Conselho de enfermagem. Acedido março 13, 2015 em <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>

Ordem Dos Enfermeiros. (2003) – Competências do enfermeiro de cuidados gerais. Lisboa: Conselho de Enfermagem, p 24.

Ordem Dos Enfermeiros. (2003). – Código Deontológico dos Enfermeiros: anotações e comentários. Lisboa: OE, p 187.

Ordem dos Enfermeiros. *Dor – Guia Orientador de Boas Práticas*. (2008). Cadernos da OE, Série I, Nº I.

Pacheco, S. (2004). *Cuidar a Pessoa em Fase Terminal: Perspetiva Ética*. (2ª ed). Loures: Lusociência.

Patrão, I. (2007). *O Ciclo Psico-Oncológico no cancro da mama: Estudo do Impacto Psicossocial do Diagnóstico e dos Tratamentos*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Aplicada, na Especialidade de Psicologia da Saúde, Instituto Superior de Psicologia Aplicada - Universidade Nova de Lisboa. Acedido janeiro 28, 2014 em http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/208?mode=full&submit_simple=Most+r+registo+eem+formato+completo

Palma, M., J., Salazar, H. (2006). Sono. In A. Barbosa & I. Neto (Eds). *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 257-293). Lisboa: Faculdade de Medicina.

Pereira, J., L. (2006). *Gestão da Dor Oncológica*. In A. Barbosa & I. Neto (Eds). *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 61-113). Lisboa: Faculdade de Medicina.

Phaneuf, M. (1995). *Relação de ajuda: elemento de competência da enfermeira*.

Coimbra: Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Cuidar.

- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Montreal: Lusociência.
- Pinto V., & Conceição A. (2008). Os enfermeiros na espiral do conforto. *Revista Sinais Vitais*, 80, 5-12.
- Potter & Perry. (2006). *Fundamentos de Enfermagem*. Conceitos e procedimentos. (5ª ed). Lusociência
- Portal da Saúde - Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2010). Acedido 25 junho, 2013 em www.Portaldasaude.pt/portal/.../a.../2010/3/cuidados+paliativos.htm.
- Programa de Postgrado en Enfermeria Oncológica de la EONS. (2005). (3ª ed). Bruselas: European Oncology Nursing Society.
- Prior, L. M. (2011). *A influência do padrão de sono na depressão em doentes em cuidados paliativos*. Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Querido, A. I. F. (2005). *A Esperança em Cuidados Paliativos*. Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa - Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Querido, A., Salazar, H. & Neto, I. (2006). Comunicação. In A. Barbosa & I. Neto (Eds). *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 357-378). Lisboa: Faculdade de Medicina.
- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa. (2011). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento nº 122/2011 de 18 de Fevereiro (2011). Ordem dos enfermeiros.
- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2011). Diário da República, 2ª Série, Nº 35 (18-02-2011) 8648-8653.
- Ribeiro, L. M. J. (2011). *As competências dos profissionais em cuidados paliativos*. Trabalho de projeto para obtenção do grau de Mestre, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Ribeiro, P. C. & Costa, M. A. (2012). O conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: contributos para uma revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, (7), 149-158.
- Riley, J. B. (2004). *Comunicação em enfermagem*. (4ª ed). Loures: Lusociência.

- Ruivo, M., Ferrito C. & Nunes, L. (2010). *Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. Percursos*. Publicação da área disciplinar de enfermagem. ESSIP Setúbal. Nº 15.
- Rossa, J. M. (2007). *A pessoa em fim de vida – vivências dos enfermeiros*. Dissertação de Mestrado em Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa - Universidade de Lisboa.
- Santos, L., P., J., C., M. (2008). *Dor no doente oncológico em fase terminal: Análise de uma experiência de cuidar*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar – Universidade do Porto. Acedido janeiro 13, 2015, em <http://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/19348/2/Maria%20ConceioMestrado.pdf>.
- Sapeta, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: o processo de interacção enfermeiro-doente*. Loures: Lusociência.
- Sanchez, K.O.L., Ferreira, N.M.L.A., Dupas, G., & Costa, D.B. (2010). Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. *Rev Bras Enferm.* 63 (2) 290-299.
- Sampaio, L. R., Moura, C. V. & Resende, M. A. (2005). Recursos fisioterapêuticos no controlo da dor oncológica: Revisão da Literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 51 (4) 339-346. Acedido fevereiro 9, 2015 em http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v04/pdf/revisao5.pdf.
- Silva, G. (2014). Massagens terapêuticas aliviam a dor. Acedido fevereiro 13, 2015 em http://www.cmjornal.xl.pt/nacional/sociedade/detalhe/massagens_terapeuticas_aliviam_dor.html.
- Simões, R. & Rodrigues, M. (2010). *Relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem a doentes em fim de vida*. Esc. Anna. Nery (impr), 14 (3), 485-489.
- Smeltzer, S. C. & Bare, B. (2005). *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. (10ªed). Rio de Janeiro. Editora Guanabada Koogan.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (1992). *Guía de Cuidados Paliativos*. Acedido julho 18, 2014 em www.secpal.com
- Sousa, A. (2012). *Sintomas em cuidados paliativos: da avaliação ao controlo*. Dissertação de Mestrado em Oncologia, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto.
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. (2ª ed). Lisboa: Climepsi Editores.

Toth, M., Marcantônio, E.R., Davis, R. B., Walton, T., Kahn, J. R. & Phillips, R. (2013). Massage therapy patients with metastatic cancer: a pilot randomized controlled trial. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 19 (7), 650-656. Acedido fevereiro 13, 2015, em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3700435/>

APÊNDICES

APÊNDICE I

Caraterização do contexto de estágio do Hospital A

O Hospital A, tem uma Unidade de Cuidado Continuados e Paliativos, com espaços físicos e recursos humanos próprios e especializados. Tem um total de 40 camas, sendo que, a ala do lado direito normalmente é destinada aos doentes em Cuidados Paliativos, e podem ocupar, se necessário, até 14 camas. Os quartos são duplos ou individuais e todos têm casa de banho privativa.

Esta Unidade destina-se ao tratamento, acompanhamento e supervisão clínica de pessoas, com perda de autonomia e em situação complexa de sofrimento, associada a doença grave, incurável e progressiva.

As ações que desenvolvem, passam pelo acompanhamento do doente e família, onde o objetivo é proporcionar cuidados de saúde rigorosos e humanizados e que contribuam para o conforto, dignidade e qualidade de vida de cada pessoa.

Esta unidade cumpre os critérios emanados pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, sendo reconhecida pela mesma (APCP, 2006), dedicando-se à formação e investigação tendo em conta a sua área de intervenção.

APÊNDICE II

Lista de bibliografia consultada sobre os cuidados à pessoa em fim de vida

- Abiven, M. (2001). *Para uma morte mais humana: experiência de uma unidade hospitalar de cuidados*. (2ª ed). Loures: Lusociência.
- Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2006). *Formação de enfermeiros em cuidados paliativos: recomendações da ANCP* Acedido março 30, 2013, em [http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendações_Formação em_CP.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendações_Formação_em_CP.pdf)
- Araújo, M. M. T. & Silva, M. J. P. (2007). *A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o optimismo*. Rev Esc Enferm USP, 41 (4) 668-74.
- Barbosa, António (2006). Modelos de controlo sintomático. In António Barbosa & Isabel Neto (Eds). *Manual de Cuidados Paliativos* (pp 53-60). Lisboa: Faculdade de Medicina.
- Brown, H., Johnston, B. & Ostlund, U. (2011). Identifying care actions to conserve dignity in end-of-life care. *British Journal Of Community Nursing*, 16 (5), 238-245.
- Carreiras, E. & Arraiolos, N. (2002). O enfermeiro perante o doente que morre. *Nursing*, (168) 31-34.
- DeLisser, H. M. (2009). A practical approach to the family that expects a miracle. *Chestjournal*, 135 (6), 1643-1647.
- Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa Nº 9/DGCG de 14/06/2003. *A Dor como 5º sinal vital*. Registo sistemático da intensidade da Dor. (pp. 1-4).
- Dias, A. B., Oliveira, L., Dias, D. G. & Santana, M. G. (2008). O toque afetivo na visão do enfermeiro. *Rev Bras Enferm Brasília*, 61 (5) 603-7.
- Ferreira, C. (2004). Morrer na presença de quem cuida. *Revista Sinais Vitais*. (56), 30-33.
- Guidelines for the use of subcutaneous medications in palliative care (2001). NHS – Greater Glasgow and Clyde

- Guarda, H., Galvão, C. & Gonçalves, M.J. (2006). Apoio à família. In A. Barbosa, I. Galriça Neto. *Manual de cuidados paliativos*. (pp. 453-461). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
- Hayashi, V., Chico, E. & Ferreira, N. (2006). Enfermagem de família: um enfoque em oncologia. *R Enferm UERJ*, 14 (1) 13-20.
- Hack, T., Chochinov, H., Hassard, T., Kristjanson, L., Mcclement, S. & Harlos, M. (2004). Defining dignity in terminally ill cancer patients: a factor analytic approach. *Psycho-oncology*, (13), 700–708.
- Hudson, P., Quin. K., O´ Hanlan, B. & Aranda, S. (2008). Conferências Familiares em Cuidados Paliativos: Normas de orientação multidisciplinares para a prática clínica. *BMC Palliative Care* 7:12.
- Loureiro, C. (2001). *Cuidados de Enfermagem a doentes em fase terminal*. *Revista Sinais Vitais*, (36), 45-50.
- Monteiro, D.R., Kruse, M. H. L., & Almeida, M. A. (2010). Avaliação do Instrumento *Edmonton Symptom Assessment System* em Cuidados Paliativos: Revisão integrativa. *Ver Gaúcha Enferm*, 31 (4), 785-793.
- Pereira, J. (2006). Gestão da Dor Oncológica. In A. Barbosa & I. Neto (EDs). *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 61-113). Lisboa: Faculdade de Medicina.
- Rabow, M. W, Hauser, J. M. & Adams, J. (2004). Supporting family caregivers at the end of life. *JAMA*, 291 (4), 483-491.
- Tejedor, D. & Alvarez, A. (2010). Estudio de la utilización de la vis subcutânea en los pacientes ingressados en una unidad de cuidados paliativos. *Ver. Enfermagem*, 2 (1).
- The Joanna Briggs Institute. *Joanna Briggs Institute Reviewers’ Manual: 2011 edition*. Acedido setembro 20, 2014. Disponível em: <http://www.joannabriggs.edu.au/Documents/sumari/Reviewers%20Manual-2011.pdf>
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. (2ª ed). Lisboa: Climepsi Editores.

APÊNDICE III

**Norma de Procedimento – “Intervenções de Enfermagem na Avaliação e
Controlo da Dor”**

1. NOME

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR

2. ÂMBITO

CONTINUIDADE DE CUIDADOS

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS

3. PESSOAL ABRANGIDO

ENFERMEIROS DA UNIDADE DE CUIDADOS CONTINUADOS E PALIATIVOS

4. OBJETIVOS

4.1. Uniformizar / orientar os enfermeiros na avaliação da dor

4.2. Orientar os profissionais nas intervenções a realizar no controlo da dor

4.3. Uniformizar os cuidados prestados ao cliente com dor controlada e com dor não controlada

5. PONTOS IMPORTANTES

5.1. Definição:

O conceito de Dor é difícil de definir na medida em que é uma experiência puramente subjetiva.

O conceito de “Dor Total” enfatiza a importância de se interpretar o fenómeno doloroso não somente na sua dimensão física, mas também nas suas dimensões emocionais, sociais e espirituais que influenciam na génese e na expressão da queixa dolorosa.

A Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a danos potenciais ou reais em tecidos, ou percebida como dano. É uma sensação em partes do corpo, sempre desagradável e que tem sempre uma experiência emocional (International Association for the study of Pain, 1994).

5.2. Tipos principais de dor: (colocar quadro)

- Nociceptiva (somática e visceral)
- Neuropática
- Psicológica

Tipo de dor	Mecanismos de ação	Subtipos	Características	Exemplos causais
Nociceptiva	Ativação de receptores nociceptivos	Somática	Constante e intermitente, em moinha ou moideira. Bem localizada	Metástases ósseas, musculares / infiltração dos tecidos moles
		Visceral	Constante, dolorosa, que aperta. Muitas vezes precariamente localizada; pode ser referida	Metástases intra-abdominais, metástases hepáticas, cancro no pâncreas.
			Cólicas	Obstrução intestinal
Neuropática	Destruição/infiltração/ compressão do nervo	Disestésica/ desaferenciação	Ardor constante, hiperalgesia ou alodínias, ocasionalmente radiante	Invasão do plexo braquial ou do nervo trigêmeo
		Lancinante	Dor lancinante episódica. Paroxismos tipo choque	Invasão do plexo braquial ou do nervo trigêmeo

Quadro 1 – Classificação tradicional da Dor

Fonte: Pereira, José (2006). Gestão da Dor Oncológica. In A. Barbosa & I. Neto (Eds). Manual de Cuidados Paliativos (pp.98). Lisboa: Faculdade de Medicina.

5.3. Objetivos da avaliação da dor:

Desenvolver estratégias de tratamento adequado, através de:

- Identificação das causas da dor;
- Intensidade da dor;
- Impacto da dor na função, disposição e qualidade de vida;
- Exame físico completo;
- Caracterização da dor quanto à localização e tipologia

5.4. Avaliação da Dor: O cliente é o maior perito da sua própria dor, enquanto fenómeno complexo, multidimensional e experiência única.

Princípios básicos:

- Acreditar na dor do cliente;
- Avaliar a história completa de cada dor (local, fatores de alívio ou exacerbação, qualidade, início exato, padrão temporal, sinais e sintomas associados, interferência com a atividade de vida diária, impacto no estado psicológico, resposta à terapêutica analgésica);
- Detetar a necessidade de apoio psicológico;
- Adequar os métodos diagnósticos e terapêuticos de acordo com o estado e vontade do cliente;
- Reavaliar sistematicamente a resposta ao internamento;
- Utilizar ferramentas estandardizadas.

6. SEQUÊNCIA LÓGICA DOS PROCEDIMENTOS

6.1. Na avaliação da dor devemos considerar:

6.1.1. Localização anatómica

6.1.2. Frequência (contínua ou intermitente)

6.1.3. Se causa irradiação

6.1.4. Topologia: - horizontalidade: direita/esquerda

- verticalidade: inferior/superior

- lateralidade: unilateral/bilateral

- centralidade: central/periférica

- todo/parte

6.1.5. Atividades de vida diárias alteradas

6.1.6. Intensidade da dor, utilizando as escalas de avaliação da dor presentes na Circular Normativa N^o 09/DGCG de 14/06/2003

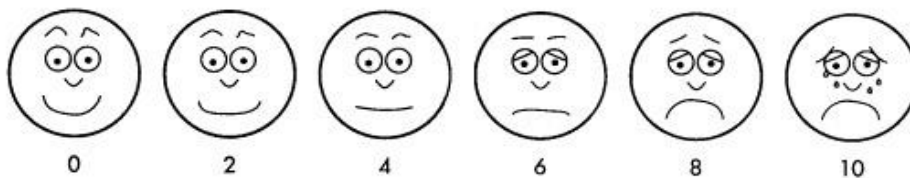
Escala visual analógica



Escala numérica



Escala de faces



6.1.7. Características da dor

6.1.8. Considerar a história progressa do consumo de analgésicos

6.2. Intervenções de Enfermagem:

Após efetuar uma correta e detalhada avaliação da dor do cliente, deve-se proceder ao desenvolvimento de intervenções de enfermagem para controlo da dor identificada.

6.2.1. No cliente com dor não controlada

6.2.2. No cliente com dor irruptiva

6.2.3. No cliente com dor controlada

Nota: Em todas as situações é necessário:

1 - Conversar com o cliente:

- Explicar o procedimento
- Estabelecer a confiança
- Considerar a capacidade de compreensão de cada cliente
- Considerar experiências anteriores de dor
- Monitorizar sinais vitais
- Avaliar atitude relativamente à doença
- Avaliar as expetativas
- Avaliar o bem-estar físico e psicológico
- Ensinar a gestão da dor e o regime de tratamento

2 - Apresentar e explicar o instrumento de avaliação da dor utilizado

3 - Avaliar e registar:

- Circunstâncias em que surge dor
- Avaliar a dor quanto à duração, frequência e situação

6.2.1. Promover o alívio da dor no cliente com dor não controlada

A - Intervenções não farmacológicas

B - Intervenções farmacológicas

A - Intervenções não farmacológicas

- Alternância de decúbitos
- Atividades lúdicas

- Estimulação cutânea - Massagem
- Aplicação de frio e calor
- Técnicas de relaxamento
- Musicoterapia
- Implementar intervenções do humor
- Identificar/abordar os problemas físicos, psicológicos e sociais que o cliente sinta
- Reavaliar a dor após tratamento e monitorizá-la

B - Intervenções farmacológicas

- Avaliar o regime analgésico em curso
- Selecionar um regime analgésico
- Iniciar o tratamento logo que possível
- Utilização/aplicação da escada analgésica da dor
- Quando possível preferir a via oral
- Manter um horário regular para uma adequada cobertura analgésica
- Identificar as necessidades específicas de cada cliente
- Utilizar doses extra de resgate para a dor irruptiva
- Treinar o doente para a autogestão da medicação
- Avaliar a resposta à medicação
- Reavaliar a dor após tratamento e monitorizá-la

6.2.2. Na dor irruptiva:

- Administração de SOS prescrito
- Avaliar o perfil da dor e otimizar estratégias para melhorar o desconforto
- Na dor irruptiva pode recorrer-se à via sublingual, intranasal e bucal

6.2.3. Na dor controlada

- Vigiar a dor
- Vigiar efeitos secundários
- Vigiar toxicidade
- Vigiar absorção
- Vigiar a adesão ao plano terapêutico

7. Considera-se pertinente abordar de forma resumida alguns aspetos relacionados com os opióides, pelo facto dos mesmos serem dos fármacos mais utilizados no controlo da dor.

7.1. Vias de administração dos opióides:

- A via preferida é a via oral, no entanto, caso o doente seja incapaz de engolir ou se surgir uma crise de dor muito intensa, deve recorrer-se a vias alternativas. Como vias alternativas temos:

- Via subcutânea
- Via intravenosa
- Via transdérmica
- Via transmucosa oral ou bucal
- Via retal
- Via intraespinal (epidural e intratecal)

- A via subcutânea é duas vezes mais potente que a via oral e três vezes mais potente que a via intravenosa.
- A literatura atual não apoia o uso de opióides por inalação.
- A administração de opióides pela via intramuscular não é recomendada.

7.2. Medos relacionados com o uso de opióides:

É importante saber explicar e desmistificar ideias erradas acerca do uso dos opióides, que muitas vezes preocupam os doentes/famílias nomeadamente sobre:

- Medo da adição
- Preocupação com a perda de eficácia dos analgésicos
- A ideia de que a morfina é só dada quando as pessoas estão a morrer
- Os opióides encurtam a vida
- Os opióides alteram a cognição

7.3. Efeitos secundários dos opióides:

Na avaliação e controlo da dor é necessário gerir os efeitos secundários dos opióides (quando usados no tratamento farmacológico da dor) e atuar na neurotoxicidade induzida pelos mesmos; o enfermeiro deve estar desperto para detetar esses efeitos e intervir nos mesmos.

- Obstipação (necessita de um regime laxante regular)
- Náuseas
- Vômitos
- Sonolência
- Retenção urinária e prurido (menos frequente)

Na neurotoxicidade induzida por opióides os mais relevantes são:

- Mioclonias
- Alucinações
- Défices cognitivos
- Delírio

- Hiperalgisia
- Alodinia
- Convulsões

7.4. Estratégias para gerir a neurotoxicidade:

- Fazer rotação opióide
- Reduzir a dose do opióide
- Utilizar a hidratação

APÊNDICE IV

Reflexão sobre um evento significativo no estágio do Hospital A

REFLEXÃO SOBRE UM EVENTO SIGNIFICATIVO, UTILIZANDO O CICLO DE GIBBS

Nesta reflexão, vou-me reportar, a uma situação ocorrida durante o estágio, num serviço de internamento de cuidados paliativos, que me marcou pelo impacto e sofrimento das pessoas envolvidas.

Era uma manhã atarefada, onde os doentes ao cuidado da enfermeira que eu acompanhava, exigiam cuidados específicos e demorados, uma vez que eram doentes de cuidados paliativos, e dois deles se encontravam com doença avançada e em fim de vida. Eu colaborava na prestação de cuidados a esses doentes.

Preparava-me para prestar os cuidados de higiene e realizar um penso ao senhor M, que se encontrava todos os dias acompanhado pela esposa. Era um doente de 65 anos, do género masculino, com o diagnóstico de Melanoma do calcâneo, consciente, com períodos de confusão e discurso incoerente, totalmente dependente nas suas atividades de vida diárias, asteniado e sonolento. O dia da realização do penso (que era efetuado duas vezes por semana) era sempre bastante difícil, pela dor que causava, mas também pelo facto de ser uma ferida bastante exsudativa, com cheiro muito intenso e que causava grande impacto, em termos de alteração da imagem corporal.

Enquanto preparava o material necessário, a esposa do doente olhou para mim e disse: “ Enfermeira, porque é que o meu marido tem de sofrer assim? O que é que se pode fazer, para que a perna dele não tenha este aspeto, e este cheiro que é tão incómodo, tudo isto está a chegar ao fim, não está?”

Fiquei por segundos, a olhar e a escutar a senhora em silêncio, sem saber por onde começar a falar, vi no seu olhar fragilidade, insegurança e medo do que iria acontecer. Vi em ambos um fâcies triste e olhar vago, sem saber o que esperar. Lembro-me, que peguei na mão da senhora e disse-lhe: “Vejo que está muito preocupada, com a situação do seu marido, quer falar sobre as suas inquietações?” Começou a chorar e pegou na mão do marido. Fez silêncio. Perante o silêncio disse-

lhe: “Se quiser partilhar comigo, as suas preocupações, estou aqui para a ouvir e ajudar no que for possível”.

Naquele momento, disponibilizei-me para escutar todas as suas preocupações e proporcionei abertura, para a expressão das suas dúvidas e receios. Devolvi a questão, para promover a expressão de sentimento. Uma vez, tinha observado os enfermeiros a fazê-lo, com resultados positivos, e a literatura também refere que ao escutar ativamente, podemos utilizar estratégias como: devolver as questões, fazer perguntas sobre sentimentos e explorar pistas (Twycross, 2003).

A senhora referiu: “ Não consigo ver o meu marido neste sofrimento, o que se pode mais fazer?”

Como a esposa do doente, já tinha conhecimento, de toda a situação de doença do marido, tentei lembrar que a doença se encontrava numa fase muito avançada e que, naquele momento, o que queríamos proporcionar ao senhor M, eram medidas de conforto, que se relacionavam sobretudo com o alívio dos sintomas, em particular da dor, do cansaço e do desconforto associado à realização do penso. Reforcei, que estávamos a utilizar um novo material no tratamento da ferida e que, segundo os colegas que têm acompanhado o senhor M, o exsudado e o odor se encontravam diminuídos, o que tem sido um ganho em termos de conforto.

Referiu: “Os dias demoram tanto a passar, como sabe estou aqui sozinha, a família está longe e a minha filha não consegue aceitar esta situação...”. Falou dos problemas familiares.

Referi que era importante ter um pouco de tempo para ela, ir almoçar ao refeitório, beber um chá ou um café de modo a sair um pouco do quarto, reforcei que podia ir tranquila, pois a equipa estava ali disponível, para a acompanhar e ao marido, pois como referem Twycross (2003) e Querido, Salazar e Neto (2006) é muito importante o doente e família não se sentirem sozinhos, assegurando que a equipa estará sempre acessível e presente.

Tentei mostrar disponibilidade, para que se sentisse apoiada, promovendo a ventilação de sentimentos sobre a doença já muito avançada, esclarecendo dúvidas,

promovendo a sua adaptação e aceitação da realidade. No final da realização dos cuidados, a esposa do senhor M agradeceu-me a disponibilidade e atenção dada.

Senti angústia e impotência, perante a incapacidade de também eu, não poder dar a resposta que a esposa do Sr^o M gostaria de ouvir; a progressão da doença era real. Como ambos se encontravam informados sobre a doença (há muito tempo, apesar de neste momento o doente se encontrar confuso e com muitos períodos de desorientação), o que fiz foi dar um reforço, escutar e ajudar a Sr^a nesta situação.

É fundamental ajudar e acompanhar o doente em fim de vida e família, sinto que preciso de desenvolver competências no âmbito da comunicação, o que é possível através da literatura consultada e da observação de boas práticas, utilizando depois na prática o conhecimento adquirido. Pensei em falar sobre estratégias, que ajudassem a esposa do senhor M a refazer a sua vida, estava focada só na doença do marido e tudo o resto ficou para trás. Senti dificuldade na abordagem, uma vez que era o primeiro estágio em que contactava com esta realidade, não me sentindo ainda preparada.

Senti desta forma alguma dificuldade, em comunicar com o senhor M e a sua esposa sobre a progressão da doença, os desconfortos e o fim da vida, no entanto, tentei dentro do que podia e sabia dar resposta às suas dúvidas. Utilizei a escuta ativa, promovendo um ambiente tranquilo, utilizando uma linguagem perceptível, respondendo e esclarecendo dúvidas, de acordo com o que era solicitado, respeitando sempre as emoções manifestadas.

Esta situação proporcionou, pela sua intensidade emocional e possibilidade em utilizar as estratégias de comunicação adequadas, uma reflexão sobre a prática e uma aprendizagem importante. Tive necessidade de pesquisar sobre esta temática, refletindo as minhas próprias fragilidades perante esta situação.

Como aspeto negativo, saliento a minha dificuldade, em estabelecer de forma clara e precisa uma comunicação eficaz, contudo, considero ter feito o melhor na situação em causa, tendo sido possível confrontar-me com as minhas fragilidades, adquirindo novas competências na relação com o outro.

Fazendo uma análise da minha atuação, nesta situação, tentei sobretudo ver a situação na sua globalidade. Durante a conversa, a esposa do senhor M referiu que apesar do marido estar num quarto de hospital, sabia que ele era bem cuidado e que, apesar dos desconfortos que surgiam com o avançar da doença, ele estava muitas vezes confortável. A minha intervenção foi, apoiar emocionalmente e esclarecer dúvidas, ajudando a esposa do senhor M a encontrar mecanismos de adaptação, a compreender e aceitar a inevitável progressão da doença e a perceber todos os cuidados desenvolvidos inerentes ao conforto e bem-estar do senhor M. Recorri muitas vezes à escuta ativa.

Permaneci junto da esposa do senhor M, deixei-a expressar sentimentos e dúvidas, toquei-lhe na mão, mostrei tempo e disponibilidade e que eu estava ali para a ajudar. É através do toque que se proporciona conforto, calor humano, transmitindo ao doente que ele não está só perante a dor e o sofrimento. O toque é uma forma de contato que ultrapassa os procedimentos técnicos, é uma forma de comunicação não-verbal, através do qual se estabelece empatia na relação (Dias, Oliveira, Dias & Santana 2008).

Neste serviço, havia disponibilidade para estar, escutar e acompanhar, tudo era realizado no sentido de considerar o doente e família, não havia pressas nem inúmeras tarefas prioritárias pois, a prioridade era cada um dos clientes, cada um era importante e dispõem-se de todo o tempo que, as suas necessidades e desconfortos exigiam.

Quis estabelecer uma comunicação eficaz, tornando-me num apoio e num elemento de referência, para a esposa e para o doente. Nesse sentido, foi necessário desenvolver competências técnicas de relação interpessoal e de comunicação, como parte do processo de promover o conforto. Foi fundamental, desenvolver uma comunicação eficaz com a esposa do senhor M, pois desta forma, como diz Querido, Salazar e Neto (2006), quando se consegue uma comunicação eficaz, existem benefícios para os doentes e família, pois se eles se sentem compreendidos e satisfeitos consegue-se diminuir a ansiedade, melhorando o controlo sintomático e a adesão ao tratamento.

Nesta situação, a comunicação não-verbal também foi muito importante. Tentei sempre ter uma conduta de autenticidade, falando a verdade e avaliando as expectativas realistas e irrealistas da esposa do senhor M, indo ao encontro do que refere Twycross (2003) quando salienta que os objetivos de uma boa comunicação, são reduzir a incerteza, melhorar os relacionamentos e indicar/ dar uma orientação/direção ao doente e família. Devemos sempre reforçar que, independentemente do que possa vir a acontecer, estaremos lá para apoiar e ajudar, de forma a que, o doente e família não se sintam abandonados.

Partilhei esta situação com a enfermeira que me acompanhava, tendo sido importante, a reflexão que fiz com ela, sobre a importância da comunicação em cuidados paliativos e a aquisição de ferramentas, para o seu desenvolvimento.

Só com o treino contínuo das estratégias de comunicação, posso conseguir responder e atuar melhor nestas situações, melhorando a qualidade do apoio e cuidados desenvolvidos.

Numa próxima situação, considero que devo estar ainda mais familiarizada com a situação do doente, para poder atuar de forma mais concreta, clara e com mais conhecimento.

Se uma situação surgir de novo na minha prática de cuidados, irei mostrar que estou efetivamente ali presente para ajudar, confortar e escutar. É necessário continuar a refletir sobre a prática, prestando atenção aos pensamentos e emoções que surgem, refletindo no que é importante ao realizar na ação, para assim intervir melhor em situações semelhantes. Irei tentar perceber exatamente o que a pessoa quer dizer, o que quer saber, devolvendo as questões e utilizando estratégias de comunicação,

Vou tentar procurar permanentemente, alcançar a excelência no exercício profissional, no sentido também, da construção de uma eficaz relação terapêutica, nos cuidados desenvolvidos.

BIBLIOGRAFIA

Apóstolo, J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Revista Referência*, 9, 61-67.

Magalhães, J. C. (2009). *Cuidar em fim de vida*. Lisboa: Coisas de Ler.

Kolcaba, K. 2003. *Comfort theory and practice. A vision for holistic health care and research*. New York: Sprigger Publishing Company.

Querido, A., Salazar, H., Neto, I. (2006). Comunicação. In A. Barbosa & I. Neto (Eds). *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 357-378). Lisboa: Faculdade de Medicina.

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (pp 37-78). 2ªed. Lisboa: Climepsi Editores.

APÊNDICE V

**“Instrumento de registo dos problemas relacionados com a satisfação do sono
e intervenções de enfermagem”**

Instrumento de registo dos problemas relacionados com a satisfação do sono e intervenções de enfermagem

Problema	Intervenções
Condições do meio ambiente que perturbam o sono	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Diminuir o ruído no quarto e na enfermaria, ter horas de silêncio ✓ Adequar a intensidade da luz de acordo com a preferência da pessoa (fechar o store ou cortinas) ✓ Adequar condições do meio ambiente de acordo com vontade da pessoa considerando o ruído, a luminosidade, a temperatura e os odores ✓ Promover ambiente seguro e confortável (puxar grades da cama, ter colchão e almofada adequado na cama, evitar objetos por perto que possam causar quedas) ✓ Proporcionar temperatura adequada no quarto (ligar aquecimento, roupa de cama adequada) ✓ Programar horário dos tratamentos (verificar os sinais vitais do turno da noite para uma hora que não incomode a pessoa) ✓ outros
Dor que perturba o sono	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Intervenções não farmacológicas: <ul style="list-style-type: none"> - Alternância de decúbitos - Estimulação cutânea (massagem e aplicação de frio e calor) - Musicoterapia ✓ Intervenções farmacológicas: <ul style="list-style-type: none"> - Administrar medicação prescrita para o alívio da dor, mantendo horário regular - Utilizar doses extra de resgate ✓ Outros
Ansiedade / preocupação que perturba o sono	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover educação para a higiene do sono (considerando as horas de sono, as rotinas, a alimentação, as atividades e o ambiente) ✓ Restringir ingestão hídrica antes de dormir ✓ Promover o relaxamento muscular (realizar massagem corporal) ✓ Tranquilizar o doente, promover a expressão de receios e sentimentos, colocar campainha junto da pessoa ✓ Oferecer bebidas quentes ✓ Uso de musicoterapia ✓ Outros
Dispneia que perturba o sono	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Promover posição de conforto ✓ Administrar medicação ✓ Conversar e escutar a pessoa promovendo a expressão de receios e sentimentos ✓ Deixar a campainha junto da pessoa ✓ Outros

Documento elaborado com base em: Twycross (2003); Pereira (2006); Potter & Perry (2006); Sousa (2012) e Palma & Salazar (2006).

APÊNDICE VI

Caraterização do contexto de estágio, do Hospital B

O Hospital B tem um serviço composto pela Equipa de Gestão de Altas, pela Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos e pela Unidade de Assistência Domiciliária. A equipa multidisciplinar que presta cuidados é a mesma para as várias atividades desenvolvidas, sendo constituída por enfermeiros, médicos, psicóloga, assistente social e assistente técnica.

A Missão da EIHS CP, é promover a qualidade de vida em doentes com doença incurável avançada e progressiva, apoio aos seus familiares e/ou cuidadores informais, dando consultadoria e orientação a profissionais de saúde (Folheto Informativo da EIHS CP).

A Missão da Unidade Assistência Domiciliária é prestar cuidados ativos coordenados e globais, a doentes e suas famílias, em situação de sofrimento, decorrente de doença avançada e progressiva, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e qualidade de vida. Estes cuidados são prestados no domicílio (Folheto Informativo da Unidade Assistência Domiciliária).

A população assistida pelas equipas, é constituída pelos doentes inscritos e que são alvo de cuidados nos serviços deste hospital, portadores de doença avançada e progressiva, cuja equipa considere que beneficie de apoio para controlo sintomático, para gerir dificuldades na comunicação, para estabelecer objetivos de tratamento, de acordo com o estado do doente, para apoio à família e/ou para apoio na programação da alta. A admissão de doentes na Unidade Assistência Domiciliária e na EIHS CP obedece a alguns critérios.

APÊNDICE VII

Estudo de Situação realizado no estágio do Hospital B



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE
LISBOA

4º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica - Oncológica

ESTUDO DE SITUAÇÃO

Autor:

Sónia Isabel de Jesus Correia Rodrigues Nº 4727

Lisboa

Janeiro de 2014

ÍNDICE

INTRODUÇÃO -----	3
1 - APRESENTAÇÃO DA SITUAÇÃO -----	4
1.1- Antecedentes pessoais e de saúde -----	4
1.2- Internamento presente -----	6
2 - CONTROLO SINTOMÁTICO -----	8
3 - COMUNICAÇÃO -----	14
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS -----	18

INTRODUÇÃO

Este trabalho, está inserido no estágio, realizado na Unidade de Assistência Autônoma do Hospital B, um dos locais do ensino clínico escolhido, para desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente Enfermagem Oncológica. Ao realizar este estudo de situação, pretendi aprofundar a compreensão da situação escolhida, descrevendo, explicando, explorando e refletindo sobre a situação.

Farei inicialmente, a apresentação do estudo de situação realizado, em que pretendi, compreender a pessoa que encontrei, perceber como vive com o diagnóstico, as estratégias de *coping* utilizadas, os obstáculos e projetos existentes, como a doença afetou a família e que expectativas existiam. Identifico as necessidades, do doente e da família e de que forma, o enfermeiro da EIHSCP pode ajudar a melhorar a situação em questão, que exigia uma intervenção urgente, nomeadamente a nível do controlo sintomático. Farei de seguida, uma abordagem do controlo sintomático e da importância da comunicação nesse contexto, pois foram os aspetos mais trabalhados nesta situação.

1 – APRESENTAÇÃO DA SITUAÇÃO

Os doentes, em cuidados paliativos, podem ser classificados segundo o nível de complexidade, no caso da “D^a M”, podemos considerar que é uma doente complexa, porque apresenta mais do que 3 sintomas descontrolados. A APCP (2006) refere ser necessário considerar outros elementos de complexidade, tais como: elementos associados à situação emocional, elementos associados ao tipo de evolução da doença, elementos associados à família, elementos associados às questões éticas problemáticas e elementos associados ao número e tipo de recursos envolvidos.

Quando escolhi a “D^a M” para realizar o estudo de situação, fi-lo pela sua história de vida e a forma como ela a tem enfrentado assim, comecei por fazer uma apreciação da situação ficando a conhecer a Sr^a e a sua história de vida e de saúde, doença, os seus valores, o que é importante para ela, o que sente e valoriza. Isto leva-nos ao encontro do que diz Collière (2003), sobre o facto de podermos elaborar os nossos saberes, a partir das situações de cuidados, ou seja, conhecendo as inquietações, as preocupações, as expetativas e os desejos das pessoas permite-nos saber o que elas consideram prioritário e o que as toca. Temos de aprender a caminhar para o desconhecido do outro, pois assim as pessoas dão-nos a chave do que tem significado para elas, ajudando a ultrapassar as dificuldades encontradas.

1.1 Antecedentes pessoais e de saúde

A “D^aM” nasceu em 01.07.1960, tendo agora 53 anos de idade, é do género feminino e não tem antecedentes pessoais relevantes até 2001. É casada e tem 2 filhos, um rapaz e uma rapariga, vive no Alentejo: com o marido, os filhos a sogra e a mãe (ambas idosas e parcialmente dependentes).

Aos 40 anos, após uma consulta de rotina no seu médico de família, foi pedida a realização de uma imagiologia mamária (mamografia e ecografia). No dia em que efetuou os exames, foi enviada com urgência para o seu médico assistente, porque

algo estava errado. Insistiu em saber mais detalhes de imediato, e inquiriu de forma determinada o médico imagiologista, que sem qualquer tipo de preparação prévia, lhe comunicou que tinha um a cancro da mama.

No mesmo dia em que soube do diagnóstico, transmitiu a notícia à família. Referiu que ninguém queria acreditar! No momento do diagnóstico apenas pensou “a vida tem um princípio e um fim e eu estou pronta para enfrentar a doença...”. A “D^aM” quando soube do diagnóstico, diz ter sentido uma ameaça à vida, colocou o futuro em causa e os seus projetos de vida, ficou em choque. Referiu que após a cirurgia teve sentimentos de raiva, e nesse momento percebeu que ia ter limitações e problemas para toda a vida, nomeadamente problemas relacionados com a alteração da auto-imagem (por mutilação da mama) e da auto-estima (dificuldade em aceitar as alterações). Manifestou aceitação da doença desde o início, contudo a evolução da mesma, levou-a a um estado de depressão ainda mantido. Salientou, que o mais difícil, foi a perda da sua autonomia e a alteração do seu papel familiar e social (foi Presidente da Junta de Freguesia da sua terra).

Marcou consulta com o seu médico assistente, que a enviou de imediato para o Hospital B.

É seguida no hospital B desde 2001, altura em que lhe foi confirmado o diagnóstico de cancro da mama (carcinoma ductal invasivo). No final desse ano foi operada, tendo sido realizada uma cirurgia conservadora (tumorectomia) e esvaziamento ganglionar axilar homolateral. Como complicação da cirurgia, teve infeção da sutura.

Depois de conhecidos os resultados histológicos, foi orientada para a realização de radioterapia, quimioterapia e hormonoterapia adjuvante. Deslocou-se diariamente, para realizar os tratamentos no Hospital B. Apesar de ter realizado fisioterapia, desenvolveu no primeiro ano de pós-operatório, linfedema grave do membro superior homolateral. Essa complicação, foi determinante para o abandono da sua atividade profissional: trabalhava num minimercado, do qual era proprietária. Inicialmente a sua mãe tentou substituí-la, mas sem sucesso (também era uma pessoa doente). Em 2002, a loja fecha e a senhora M decide reformar-se.

Depois de 5 anos de seguimento (2006), iniciou um quadro de dor no membro inferior esquerdo, inicialmente relacionado com eventual cialgia, tendo recebido tratamento sintomático.

Ao fim de um ano (2007), por agravamento do quadro álgico, foi realizada investigação etiológica, verificando-se a existência de lesões metastáticas na coluna dorsal e lombar (níveis D8, L2, L3, L4), acetábulos, úmero direito e fêmures. Iniciou quimioterapia paliativa.

Em 2009, por descontrolo sintomático iniciou tratamento com opióides.

Em 2011, os sintomas agravaram-se e verificou-se que a doença estava em franca progressão. A metastização vertebral condicionou fratura dos corpos vertebrais e compressão neurológica, sem indicação cirúrgica. Nesse momento, o objetivo era o controlo do quadro álgico. Manteve o tratamento com opióides, mais especificamente com Metadona.

Desde então e até 12.11.2013 tem estado semi-acamada. O marido substituiu-a em casa, aprendeu a tratar de tudo, inclusive dela. Neste período referiu não sentir dor.

1.2- Internamento presente

Em 12.11.2013 é internada, por agravamento do estado geral e dificuldade respiratória, tendo sido diagnosticado um derrame pleural à esquerda. Foi realizada toracocentese, com melhoria transitória do quadro respiratório.

Foi proposta para a realização de pleurodese, que não se concretizou, pois não estava indicada para o tipo específico de derrame apresentado pela doente. A “D^aM”, estava muito otimista e com expetativas elevadas em relação à pleurodese, na esperança de aliviar o seu desconforto respiratório. Esta impossibilidade foi um grande choque. O seu quadro álgico estava descontrolado, a dor mantinha-se mesmo deitada e sem fazer qualquer esforço (referiu sentir uma dor de 5 na escala numérica).

Foi colocado cateter venoso central, no dia 05.12.2013 e iniciou nova sessão de quimioterapia paliativa no dia 06.12.2013, com o objetivo de tentar “travar” a progressão da doença e conseqüentemente melhorar o quadro de desconforto.

Como conseqüência da realização da quimioterapia, a “D^aM” ficou mais debilitada e teve agravamento do quadro respiratório. Não conseguiu realizar a segunda sessão de quimioterapia, por agravamento do seu estado. No dia 16.12.2013, teve consulta de pneumologia para realização de provável talcagem. Durante as visitas que fiz, acompanhando a enfermeira da equipa de suporte intra-hospitalar em cuidados paliativos, fui aos poucos estabelecendo uma relação empática com a “D^aM”. Inicialmente, antes do início dos tratamentos, encontrei uma pessoa comunicativa, muito bem-disposta, cheia de força e com um espírito de luta aparentemente inabalável. Quando me contou a sua história, referiu que nunca sentiu medo quando lhe anunciaram que tinha cancro, dizendo “sei que a vida tem um princípio e um fim..., não me vou deixar abater...” e acrescentou que o pior foi após a cirurgia, em que teve de aprender a viver e a ultrapassar, os seus próprios limites e os efeitos secundários dos tratamentos. Após o primeiro tratamento, a senhora M encontrava-se triste, sentia-se sozinha sem a sua família, com muito medo de se mobilizar, pois associava a mobilização à dor, permanecendo todo o tempo no leito. Estava sem objetivos, sem projetos, sentia que tinha perdido o ânimo e a força para seguir em frente, e apresentava um quadro depressivo acentuado.

Como irei analisar ao longo do estudo de situação, não foi fácil encontrar a terapêutica mais adequada, foi necessário estar atenta aos sintomas e desconfortos que a “D^a M” manifestava, sendo muito importante avaliar e interpretar as suas queixas, para se poder atuar mais eficazmente. Existem, de acordo com a Australian National Sub-acute and Non-acute Patient Classification, citado por Neto (2006), quatro fases paliativas, em função do estadio da doença e que tem níveis diferentes de complexidade. As fases paliativas são: fase aguda, fase em deterioração, fase terminal e fase estável¹.

¹ A fase aguda “refere-se a uma fase de desenvolvimento inesperado de um problema ou em que há um aumento significativo na gravidade dos problemas já existentes” ; a fase em deterioração “é uma fase em que ocorre um desenvolvimento gradual de problemas, sem que haja necessidade de uma alteração súbita no manejo da situação: são doentes que não estão ainda na fase seguinte”; a fase

Podemos analisar, em relação à “Dª M” em qual das fases a incluir, contudo tudo dependerá da resposta aos tratamentos, que se encontra a fazer. Podemos considerar que se encontra em deterioração, fase em que surge um desenvolvimento gradual de problemas, não sendo necessário uma alteração súbita na condução da situação, ou na fase aguda, onde pode surgir um desenvolvimento inesperado de um problema.

A “Dª M” pode encontrar-se numa destas fases, por um lado se responder aos tratamentos poderá ter passado por um problema agudo e que se conseguiu amenizar, ou então, se a resposta ao tratamento não for favorável, poderá estar na fase de deterioração.

2 - CONTROLO SINTOMÁTICO

Diariamente, a enfermeira da equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP), que fica no apoio ao internamento, fazia a visita à doente e articulava todas as alterações relevantes com a médica da equipa e com a equipa de enfermagem do serviço de internamento, de modo a que todos ficassem a conhecer o plano de atuação a desenvolver. Inicialmente, a enfermeira fazia uma consulta da terapêutica do doente nas últimas 24 horas, para perceber se houve ou não necessidade de recorrer à medicação em SOS, percebendo dessa forma se havia ou não um descontrolo sintomático.

A enfermeira da EIHSCP desenvolvia e divulgava estratégias, dando suporte e consultadoria no serviço de internamento, de modo a assegurar um adequado alívio dos sintomas ao doente com doença avançada e incurável sob cuidados paliativos. De acordo com Neto (2006), para que o controlo sintomático seja bem sucedido é necessário reavaliar, reavaliar e reavaliar. Toda a equipa de cuidados, deve discutir e assumir os objetivos terapêuticos, tendo o enfermeiro um papel central na monitorização desses sintomas. Se o que queremos alcançar é um maior nível de

terminal “diz respeito à fase em que a morte está eminente, numa previsão de horas ou dias (agonia), e não se preveem intervenções agudas” na fase estável “... incluem-se os doentes que não estão em nenhuma das fases anteriores” (ANCP, 2006, p 6-7).

conforto, devemos ter em atenção as constantes de conforto que são: a presença de sintomas, a qualidade do sono e o bem-estar psicológico (Neto, 2006).

De acordo com Twycross (2003), o controlo de sintomas deve abordar cinco aspetos que são: a avaliação, a explicação, o controlo, a observação e a atenção aos pormenores.

Na situação em estudo, o apoio da EIHS CP, foi solicitado para orientação e ajuda no controlo de sintomas da "D^a M". Após ter sido efetuada uma avaliação da "D^a M", percebeu-se que os principais problemas que a afetavam eram: a dor, dispneia, anorexia, xerostomia, alterações do sono e depressão/ansiedade. Após esta avaliação foi necessário estabelecer prioridades, atuando primeiro nos sintomas causadores de maior desconforto, como a dispneia e a dor.

Em relação à dispneia, foi explicado que esta era devido ao líquido que tinha acumulado no pulmão, discutindo-se o tratamento que iria fazer. Inicialmente teve melhoria com a realização da toracocentese, mas depois o derrame refez-se. Teve necessidade de fazer oxigénio. Após a quimioterapia, houve agravamento do quadro respiratório. A Sr^a tinha perfusão de um opiáceo com um sedativo – ansiolítico contínuo por via subcutânea (morfina com midazolam). Posteriormente, revelou apresentar alguns pesadelos, situação que pode ser causada ou agravada com o midazolam, pelo que este foi substituído por haloperidol. Toda a intervenção, foi no sentido do maior conforto possível, o que vai ao encontro do que refere a Teoria do Conforto de Kolcaba, em que os enfermeiros devem satisfazer as necessidades dos doentes, através do alcance do conforto (como resultado dos cuidados), nos vários contextos em que ele ocorre.

Perante alguns efeitos secundários da medicação, as estratégias foram: fazer rotação opióide, diminuir a dose de opióide e pensou-se ainda em aumentar a hidratação oral para aumentar a eliminação dos metabolitos opióides.

Para conseguir um bom alívio de sintomas, é necessário recorrer ao uso de analgésicos, mas é também imprescindível utilizar estratégias, que atuem nas alterações psicológicas, sociais e espirituais.

A “D^a M” deparou-se com muitas perdas: da saúde, da mobilidade e dos projetos para o futuro. Referiu que a sua vida estava limitada, sobretudo devido à incapacidade de mobilização, pois só deitada é que não tinha dor, e mesmo assim, tinha momentos em que era difícil encontrar uma posição antiálgica.

Verificou-se que, com a progressão da doença, a prevalência da dor estava a aumentar. Nesta situação, foi importante considerar o conceito de Dor Total, onde consideramos quatro dimensões da dor: os aspetos físicos (teve lesão dos tecidos e compressão nervosa), psicológicos (depressão, fadiga, insónias), sociais (perda da sua posição social e familiar) e espirituais (sentimento de culpa e insegurança) do sofrimento.

Assim importa fazer uma avaliação dos aspetos sensoriais da dor, mas também das suas implicações psicológicas, sociais e espirituais.

Quando tentamos avaliar e classificar a dor da “D^a M”, percebemos que ela tem uma dor mista, ou seja, a senhora M tem uma dor neuropática e uma dor nociceptiva somática. Em relação à causa, a dor estava relacionada com o próprio cancro e quanto ao mecanismo da dor, esta era uma dor patológica nociceptiva, porque estava associada a lesão ou distorção dos tecidos e neuropática porque estava associada a compressão ou lesão nervosa. A Dor Neuropática é muito difícil de conhecer e tratar, tornando-se problemática pela sua cronicidade, pela resistência às terapias analgésicas convencionais e pela sua etiologia heterogénea. Define-se por ter origem numa lesão ou disfunção primária do sistema nervoso (Pereira, 2006).

A Dor Nociceptiva tem como mecanismo de ação a ativação de recetores nociceptivos, no caso da “D^a M” a sua dor era somática, bem localizada, constante ou intermitente, em que na sua situação estava em relação com a metastização óssea (de acordo com a informação e dados médicos disponíveis). Segundo Pereira (2006), no contexto da dor oncológica, os analgésicos adjuvantes são, muitas vezes, adicionados a um tratamento regular de opióides, nomeadamente se a dor for intensa e existir outro tipo de dor, como a dor óssea (situação em que se encontra a “D^a M”). O ajuste terapêutico foi efetuado, tendo em conta a intensidade da dor avaliada e a necessidade de recorrer à administração de medicação em SOS.

Em termos de tratamento, encontrava-se medicada para a dor neuropática. Fez também radioterapia paliativa, para o alívio da dor óssea, obtendo-se apenas um resultado transitório positivo devido à progressão da doença. De acordo com Pereira (2006,) é necessário explicar ao doente a diferença entre radioterapia curativa e paliativa, bem como os benefícios e efeitos secundários do tratamento, uma vez que ele é parte ativa nas decisões a tomar. A “D^a M” fez tratamento com pamidronato, muito usado no tratamento da dor óssea.

Como objetivos na avaliação da dor, tentamos primeiro perceber as causas e os aspetos que interferiam na vivência da dor, de que forma a dor interferia e limitava a “D^a M”, orientar as intervenções a implementar (a enfermeira da EIHSCP esclarecia e orientava os enfermeiros do serviço onde o doente estava internado nas melhores decisões a ter) e reavaliar diariamente o resultado das intervenções estabelecidas.

A “D^a M” sentia-se muito limitada, estava dependente de terceiros em todas as suas atividades de vida diárias e, de dia para dia, verificava agravamento da sua condição. O momento dos cuidados de higiene na casa de banho era muito difícil (pelas dores que interferiam na sua capacidade de mobilidade), acabando por se decidir ultimamente, fazer os cuidados de higiene no leito, pois tolerava muito pouco a posição de sentada. Durante o dia ia procurando a melhor posição de conforto, alternando posicionamentos no leito. A dor da “D^a M” fazia parte da sua vida há algum tempo, necessitando de medicação permanente para o seu controlo. Com a progressão da doença a dor exacerbou-se e ficou mais difícil controlá-la. Referiu que maioritariamente a sua dor era permanente, com pequenos períodos de pausa e que à mobilização se tornava mais intensa. Quanto à localização, a dor normalmente tinha início na zona abdominal e lombar, depois irradiava para a bacia e membros inferiores. Na primeira abordagem referiu sentir uma dor tipo moinha insuportável, que classifica de 8/10 na escala de avaliação numérica, que passava a 5/10 se estiver em repouso (sem se mexer na cama). Conseguia expressar e conhecia muito bem como sentia a sua dor, referindo que aliviava em repouso e quando fazia analgesia, sendo uma estratégia de *copping*² a mudança de posição frequente. A

² O *copping* é definido como um conceito multidimensional, que envolve uma grande variedade de estratégias comportamentais e cognitivas, que se podem utilizar para alternar e reavaliar situações stressantes ou aliviar os seus efeitos adversos (Parkes, 1994).

sua doença já alterou a sua vida há algum tempo, mas há cerca de 3 anos estava mais dependente, conhecendo as suas dificuldades e limitações. Atualmente, o descontrolo do quadro álgico interfere com a sua mobilidade, com o sono e com o apetite. Manifestou grande expectativa com os tratamentos, sobretudo com a quimioterapia e desejava que a ajudassem a não ter dor.

Durante as visitas que a EIHSCP fazia à “D^a M” avaliavam-se os sintomas e desconfortos existentes, resposta aos tratamentos instituídos, efeitos secundários da medicação e como se encontrava a nível psicológico e emocional. Tudo era ponderado, sendo muito importante refletir sobre as palavras que a “D^a M” verbalizava. A equipa esclarecia dúvidas, mitos e efeitos secundários dos tratamentos instituídos à “D^a M”, havendo uma partilha de informação e encontro de objetivos, para melhorar o conforto da doente.

Esta Sr^a tinha terapêutica prescrita em SOS que, algumas vezes, era utilizada de forma menos adequada, por receio dos próprios profissionais, que temiam não controlar o sintoma (o que foi observado e descrito por profissionais peritos na área). Por exemplo, a “D^a M” tinha duas dosagens de morfina, uma maior para a dor e outra menor para a dispneia. O que, por vezes, se verificava é que, para prevenção da dispneia e com receio de um maior desconforto, se administrava a dose de morfina para a dor e não para a dispneia, optando-se por dar a dose maior de analgésico, mesmo sem se verificar a existência do sintoma.

Em relação à anorexia, a “D^a M” referia falta de apetite, associado ao facto de ter de comer deitada e não ter posição de conforto (sentia dores) e também porque se cansava com facilidade. Foi-lhe explicado que, por vezes, nesta fase da doença se tem menos apetite e que o melhor era comer de forma fracionada, devagar e apenas o que tivesse na sua vontade. Referia também alguma sensação de enfiamento, que talvez estivesse relacionado com a própria progressão da doença. Foi reforçado, que podia pedir algo que gostasse mais de comer, ou pedir à família que quando viesse à visita lhe trouxesse alguns alimentos preferidos ou dos quais sentisse especial desejo em comer. Em discussão com a orientadora, colocou-se a hipótese de se recorrer a suplementos alimentares, que podem ter benefícios

psicológicos, ou alguns medicamentos, como o uso de corticosteroides que estimulam o apetite.

Quanto à xerostomia, os conselhos que demos, foi para ir bebendo água com frequência, tentando ter sempre a boca humedecida, falar devagar e pausadamente para não se cansar tanto e não sentir a boca tão seca. Recorreu-se ao uso do gel de saliva, que ajuda a humidificar a cavidade oral, colocou-se limão na água e foi incentivada a beber chá.

No que se refere à alteração na satisfação do sono, as poucas vezes que a “D^a M” manifestou esse desconforto, verificou-se que poderia estar relacionado, com um efeito secundário da medicação instituída. Manifestava pesadelos e a sensação de sair do seu corpo, associado também a mioclonias. A intervenção que se teve foi, alterar a perfusão instituída, uma vez que a perfusão de morfina, cetamina e midazolam estava a causar esse efeito pois, segundo a literatura (Pererira,2006), por vezes, a adição do anestésico com uma benzodiazepina pode causar alucinações. Melhorou quando se substituiu a benzodiazepina por um antipsicótico. A melhoria deste quadro, com esta intervenção, está de acordo com a literatura (Pereira 2006).

A “D^a M” encontrava-se ansiosa, deprimida e em adaptação quanto à evolução da doença (que está em rápida progressão e com necessidade de várias intervenções). Em relação aos elementos associados à família, a senhora M tem de lidar com a ausência do cuidador. Por estas razões, e pelo fato de apresentar vários sintomas descontrolados (dor, dispneia, anorexia, xerostomia, depressão, náuseas e vômitos numa fase inicial), podemos considerar a “D^a M” uma doente complexa no âmbito dos cuidados paliativos.

Durante a prestação de cuidados, a esta doente, a equipa tentou sempre ir ao encontro das suas necessidades, promovendo ao máximo o seu conforto, como corrobora Kolcaba na sua teoria, onde o conforto é uma necessidade transversal a todo o ser humano, devendo o enfermeiro, no desenvolvimento das suas intervenções, promover o conforto, o aumento da saúde e o bem-estar da pessoa doente. Devemos procurar estratégias que promovam o alívio dos desconfortos,

alcançando o conforto, considerando os vários contextos em que ocorre (Kolcaba citada por Dowd, 2004).

3 - COMUNICAÇÃO

A “D^a M”, no início do internamento, estava com muitas expectativas em relação aos possíveis tratamentos a realizar, nesta situação foi necessário estabelecer uma comunicação terapêutica, assente na confiança, na empatia, ajudando a aceitar e a perceber os ganhos e as dificuldades que podem surgir em relação à progressão da doença. Através de uma comunicação eficaz, pode-se avaliar e esclarecer expectativas, decidir qual a melhor abordagem terapêutica, quais as propostas de intervenção em cada situação e avaliar o que são más notícias para a Sr^a, de forma a adequar a situação.

A comunicação verbal e não-verbal, constitui uma medida terapêutica importante, capaz de diminuir o stress psicológico, permitir a partilha do sofrimento, reduzir a ansiedade e permitir ao doente e à família participarem nos cuidados e nas decisões (Araújo e Silva, 2007). Existiram alguns momentos de partilha, de conversa e de escuta onde inevitavelmente recorri ao uso de técnicas de comunicação não-verbal, que se enquadram na linguagem corporal (referentes à comunicação com o corpo) onde utilizei a expressão facial, o contato visual, a postura, o contato físico, o toque e a paralinguagem (relaciona-se com a qualidade da voz e da vocalização).

O enfermeiro, segundo Dias, Oliveira, Dias & Santana (2008), deve estabelecer uma forma de contato, que ultrapassa os procedimentos técnicos, estabelecendo uma relação empática, onde o toque possa proporcionar conforto, calor humano, transmitindo a mensagem de que a pessoa, não está só perante a dor e o sofrimento. O toque é assim uma forma de comunicação não-verbal.

Tinha o cuidado, de me sentar na beira da cama ou numa cadeira, de cumprimentar a “D^a M”, identificando-me e tocando-lhe a mão, colocando a voz de forma a revelar interesse, mas senti que mostrava alguma insegurança, que considero própria da falta de treino, que foi possível aperfeiçoar ao longo do estágio.

A “D^a M” estava ansiosa e com expectativas elevadas em relação à realização da pleurodese. Quando soube que não a poderia fazer, sentiu que a sua situação iria ter uma evolução desfavorável. Sempre que a EIHSCP visitava a “D^a M”, havia o cuidado de proporcionar tempo, para expressão de dúvidas e preocupações. Reforçavam que não estava sozinha que, independentemente do que poderia acontecer, a equipa estava presente para ajudar, que o seu sofrimento era importante, que continuaríamos a acompanhá-la e que todos juntos, iríamos tentar encontrar uma forma de a ajudar a aliviar os seus desconfortos. Quando escutamos ativamente, é importante mostrar que se está atento, devolver as questões efetuadas, saber como o doente se sente e estar atento às manifestações corporais.

Devemos recorrer à utilização da “estratégia dos dedos cruzados”, que tem como objetivo manifestar à pessoa que desejamos esperar o melhor, oxalá possa vir a recuperar, mas também devemos equacionar a hipótese, das coisas correrem menos bem. Temos de clarificar que aconteça o que acontecer, o apoio da equipa é permanente. Esta estratégia foi utilizada com a “D^a M”, quando a questão se relacionou com a quimioterapia e com os resultados que esperava após a realização dos tratamentos.

É necessário não retirar a esperança, desejar que o melhor aconteça, mas fazendo perguntas que deixem a porta aberta à partilha e ao esclarecimento de dúvidas e preocupações, no sentido de preparar a “D^a M” para algo menos bom que possa surgir para que, desta forma, já se encontre mais preparada e com conhecimento da situação.

Quando a “D^a M” colocou a questão, relativamente aos efeitos da quimioterapia, se o tratamento iria resultar e se a dor iria aliviar, foram explicados os efeitos secundários, dando “tiros de aviso”, dizendo que os exames não estavam bem e que a doença estava a evoluir. Por vezes, é necessário utilizar eufemismos para dizer a verdade, fazendo-o de forma branda, não iludindo o doente (Twycross 2003).

Quando a “D^a M”, abordou o assunto da morte, foi necessário explorar se o seu pensamento em morrer estava relacionado com o imediato ou com um prazo médio-longo. Colocaram-se questões abertas (o que sentia? o que a preocupava? o que

esperava do tratamento?...). Referiu, algumas vezes, que não gostava de morrer sem ter netos, mas os filhos eram novos e não pensavam nisso, pelo que sabia que não ia viver assim tanto tempo, que lhe permitisse viver essa alegria essa alegria. Não é fácil gerir expectativas e escolher a melhor proposta de intervenção ou abordagem terapêutica. Verifiquei, que o importante e valorizado, era o bem-estar da “D^a M”, o alívio dos seus desconfortos transmitindo-lhe que todos estavam a fazer o possível para a ajudar no seu problema. Deve ser dada toda a informação à “D^a M” a respeito da sua doença, tratamentos, opções e prognóstico, de forma clara, simples, transmitindo apoio e honestidade. Temos de considerar os medos e preocupações relacionados com a doença que a “D^a M” manifesta, tais como o medo da dor e de outros sintomas, o medo da morte e incerteza quanto ao futuro e preocupações, relacionadas com o meio social e com ela própria.

Em toda esta situação, lamento o facto de não ter estado com os membros da família a “D^a M”, pois ela vive longe e normalmente o marido visita-a de 15 em 15 dias, e a filha apenas a visitou uma vez. Saliento, que o facto dos recursos na área dos cuidados paliativos não se encontrarem implementados de igual forma em vários locais, ou seja, estão mais concentrados nos grandes centros, faz com que a própria equipa de saúde tenha alguma dificuldade, em apoiar de forma mais completa, a família da “D^a M”.

É necessário refletir, sobre o facto da “D^a M” estar sem os seus entes queridos, que significado isso tem para ela, e atuar de forma a ajudá-la. Como ela mesmo referiu, todos em casa fizeram um esforço e de, algum modo, alteraram a dinâmica familiar no sentido de a ajudar, tendo sido o marido o seu grande apoio. Deseja ser forte, refere que quer ser um motivo de orgulho para a sua família.

Segundo Hayashi, Chico & Ferreira (2006) e Sanchez, Ferreira, Dupas & Costa (2010), para a família a existência do cancro implica mudanças no contexto familiar e novas adaptações para a vida futura. A família é afetada pela doença, e a alteração na dinâmica familiar também afeta o doente. Para poder ajudar, o enfermeiro tem de conhecer em detalhe a família em questão.

Na opinião destes autores, são vários os fatores que podem influenciar as reações do doente e da família à doença, entre os quais se destaca: a idade em que surge a doença, a gravidade da doença, as características individuais de cada pessoa doente e de cada membro da sua família, as alterações provocadas no estilo de vida, os tratamentos a realizar, a estrutura familiar (dependendo se é uma família sólida, unida ou desunida), os mecanismos e estratégias de *copping* familiar e as condições socioeconómicas existentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Nacional de Cuidados Paliativos (2006). Organização de Serviços em Cuidados Paliativos. Recomendações da ANCP.

Araújo, M. M. T., Silva, M. J. P. (2007). A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o optimismo. *Rev Esc Enferm USP*, 41 (4) 668-74.

Collière, M. F., (2003). Cuidar ... A primeira arte da vida. (2ª ed). Lusociência.

Dias, A. B., Oliveira, L., Dias, D. G. & Santana, M. G. (2008). O toque afetivo na visão do enfermeiro. *Rev Bras Enferm Brasília*, 61 (5) 603-7.

Dowd, T. (2004). Teoria do Conforto. In A. M. Tomey, M.R. Alligood (Coords). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (pp. 481–495). Loures: LUSOCIÊNCIA.

Hayashi, V., Chico, E. & Ferreira, N. (2006). Enfermagem de família: um enfoque em oncologia. *R Enferm UERJ*, 14 (1) 13-20.

Neto, I. (2006). Modelos de controlo sintomático. In A. Barbosa & I. Neto (Eds). *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 53-60). Lisboa: Faculdade de Medicina.

Neto, I. (2006). Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In A. Barbosa & I. Neto (Eds). *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 17-52). Lisboa: Faculdade de Medicina.

Parkes, K. R. (1994). Personality and coping as moderator of work stress processes: models, methods and measures. *Work e Stress*, 8 (2), 110-129.

Pereira, J. L. (2006). Gestão da dor oncológica. In António Barboda & Isabel Neto (Eds). *Manual de Cuidados Paliativos* (pp 61-113). Lisboa: Faculdade de Medicina.

Ribeiro, L. M. J. (2011). *As competências dos profissionais em cuidados paliativos*. Trabalho de projecto para obtenção do grau de Mestre. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto Porto.

Sanchez, K.O.L., Ferreira, N.M.L.A., Dupas, G. & Costa, D.B. (2010). Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. *Rev Bras Enferm*, 63 (2) 290-299.

Twycross, R. (2003). Cuidados Paliativos. (2ª ed). Lisboa: Climepsi Editores.

APÊNDICE VIII

Reflexão sobre um evento significativo durante o estágio do Hospital B

REFLEXÃO SOBRE UM EVENTO SIGNIFICATIVO, UTILIZANDO O CICLO DE GIBBS

Esta reflexão tem por base uma situação de interação (detalhada no apêndice VII), entre mim e a “D^a M”, que através da reflexão sobre os acontecimentos, sentimentos e atuação, se transformou num momento de aprendizagem.

Quando vi pela primeira vez a senhora M, e ouvi a sua história, fiquei impressionada pela força e espírito de luta que apresentava, parecendo inabalável. Sentia-se segura, sabia que onde estava a podiam ajudar. Ao longo dos dias, encontrava a “D^a M” cada vez mais cansada, com dor descontrolada, deprimida e sem força para falar. A constatação da evolução da doença, a sua solidão e tristeza invadiu-me.

Assisti às várias visitas da EIHS CP e verifiquei, com satisfação, que a nossa companhia lhe devolvia alguma esperança no futuro, e tempo para expressar sentimentos e angústias.

Compreendi que lhe era difícil falar sobre certos assuntos, existindo muitas perguntas sem resposta, no entanto, senti-me satisfeita por acompanhar o trabalho realizado com a “D^a M”. O importante era identificar as suas necessidades, com o objetivo de lhe proporcionar conforto e bem-estar, e não o diagnóstico.

Houve um momento em que senti uma ambivalência de sentimentos. Foi quando a senhora M me perguntou “sobre a sua situação de doença, qual o prognóstico esperado e, que tratamentos poderia fazer”. Inicialmente, não soube o que dizer. Continuei apenas a ouvir as angústias da “D^a M” e, depois, consegui dar a perceber que tinha de aguardar um dia de cada vez, que os seus desconfortos iriam melhorar, que a equipa estava a trabalhar nesse sentido e que estaria sempre alguém disponível para a acompanhar.

Dada a minha inexperiência, a relação de ajuda que estabeleci com a “D^a M”, foi essencialmente no sentido de permitir a verbalização de sentimentos, angústias e preocupações. Aprendi sobretudo, através da observação das estratégias utilizadas pela EIHSCP, que não é fácil chegar junto do doente com doença avançada e progressiva e que o treino dessas estratégias e competências é fundamental.

Senti que mostrei respeito e disponibilidade pela pessoa que conheci e pela sua situação, naquele momento de tanta angústia e desconforto, perante o desconhecido da progressão da doença. Compreendi a importância de refletir sobre a prática, porque só praticando e refletindo é que posso aprender e ganhar experiência e, desta forma, construir o meu próprio saber.

Em todos os momentos, senti que mostrei disponibilidade, deixando expressar dúvidas e sentimentos. O importante para a senhora M, perante o desconforto causado pela evolução da doença, era o alívio dos sintomas, promovendo conforto físico, emocional e espiritual.

A minha intervenção nesta situação foi positiva, pois escutei os medos, dúvidas e preocupações que a senhora M tinha em relação à sua doença, ao sucesso/insucesso terapêutico. Esclareci dúvidas, dei apoio emocional, ajudando-a a encontrar alguns mecanismos de adaptação perante a sua nova situação de vida. Foi muito importante utilizar uma comunicação eficaz e recorrer, muitas vezes, à escuta ativa.

De bom, saliento o facto de ter tido a oportunidade de conversar algumas vezes com a senhora M, exercitando algumas competências, nomeadamente a escuta ativa, estabelecendo uma relação empática, que me permitiu interagir com ela. Respeitei o silêncio, tive gestos de afeto e fiz companhia, ações fundamentais para um bom relacionamento interpessoal, levando à construção da relação.

De mau, registo alguma dificuldade em ser clara na informação que dei, em dar más notícias, e na gestão dos meus sentimentos.

Aprendi que uma comunicação adequada, no contexto dos cuidados paliativos, deve ser encarada como um instrumento fundamental, tornando-se num desafio para os

enfermeiros. Os objetivos de uma boa comunicação são: reduzir a incerteza, melhorar os relacionamentos e dar ao doente e família uma direção. (Twycross, 2003)

Katharine Kolcaba identificou que o conforto era a chave que conjugava os cuidados adequados ao nível físico e psicológico, num ambiente favorável, onde as pessoas podiam alcançar um estado ótimo de bem-estar, sendo o conforto um objetivo dos cuidados de enfermagem.

Durante o tempo que acompanhei a EIHS CP nas abordagens realizadas na situação específica da “D^a M”, constatei, após reflexão, que as intervenções desenvolvidas se podem incluir dentro das três classes de conforto que, para Kolcaba, são o alívio, a tranquilidade e a transcendência. O que a EIHS CP pretendia era o alívio dos desconfortos da “D^a M”, que Kolcaba define como a necessidade de estar confortável, satisfazendo as necessidades através do controlo de fatores que causam desconforto, deixando a pessoa num estado de calma ou contentamento. A tranquilidade é satisfazer necessidades específicas, que causam desconforto, levando a uma condição mais duradoura e contínua. Na transcendência, consegue-se o mais elevado estado de conforto, implica crescimento pessoal, onde se prepara a pessoa para desenvolver os seus potenciais e realizar as suas atividades com a máxima independência (Kolcaba, 2003).

Apesar das limitações físicas que a “D^a M” tinha, tentava dar-lhe alguma autonomia na realização dos seus cuidados, ajudando-a a encontrar e a alcançar pequenos objetivos que lhe permitiam sentir-se útil.

Durante as visitas que fiz à “D^a M”, identifiquei algumas barreiras/dificuldades para conseguir uma comunicação terapêutica eficaz, que foram: incapacidade de ser claro e seguro em relação à informação a transmitir, pouco tempo para uma melhor explicação e a dificuldade em dar más notícias.

Aprendi que, como enfermeira especialista, posso ter melhores competências para lidar com doentes em fase terminal que se encontram em cuidados paliativos, sendo um trabalho delicado, sensível e complexo que exige um treino e competências específicas.

Quando me deparei com a situação da “D^a M”, foi um pouco difícil refletir e colocar em prática os conhecimentos que fui adquirindo desde o início da especialidade. Posso concluir que, neste momento, sinto e compreendo que em situação de doença avançada e progressiva, onde se vive na iminência do fim de vida, o enfermeiro pode desempenhar um papel fundamental na promoção do conforto, no controlo dos sintomas e no alcance da qualidade de vida no final da vida.

Apreendi, com as inúmeras reflexões que fiz com a EIHSCP, que a atitude a ter perante estes doentes que necessitam de cuidados complexos e exigentes não é desligar-se do doente e da própria morte, mas sim personalizar os cuidados, controlando os meus sentimentos, mostrando apoio e solidariedade. Foi necessário estabelecer uma relação de ajuda, onde se criou uma comunicação terapêutica, num clima de confiança, o que permitiu que a EIHSCP ajudasse a “D^a M”.

O processo de comunicação é fundamental nos cuidados a estes doentes. Aprender a ouvir e a transmitir bem as informações aos doentes e seus familiares não é apenas desejável, é vital. Foi necessário utilizar com a “D^a M” uma comunicação eficaz e clara para abordar o diagnóstico, a comunicação de más notícias e a decisão das opções de tratamento (Twycross, 2003).

Com as aprendizagens desenvolvidas, sinto que para a próxima vez numa situação idêntica à da senhora M, no meu local de trabalho, me sentiria mais apta e capaz de construir uma relação terapêutica com o outro, colocando em prática as competências necessárias, em termos de comunicação que são fundamentais, nos cuidados ao doente em cuidados paliativos. Apreendi, ao estabelecer a relação de ajuda com a senhora M, a ser congruente e autêntica

Pretendo continuar a desenvolver as minhas aprendizagens, no sentido da procura permanente da excelência do exercício profissional. É necessário continuar a refletir sobre a prática, para aumentar a construção de saberes e promover o crescimento e o desenvolvimento de competências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.

APÊNDICE IX

Caraterização do contexto de estágio do Hospital C

O serviço de Medicina do Hospital C, tem a lotação de 37 camas. Atualmente, este serviço, é para internamento de doentes do sexo masculino. As patologias mais frequentes são: acidentes vasculares cerebrais, patologias do foro respiratório e cardiovascular e neoplasias de vários órgãos.

O Serviço de Medicina tem, funções assistenciais e de formação. Presta cuidados de saúde, a pessoas adultas e idosas com problemas médicos, intervindo a nível do diagnóstico, tratamento, prevenção e reabilitação.

As ações que a equipa desenvolve, vão desde o acolhimento do doente e família, acompanhando-o durante todo o internamento, até à preparação para a alta. Sempre que necessário, o serviço articula-se com outras unidades de saúde, para promover a continuidade de cuidados.

APÊNDICE X

Reflexão sobre um evento significativo durante o estágio do Hospital C

REFLEXÃO SOBRE UM EVENTO SIGNIFICATIVO, UTILIZANDO O CICLO DE GIBBS

No decorrer do estágio, realizado no serviço de internamento de Medicina, vivenciei uma experiência que me suscitou uma reflexão, que realizei de acordo com o ciclo de Gibbs.

Durante uma manhã de estágio, estive a cuidar do senhor G, que tinha 53 anos e o diagnóstico de neoplasia do pâncreas. Considero que estabeleci uma relação de confiança, ajudando-o no percurso da sua doença e no controlo eficaz da dor. Era a primeira vez que estava internado e o seu diagnóstico tinha surgido há 2 meses. Percebi que as explicações dadas eram escassas e que as expectativas do doente e da família eram muito positivas, em relação à situação. Nem ele nem a família, tinham ainda sido esclarecidos sobre a situação de doença, e o que mais o preocupava era a dor que o incapacitava para o autocuidado. Preparava-me para prestar os cuidados de higiene ao senhor G e perguntei-lhe se era capaz de ir até à casa de banho fazer a sua higiene. Olhou para mim e encolheu os ombros, disse-me: “Senhora enfermeira nunca me vi assim, a depender dos outros para uma coisa que parece tão simples, mas estou sem forças para andar e me lavar sozinho, e esta dor não há meio de melhorar...”. Respondi-lhe: “não se preocupe, vou consigo para o ajudar e vai sentado na cadeira higiénica tomar o seu duche, em relação à dor vamos já ver o que podemos fazer para o ajudar, o que acha? Respondeu-me: “Dessa maneira parece-me bem...” Como a dor o incapacitava de ir ao duche, desenvolvi intervenções farmacológicas para a controlar, antes dos cuidados de higiene. Fiz a avaliação da dor antes e após as minhas intervenções e como a dor do Srº G diminuiu, foi possível ir ao banho de forma mais confortável, estando ele, mais disponível para colaborar e conversar sobre as suas dúvidas. Durante a prestação de cuidados, contou-me a sua história de vida. Considerava ser uma pessoa nova e, apesar de já ter passado por uma situação oncológica com uma filha, nunca imaginou que ele próprio poderia ter um cancro. No meio da nossa

conversa perguntou-me: “Acha que o que tenho é grave? Posso viver sem estas dores que me fazem sofrer tanto? Começou a chorar. Apesar do local onde ocorreu esta conversa possa não ter sido o mais indicado, surgiu abertura por parte do doente para esta conversa e fez-me sentido responder-lhe às questões naquela altura, percebendo, desta forma, o que ele queria saber. À medida que fui conversando com o senhor G, a minha intervenção foi deixá-lo exteriorizar os seus sentimentos, devolvendo a questão, percebendo quais as suas dúvidas. No fundo o que fiz foi recorrer a estratégias, para conseguir uma comunicação eficaz. Na interação com o Srº G, tenho consciência que fui ao encontro do que diz Querido, Salazar e Neto (2006), quando salientam que se deve considerar o local onde se desenrola a conversa, desejando estar com o doente, estar sentado, utilizando uma linguagem corporal positiva, respeitando o silêncio, sendo honesto, verificando a compreensão da informação, dando espaço para o outro falar. Ao conversar com o senhor G, pude observar a existência de medo, angústia, sentimentos de perda, o que, como refere Pacheco (2004), torna a situação do doente em fim de vida única e singular, levando-nos a prestar cuidados que vão ao encontro das suas necessidades, que são de natureza física, psicológica, espiritual e social. A mesma autora, descreve ainda que o medo da dor e do sofrimento são muito temidos pelo doente em fim de vida. Durante os cuidados que prestei ao senhor G, naquele momento particular, em que me questionou sobre a sua dor e a sua doença, senti que havia uma interação contínua envolvente, onde havia da minha parte intuição, uma ação pensada e refletida para ir ao encontro das suas necessidades. Prestei um cuidado individualizado com recurso a atividades específicas, nomeadamente relacionadas com o alívio da dor e com o esclarecimento de dúvidas. Procurei encontrar na sua vida momentos importantes, que lhe tenham dado alegria e felicidade. Expliquei, de acordo com o que me era possível, em que fase a sua doença se encontrava, quais os objetivos da quimioterapia que estava a fazer e o que poderia vir a encontrar no decurso da sua doença. Esta situação levou-me a intervir após os cuidados de higiene também com medidas não farmacológicas (para proporcionar maior conforto, após o esforço do doente durante a higiene), dando a conhecer à equipa de enfermagem, alguns resultados benéficos no controlo da dor deste senhor, nomeadamente a aplicação de calor e a massagem.

O que pretendi foi proporcionar conforto como resultado das minhas intervenções, o que vai ao encontro do que corrobora Kolcaba na sua teoria do conforto. Ao proporcionar conforto, estava a satisfazer as necessidades do Sr^o G, promovendo-lhe bem-estar e uma maior independência para se autocuidar. Era minha convicção de que se conseguisse ajudá-lo a sentir-se mais confortável, ele iria sentir vontade de se manter ativo e colaborante nos cuidados desenvolvidos.

Quando regressamos ao quarto da enfermaria, senti que estava perante uma pessoa fragilizada, com medo do que iria encontrar e sem imaginar como o seu prognóstico era reservado. Pensei por segundos, de que forma poderia ajudar aquela pessoa a perceber a evolução da sua doença, as suas limitações e a lidar com a dor. Expliquei que podíamos aliviar a sua dor através da medicação, tendo-lhe ensinado medidas não farmacológicas, como a aplicação de frio e calor, a massagem e a distração.

Como o senhor G já fazia terapêutica do segundo degrau da escada analgésica da OMS, onde este degrau corresponde à administração de opióides fracos e adjuvantes para o controlo da dor moderada, mas sem efeito, passou a fazer fármacos do terceiro degrau da mesma escada, onde incluímos opióides fortes e adjuvantes, o que ajudou também no controlo de outros sintomas como a ansiedade, as náuseas e a obstipação. Com esta alteração terapêutica, conseguiu-se um alívio da dor e dos outros sintomas (segundo confirmação do Sr^o G).

De bom e positivo saliento, ter conseguido estabelecer uma relação de confiança e proximidade com o doente e família, ter ajudado no controlo dos sintomas, nomeadamente da dor que se estava a tornar incapacitante e o feedback positivo por parte do doente e família. Durante o internamento, o doente e família identificavam-me como alguém que podia e queria ajudá-los a ultrapassar, aquele momento difícil com a maior qualidade. Senti ser uma referência positiva pois o doente e a família, procuravam-me para conversar, esclarecer dúvidas e solicitar ajuda.

Com o percurso que fiz e com a presente situação, compreendi que, em outras situações idênticas que possam surgir, é necessário construir com o doente e com a

família uma relação de confiança, utilizando a empatia e a disponibilidade. Na perspectiva de Phaneuf (1995, p 23) “a relação de ajuda aplicada aos cuidados de enfermagem conserva o caráter de respeito e de confiança no homem, mas assenta numa filosofia holística, que tem em conta todas as dimensões da pessoa.”

Partilhei esta situação com a equipa de enfermagem, no sentido de sensibilizar os colegas para a importância de mostrar e ter maior disponibilidade na abordagem a estes doentes. Foi fundamental, a reflexão que fiz com a equipa sobre a importância da comunicação em cuidados paliativos e sobre a aquisição de ferramentas para o seu desenvolvimento, bem como de uma adequada intervenção, na avaliação e controlo da dor. Este acontecimento permitiu-me posteriormente responder e refletir, com maior segurança e de forma mais esclarecida sempre que me deparei com situações idênticas. Neste caso, poderia ter explorado mais o desenvolvimento das intervenções não farmacológicas

Compreendo, neste momento, que os doentes em fim de vida apresentam necessidades específicas, considerando as várias dimensões do ser humano, e que têm importantes necessidade de acompanhamento, de apoio na gestão de dúvidas, receios e expetativas.

Considero que possibilitei a expressão de dúvidas e receios, e que consegui ajudar o senhor G a desenvolver estratégias de adaptação à sua nova fase da vida. Com as intervenções farmacológicas e não farmacológicas, foi possível controlar a dor existente, que inicialmente era incapacitante, e que após a nossa intervenção ficou controlada e possibilitou ao Srº G ter uma maior independência na satisfação do autocuidado.

É fundamental refletir diariamente sobre a prática de cuidados, procurando saber, saber ser e saber fazer, pois só assim podemos melhorar e evoluir positivamente no exercício diário da profissão. Esforço-me diariamente para estar disponível, ouvir e escutar, ajudar e confortar; é isto que tentarei sempre fazer quando me deparar com uma pessoa em fim de vida e que necessite de cuidados, de forma a proporcionar qualidade de vida no fim da vida.

Fiquei satisfeita pelo facto de perceber que as competências comunicacionais e de atuação na avaliação e controlo da dor, que fui desenvolvendo nos outros locais de estágio, me permitiram atuar com conhecimento e de forma eficaz nesta situação.

Posteriormente, conversei com a equipa médica, de forma a otimizar a terapêutica farmacológica do Sr^o G, para evitar situações de maior descontrolo da sua dor, uma vez que os cuidados devem ser planeados e efetuados por uma equipa multidisciplinar.

Em situações futuras, tentarei mostrar sempre disponibilidade para ajudar e confortar, refletindo cada vez mais sobre a prática, exercendo-a com base na evidência científica.

BIBLIOGRAFIA

- ✓ Benner, P. (2001). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- ✓ Pacheco, S. (2004). *Cuidar a Pessoa em fase Terminal: Perspetiva Ética*. (2^a ed). Loures: Lusociência.
- ✓ Phaneuf, M. (1995). *Relação de ajuda: elemento de competência da enfermeira*. Coimbra: Associação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Cuidar.
- ✓ Querido, A., Salazar, H., Neto, I. (2006). Comunicação. In A. Barbosa & I. Neto (Eds). *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 357-378). Lisboa: Faculdade de Medicina.

APÊNDICE XI

**Plano da Sessão “Avaliação de Sintomas Descontrolados da Pessoa em Fim
de Vida”**

PLANO DA SESSÃO

Serviço:

Tema: Avaliação de sintomas descontrolados da pessoa em fim de vida

Data: 22 e 24 de Novembro

Horário: 15 horas

Formadora: Sónia Rodrigues, Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Oncológica

Conteúdos	Metodologias	Recursos/Materiais	Resultados esperados	Avaliação
<p>Plano de apresentação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivo da formação • A pessoa em fim de vida e filosofia dos Cuidados Paliativos • Sintomas comuns em cuidados paliativos • Definição de dor • Tipos de dor • Objetivos da avaliação da dor • Avaliação da dor • Escala de Edmonton (ESAS) • Referências bibliográficas 	<p>Expositivo (Enquadramento do assunto e comunicação dos objetivos da sessão)</p> <p>Ativo /Interrogativo</p>	<p>Computador com PowerPoint</p>	<p>-Reconhecer a problemática da pessoa em fim de vida</p> <p>-Reconhecer a filosofia dos cuidados paliativos</p> <p>-Descrever sintomas comuns em cuidados paliativos</p> <p>-Descrever os tipos de dor e a sua avaliação</p> <p>-Reconhecer a importância da utilização na avaliação dos sintomas, através da utilização da ESAS</p>	<p>Diagnóstica – Observação dos participantes</p> <p>Formativa – Questões aos participantes; discussão com os participantes; questionário de avaliação da formação</p>

APÊNDICE XII

**Questionário de Avaliação da Sessão “Avaliação de Sintomas Descontrolados
da Pessoa em Fim de Vida”**

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

TEMA: Avaliação de sintomas descontrolados da pessoa em fim de vida

1 – Qual a sua opinião sobre a sessão em termos da importância para a sua prática no serviço?

0 _____ 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5

“de zero a cinco, onde 0 (zero) corresponde ao nada importante e o 5 ao muito importante”

2 – Justifique a resposta anterior.

3 – Refira os aspetos a melhorar nesta formação.

Obrigado pela colaboração

Nota: Este questionário é anónimo.

APÊNDICE XIII

Plano da Sessão “Cuidar o Doente em Fim de Vida: Intervenções de Enfermagem no Controlo da Dor e do Sono”

PLANO DA SESSÃO

Serviço:

Tema: Cuidar o doente em fim de vida: Intervenções de enfermagem no controlo da dor e do sono

Data: 6 de fevereiro de 2014

Horário: 15 horas

Formadora: Sónia Rodrigues, Mestrado em Enfermagem, Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Oncológica

Conteúdos	Metodologias	Recursos Materiais	Resultados esperados	Avaliação
<p>Plano de apresentação</p> <ul style="list-style-type: none"> • Objetivo da formação • Objetivo do controlo sintomático • Sintomas comuns em cuidados paliativos • Princípios do controlo da dor • Intervenções farmacológicas • Intervenções não farmacológicas • Escada analgésica da OMS • Intervenções de enfermagem no controlo da dor • Fatores que contribuem para as perturbações do sono • Instrumento para intervenção na satisfação do sono • Intervenções de enfermagem na satisfação do sono • Referências bibliográficas • Conclusão 	<p>Expositivo (Enquadramento do assunto e comunicação dos objetivos da sessão)</p> <p>Ativo / Interrogativo</p>	<p>Computador com PowerPoint</p>	<p>-Reconhecer a importância da avaliação dos sintomas</p> <p>- Descrever os princípios do controlo da dor</p> <p>- Descrever as intervenções farmacológicas e não farmacológicas no controlo da dor</p> <p>- Descrever as intervenções de enfermagem no controlo da dor</p> <p>- Identificar fatores que causam perturbações do sono</p> <p>- Descrever as intervenções de enfermagem no âmbito da satisfação do sono</p>	<p>Diagnóstica – Observação dos participantes</p> <p>Formativa – Questões aos participantes, discussão com os participantes e aplicação do questionário de avaliação da sessão</p>

APÊNDICE XIV

**Questionário de Avaliação da Sessão “Cuidar o Doente em Fim de Vida:
Intervenções de Enfermagem no Controlo da Dor e do Sono”**

AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

TEMA: Cuidar o doente em fim de vida: Intervenções de enfermagem no controlo da dor e do sono

1 – Qual a sua opinião sobre a sessão em termos da importância para a sua prática no serviço?

0_____1_____2_____3_____4_____5

“de zero a cinco, onde 0 (zero) corresponde ao nada importante e o 5 ao muito importante”

2 – Justifique a resposta anterior.

3 – Refira os aspetos a melhorar nesta formação.

Obrigado pela colaboração

Nota: Este questionário é anónimo.

APÊNDICE XV

Norma “Intervenções de Enfermagem na Avaliação e Controlo da Dor”

	Departamento de Medicina
	Norma de intervenções de enfermagem na avaliação e controlo da dor

1 - OBJETIVOS

- ⇒ Orientar os enfermeiros na avaliação da dor
- ⇒ Orientar os profissionais nas intervenções a realizar no controlo da dor
- ⇒ Uniformizar os cuidados prestados ao doente com dor controlada e com dor não controlada

2 - ÂMBITO

- ⇒ Continuidade de cuidados
- ⇒ Intervenções de enfermagem na prestação de cuidados

3 - DEFINIÇÕES

O conceito de Dor é difícil de definir na medida em que é uma experiência puramente subjetiva.

O conceito de “Dor Total” enfatiza a importância de se interpretar o fenómeno doloroso não somente na sua dimensão física, mas também nas suas dimensões emocionais, sociais e espirituais que influenciam na génese e na expressão da queixa dolorosa. A Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a danos potenciais ou reais em tecidos, ou percebida como dano. É uma sensação em partes do corpo, sempre desagradável e que tem sempre uma experiência emocional (International Association for the study of Pain, 1994).

Tipos principais de dor:

Tipo de dor	Mecanismos de ação	Subtipos	Características	Exemplos causais
Nociceptiva	Ativação de receptores nociceptivos	Somática	Constante e intermitente, em moinha . Bem localizada	Metástases ósseas, musculares / infiltração dos tecidos moles
		Visceral	Constante, dolorosa, que aperta. Muitas vezes precariamente localizada; pode ser referida	Metástases intra-abdominais, metástases hepáticas, cancro no pâncreas.
			Cólicas	Obstrução intestinal
Neuropática	Destruição/infiltração/ compressão do nervo	Disestésica/ desaferenciação	Ardor constante, hiperalgesia ou alodínias, ocasionalmente radiante	Invasão do plexo braquial ou do nervo trigêmeo
		Lancinante	Dor lancinante episódica. Paroxismos tipo choque	Invasão do plexo braquial ou do nervo trigêmeo

Quadro 1 – Classificação tradicional da Dor

Fonte: Pereira (2006)

Objetivos da avaliação da dor:

- Desenvolver estratégias de tratamento adequado, através de:
 - Identificação das causas da dor;
 - Intensidade da dor;
 - Impacto da dor na função, disposição e qualidade de vida;
 - Exame físico completo;
 - Caracterização da dor quanto à localização e tipologia;
 - Identificação dos fatores de alívio e de agravamento.

Avaliação da Dor: O doente é o maior perito da sua própria dor, enquanto fenómeno complexo, multidimensional e experiência única.

Princípios básicos:

- Acreditar na dor do cliente;

- Avaliar a história completa de cada Pessoa com dor (local, fatores de alívio ou exacerbação, qualidade, início exato, padrão temporal, sinais e sintomas associados, interferência com a atividade de vida diária, impacto no estado psicológico, resposta à terapêutica analgésica);
- Detetar a necessidade de apoio psicológico;
- Adequar os métodos diagnósticos e terapêuticos de acordo com o estado e vontade do cliente;
- Reavaliar sistematicamente a resposta ao internamento e à dor;
- Utilizar ferramentas standardizadas.

4 - PROCEDIMENTOS

4.1 - Na avaliação da pessoa com dor devemos considerar:

- Experiências anteriores de dor
- Avaliar a atitude relativamente à doença,
- Avaliar as expectativas,
- Avaliar a dor:
 - Localização anatómica: Topologia: horizontalidade: direita/esquerda; verticalidade: inferior/superior; lateralidade: unilateral/bilateral; centralidade: central/periférica; toda a parte
 - Características da dor (frequência, irradiação, duração e intensidade¹)

¹ Para avaliar a intensidade da dor existam várias escalas de avaliação da mesma presente na Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14/06/2003, pelo que se decidiu utilizar três das escalas existentes, (escala numérica, escala das faces, escala do observador), considerando a tipologia de doentes internados e a parametrização da CIPE. Desta forma pretende-se que o enfermeiro utilize sempre a mesma escala para o mesmo doente, devendo registar nas notas de enfermagem qual a escala utilizada pela primeira vez, para assim se perceber a evolução da dor da pessoa.

- Atividades de vida diárias alteradas,
- A história pregressa do consumo de analgésicos,
- Fatores que aliviam e que agravam a dor,
- Identificar os problemas físicos, psicológicos e sociais que o doente apresenta.

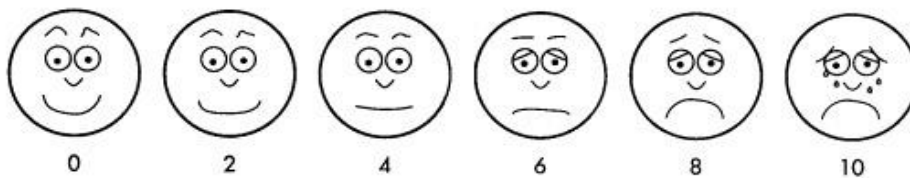
Escala numérica



Fonte: Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14/06/2003

Funciona como uma régua que se pode apresentar na vertical ou na horizontal ao doente. O doente deve fazer a correspondência entre a intensidade da sua dor e uma classificação numérica.

Escala de faces



O doente deve classificar a sua dor de acordo com a mímica representada.

Fonte: Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14/06/2003

Escala do Observador (Parametrizada na CIPE)

Parece sem dor	Parece confortável exceto ao fator desencadeante	Parece desconfortável	Parece sofredor consolável	Parece sofredor inconsolável
----------------	--	-----------------------	----------------------------	------------------------------

Esta escala, destina-se a situações em que o doente tem alteração do estado de consciência, demência e alterações na expressão verbal. Esta deve ser utilizada pelos enfermeiros quando o doente não consegue.

Fonte: Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14/06/2003

4.2 - Intervenções de Enfermagem:

Após efetuar uma correta e detalhada avaliação da dor do doente, deve-se proceder ao desenvolvimento de intervenções de enfermagem para controlo da dor identificada.

- No doente com dor não controlada
- No doente com dor irruptiva
- No doente com dor controlada

Nota: Em todas as situações é necessário:

- Explicar o procedimento;
- Estabelecer a confiança;
- Monitorizar sinais vitais;
- Implementar intervenções farmacológicas e não farmacológicas, de acordo com a situação do doente;
- Avaliar o resultado das intervenções de enfermagem;

- Ensinar a gestão da dor e o regime de tratamento.

4.2.1 - Promover o alívio da dor no doente com dor não controlada

A - Intervenções não farmacológicas

B - Intervenções farmacológicas

A - Intervenções não farmacológicas:

- Alternância de decúbitos,
- Atividades lúdicas,
- Estimulação cutânea – Massagem,
- Aplicação de frio e calor,
- Técnicas de relaxamento,
- Musicoterapia,
- Implementar intervenções do humor,
- Reavaliar a dor após tratamento e monitorizá-la.

B - Intervenções farmacológicas:

- Avaliar o regime analgésico em curso,
- Iniciar o tratamento logo que possível,
- Utilização/aplicação da escada analgésica da dor (em anexo I),
- Quando possível, preferir a via oral,
- Manter um horário regular para uma adequada cobertura analgésica,
- Identificar as necessidades específicas de cada doente,
- Utilizar doses extra de resgate para a dor irruptiva,
- Treinar o doente para a autogestão da medicação,

- Avaliar a resposta à medicação,
- Reavaliar a dor após tratamento e monitorizá-la.

4.2.2 - Na dor irruptiva:

- Administração de SOS prescrito,
- Avaliar o perfil da dor e otimizar estratégias para melhorar o desconforto,
- Pode recorrer-se à via sublingual.

4.2.3 - Na dor controlada

- Vigiar a dor,
- Vigiar efeitos secundários,
- Vigiar toxicidade,
- Vigiar absorção,
- Vigiar a adesão ao plano terapêutico.

5 - REGISTOS

O enfermeiro, quando faz a avaliação da dor, deve escolher a escala que melhor se adapta ao doente, registando a escala a utilizar, de entre as três escalas apresentadas no documento. Deve manter sempre o uso da mesma para o mesmo doente, de forma a permitir uma melhor avaliação e continuidade de cuidados.

Quando, por algum motivo, a escala utilizada não se encontrar parametrizada na CIPE, o enfermeiro deve registar nas notas gerais o porquê da necessidade de recorrer a outra escala de avaliação da dor, registando a caracterização efetuada da dor, as estratégias utilizadas para o alívio e controlo da mesma e os resultados alcançados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

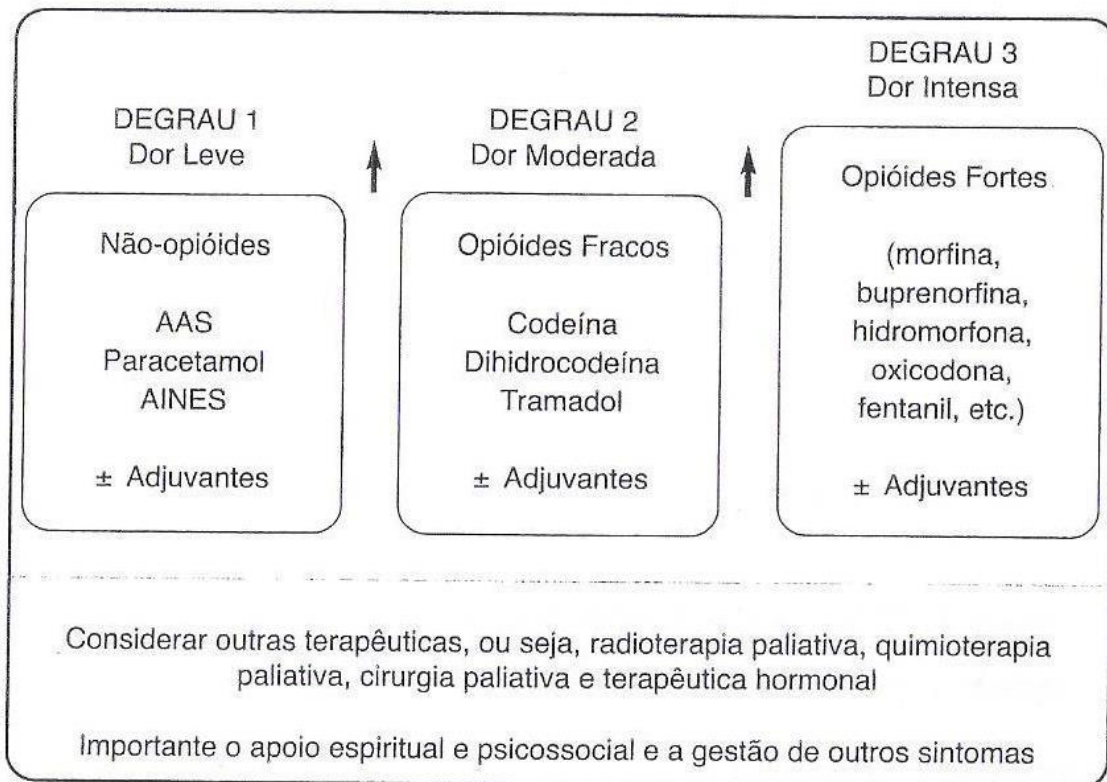
Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa Nº 9/DGCG de 14/06/2003. A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor. (pp. 1-4).

International Association for the study of Pain, 1994.

Pereira, J. (2006). Gestão da Dor Oncológica. In A. Barbosa & I. Neto (Eds). *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 61-113). Lisboa: Faculdade de Medicina.

Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos* (pp. 83-121). 2ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.

ANEXO I – Escada analgésica da OMS



Adaptado de Barbosa e Neto (2006) do Manual de Cuidados Paliativos

APÊNDICE XVI

Atividade/Protocolo desenvolvida no estágio do Hospital C

1-Fundamentação

A presente atividade fundamenta-se na observação de doentes internados no serviço, com prognóstico reservado e que apresentam doença progressiva e incurável, com necessidades específicas do seu contexto físico, psico-espiritual e sociocultural. Torna-se necessário otimizar a intervenção da equipa de saúde, perspetivando-se implementar estratégias no âmbito da prestação de cuidados de conforto, controlo de sintomas e alívio do sofrimento destes doentes.

Acresce a necessidade de proporcionar um espaço físico específico durante o internamento destes doentes, de modo a favorecer a finalidade das intervenções propostas, onde estes doentes poderão usufruir de cuidados de conforto aliados à satisfação das suas necessidades.

2- Objetivo Geral

- ✓ Promover a melhoria dos cuidados prestados aos doentes em fim de vida e suas famílias.

2.1 – Objetivos Específicos

- ✓ Proporcionar medidas de conforto, no controlo sintomático do doente em fim de vida;
- ✓ Desenvolver estratégias comunicacionais e relacionais no acompanhamento ao doente/família;
- ✓ Sensibilizar a equipa de saúde para a necessidade de otimizar a prática de cuidados no atendimento do doente/família em fim de vida;
- ✓ Rentabilizar os recursos humanos, funções e competências dos enfermeiros do serviço;
- ✓ Aplicar o instrumento de intervenção na satisfação do sono;
- ✓ Aplicar a norma de procedimento do serviço inerente às intervenções de enfermagem na avaliação e controlo da dor;

- ✓ Desenvolver ações paliativas;
- ✓ Proporcionar um espaço físico específico no serviço para o internamento destes doentes.

3 – Âmbito

- ✓ Implementação de estratégias direcionadas para a promoção de medidas de conforto, comunicacionais e relacionais ao doente em fim de vida e sua família, no serviço de Medicina, Unidade de Homens.

4 – Definição

A melhoria das condições de vida da população e dos cuidados de saúde levou ao aumento da esperança média de vida, o que se relaciona de forma direta com o aumento da prevalência das doenças crónicas a que se tem assistido nas últimas décadas. Existe um aumento incontornável do número de doentes crónicos que permanecem no hospital até à morte. Como corrobora a APCP (2006) o aumento do número de pessoas com doenças crónicas, incuráveis e avançadas é uma realidade, o que leva a um aumento do número de pessoas em fim de vida¹.

Os cuidados paliativos² são a resposta para ajudar a resolver os problemas dos doentes em fim de vida, não só no controlo de sintomas físicos, mas também

¹ Estamos perante uma pessoa em fim de vida, designada também por doente terminal ou doente em fim de vida quando se verifica a existência de uma doença crónica ou incurável de evolução progressiva, quando os tratamentos se revelam ineficazes, a esperança de vida é curta e quando se perde a esperança de recuperação (Pacheco 2004). Neto (2006), acrescenta ainda que esta esperança de vida pode ir de 3 a 6 meses.

² Em 2002, a OMS definiu os cuidados paliativos: “como uma abordagem que visa 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 de sintomas, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais”. (Neto, 2006, p 19).

integrando os aspetos psicológicos e espirituais do tratamento. Estes são os cuidados adequados à pessoa em fim de vida e prestados em Unidades de Cuidados Paliativos. Também em serviços de internamento de Medicina devem ser prestados cuidados ao doente em fim de vida assentes na filosofia de Cuidados Paliativos, a que damos o nome de ações paliativas³. O surgimento dos cuidados paliativos tornou possível prestar cuidados de conforto, melhorar o controlo de sintomas e aliviar o sofrimento destes doentes. Morrer no hospital é uma experiência dolorosa para o doente/família porque não têm apoio das pessoas e de objetos significativos, e para o profissional de saúde porque se sente fracassado e sem formação suficiente para ajudar no processo de morte. Como refere Sapeta (2011) para os profissionais de saúde, a morte é, sinónimo de insucesso, fracasso e frustração.

O enfermeiro é o profissional, que está a acompanhar sempre o doente e família no internamento, pelo que a sua intervenção é crucial para ajudar a pessoa em fim de vida a viver com o maior conforto e qualidade de vida possíveis e a ter uma morte com dignidade. Em 1998, o Ministério da Saúde, através do Decreto-Lei n.º 104/98 (p.1755), publicado no Diário da República n.º 93, de 21 de Abril, reconhece a importância dos cuidados de enfermagem à pessoa em fim de vida referindo que “O enfermeiro, ao acompanhar o doente nas várias etapas da fase terminal assume o dever de: defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida; respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas; respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte.”

³ Ações Paliativas definem-se por serem medidas terapêuticas sem intenção curativa, que visam diminuir as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar do doente, sendo parte integrante da prática profissional independentemente da doença ou da fase de evolução da mesma (PNCP, 2010).

5 – Prestação de cuidados de enfermagem e ações paliativas a doentes em fim de vida

- Critérios de inclusão

Prevê-se integrar no projeto doentes internados no serviço, com os seguintes critérios:

- Presença de uma doença crónica, avançada e incurável, que não responde ao tratamento curativo
- Presença de numerosos problemas ou sintomas associados à doença
- Doença com grande impacto no doente e na família e esperança de vida reduzida

- Recursos Humanos e Materiais

- Recursos Humanos

No sentido de rentabilizar os **recursos humanos**, funções e competências dos enfermeiros do serviço e para operacionalização deste projeto, será efetivada uma reorganização dos mesmos, visando uma maior eficiência, não implicando o seu aumento.

- Recursos Materiais

Atividade cuja implementação tem um custo direto tendencialmente nulo, pretendendo-se a rentabilização dos recursos existentes no serviço.

- Equipa de enfermagem

Prevê-se a realização de ações de formação e a criação de momentos de partilha e reflexão para que toda a **equipa de enfermagem** seja sensibilizada para esta temática, promovendo as boas práticas no cuidar destes doentes/famílias.

O Serviço dispõe de enfermeiros com formação pós-graduada em cuidados paliativos que importa envolver neste projeto, potenciando as capacidades dos mesmos e diferenciando os cuidados prestados.

As ações paliativas dependem sobretudo de mudanças individuais e coletivas que implicam uma identificação com a “filosofia dos cuidados paliativos” e que se podem traduzir na mudança de atitude dos profissionais face aos doentes em fim de vida:

Numa fase inicial, cabe aos Enfermeiros com formação em Cuidados Paliativos desenvolver as seguintes intervenções:

- Identificação dos doentes em fim de vida;
- Aplicação da ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) diariamente no turno da manhã e efetuar os registos em folha própria;
- Aplicação da norma de procedimentos do serviço na avaliação e controlo da dor;
- Aplicação do instrumento de intervenção na satisfação do sono;
- Sempre que necessário utilizar preferencialmente a técnica de administração terapêutica por via subcutânea – Hipodermóclise;
- Avaliação das necessidades psicológicas e espirituais do doente/família;
- Utilização de estratégias de comunicação, nomeadamente na transmissão de más notícias;
- Desenvolvimento de medidas de conforto que promovam a qualidade de vida;
- Implementação de medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- Agilização do controlo sintomático e da sinalização/referenciação destes doentes para unidades de cuidados paliativos de referência, através do contato com a Unidade da Dor;
- Realização de ações de formação de acordo com as necessidades da equipa de enfermagem;
- Alteração da parametrização CIPE, enquadrando registos nos:
 - Cuidados de conforto associados ao contexto físico
 - Cuidados de conforto associados ao contexto psico-espiritual
 - Cuidados de conforto associados ao contexto sócio-cultural

- Criação de um dossier de consulta com documentação inerente aos cuidados de enfermagem à pessoa em fim de vida.

Pretende-se uma estreita articulação com a equipa médica, a psicóloga que dá apoio ao serviço e a assistente social, por forma a otimizar as estratégias e decisões que beneficiem o doente/família.

Espaço Físico:

Para dar resposta aos objetivos propostos, propõe-se a adaptação da sala 1 da enfermaria (quarto de 2 camas) para o internamento destes doentes. A sua finalidade será:

- Proporcionar um espaço de maior tranquilidade e privacidade no último período de vida do doente e da sua família;

Assim, este quarto teria de ser dotado de:

- Ambiente calmo, devendo evitar-se a todo o custo ruídos incomodativos em seu redor
- Controlo da luminosidade de acordo com a preferência do doente
- Aroma ambiente de acordo com a preferência do doente
- Rádio para audição de música ambiente com efeito relaxante
- Bolsas para a aplicação de calor e frio
- Uma cadeira por cama destinada aos familiares
- Um cadeirão para o levante
- Armário ou estante para guardar os apetrechos específicos deste quarto (rádio, CD's, ambientadores, bolsas de temperatura, óleo de massagem, literatura de apoio).

-Aferição periódica de resultados

A criação de uma base de dados simples (folha de excel) para realizar o registo de todos os doentes, parâmetros da história, terapêutica, ações de enfermagem, evolução dos doentes.

Essa ferramenta facilita a obtenção de indicadores / resultados das intervenções prestadas, da qual será feita uma análise periódica.

Divulgação dos resultados: Serviço, hospital, reuniões, congressos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Pacheco, S. (2004). *Cuidar a Pessoa em Fase Terminal: Perspetiva Ética*. (2ª ed). Loures: Lusociência.
- ✓ Neto, I. (2006). Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In A. Barbosa & I. Neto (Eds). *Manual de Cuidados Paliativos* (pp. 17-52). Lisboa: Faculdade de Medicina.
- ✓ Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. (2006). Formação de enfermeiros em cuidados paliativos: recomendações da ANCP. Acedido março 30, 2009, em [http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendações - Formação em CP.pdf](http://www.apcp.com.pt/uploads/Recomendações_Formação_em_CP.pdf)
- ✓ Portal da Saúde - Programa Nacional de Cuidados Paliativos (2010). Acedido fevereiro 25, 2014 em www.Portaldasaúde.pt/portal/.../a.../2010/3/cuidados+paliativos.htm.
- ✓ Sapeta, P. (2011). *Cuidar em fim de vida: o processo de interação enfermeiro-doente*. Loures: Lusociência.
- ✓ Lei n.º 104/ 98 de 21 de Abril. Diário da República I Série. Ministério da Saúde - Do Código Deontológico do Enfermeiro. Nº 93 (98-04-21), p. 1754 – 1757.

ANEXOS

ANEXO I – *Edmonton Symptom Assessment System*

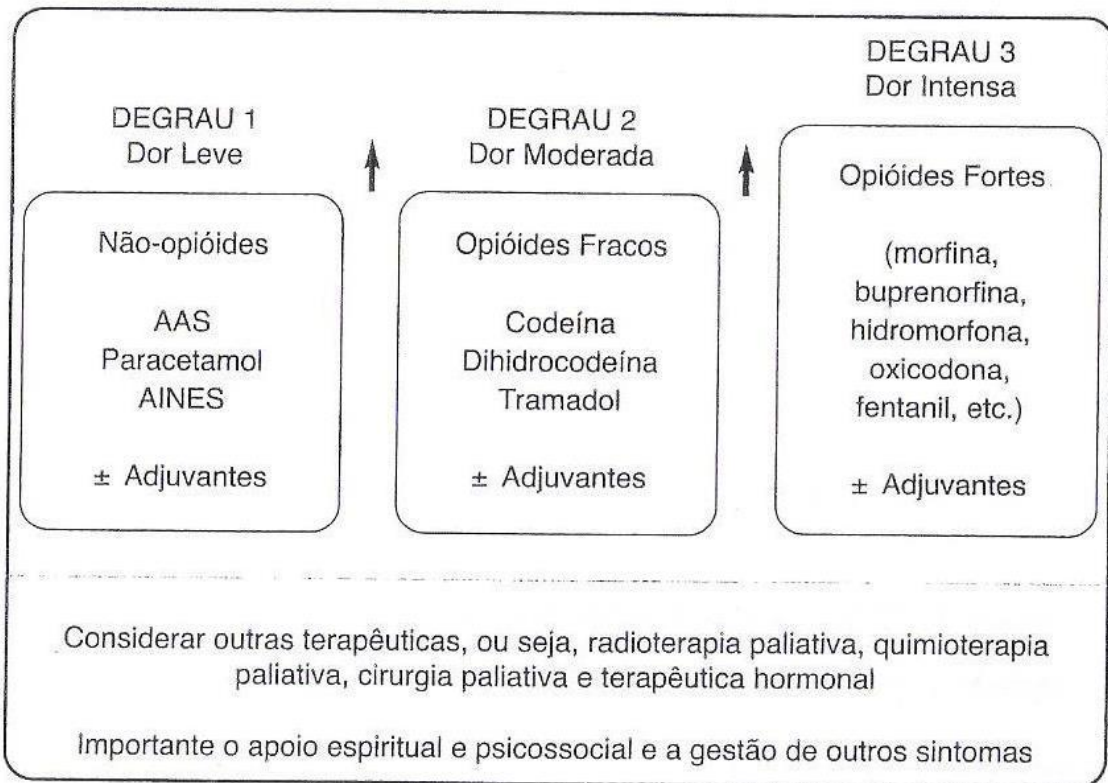
Escala de Edmonton - ESAS

Por Favor, coloque um círculo em volta do número que corresponda à sua avaliação para cada sintoma, neste preciso momento:

Sem dor	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior dor possível
Sem cansaço	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior cansaço possível
Sem náuseas / enjoo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de náuseas / enjoo possível
Sem depressão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de depressão possível
Sem ansiedade	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de ansiedade possível
Sem sonolência	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de sonolência possível
Muito apetite	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sem qualquer apetite possível
Melhor Nível de bem estar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior Nível de bem - estar possível
Sem falta de ar	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Pior sensação de falta de ar possível

Adaptado de Barbosa e Neto (2006) do Manual de Cuidados Paliativos

ANEXO II – Escala analgésica da OMS



Adaptado de Barbosa e Neto (2006) do Manual de Cuidados Paliativos