Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica

Relatório de Estágio

Intervenções de Enfermagem ao Doente Oncológico em Fim de Vida e Família, no âmbito da Alimentação e Hidratação

Joana Inês Ribeiro Sequeira Felício

Lisboa

2019

Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica

Relatório de Estágio

Intervenções de Enfermagem ao Doente Oncológico em Fim de Vida e Família, no âmbito da Alimentação e Hidratação

Joana Inês Ribeiro Sequeira Felício

Orientadora: Sra. Prof. Dra. Maria Deolinda Antunes da Luz Lopes Dias Maurício

Lisboa

2019

“A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte,

requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso,

como a obra de qualquer pintor ou escultor;

pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore

comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus?

É uma das artes, poder-se-ia dizer, a mais bela das artes.”

Florence Nightingale

AGRADECIMENTOS

Agradeço profundamente à Senhora Professora Doutora Maria Deolinda da Luz pela disponibilidade, paciência e amizade, por acompanhar, incentivar e orientar-me neste projeto, contribuindo fulcralmente para o seu desenvolvimento e conclusão.

Grata à minha família pelo incentivo e encorajamento neste projeto. Pela compreensão das ausências, por todo o apoio e amor incondicional.

À Senhora Enfermeira Maria João Costa que acompanhou e incentivou este projeto, agradeço a sua disponibilidade, compreensão e aconselhamento.

Aos colegas enfermeiros do Serviço de Internamento Médico-Cirúrgico que colmataram a minha ausência, grata pela colaboração e incentivo.

Agradeço a todos os profissionais, com quem fui privilegiada em trabalhar durante os estágios, toda a partilha de conhecimento, apoio e incentivo.

À Senhora Enfermeira Christiane Monteiro e ao Senhor Enfermeiro Ricardo Fernandes, agradeço toda a disponibilidade, aconselhamento e partilha de experiência e conhecimentos.

Grata aos amigos que me acompanharam nesta jornada, pelo incentivo e compreensão.

ABREVIATURAS E LISTA DE SIGLAS

AH – Alimentação e Hidratação
APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos
CF – Conferência Familiar
CNCP – Comissão Nacional de Cuidados Paliativos
CP – Cuidados Paliativos
CVCTI – Cateter Venoso Central Totalmente Implantado
DGS – Direção Geral de Saúde
ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos
EEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica
EEPSCP – Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa
EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
ENG – Entubação Nasogástrica
EONS – *European Oncology Nursing Society*
ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
FDV – Fim de Vida
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
PE – Projeto de Estágio
PEG – Gastrostomia Endoscópica Percutânea
PNCP – Plano Nacional de Cuidados Paliativos
REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
SC – Subcutânea
SNG – Sonda Nasogástrica
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SWOT – *Strengths, Weaknesses,* Oportunities*, Threats*
UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Especialização Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, com o objetivo de espelhar o percurso realizado no planeamento e implementação do Projeto de Estágio, através da aquisição e desenvolvimento de competências e contribuição para a melhoria dos cuidados prestados.

A doença oncológica é a segunda maior causa de morte em Portugal, provoca inúmeras alterações nas atividades de vida da pessoa, nomeadamente na atividade de comer e beber, provocando angústia no próprio, na família a até nos profissionais, agravando-se na etapa final da vida. Nesta fase, os doentes, são frequentemente internados em unidades de doenças agudas, sendo prioritário que os enfermeiros desenvolvam competências para cuidar de doentes com necessidades paliativas.

Desta forma, a questão formulada "Quais as intervenções de enfermagem ao Doente Oncológico em Fim de Vida e Família, no âmbito da Alimentação e Hidratação?" parte de um interesse pessoal na área dos Cuidados Paliativos, e da necessidade de formação sentida, tanto a nível pessoal, como na equipa com quem trabalho numa unidade médico-cirúrgica. Neste sentido, ancorei-me na Teoria de Final de Vida Tranquilo, de *Ruland & Moore*, incorporando o modelo do Cuidado Centrado na Pessoa de *McCormak & McCance*.

Para este trabalho, foi utilizada a Metodologia de Projeto, tendo incorporado a pesquisa científica sobre o tema abordado, através da realização de uma Revisão *Scoping* da Literatura, a experiência prática nos cuidados através da realização de três estágios distintos, e a análise reflexiva de ambos.

Face à formação desenvolvida durante o estágio, foi possível observar uma mudança de atitude dos enfermeiros e sensibilização relativamente à necessidade de intervenção ao doente oncológico em fim de vida, e família, no âmbito da alimentação e hidratação.

Palavras-chave: Doente Oncológico em Fim de Vida; Alterações da Alimentação e Hidratação; Intervenção de Enfermagem; Família

ABSTRACT

This report is part of the Curricular Unit with a Report of the 8th Masters Course in Medical-Surgical Nursing, in the Area of Oncology Specialization, of the Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, with the purpose of reflecting the course carried out in the planning and implementation of the Stage Project, through the acquisition and development of skills and contribution to the improvement of the care provided.

Oncological disease is the second leading cause of death in Portugal, causing numerous changes in the person's life activities, namely in the activity of eating and drinking, causing distress in oneself, in the family and even in the professionals, worsening in the final stage of life. At this stage, patients are often hospitalized in acute units, with nurses having the priority to develop skills to care for patients with palliative needs.

In this way, the question formulated "What nursing interventions to the Oncological Patient End of Life and Family, in the scope of Food and Hydration?" Part of a personal interest in the area of Palliative Care, and need for more formation, both the personal level, and as a team where I work, in a medical-surgical unit. In this sense, I anchored myself in Ruland & Moore's Theory of Peaceful End of Life, incorporating McCormak & McCance's Person Centered Care model.

For this work, the Project Methodology was used, incorporating the scientific research on the topic addressed, through the accomplishment of a Scoping Review of Literature, the practical experience in the care through the accomplishment of three distinct nursing internships, and the reflexive analysis of both. During the training developed in the nursing internship, it was possible observe a change in nurses attitude and raise awareness about the need for intervention in the scope of nutrition and hydration, for the oncology patients in end of life and their family.

Keywords: Oncologic Patient in the End of Life; Alterations of Feeding and Hydration; Nursing Intervention; Family.

ÍNDICE

		Pág.
INTRODUÇÃO		17
1.	**ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**	22
1.1	**Doente Oncológico em Fim de Vida**	22
1.2	**Família do Doente em Fim de Vida**	23
1.3	**Cuidados Paliativos**	25
1.4	**Alimentação e Hidratação**	27
1.5	**Intervenção do Enfermeiro**	30
1.6	**Teoria de Enfermagem**	31
2.	**PROJETO DE ESTÁGIO**	34
2.1	**Diagnóstico de situação**	34
2.2	**Definição dos objetivos**	35
2.3	**Planeamento**	35
3.	**ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO**	39
3.1	**Adquirir competências técnicas, relacionais e científicas que promovam a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente oncológico em fim de vida e família, no âmbito da AH, em UCP**	39
3.1.1	Integrar-me na Equipa Multidisciplinar, na sua dinâmica e organização do serviço	40
3.1.2	Identificar necessidades do Doente em Fim de Vida e Família, no âmbito da Alimentação e Hidratação e as respetivas intervenções de enfermagem	40
3.1.3	Analisar a prática de cuidados ao Doente em Fim de Vida e Família no âmbito da Alimentação e Hidratação	42
3.2	**Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao doente oncológico em fim de vida, e família, no âmbito da AH**	43

3.2.1 Motivar a equipa de enfermagem no projeto..... 44
3.2.2 Sensibilizar os enfermeiros do serviço para a apreciação das necessidades dos doentes em Fim de Vida e Família no âmbito da Alimentação e Hidratação, e implementação das intervenções adequadas..... 44
3.2.3 Prestar cuidados de enfermagem aos Doentes em Fim de Vida e Família, utilizando competências desenvolvidas ao longo dos estágios..... 46
4. AVALIAÇÃO 48
4.1 Análise reflexiva sobre o desenvolvimento de competências 48
4.2 Pontos fortes e pontos fracos na implementação do projeto de intervenção..... 52
4.3 Contributos do projeto para a melhoria dos cuidados..... 52
5. CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS..... 54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 55

APÊNDICES

APÊNDICE I	Sondagem de Opinião aplicada à equipa de enfermagem da Unidade C
APÊNDICE II	Apresentação dos resultados da sondagem de opinião aplicada à equipa de enfermagem da Unidade C
APÊNDICE III	Análise SWOT
APÊNDICE IV	Revisão *Scoping* da Literatura
APÊNDICE V	Cronograma de Atividades
APÊNDICE VI	Objetivos, atividades e resultados esperados
APÊNDICE VII	***Checklist*** - Intervenções de Enfermagem ao Doente Oncológico em Fim de Vida e Família, com alterações no âmbito da Alimentação e Hidratação.
APÊNDICE VIII	Reflexão Crítica - Estágio I
APÊNDICE IX	Reflexão Crítica – Estágio II
APÊNDICE X	Plano de sessão de formação I: Intervenções de Enfermagem ao Doente Oncológico em Fim de Vida e Família, no âmbito da Alimentação e Hidratação.
APÊNDICE XI	Diapositivos de sessão de formação I: Intervenções de Enfermagem ao Doente Oncológico em Fim de Vida e Família, no âmbito da Alimentação e Hidratação.
APÊNDICE XII	Plano de Sessão de Formação II: Via Subcutânea e Hipodermoclise;
APÊNDICE XIII	Diapositivos de Sessão de Formação II: Via Subcutânea e Hipodermoclise
APÊNDICE XIV	Plano de Sessão de Formação III: Cuidados com Cateter Venoso Central Totalmente Implantado
APÊNDICE XV	Diapositivos de Sessão de Formação III: Cuidados com Cateter Venoso Central Totalmente Implantado

APÊNDICE XVI Questionário de avaliação das Sessões de Formação.

APÊNDICE XVII Análise dos questionários de avaliação das Sessões de Formação.

APÊNDICE XVIII Reflexão Crítica Estágio III

ANEXOS

ANEXO I Teoria do Final de Vida Tranquilo de *Ruland & Moore*

ÍNDICE DE QUADROS

Pág.

Quadro1 - As "fases" da prestação de Cuidados Paliativos. *Müeller Busch* (2004)..... 26

INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito do 8º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) onde me foi proposta a realização de um projeto, com vista ao desenvolvimento de competências gerais de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) pela Ordem dos Enfermeiros (OE), e competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (EEPSCP). Este relatório provém de um trabalho desenvolvido ao longo da Unidade Curricular Estágio com Relatório, em que se pretende descrever e analisar criticamente o percurso realizado.

A partir da revisão bibliográfica e da reflexão sobre a prática de cuidados no contexto profissional, a meu ver, faz sentido, neste percurso, versar sobre a temática da intervenção de enfermagem no âmbito da alimentação e hidratação do doente oncológico em fim de vida, e no âmbito familiar.

O aumento da esperança média de vida resultante dos inúmeros progressos científicos e tecnológicos na medicina dos últimos anos e das alterações do estilo de vida, faz-se afirmar pelo impacto do aumento do número de doenças crónicas e incapacitantes, (Barbosa *et al*, 2016) como as doenças oncológicas, sendo a segunda causa de morte em Portugal (Direção Geral de Saúde, [DGS], 2016).

A pessoa com doença oncológica, sofre profundas alterações nas suas atividades de vida, nomeadamente na alimentação e hidratação (AH), que se vão agravando até ao desfecho final (Alves, 2013). Um doente em fim de vida (FDV) é, considerado como a pessoa que apresenta doença avançada, incurável e evolutiva, com elevadas necessidades de saúde pelo sofrimento associado (*Sociedad Española* de CP, 1992), cujo prognóstico de vida está situado entre 3 a 6 meses (Neto, 2010). Está inserido numa família, definida como um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações (Sampaio e Gameiro, 1985, cit. in Alarcão 2002) em que “uma modificação num deles provoca uma

modificação de todos os outros" (*Marc e Picard*, 1984 cit. in Alarcão, 2002, p.17), pelo que os cuidados a esta unidade têm extrema importância. O apoio à família é um dos pilares sustentadores da filosofia dos CP (Neto, 2010), que, para fazer face à situação atual, é requerida como uma abordagem específica ao cuidado do doente crónico, com doença avançada e incurável (Alves e Neves, 2017), cujo objetivo está centrado na procura de bem-estar e qualidade de vida.

A abordagem dos Cuidados Paliativos (CP) é fundamental para o alívio do sofrimento e promoção do conforto da família e do doente oncológico, que, no percurso da sua doença, é confrontado com perdas progressivas, pela evolução da doença ou consequência de tratamentos, uma das quais, geradora de grande impacto no próprio, na sua família e nos profissionais de enfermagem (Neto, 2010), nomeadamente as alterações no âmbito da alimentação e hidratação (*Morss*, 2006; Pinho-Reis & Coelho, 2014).

A temática da AH está revestida por um grande valor simbólico, como momento emotivo e transmissor de afeto. Sendo inúmeros os fatores de ordem social, cultural, religioso e económicos que influenciam a sua escolha e os significados atribuídos (*Holmes*, 2011). Na pessoa em FDV, o ato da alimentação torna-se ainda mais significativo para a família, que, na presença de alterações deste foro poderão ser entendidas como o aproximar da morte (Pinho-Reis & Coelho, 2014), sendo o enfermeiro o profissional de saúde que está mais apto a intervir e apoiar o doente e família, por ser o que mais conhecimento tem das reais necessidades da Pessoa (Pacheco, 2002). Assim, o enfermeiro enquanto elemento "chave" na relação de ajuda, tem de desenvolver as referidas competências que lhe permitam cuidar do doente em FDV e família, tendo em conta a filosofia dos CP, pelo que considero, fulcral reconhecer as necessidades do doente em FDV e família no âmbito da AH, e saber intervir individualmente.

O meu contexto profissional situa-se num internamento médico-cirúrgico de um hospital privado, onde selecionámos o tema a abordar. O paradigma instituído encontra-se direcionado para a cura, no entanto, com a realização de novos acordos com instituições dedicadas à oncologia, o paradigma dos cuidados deveria ser alterado, com a chegada de doentes oncológicos, muitos em fim de vida, a carecer de abordagem paliativa. Através de conversas informais, e do que observamos, a temática da alimentação e hidratação do

doente em fim de vida é muito controverso, os cuidados prestados ao doente em fim de vida permanecem na perspetiva curativa, existindo por conseguinte uma inadequação de cuidados prestados a estes doentes (Pulido *et al*, 2010). Para os profissionais de saúde a morte é sinónimo de fracasso (Neto, 2010), provocando sentimentos de frustração e impotência (Sapeta e Lopes, 2007). Deste modo, formulámos a seguinte questão de partida: "Quais as intervenções de enfermagem ao doente oncológico em fim de vida e família, no âmbito da satisfação da necessidade da alimentação e hidratação?". Tendo em conta que o objetivo primordial em CP é o conforto global da pessoa e família, ancorámo-nos na Teoria do Final de Vida Tranquilo, de *Ruland & Moore*, incorporando o modelo do Cuidado Centrado na Pessoa de *McCormak & McCance*.

Consideramos pertinente a abordagem da temática da "alimentação e hidratação" ao doente em fim de vida e família, através do que observamos na prática, mas também pela perspetiva dos meus colegas, a quem realizámos uma sondagem de opinião, através da aplicação de um questionário (APÊNDICE I) de forma informal, com participação opcional dos enfermeiros do serviço, após obtenção do seu consentimento. A partir da análise dos dados (APÊNDICE II), concluímos que responderam à sondagem 76% dos enfermeiros do serviço. Destes 100% considera importante trabalhar esta temática, sendo a causa apontada por 75%, a falta de formação na área, seguida de 35% pelo aumento do número de doentes com necessidades paliativas.

A minha motivação pessoal prende-se pela preferência na área de prestação de CP, considerando que a promoção de conforto através da satisfação das necessidades de alimentação e hidratação tanto à pessoa em FDV como à sua família, é uma área em que o enfermeiro pode intervir de forma autónoma, melhorando o bem-estar, desde o momento em que o doente apresenta alterações na satisfação destas necessidades, seja na degustação ou deglutição até à fase em que já não possui capacidade ou vontade de o fazer.

Desta forma, este projeto de estágio (PE) tem como perspetiva futura a melhoria dos cuidados prestados ao doente oncológico em FDV e família, através do envolvimento e capacitação dos enfermeiros na prestação de cuidados centrados no doente, no âmbito da "alimentação e hidratação".

Assim, com este relatório, pretendemos adquirir e desenvolver competências comuns de Enfermeira Especialista preconizado pela OE (2011) e específicas para o doente crónico e paliativo da OE e as da *European Oncology Nursing Society* (EONS), de forma a poder intervir no doente oncológico em FDV, e família, com necessidade de CP, no âmbito da alimentação e hidratação. Neste momento situo-me no nível 3, Competente como enfermeira generalista, que, segundo *Benner* (2001) significa que organizo a minha intervenção de modo eficaz, planeando a ação a médio e longo prazo, respondendo perante vários imprevistos. Com este estágio pretendo atingir o nível de Proficiente, que, segundo o referido pela mesma autora, implica o uso do saber adquirido nas experiências anteriores, transferindo-a para as novas aquisições, observando os acontecimentos de forma global, de forma a melhorar a tomada de decisão. Com a capacidade de abstração a partir da própria prática. De forma a demonstrar a capacidade de adaptabilidade e competências teria de adquirir aprendizagens em contextos especializados, pelo que realizei os estágios numa Unidade de Cuidados Paliativos (UCP), de forma a construir bases sólidas para intervir adequadamente, e melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Relativamente às competências de EEEMC, estão descritas pela OE, nas competências específicas do EEPSCP, em que salienta “cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da sua prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida” e “estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte” (OE, 2011a, p.2). Além destas competências, este estágio tinha como objetivo comprovar o desenvolvimento das competências enumeradas no artigo 2.º do Regulamento de Mestrado da ESEL, descritas no perfil de competências preconizadas pelo 2.º Ciclo de estudos do processo de Bolonha (ESEL, 2014). Considero de extrema relevância, corresponder, também, às competências definidas pela EONS, que determina que os enfermeiros especialistas em oncologia devem ter competências no âmbito da criação de um ambiente terapêutico, que possibilite aos doentes e familiares a expressão das suas necessidades, e que as satisfaçam de acordo com a sua cultura. Salienta, ainda, que os enfermeiros são

responsáveis pelo seu exercício, reconhecimento das suas limitações, e prestação de cuidados centrados no doente, baseados na evidência científica disponível. Acrescenta que os profissionais devem ter consciência da sua função na equipa de saúde, cooperando com todos os membros, articulando-se, valorizando e dando visibilidade ao valor da enfermagem (EONS, 2015).

De forma generalizada, o presente relatório espelha o percurso realizado e as aprendizagens obtidas. Desta forma propusemos os seguintes objetivos:

- Descrever o percurso realizado durante a permanência nos campos de estágio e o desenvolvimento do projeto de estágio;
- Analisar criticamente o percurso realizado, relacionando-o com a evidência científica;
- Refletir as aprendizagens realizadas e as competências adquiridas;
- Analisar os contributos do estágio para a melhoria dos cuidados prestados.

Este relatório encontra-se estruturado em quatro capítulos. Inicialmente realizámos um enquadramento conceptual relacionando-o com a temática, bem como o referencial teórico utilizado. Na segunda parte, apresentamos o método, com os objetivos delineados e o planeamento das atividades adequadas. No terceiro capítulo deste relatório descrevemos as atividades desenvolvidas nos diferentes campos de estágio analisando-as, realçando as aprendizagens. Por fim, no quarto capítulo, realizámos a avaliação do estágio com base no projeto proposto e o contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem e, por consequência, para o bem estar do doente e família, incluindo o projeto futuro.

Na elaboração deste trabalho, regemo-nos pela norma APA (6ª Edição), descrita no guia de normas para a apresentação de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações da ESEL (2017).

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1 Doente Oncológico em Fim de Vida

O aumento do envelhecimento da população provocado em parte pelos avanços tecnológicos e científicos na saúde levaram ao aumento da existência de doenças crónicas, e, consecutivamente, ao aumento de pessoas em fase final da vida (PNCP, 2016). Em Portugal, o cancro é a segunda principal causa de morte (DGS, 2016), sendo que esta doença (crónica), com forte representação social, influencia a forma como o doente e família percecionam e experienciam esta doença (Fonseca *et al*, 2007), sendo a mesma revestida de uma grande carga simbólica e emocional pelas alterações que acarreta (Pereira e Lopes, 2002). Existe também uma estigmatização social, que provoca ao doente alterações psicológicas que afetam a sua capacidade de adaptação, bem como à sua família.

Muitos dos casos de doença oncológica evoluem para uma situação terminal e morte, dado que a pessoa em FDV, também denominada por doente em FDV, é considerada pela *Sociedad Española* de CP (1992), como aquele que tem presente uma doença avançada, progressiva e incurável, ausência de tratamento específico, com grande impacto emocional no próprio, e família e com prognóstico de vida inferior a 6 meses. Também Alves (2013) refere que, segundo alguns autores, pode ser denominado também de doente terminal. Segundo os *standards* de CP, do *Servei Catalá de la Salut* (1995) e Neto (2010) doente terminal é aquele que apresenta um aumento de necessidades de saúde relacionadas com o sofrimento, referindo que apresenta em média, uma sobrevida de 3 a 6 meses. Já Moreira (2001) acrescenta à definição o facto de a pessoa se encontrar a viver este processo de forma única, de acordo com “as suas características individuais, familiares, socioculturais e as do seu meio” (Moreira, 2001, p.34). Assim, a abordagem à pessoa em fim de vida deve ser holística e global, tendo em conta as suas reais necessidades, com intervenções orientadas para o alívio do sofrimento, uma vez que a pessoa em FDV passa por períodos de estabilização e agravamento da doença o que pode provocar desespero e aumento do sofrimento.

O doente oncológico passa por diversas fases no seu processo de doença, à medida que a doença evolui, a pessoa sofre um processo de degradação gradual e natural do seu estado geral, correspondendo a um período onde são evidenciados sintomas como dor, astenia, anorexia e agravamento do estado de consciência (*Watson*, 2005), sendo cada vez mais difíceis de controlar. Em estadios avançados da doença oncológica, sintomas como náuseas, emagrecimento (Pacheco, 2002), vómitos, disgeusia, saciedade precoce, anorexia e caquexia (*Twycross*, 2003) manifestam-se, frequentemente, geralmente associados aos efeitos secundários dos tratamentos, ou por alterações do paladar, olfato, da capacidade de saborear ou digerir os alimentos, sendo que nos doentes oncológicos, habitualmente, os últimos 3 meses de vida são correspondentes a um período de degradação progressiva marcada (Neto, 2010). É nesta fase, que surgem os sentimentos de renovação, as necessidades de afirmação e aceitação, perdão e reconciliação, de descoberta do significado e direção, necessitando de auxílio espiritual, na procura de respostas para o significado da vida (*Twycross*, 2003).

1.2 Família do Doente em Fim de Vida

A pessoa em FDV, não é a única a carecer de cuidados, a pessoa está inserida numa família, cujo conceito se foi alterando ao longo do tempo, sendo considerada uma unidade dinâmica em mutação constante, vista como uma unidade social ou um todo coletivo, composta por membros ligados através de consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o doente (OE, 2011). É descrita igualmente como um "grupo de pessoas afetivamente significativas para determinado doente, detêm um papel fundamental no apoio aos doentes terminais e sofrem também o impacto dessa doença" (Neto, 2010, p.6), sendo "um todo social, com especificidades e necessidades próprias, inserida e influenciada por um sistema mais vasto de interações sociais alargadas à comunidade e à sociedade e pelas redes sociais formais e informais" (Ramos, 2004, p.178).

Dentro da família, pode ser distinguido um (ou mais) familiar cuidador, também denominado familiar informal como “um membro da família, ou alguém muito próximo que tem a responsabilidade primária de prestar cuidados a quem sofre de uma doença ou requer ajuda para desenvolver as atividades de vida diária” (Sequeira, 2007, p.100), recaindo essa responsabilidade, geralmente, nos cônjuges.

No processo de doença do ente querido, há um desequilíbrio instalado no seio familiar, obrigando à redistribuição de tarefas com mudança de papéis, com implicações de grande dimensão. A doença crónica do familiar, torna quem cuida, alvo de cuidados, pois, a este é exigido o cuidar do doente, enquanto o próprio se encontra em sofrimento pelas perdas que vive. Segundo Pacheco (2002, p.136) “o conhecimento do diagnóstico da pessoa, e sobretudo a consciencialização da inevitabilidade da sua morte, constitui geralmente um impacto muito doloroso para a família”. A unidade referida detém necessidades referentes ao cuidado ao doente em FDV, como necessidades cognitivas, que incorporam a necessidade de dominar o conhecimento da doença, a participação nos cuidados e a certeza de que são prestados todos os cuidados necessários, e as necessidades emocionais, relacionadas com o respeito pelas crenças, valores culturais e espirituais (Neto, 2003). Em contexto hospitalar, têm necessidades acrescidas, como a necessidade de acompanhar a pessoa e de serem compreendidos pelos profissionais de saúde (*Krisjanson*, 1994, citado por Martins, 2000).

Assim, “a família deve ser ativamente incorporada nos cuidados prestados aos doentes e, por sua vez, ser, ela própria, objeto de cuidados” (PNCP, 2004 b), sendo o doente em FDV e família considerados como uma unidade de cuidado, no entanto, detém necessidades específicas e diferenciadas, de ordem psicológica, social e espiritual. É de evidenciar o facto de a família, se for funcional, é quem melhor conhece os hábitos e preferências do doente, sendo nossa aliada na prestação de cuidados que se pretende serem centrados na pessoa.

1.3 Cuidados Paliativos

Os CP, são definidos como “cuidados holísticos, ativos, prestados a indivíduos de todas as idades com sofrimento intenso decorrente de doença grave, especialmente dirigidos àqueles perto do fim de vida, que têm como objetivo melhorar a qualidade de vida das pessoas doentes, das suas famílias e/ou cuidadores” (*International Association for Hospice & Palliative Care*, 2019), pelo que é necessário a identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais” (OMS, citado por Barbosa *et al*, 2016, p.3).

Esta tipologia de cuidados, iniciada em Inglaterra, na década de sessenta, como Movimento Moderno dos Cuidados Paliativos, surge a partir da escassez de cuidados de saúde prestados aos doentes em fim de vida. Liderado por *Cicely Saunders*, fundadora do primeiro *hospice*, este movimento tinha como objetivo proporcionar aos doentes terminais uma qualidade de vida com dignidade até aos seus últimos dias de vida.

Em Portugal, as primeiras iniciativas de CP surgiram no início da década de 90, mas só em 2004 foi gerado o Programa Nacional de Cuidados Paliativos (PNCP), emitido pela DGS, identificando os CP como área prioritária de intervenção. Em 2012, a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos (Lei no52/2012, de 5 de Setembro) veio consagrar o direito e regulamentação ao acesso dos cidadãos aos CP. Embora os doentes oncológicos tenham sido os principais beneficiários dos CP, está preconizado que a oferta destes cuidados abranja as necessidades determinadas pelo sofrimento da pessoa, e não pelo prognóstico ou diagnóstico (Neto, 2010). A filosofia dos CP está assente em quatro grandes pilares, nomeadamente o controlo sintomático, a comunicação adequada, o apoio à família durante a doença e no luto e finalmente o trabalho em equipa, que inclui o doente, a família e restantes profissionais de saúde (*Twycross*, 2003) tendo como objetivo:

- afirmar a vida aceitando a morte como processo natural, não a provocando ou atrasando;
- manter o bem-estar e qualidade de vida do doente e família, utilizando uma abordagem holística e global do sofrimento dos doentes e família;

- oferecer estes cuidados com base nas necessidades individuais e não no prognóstico ou diagnóstico;
- abranger as necessidades de familiares e/ou cuidadores prolongando-se durante o luto (Neto, 2010).

Um doente alvo de cuidados paliativos é considerado por muitos um doente em fim de vida, no entanto, um doente a carecer de cuidados paliativos não será necessariamente um doente terminal ou moribundo (Neto, 2010) assim, é importante clarificar as quatro fases de prestação de CP segundo *Müeller Busch* (2004) descritas no quadro I.

Quadro 1 - As "fases" de prestação de Cuidados Paliativos.

FASES	DURAÇÃO	MOBILIDADE	INTENÇÃO DO TRATAMENTO PALIATIVO	PRINCÍPIOS
Reabilitativa	Anos/ meses	Mantida	Restaurar autonomia, controlo sintomático	Possibilidade de tratamentos agressivos
Pré-terminal	Meses/ semanas	Limitada	Qualidade de vida possível, controlo sintomático	Apoio social
Terminal	Semanas/ dias	Maior parte do tempo acamado	Máximo conforto	Expectativas realistas, reduzir o impacto da doença
Final	Dias/ horas	Essencialmente acamado	Cuidados ativos de conforto	Valorizar, aceitar, aliviar

Fonte: *Müeller Busch* (2004) citado por Neto (2010, p.793).

Assim, a intenção paliativa dependerá da fase evolutiva da doença, tendo por base a necessidade do doente, embora atualmente esteja preconizado a introdução dos CP precocemente (Neto, 2010), alguns autores referem benefícios da sua introdução no momento do diagnóstico.

Apesar de, em alguns países, existirem quatro níveis de diferenciação de cuidados paliativos, seguindo a orientação da *European Association for Palliative Care* (EAPC), a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) diferencia os CP em dois níveis de cuidados: a Abordagem Paliativa e os CP Especializados (CNCP, 2016).

A Abordagem Paliativa é utilizada em serviços de saúde que apenas cuidem de doentes com necessidades paliativas pouco complexas, através de ações paliativas, entendidas como "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 – DGS, 2004, p. 6). Estas ações podem ser praticadas em qualquer âmbito do sistema de saúde. São ações de baixa complexidade e não integradas num trabalho interdisciplinar, representando o nível básico de paliação.

Aos CP Especializados, compete a abordagem das situações de maior e elevada complexidade, sendo constituídas por equipas multidisciplinares com formação e competências especializadas e encontram-se divididos em Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e Unidades de Cuidados Paliativos (UCP) (CNCP, 2016). As referenciações para as UCP são realizadas pelas próprias equipas comunitárias, mas devido à escassez de recursos na comunidade relativamente ao aumento das necessidades (Capelas & Coelho, citado por Sapeta, 2003), verificam- se grandes assimetrias no acesso e o processo de referenciação apresenta-se muito difícil, com elevado tempo de espera ocorrendo frequentemente internamento de doentes em fim de vida em instituições hospitalares com o modelo de atuação biomédico (Sapeta e Lopes, 2007), causando sofrimento ao próprio doente, família e profissionais de saúde.

1.4 Alimentação e Hidratação

Na evolução da doença oncológica, o doente em FDV sofre múltiplas alterações nas suas atividades de vida, nomeadamente na AH, que Resende (2009) defende ser das alterações sofridas, as mais preocupantes para o doente e família.

A alimentação não é um processo restrito à ingestão de alimentos, mas corresponde à necessidade elementar de qualquer ser humano, uma atividade realizada como forma de sobrevivência, mas revestida por um forte poder simbólico, que desde sempre acompanhou a humanidade, sendo sinónimo de ganho de forças, de vida, como ato de carinho e momento de socialização (*Giddens*, 2002). Culturalmente, a alimentação é reconhecida como "tendo o potencial para promover o bem-estar físico, psicológico e emocional" (Resende, 2009, p.24) tornando-se um "ritual cultural, de reunião, de partilha e de prazer" (Soares, 2016, p.12), sendo que até o facto de escolher, preparar os alimentos e de os servir, carece de afetividade (*Collière*, 2003).

Este peso simbólico não esmorece quer na existência de uma doença, quer no seu processo evolutivo (*Hopkins*, 2004), tornando-se a anorexia e perda de peso numa fonte de stress para o doente e família, ainda que esteja demonstrado ser mais stressante para a família do que para o próprio doente (*Strasser et al*, 2007).

Desde o diagnóstico da doença até à morte, a pessoa sofre alterações alimentares com consequências físicas, igualmente impactantes no âmbito psicológico, social e emocional, que a própria atividade detém (Resende, 2009), pelo que deve estar incluída no processo de cuidar em enfermagem.

A pessoa com doença oncológica crónica e avançada é confrontada com inúmeras perdas no âmbito da AH, durante a evolução da sua doença, sendo os sintomas mais frequentemente apresentados na literatura: as náuseas e vómitos, a caquexia e anorexia, a mucosite, a xerostomia, as alterações do paladar, obstrução intestinal e a disfagia (Barbosa *et al*, 2016; Pinho-Reis 2012; Bailie *et al*, 2018). A elevada prevalência destes sintomas obriga a adaptação da dieta a cada situação, de acordo com as limitações demonstradas pelo doente (APÊNDICE VII). Surgem situações de isolamento social pela recusa alimentar, o que vai influenciando emocional e negativamente a família (Resende, 2009) que manifesta sentimentos de frustração, ansiedade e culpa (*Shragge et al*, 2006), podendo surgir discórdias familiares, pela "incapacidade ou dificuldade em comer, e provocar um profundo impacto físico e psicológico no doente e família" (Neto, 2010, p.181), revelando a pertinência da intervenção ao doente e família no âmbito psico-emocional.

Conforme o impacto da progressão da doença na pessoa, assim se modifica o processo de alimentação, que se centra na promoção do conforto da qualidade de vida, privilegiando os alimentos favoritos, na quantidade que a pessoa deseja.

O momento em que o doente cessa por completo a alimentação, é associado pela família ao aproximar da morte, causando angústia e receio, pelo que é fundamental intervir segundo as considerações éticas e comunicar eficazmente com o doente e família, sendo "o apoio psicossocial e espiritual dos doentes e das famílias fundamental. O distress físico e emocional, a desmoralização, o confronto com a finitude e a sensação de perda eminente contribuem para um mal-estar crescente" (Barbosa *et al*, 2016, p.181). Estes autores salientam, que, pela componente emocional, as tomadas de decisão sobre questões relacionadas com a AH tornam-se difíceis em FDV, principalmente quando se trata de alimentar o doente através de SNG, ou suspender a alimentação.

Por vezes, a vontade expressa pela família, de substituir a alimentação pela hidratação artificial, é devida ao desconhecimento sobre as possíveis complicações e sofrimento ligados à hidratação, assim como à relutância em aceitar a progressão da doença e ao mito gerado, de que o doente irá morrer à fome e à sede (Barbosa *et al,* 2016). Deste modo, a utilização das estratégias de comunicação no processo da relação terapêutica é fulcral, como atributo facilitador na tomada de decisão.

A nutrição e hidratação artificiais, enquanto terapêuticas médicas, permitem ao utente e família decidir, em parceria com a equipa profissional, sobre a inclusão ou suspensão destas terapias no seu plano terapêutico (Barbosa *et al*, 2016). Estas decisões devem ser respeitadas de acordo com os princípios éticos associados, nomeadamente:

- Princípio da Autonomia - traduzido pela tomada de decisão, sobre si e a sua vida, de forma livre e esclarecida (Silva, 2013), em que o profissional tem de garantir que o plano de cuidados decorra em conformidade com o desejo do doente;
- Princípio da Beneficência – o enfermeiro tem como obrigação moral, intervir para o benefício do outro (Paiva *et al*, 2014), no sentido de o proteger (Silva, 2013);

- Princípio da Não-Maleficiência – o profissional de saúde tem o dever de, intencionalmente, não causar mal e/ou danos, qualquer que seja a intervenção ao doente (Barbosa *et al,* 2016);
- Princípio da Justiça – confere o direito de todas as pessoas ao respeito e obtenção igualitária de assistência (Barbosa *et al*, 2016; Silva, 2013)

1.5 Intervenção do Enfermeiro

Sucedem-se os internamentos nos serviços de medicina, seja por descontrolo sintomático ou exaustão familiar (*Twycross*, 2003) empobrecendo a qualidade de vida dos doentes e família, dado não serem prestados os cuidados adequados às necessidades da pessoa. Atitudes de evitamento da família e doentes em FDV por parte dos enfermeiros são comuns nos serviços que utilizam o modelo biomédico. Conforme Sapeta (2003) alguns motivos que pelos quais os enfermeiros evitam este tipo de doentes, são, a falta de formação em CP, as dificuldades que sentem quando confrontados com a realidade dos serviços onde trabalham e com a necessidade de dar resposta às situações difíceis dos doentes em fim de vida e família.

O facto de cuidar da pessoa em FDV pode causar um sentimento de insucesso, uma vez que os enfermeiros são formados tendo como meta a cura e o sucesso no tratamento dos doentes. Segundo Silva (2013), apesar dos profissionais de saúde serem confrontados diariamente com a morte, esta mantém-se um tabu, causando medo, sendo que "a dificuldade no confronto com a morte está presente quando o profissional não sabe o que dizer à pessoa em FDV e família, o não saber lidar com os sintomas que a pessoa apresenta e sentimentos provocados pela vulnerabilidade do outro" (Alves e Neves, 2017, p.266). Emerge desta forma a necessidade de sensibilizar os enfermeiros para o cuidado ao doente e não à doença, através da formação dos mesmos.

No decurso da doença, a pessoa em FDV é acometida a sentimentos de incerteza, receios e ansiedade, o que faz com que a evolução da doença seja sentida de forma singular e única (Pacheco, 2002), necessitando assim de intervenções individualizadas/centradas na pessoa. Assim, cabe ao enfermeiro, enquanto profissional que mais contacta com o doente, que assuma o papel de elo de ligação com a restante equipa, (Pacheco, 2002) intervindo de forma humanizada, mantendo o bem-estar do doente, desenvolvendo intervenções

promotoras de conforto/controlo de sintomas, ajudando a alcançar um *términus* de vida digno e tranquilo.

No âmbito das necessidades de alimentação e hidratação do doente em FDV, o enfermeiro detém capacidades para intervir de forma autónoma ou interdisciplinar, seja em ambiente hospitalar ou no domicílio.

O enfermeiro pode desenvolver atitudes de observação e escuta quando um familiar o solicita, permitindo que doente e família expressem as suas emoções e preocupações, proporcionando comodidade e mantendo a família informada (Pacheco, 2002).

Os resultados obtidos no estudo desenvolvido por Resende (2009) que descrevem as necessidades demonstradas pelos familiares, que se centram na informação sobre a situação do doente, no aconselhamento de estratégias a adotar no ato de alimentar e incentivarem a partilha de emoções e experiências. Neste estudo encontram-se descritas intervenções para reforçar a ingesta hídrica, aumentar a frequência das refeições, com doses de comida mais pequenas, e incentivar o mais possível a socialização do momento da refeição. Em suma, a família necessita de conforto emocional e valorização da informação, cabendo ao enfermeiro intervir de forma singular.

No APÊNDICE VII encontram-se descritas as intervenções de enfermagem encontradas na revisão de literatura, para cada alteração apresentada pelo doente.

1.6 Teoria de Enfermagem

Na concretização deste projeto decidimos recorrer à Teoria de Médio Alcance do Fim de Vida Tranquilo, de *Cornelia Ruland* & *Shirley Moore,* como forma de sustentação e orientação das intervenções.

Esta teoria baseia-se em outras teorias de enfermagem, com modelos de conceitos de médio ou menor alcance, revelando ser de grande utilidade na prática. O ponto de partida da Teoria do Fim de Vida Tranquilo, é o núcleo familiar, sendo constituído pelo doente em FDV e as pessoas significativas, sujeitos aos cuidados dos profissionais de saúde num hospital de cuidados agudos, e as intervenções de enfermagem focadas na promoção de resultados positivos, que são definidos por:

- Não ter dor - a pessoa tem ausência de sofrimento e sinais de stress, sendo a dor considerada uma sensação não agradável ou uma experiência emocional associada a potencial ou existência de dano de tecido;
- Experiência de conforto - baseado exclusivamente na Teoria de Conforto de *Kolcaba*, que significa "a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência), nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental), muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos" (*Kolcaba*, 2009 p. 254);
- Experiência de dignidade e respeito - cada doente terminal é "respeitado e valorizado como ser humano". Este conceito contém a ideia do valor pessoal, expressado pelo princípio ético de autonomia ou respeito pelas pessoas, referindo que cada pessoa deve ser cuidada como um ser autónomo. As pessoas com autonomia diminuída, vulneráveis, devem ser protegidas;
- Estar em paz - estado definido como um sentimento de calma, harmonia e contentamento, livre de ansiedade, agitação, preocupação e medo. Um estado de calma nas dimensões física, psicológica e espiritual;
- Ter a proximidade das pessoas significativas que se preocupam – sendo a proximidade definida como o "sentimento de conexão com outro ser humano cuidado", envolvendo a dimensão física e emocional. (*Ruland & Moore*, 1998)

O objetivo do cuidado de fim de vida não é otimizar o cuidado, no sentido de seguir o modelo biomédico, mas maximizar o uso ponderado de tecnologia e técnicas de conforto, para melhorar a qualidade de vida e alcançar uma morte tranquila, tal como os princípios orientadores dos CP. Segundo as autoras, para obtenção dos resultados acima referidos, há necessidade de aplicar intervenções específicas descritas no ANEXO I.

Neste contexto, pela subjetividade e individualidade inerente ao tema, faz todo o sentido utilizar o modelo de cuidados do Cuidado Centrado na Pessoa. Em que o enfermeiro tem de adequar as intervenções não só de uma forma individual, mas de uma forma centrada para o que a pessoa deseja, baseando-se no cuidado à pessoa como ser único e individual, que compreende a sua doença de forma singular, distinta de qualquer outra. Segundo *McCormack & McCance*, (2006) o Cuidado Centrado na Pessoa está compreendido entre

quatro aspetos fundamentais que se interligam:

a) nos atributos do enfermeiro, ou seja, nas suas competências profissionais e pessoais;
b) no ambiente em que são prestados os cuidados;
c) nos processos centrados na pessoa;
d) nos resultados expetáveis, englobando a satisfação do utente após o processo de cuidar.

Assim, como enfermeiros temos de compreender o sentido de conforto para o doente, estabelecer as intervenções e adequá-las individualmente para podermos estabelecer os objetivos, que se centrarão no bem-estar de cada um dos utentes. Uma vez que a filosofia do Cuidado Centrado na Pessoa implica que esta seja considerada como parte ativa do seu processo de cuidar, exigindo que estejamos disponíveis para o doente, que reunamos competências e estejamos aptos para cuidar do outro, tendo em conta o contexto em que a pessoa se insere, os seus valores e expetativas quanto aos cuidados, e vá ao encontro ao que este precisa e quer para si.

Para *McCormack* (2003), a filosofia do Cuidado Centrado na Pessoa baseia-se em cinco pilares, nomeadamente, no esclarecimento do doente, em que a tomada de decisão é facilitada através da partilha da informação, na reciprocidade, em que são reconhecidos os valores do doente na tomada de decisão; na transparência, através da explicitação de motivações para a ação dos cuidados; na negociação, através da participação do doente, valorizando as suas opiniões, e finalmente, na compreensão empática, em que é reconhecida a individualidade do doente, maximizando o seu potencial de desenvolvimento.

2. PROJETO DE ESTÁGIO

Para a realização deste trabalho utilizamos a Metodologia de Projeto, que se baseia "numa investigação centrada num problema real identificado, e na implementação de estratégias e intervenções eficazes para a sua resolução" (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.2) sendo esta tipologia de investigação promotora de uma práxis baseada na evidência.

2.1 Diagnóstico de situação

O objetivo desta etapa no estágio baseia-se na identificação de um problema alvo, na sua descrição e na forma como intervir e alterá-lo, através da observação objetiva das condições e circunstâncias (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010). Desta forma, durante o exercício profissional, pela realização de conversas informais, na observação dos cuidados prestados aos doentes, na reflexão sobre a mesma, bem como na participação dos cuidados, pudemos identificar situações problemáticas no âmbito da temática selecionada.

O nosso exercício profissional insere-se num Serviço de Internamento Médico-Cirúrgico de um hospital privado, que, por questões de confidencialidade, é neste trabalho, denominado Unidade C.

A tipologia de utentes existente na Unidade C, alterou-se desde há uns anos. Como um serviço maioritariamente cirúrgico, a nossa população baseava-se em utentes com objetivo curativo, em que a utilização de todos os meios disponíveis no tratamento da pessoa era dever do profissional, mas, com a mudança de paradigma da sociedade, bem como acordos realizados com instituições relacionadas com o cancro, passámos a cuidar de utentes com objetivo paliativo. No entanto, os profissionais de enfermagem, ainda não se encontram despertos para tal intervenção, sendo comummente observadas situações de obstinação terapêutica a utentes em FDV, principalmente no âmbito da alimentação e hidratação. Nos profissionais de enfermagem é notória a necessidade de "fuga" à prestação de cuidados a estes utentes e sensação de frustração na fase final da vida dos mesmos. Desta forma, foi realizada uma sondagem de opinião à equipa de enfermagem deste contexto, de modo informal, para avaliar a pertinência do tema a abordar (APÊNDICE I), tendo

demonstrado que a formação seria o ponto de partida para a melhoria dos cuidados prestados ao doente oncológico em FDV e família (APÊNDICE II). Assim, é uma necessidade fulcral nos cuidados de enfermagem, identificar as necessidades reais dos doentes em FDV e família, e reconhecer as intervenções mais adequadas.

Foi realizada uma análise SWOT de forma a averiguar os requisitos à implementação deste PE na Unidade C, descrito no APÊNDICE III.

2.2 Definição dos objetivos

Dada a importância de reconhecer a necessidade de prestar cuidados de enfermagem de forma holística e singular, bem como de agir em concordância com o mesmo é fundamental para a satisfação dos utentes e famílias. Assim, de acordo com a evidência científica no âmbito da temática, existem alguns pontos que requerem intervenção, o que revela a pertinência do tema.

De forma a que o desenvolvimento do projeto constituísse um importante contributo para a melhoria dos cuidados prestados ao doente oncológico em FDV e família, no âmbito da AH, garantindo o seu conforto e bem-estar, bem como a sensibilização, envolvimento e aumento do nível de conhecimento da equipa de enfermagem da Unidade C, pretende-se o desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem e Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente de Enfermagem Oncológica. Assim, para o desenvolvimento do PE, foram delineados os seguintes objetivos gerais:

1) Adquirir competências técnicas, relacionais e científicas que promovam a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente oncológico em fim de vida e família, no âmbito da AH, em contexto hospitalar;
2) Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao doente oncológico em fim de vida, e família, no âmbito da AH;

2.3 Planeamento

"A Metodologia de Projeto é uma metodologia reflexiva, baseada e sustentada na investigação" (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.5), assim, para o

desenvolvimento deste Projeto, elementos como a investigação, a experiência e a reflexão foram fundamentais para a recolha de informação e análise dos mesmos.

Conforme *Benner* (2001) evidencia, a aliança entre o conhecimento teórico e a experiência prática, no processo de evolução do enfermeiro, é fundamental, para atender aos objetivos deste trabalho. Foi planeada a realização de três estágios profissionais, em serviços especializados na temática selecionada, e orientados por enfermeiros especialistas e peritos na área de intervenção, para acompanharem o processo de aprendizagem.

Para cada contexto de estágio, foram definidos objetivos conforme as competências a desenvolver, pelo que foram realizados contactos prévios/informais com os enfermeiros responsáveis dos serviços e aos enfermeiros orientadores de estágio, para discussão de objetivos do PE e avaliação da adequação dos mesmos aos locais de estágio.

Os primeiros dois estágios foram realizados em UCP, uma vez que "são serviços específicos de CP, em unidades hospitalares, que dispõem de espaço físico independente e recursos próprios, nomeadamente médicos e enfermeiros a tempo inteiro e destinam-se ao acompanhamento dos doentes com necessidades paliativas mais complexas, em situação de descompensação clínica ou emergência social" (CNCP, 2016, p.17). Estas instituições requerem que os profissionais tenham formação avançada em CP (Nível C) para prestarem cuidados especializados, sendo desta forma acompanhada por peritos na área, que estão "focadas na otimização da qualidade de vida dos doentes" (CNCP, 2016, p. 8).

O Estágio I decorreu numa UCP com ambiente hospitalar, denominado neste relatório como Unidade A, e teve uma carga horária presencial de 144 horas. A escolha deste local baseou-se pelo interesse nos cuidados prestados à população internada, maioritariamente classificada em estado pré-terminal, segundo a classificação de *Müeller Busch* (2004), com necessidade de intervenção no âmbito da AH, o que vai de encontro aos objetivos definidos. Nesta Unidade são prestados cuidados a pessoas com doença crónica e incapacitante, que, pelo seu carácter permanente e evolutivo, comprometem a

autonomia e qualidade de vida. Grande parte da população identificada, com alterações no âmbito da temática abordada, não eram pessoas com doença oncológica, mas doentes com necessidades paliativas, com situações e necessidades semelhantes ao doente oncológico.

O Estágio II decorreu numa UCP, com ambiente "caseiro", denominado neste relatório como Unidade B, com carga horária presencial de 144 horas. A escolha por esta Unidade recaiu não só pela presença de um "ambiente familiar" dos profissionais e instalações, bem como pela população identificada, que, segundo *Müeller Busch* (2004) eram maioritariamente doentes em estado Terminal e Final, com necessidades complexas e persistentes no âmbito da AH, condicionantes da qualidade de vida, também estes com patologias de base diversas.

Em ambas as Unidades, é realizada a identificação das necessidades reais de cada pessoa e família, nas diferentes fases da doença, de modo a estabelecer a abordagem mais adequada e a desenvolver ações que visam o bem estar, sendo que, os cuidados prestados são delineados, aliando a competência e o rigor dos mesmos a uma prestação de cuidados, humanizada e holística, com respeito pela individualidade, sensibilidade e desejos do doente, de modo a otimizar a sua qualidade de vida.

O Estágio III decorreu na Unidade C, já descrita anteriormente, onde foi identificada a problemática, e onde o PE será implementado. Este estágio teve a duração total de 168 horas.

Para atingir o objetivo proposto, e de forma a aliar a experiência à componente investigativa, realizei uma pesquisa bibliográfica através da execução de uma Revisão *Scoping* da Literatura (APÊNDICE IV), com o objetivo de mapear os resultados relativos à minha questão inicial. No entanto, os resultados desta Revisão não foram satisfatórios, na medida em que não foi possível identificar literatura que respondesse na totalidade à questão formulada. Assim, foi realizada uma Revisão da Literatura, onde foram identificadas as alterações apresentadas pelo Doente em FDV e Família, no âmbito da AH, assim como algumas intervenções de enfermagem.

De forma a corresponder ao desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem, a vertente reflexiva sobre a prática esteve presente em todo o percurso de execução deste projeto, e para tal, foram realizadas análises críticas de momentos primordiais durante os estágios, merecedores da minha reflexão.

Como referido previamente, foram definidos objetivos para cada local de estágio e delineadas atividades a desenvolver, com tempos definidos (APÊNDICE V) tendo em conta as competências a adquirir. Estas encontram-se representadas no APÊNDICE VI, onde estão incluídos os recursos adotados para atingir cada objetivo, bem como descritos os resultados esperados, e indicadores de avaliação de apresentação do PE.

3. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

Após o planeamento da ação, segundo a Metodologia de Projeto, este capítulo é utilizado para descrever as atividades previamente planeadas, relacionando-as com os objetivos propostos para a implementação do projeto, assim como a descrição dos resultados obtidos, e análise através dos indicadores de avaliação.

Tendo em conta que o Projeto é uma intenção de atingir algo, surgiram por isso algumas alterações ao planeamento inicialmente efetuado, justificado pelo aparecimento de situações de fulcral relevo para o processo de aprendizagem, em cada contexto de estágio.

A descrição desta etapa foi organizada a partir dos objetivos gerais propostos, o primeiro objetivo é relativo à Unidade A e B, e o segundo objetivo refere-se à Unidade C, onde o PE será implementado. Seguidamente é apresentada a análise crítica e refletida sobre as atividades realizadas e os resultados obtidos, tendo por base os objetivos referidos.

3.1 Adquirir competências técnicas, relacionais e científicas que promovam a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao doente oncológico em fim de vida e família, no âmbito da AH, em UCP.

Este objetivo geral foi concebido para os Estágios I e II, assim como os respetivos objetivos específicos. Foi concebido com o intuito de angariar conhecimentos específicos em UCP, que promovessem a melhoria dos cuidados de enfermagem ao doente oncológico em FDV e família, na temática da AH, através da partilha de conhecimentos e observação da prática de profissionais peritos na área, aliando os conhecimentos teóricos adquiridos ao longo do percurso académico e os conhecimentos obtidos através da pesquisa bibliográfica.

3.1.1. Integrar-me na Equipa Multidisciplinar, na sua dinâmica e organização do serviço.

O processo de aprendizagem é dinâmico e interativo, assim, para assegurar o seu sucesso, foi fulcral a integração na equipa multidisciplinar, de forma a obter os conhecimentos necessários para alcançar os objetivos propostos. Para tal, em todos os Estágios, realizei uma reunião com os Enfermeiros Chefes e Enfermeiros Orientadores, de forma a apresentar o PE, assim como os objetivos delineados. À restante equipa de enfermagem, apresentei a temática e os objetivos do PE em momentos menos formais, e de forma a sensibilizá-los para a colaboração no percurso de aprendizagem, tendo obtido múltiplas sugestões e a validação sobre a pertinência da temática. No Estágio I apresentei o projeto a 85% dos enfermeiros do serviço e à Assistente Social, no Estágio II tive a oportunidade de apresentar o Projeto a 100% dos profissionais de enfermagem, Assistente Social, Psicóloga e Médicos. Durante os momentos de passagem de turno, fomos por várias vezes questionadas sobre a nossa prática com doentes oncológicos em FDV em contexto de Serviço Médico-Cirúrgico, resultando em momentos muito proveitosos, de partilha, transmissão de conhecimentos, experiências e esclarecimento de dúvidas.

A consulta de documentos de apoio, como as normas de serviço, foram uma mais valia para o meu processo formativo, nomeadamente no Estágio I, que detinha uma equipa de nutrição entérica, composta por duas enfermeiras peritas, responsáveis pela formação nesta temática aos profissionais, que detinham suporte bibliográfico recente na área da alimentação, nomeadamente Gastrostomia Endoscópica Percutânea (PEG).

3.1.2 Identificar necessidades do Doente em Fim de Vida e Família, no âmbito da Alimentação e Hidratação e as respetivas intervenções de enfermagem.

Este objetivo específico foi delineado pela necessidade de aprofundar os conhecimentos relativos ao doente em FDV e família, no âmbito da AH, pois segundo *Benner* (2001), é fulcral aliar a experiência prática ao saber científico, pelo que utilizei diferentes fontes de obtenção de conhecimento científico. Através da prestação e colaboração nos cuidados de enfermagem ao doente em

FDV e família, foi possível obter conhecimento sobre a prática, através da prestação de cuidados sob a supervisão de peritos.

O facto de sermos orientados por enfermeiros peritos na área em ambos os estágios permitiu a partilha regular de experiências, bem como a observação da prática possibilitou a obtenção de conhecimento experiencial "*in loco*". A consulta de documentos e normas existentes nos serviços, assim como, a pesquisa bibliográfica que realizámos ao longo de todo o percurso de aprendizagem, cursaram no sentido de obter evidência científica sobre a temática em questão. Assim, com o propósito de mapear a informação existente sobre a temática de intervenção (*Arksey & O'Malley*, 2005), realizámos uma Revisão *Scoping* da Literatura, que não nos permitiu avaliar a dimensão e amplitude da investigação, pelo que, apenas a partir dos resultados da Revisão Sistemática da Literatura, foi possível nortear as atividades em estágio, focar a observação da prática em cada contexto e construir um documento de apoio à prática, que nomeei de *Checklist* – Intervenções de Enfermagem ao Doente Oncológico em Fim de Vida e Família, com alterações no âmbito da Alimentação e Hidratação (APÊNDICE VII). Este documento foi iniciado no Estágio I, aferido no Estágio II, validado pelo Enfermeiro Orientador de Estágio e aplicado nos Estágios II e III. No Estágio II, foi possível aplicá-lo a 80% dos doentes que se encontravam em fase final de vida, com doença oncológica e com alterações no âmbito da AH.

Nos Estágios I e II tive oportunidade de assistir a Reuniões Multidisciplinares onde foram debatidas situações específicas de cada doente. Estas foram compostas pelo médico assistente, psicóloga, fisioterapeuta, assistente social e enfermeiro. Para um doente ser admitido em UCP, tem, como referido noutro capítulo, alterações com necessidades específicas próprias da condição da doença, que foram avaliadas no momento da anamnese (APCP, 2006), pelo que têm de ser reavaliadas periodicamente pela equipa. Assim, estas reuniões, realizadas semanalmente em ambos os locais de estágio, preconizaram a avaliação ou reavaliação das reais necessidades da pessoa e família, a elaboração e discussão do plano terapêutico, a avaliação de resultados e caso necessário, o restabelecimento de novos objetivos ou plano terapêutico.

Após a realização da avaliação das reais necessidades do doente e família, era fulcral que a equipa se reunisse com doente e família, de modo a estabelecer objetivos e plano terapêutico, pelo que tive oportunidade de observar uma Conferência Familiar (CF) no Estágio II.

Uma Conferência Familiar, é definida como uma intervenção clínica, que fornece uma oportunidade de cuidado focado no doente em FDV e família (Bartolomeu, 2013), podendo ser requerida tanto pelos profissionais, como pelo doente ou família. É um meio de partilha de informação, emoções e receios, esclarecimento e discussão dos objetivos e plano terapêutico, onde estiveram presentes, o médico, o enfermeiro gestor de caso o familiar e psicóloga. Na Conferência Familiar que assisti, o objetivo consistia na preparação do familiar para a perda do seu familiar, incluindo a remoção de SNG, o que se revelou num importante momento de aprendizagem no percurso deste PE.

3.1.3 Analisar a prática de cuidados ao Doente em Fim de Vida e Família no âmbito da Alimentação e Hidratação

Aliado à componente experiencial e ao conhecimento científico, a componente reflexiva constitui-se como *upgrade* para a aprendizagem. Refletir na e sobre a prática, de forma individual ou coletiva, contribuiu para o meu processo de aprendizagem na medida em que me permitiu integrar os conhecimentos previamente obtidos, e transpor para a prática. Vários momentos reflexivos foram partilhados com os enfermeiros dos serviços e enfermeiros orientadores de estágio, com partilha de experiências, promovendo assim a análise de situações, que para mim, até então eram desconhecidas.

Múltiplas foram as intervenções aos doentes em FDV com alterações na AH, bem como os momentos reflexivos por si provocados. No início do Estágio I surgiram várias situações que promoveram um maior interesse na área da adaptação da alimentação ao gosto do doente, perante determinadas alterações no mesmo. Neste estágio, verifiquei que a adequação da dieta, era algo frequentemente realizado, não com o intuito curativo, mas de forma a tornar o momento da alimentação do doente mais prazeroso. A Reflexão Crítica que descrevemos neste estágio (APÊNDICE VIII) reflete o que observámos. Apesar de existirem várias alterações físicas no doente, que o deixam incapaz de ingerir

aquilo que deseja, os enfermeiros foram capazes de superar contrariedades de forma a adequar o tipo de alimentos que o doente gosta para que os pudesse ingerir, e referimos como exemplo, a execução de uma pasta "*home made*" de sardinha para que o doente, que não podia ingerir alimentos sólidos, pudesse voltar a sentir o sabor da sardinha, após ter verbalizado essa vontade.

No decorrer do Estágio II, realizámos múltiplas reflexões sobre a prática, com o Enfermeiro Orientador, nomeadamente, como devemos reagir, enquanto enfermeiros, perante familiares e doentes que expressem emoções negativas no momento de comunicação de más notícias. A reflexão sobre como agir na presença destas emoções, fez com que adquirisse estratégias comunicacionais que permitiram a aproximação à pessoa que as expressa, assim como, mecanismos de defesa pessoais perante situações desconfortáveis.

Foram inúmeros os momentos de aprendizagem significativos neste local de estágio, o que dificultou optar pela descrição de apenas um. Assim, considerámos benéfico para o PE, analisar criticamente a observação da CF (APÊNDICE IX), contribuindo para o meu desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo um maior entendimento sobre a situação do doente e família. A experiência na condução da CF, foi fulcral como facilitadora para os familiares, do conhecimento da situação clínica do seu ente querido, a proximidade da sua finitude, e o reconhecimento da futilidade que era de manter a SNG.

3.2 Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao doente oncológico em fim de vida, e família, no âmbito da AH;

Este objetivo geral foi desenhado para ser otimizado no Estágio III, local onde será implementado o PE e identificada a problemática em estudo. Conforme referido previamente, é fulcral que os enfermeiros possuam formação para um cuidar especializado ao doente em FDV e família. No sentido de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados foram definidos os seguintes objetivos específicos:

3.2.1. Motivar a equipa de enfermagem no projeto.

De forma a envolver a equipa de enfermagem da Unidade C neste PE, foram planeadas atividades como a exposição do projeto, de forma individual à Enf. Chefe e Orientadora neste estágio, para validação da implementação do mesmo. Relativamente aos restantes enfermeiros do serviço, para além da apresentação do PE, realizada em momentos menos formais, considerámos crucial promover a reflexão sobre a necessidade de melhoria na prestação de cuidados no âmbito da temática, de forma a incentivar a colaboração dos mesmos na sua implementação no serviço, tendo sido possível realizá-lo a 80% dos profissionais, que demonstraram recetividade e interesse nas aprendizagens que daí pudessem resultar. Assim, o *feedback* permaneceu positivo, indo de encontro aos resultados da Sondagem de Opinião realizada previamente.

3.2.2. Sensibilizar os enfermeiros do serviço para a apreciação das necessidades dos doentes em Fim de Vida e Família no âmbito da Alimentação e Hidratação, e implementação das intervenções adequadas.

A reflexão sobre a necessidade de melhoria na prestação de cuidados ao doente em FDV e família, com alterações na AH, promoveu a partilha de dúvidas e angústias sentidas pelos enfermeiros, sobretudo sobre questões colocadas em fim de vida, nomeadamente, a administração de terapêutica e fluidoterapia, futilidade terapêutica e questões de tomada de decisão em FDV, relacionadas com a ética, no âmbito da AH.

Através da realização e aplicação de um questionário aos enfermeiros da Unidade C (APÊNDICE I), permitiu uma sondagem de opinião, cuja análise validou a necessidade sentida pelos enfermeiros da Unidade C, de formação no âmbito das intervenções de enfermagem ao doente oncológico, em fim de vida e família, na temática da alimentação e hidratação. Desta forma, para irmos ao encontro das necessidades de aprendizagem verbalizadas pelos enfermeiros da Unidade C, foram planeadas três sessões formativas, que decorreram no dia 12 de Fevereiro de 2018, com a duração total de duas horas. Por conveniência do serviço, foi realizada uma sessão de formação coletiva, tendo a comparência de 14 dos 26 enfermeiros da Unidade C, a 6 enfermeiros foi realizada a sessão

formativa em momentos menos formais, sendo que aos finais 6 enfermeiros, não foi realizada formação por indisponibilidade dos mesmos.

A sessão de formação encontrou-se dividida em 3 partes. A primeira parte, nomeada de Sessão de formação I, com o tema de "Intervenções de Enfermagem ao Doente Oncológico em Fim de Vida e Família, no âmbito da Alimentação e Hidratação", cujo plano se encontra descrito no APÊNDICE X. A segunda parte, a Sessão de Formação II, com o tema "Via Subcutânea e Hipodermoclise", cujo plano se encontra descrito no APÊNDICE XII, e finalmente a terceira parte, a Sessão de Formação III, com o tema "Cuidados com Cateter Venoso Central Totalmente Implantado (CVCTI)" cujo plano de sessão se descreve no APÊNDICE XIV.

Na sessão de formação I, com o tema "Intervenções de Enfermagem ao Doente Oncológico em Fim de Vida e Família, no âmbito da Alimentação e Hidratação", foi realizada uma breve apresentação sobre CP, a definição, os princípios, a explicitação do significado e pertinência da realização de ações paliativas no serviço, bem como as diferentes fases da prestação de CP. Foi introduzida a temática da AH, com a reflexão sobre o simbolismo da mesma na vida das pessoas, bem como apresentada a *checklist* formulada sobre as intervenções a realizar perante as alterações dos doentes em FDV e família. No final desta sessão houve espaço para discussão e reflexão sobre um caso apresentado, que permitiu o esclarecimento de dúvidas relativas a princípios éticos, e tomada de decisão. Os diapositivos desta sessão encontram-se no APÊNDICE XI.

No seguimento da temática, e de acordo com as dúvidas levantadas pelos enfermeiros, foi realizada a Sessão de formação II com o tema "Via Subcutânea e Hipodermoclise", cujo plano se apresenta no APÊNDICE XII. Esta sessão serviu para esclarecimento e exposição da mais recente evidência científica no âmbito da administração de terapêutica e fluidoterapia ao doente em FDV. Os diferentes tipos de administração de terapêutica foram avaliados e comparados, sendo que o mais utilizado em CP é a via subcutânea, pelo que considerámos fulcral explicitar a técnica da punção subcutânea, material a utilizar, cuidados a prestar e a terapêutica possível de ser administrada por esta via. Dado a elevada população neste estado na Unidade C, considerámos relevante evidenciar a boa

prática associada aos cuidados ao doente no estado de agonia, relacionando a controvérsia entre hidratação *versus* não hidratação, que provocam grande angústia à família e ao próprio enfermeiro. Os diapositivos desta sessão encontram-se no APÊNDICE XIII.

A terceira parte da sessão de formação, denominada Sessão de formação III, foi planeada a partir de um pedido informal por parte de vários enfermeiros da Unidade C, que desconheciam os cuidados a ter no manuseamento do CVCTI, e o elevado número de doentes internados com este dispositivo, veio justificar a abordagem deste tema. Na sessão "Cuidados com Cateter Venoso Central Totalmente Implantado", cujos diapositivos se encontram apresentados no APÊNDICE XV, foi descrita a definição deste dispositivo, as indicações para a sua colocação e utilização, o correto manuseio e atuação perante a identificação de complicações relacionadas com a sua utilização. Foi possível obter alguns dispositivos emprestados, para que os enfermeiros pudessem manusear de forma informal, e praticar a técnica de punção do dispositivo. Após a realização das sessões de formação, foi aplicado um questionário aos presentes (APÊNDICE XVI), de forma a avaliar a pertinência de conteúdos e procedida à análise dos resultados (APÊNDICE XVII).

A forma de avaliação da sensibilização dos enfermeiros da Unidade C aos conteúdos apresentados, relativamente ao doente oncológico em fim de vida e família, com alterações na alimentação e hidratação, foi realizada através da observação da mudança de atitude nestes profissionais, face à formação desenvolvida ao longo do estágio.

3.2.3. Prestar cuidados de enfermagem aos Doentes em Fim de Vida e Família, utilizando competências desenvolvidas ao longo dos estágios.

De forma a atingir este objetivo específico, aplicámos a *Checklist* realizada para identificar e intervir perante as necessidades apresentadas pelos doentes em FDV e família. Esta foi aplicada a 10 doentes internados na Unidade C. De modo a avaliar a eficácia das intervenções realizadas, procedemos a nova avaliação das necessidades dos doentes, relacionando com as premissas indicadoras de boa prática do referencial teórico (ANEXO I).

A realização de reflexões com a Enfermeira Orientadora de estágio e colegas enfermeiros sobre a prática de cuidados neste contexto, foram uma constante durante este percurso, mas houve um momento reflexivo de maior relevo, que descrevo no APÊNDICE XVIII.

4 AVALIAÇÃO

Na Metodologia de Projeto, a avaliação é realizada de forma contínua (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010) e como processo dinâmico que é, pressupõe a análise e reflexão sobre o percurso efetuado, assim como o paralelo entre os objetivos propostos e os atingidos.

Esta etapa encontra-se dividida em três subcapítulos. No primeiro, pretendemos analisar criticamente as atividades realizadas à luz das competências desenvolvidas nos estágios efetuados. No segundo, pretendo descrever os pontos fortes e fracos na implementação do PE. No terceiro subcapítulo, encontram-se especificados os contributos do PE para a melhoria dos cuidados prestados.

4.1 Análise reflexiva sobre o desenvolvimento de competências

- Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

É pretendido que o PE descrito neste trabalho constitua um meio para aquisição de competências de Enfermeiro Especialista, como descrito no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Enfermeiro especialista,

> "é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico da 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". (OE, 2010, pág. 2)

Durante o percurso de realização e implementação do PE, foi possível adquirir mestrias nos quatro domínios de competências comuns, são eles, a "responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade, a gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais" (OE, 2010, pág. 3).

Relativamente ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal considera-se que, em todas as etapas de realização e implementação deste PE tiveram por base, o rigor científico e conhecimento experiencial através da realização da Revisão da Literatura e dos estágios realizados, cuja tomada de decisão decorreu em equipa com os enfermeiros orientadores, em parceria com o doente e família e guiada pelo Código Deontológico. Todos os princípios éticos e deontológicos foram respeitados, com a manutenção da privacidade e confidencialidade dos doentes e das instituições envolvidas, bem como os pedidos de consentimento informado ao doente e família. Em todos os estágios, previamente à prestação de cuidados, os doentes foram elucidados quanto à nossa presença no contexto, e requisitado o seu consentimento para a efetivação dos mesmos. Os produtos da execução e implementação do PE foram avaliados pelos enfermeiros orientadores de estágio, na presença da enfermeira orientadora do PE da ESEL.

Quanto ao domínio da melhoria da qualidade, cremos que foram desenvolvidas aptidões ao nível da análise e planeamento da qualidade dos cuidados, incluindo a sua avaliação, com a aplicação da *Checklist*. O facto de termos identificado a necessidade de abordar a temática do doente em FDV e família, e intervido, culminou numa oportunidade efetiva de melhoria de cuidados com este PE. Através das sessões de formação, foi realizada uma sensibilização para a individualidade de cada doente, o que possibilitou a promoção da consciência e respeito pela cultura de cada indivíduo, assim como as suas necessidades e as da família. O esclarecimento sobre administração de terapêutica por via subcutânea, possibilitou uma maior segurança aquando a sua administração, minimizando assim a possibilidade de erro terapêutico.

Em relação ao domínio da gestão de cuidados, considera-se que, com este trabalho, fomos reconhecidos perante os pares na presente temática, realizando frequentemente um papel de assessoria aos cuidados prestados pelos enfermeiros da Unidade C, orientando a equipa na temática do doente em FDV, e aplicando estratégias de motivação indo ao encontro das suas dúvidas com as sessões de formação.

Quando se aborda um tema relacionado com o FDV, é necessário que o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais esteja ligado ao desenvolvimento pessoal. Foi necessário o desenvolvimento de estratégias de gestão de emoções pessoais, para lidar com o processo de morte, assim como de situações de conflito, pelo que, durante o Estágio II, realizámos as reflexões relativamente à gestão de emoções, pessoais, e do outro. O desenvolvimento do autoconhecimento é facilitador da identificação antecipada de fatores passíveis de distúrbio, bem como a utilização das técnicas de gestão de conflitos e emoções, foram fundamentais para o desenvolvimento profissional. Através da utilização da *Checklist* realizada e a realização de sessões de formação, sugere-nos a intervenção como dinamizadora na introdução de novo conhecimento na prática de cuidados, o que levou a ganhos em saúde.

- Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em situação Crónica e Paliativa

Dado o foco a que se destina este PE, consideramos que foram atingidas Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em situação Crónica e Paliativa, descritas pela OE:

> "cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da sua prática clínica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem- estar, conforto e qualidade de vida" (...) "estabelece relação terapêutica com pessoas com doença crónica incapacitante e terminal, com os seus cuidadores e familiares, de modo a facilitar o processo de adaptação às perdas sucessivas e à morte" (OE, 2011 a, p.2).

Desde a avaliação das necessidades da pessoa com doença crónica, com a realização da *checklist*, que abrange as dimensões não só física, mas também psico-emocional e espiritual, envolvendo a família da mesma como alvo do cuidar, enfatizando a sua individualidade e prioridade, com a utilização do conhecimento científico. A adoção de medidas farmacológicas e não farmacológicas, nas intervenções ao doente em FDV e família, com o apoio da equipa multidisciplinar, permitiu atingir o objetivo de promoção de autonomia, melhorar o bem estar dos alvos dos cuidados, diminuindo assim o seu sofrimento. Estas competências refletem-se igualmente nas reflexões

realizadas, onde se evidencia a preservação da dignidade da pessoa, e o respeito sobre aquilo que a mesma deseja, tendo em conta os valores éticos subjacentes.

- Competências definidas pela *European Oncology Nursing Society* (EONS)

Considero de extrema relevância, corresponder também às competências definidas pela EONS, dado este PE ser realizado na vertente oncológica. Segundo a EONS, os enfermeiros especialistas em oncologia, a cuidar de doentes adultos, devem possuir competências no âmbito da criação de um ambiente terapêutico, que possibilite ao doente e família a expressão e a satisfação das suas necessidades, de acordo com a sua cultura. Devem também ser responsáveis pelo seu exercício, reconhecer as suas limitações, e prestar cuidados centrados no doente, baseados na evidência científica disponível. Tais competências foram obtidas com a realização de pesquisa científica e a aplicação da *Checklist*. Acrescentam ainda que os profissionais devem ter consciência da sua função na equipa e cooperar com todos os membros da mesma, articulando-se com os seus membros, valorizando e dando visibilidade ao valor da enfermagem, o que foi alcançado através da sensibilização dos enfermeiros para a prática de cuidados centrados na pessoa, aceitando e respeitando a sua singularidade.

- Competências do 2º ciclo, para obtenção de Grau de Mestre

Para além das competências descritas anteriormente, este PE toma como objetivo comprovar o desenvolvimento das competências estipuladas no Decreto-Lei nº 74/2006 de 24 de Março, que confere o grau de Mestre, à pessoa que evidencia o desenvolvimento de conhecimentos através da investigação científica, o que foi atingido com a elaboração da Revisão *Scoping* da Literatura e Revisão da Literatura. As reflexões descritas foram produto da aquisição destas competências uma vez que revelam a capacidade de integrar conhecimentos e lidar com situações complexas, como a temática da morte.

4.2 Pontos fortes e pontos fracos na implementação do projeto de intervenção.

Uma das formas de avaliação deste PE, é através da análise dos elementos que facilitaram e os elementos que dificultaram a sua construção ou implementação.

Desde a fase de planeamento até à sua implementação, foram vários os fatores facilitadores deste PE, começando pela aprendizagem através da observação da prática, a realização de estágios em UCP, unidades onde são prestados cuidados especializados, no âmbito da temática abordada, e o facto de sermos acompanhados por enfermeiros peritos, tanto nos estágios, como na orientação deste PE. Com ambos pudemos obter a energia e conhecimento necessários para a execução do projeto. Através da sensibilização e envolvimento de todas as equipas por onde passámos, possibilitou a aquisição de competências pessoais e profissionais que necessitávamos.

É de salientar o bom ambiente vivido entre os profissionais, tornando-se um facilitador à sensibilização da equipa da Unidade C para a prestação de cuidados com intuito paliativo. No entanto, por se tratar de uma abordagem que defende a individualização do cuidado à pessoa e família, houve alguma dificuldade por parte da equipa de enfermagem na sua aceitação, uma vez que se encontra intrincado no seu desempenho profissional, o modelo biomédico.

Contudo, existiram determinados pontos que prejudicaram a execução deste relatório de estágio, nomeadamente a atividade profissional e a dificuldade em identificar o estado da arte com a Revisão *Scoping* da Literatura efetuada, bem como a pesquisa na literatura cinzenta.

4.3 Contributos do projeto para a melhoria dos cuidados.

Um dos objetivos gerais estabelecidos para este PI é a melhoria dos cuidados prestados ao doente oncológico em FDV e família, no âmbito da AH. Desta forma, considera-se que, tal como referido no subcapítulo anterior, o facto de realizar estágios em contexto de cuidados especializados, permitiu remeter as aprendizagens adquiridas para um contexto em que carecia da abordagem

paliativa, levando ao maior conforto dos doentes e família, o que se considera ser o maior contributo para a qualidade dos cuidados.

A sensibilização realizada junto dos enfermeiros da Unidade C para os CP, contribuiu para a própria capacitação dos enfermeiros, na medida em que, com o aumento de conhecimento, através da realização de ações de formação, permitiu-lhes cuidar do doente paliativo e família com maior segurança e incentivando a reflexão.

5 CONCLUSÕES E PERSPETIVAS FUTURAS

O presente relatório espelha o percurso de planeamento e execução deste PE, tendo sido um caminho árduo de trabalho, envolvendo a aliança entre a pesquisa bibliográfica, o contato com peritos na temática abordada e a reflexão, pelo que considero ter alcançado os objetivos propostos.

Pensamos ter clarificado a pertinência da intervenção na Unidade C, assim como a importância do cuidado paliativo a todos aqueles que dele necessitam, seja qual for o contexto, validando as suas necessidades individuais e priorizando as intervenções de acordo com as suas necessidades.

Abordar a temática da AH no Doente em FDV não foi um caminho fácil, devido à sua componente simbólica e a questões míticas e éticas que emergem desta temática, mas os contributos prestados pelos estágios em UCP facilitaram em muito o percurso.

Nesta etapa consideramos ter desenvolvido aptidões que permitiram a evolução para o nível de competência de Proficiente, segundo a enfermeira proficiente caracterizada por *Benner* (2001) como reconhecedora das situações de forma global, que orientam diretamente os problemas, antecipando-os, dando prioridade às intervenções de acordo com a experiência obtida e reflexão a partir do conhecimento teórico.

A realização deste PE consistiu numa trajetória exigente e complexa, que culminou no meu desenvolvimento pessoal e profissional, permitindo-me melhor reflexão sobre os cuidados a prestar ao doente em FDV e família no âmbito da AH.

Futuramente, perspetivando a manutenção de uma Enfermagem Avançada, proponho-me a consolidar as aprendizagens auferidas, e renová-las com conhecimento científico que irei certamente aprofundar, através da manutenção do desenvolvimento deste projeto no serviço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, M. (2002) – *(Des)Equilíbrios familiares: uma visão sistémica.* 2ª Ed. Coimbra. Quarteto Editora

Alves, P. (2013). Intervenção do Enfermeiro que Cuida da Pessoa em Fim de Vida com Alterações do Comer e do Beber. *Pensar Enfermagem*. Vol.17 (nº1). P.17-30.

Alves, P. Basto, M. Oliveira, C. (2016) Adaptar a alimentação ao Desejo da Pessoa em Fim de vida: Intervenção do Enfermeiro. *Revista Pensar em Enfermagem*. Vol. 20 nº2 2º semestre. P. 118-119.

Alves, P. Neves, S. (2017) – Quando se cuida em fim de vida: a pessoa como centralidade do cuidado. In: Rebelo, T. *Quando o silencio se faz fala: a escuta na aprendizagem do cuidado de enfermagem*. Loures: Lusodidacta. P. 261-305.

Arksey H. & O'Malley L. (2005) Scoping Studies: towards a methodological Framework. *International Journal of Social Research Methodology*. 8 (1): P. 19-32. Acedido a 15.11.2017. Disponível em http://www.journal sonline.tandf.co.uk/openurl.asp?genre=article&eissn=1464-5300&volum e=8&issue=1&spage=19.

Bailie, J. et al (2018) Symptom management, nutrition and hydration at end-of-life: a qualitative exploration of patients', carers' and health professionals' experiences and further research questions. *BMC Palliative Cares* 17:60 Acedido a 10/12/2018, Disponível em: https://eds.a.ebscohost.com/eds /pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=01d27f7a-2419-4c55-9527-649b370d8 2b %40sessionmgr4006

Barbosa, A. *et al* (2016) - *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª Edição). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.

Bartolomeu, S. (2013). *Cuidar a Família: Realização de Conferências Familiares. Revisão Sistemática da Literatura*. Instituto Politécnico de Castelo Branco Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Tese de Mestrado. Castelo Branco.

Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem.* (Edição Comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2016). *Plano Estratégico para o desenvolvimento dos CP em Portugal. Biénio 2017-2018*. Acedido em 05/07/17. Disponível em https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads /2016/11/Plano-Estratégico-para-o-Desenvolvimento-CP-2017-2018-2.pdf ;

Collière, M. (2003) – Cuidar... a primeira arte da vida. Loures; 2ª Ed. Lusociência.

Direção Geral da Saúde (2016). *Portugal: doenças oncológicas em números – 2015. Programa Nacional para as Doenças Oncológicas*. Acedido a 05/07/2017, Disponível em: https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-201511.aspx

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2014). *Regulamento de Mestrado*. Acedido a 13.07.2017 em http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/63B35190-FD5E-4BCF-BF43-D08B1210 D1DF/4612/reg_mest_02_2014.pdf

European Oncology Nursing Society (2013). *EONS Cancer Nursing Curriculum 2013* (4th ed.). EONS. Acedido a 17.05.2017. Disponível em http://www.cancernurse.eu/documents/EONSCancerNursingCurriculum2013.pdf

Fonseca, A. *et al* (2007) – Dar a vida aos dias... Uma conquista da Família. *Onco.News*, Ano I (3), P.17-23.

Giddens, A. (2002). *Sociologia*. (3ª Edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Holmes, S. (2011). Principles of nutrition in the palliation of long-term conditions. *International Journal of Palliative Nursing.* Vol.17 (5). P. 217-222.

Kolcaba, K. (2009). *Comfort.* (2ª Ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

Martins, A. Silva, Y. (2002). Doenças Oncológicas e representações sociais. *Referência*. Vol. 9. P.11-24.

McCormack, B. (2003). A conceptual framework for person-centred practice with older people. *International Journal of Nursing Practice*, Vol. 9, P.202–209. Acedido a 15.0702017. Disponível em: 10.1046/j.1440-172X.2003.00423.x

McCormack, B. & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 56 (5). P.472–479. Acedido a 17.0702017. Disponível em: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x

Moreira, I. (2001). *O Doente terminal em contexto familiar – uma análise de experiência de cuidar vivenciada pela família.* Coimbra. Edições Formasau.

Morss, S. (2006). Enteral and parenteral nutrition in terminal ill cancer patients: a review of the literature. *American Journal of Hospice and Palliative Care*. Vol. 23 (5). P.369-377.

Neto, I. (2003). Cuidados Paliativos: o desafio para além da cura. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. Vol. 19. P.27-29.

Neto, I. (2010). *Manual de Cuidados Paliativos*. (2ª Ed). Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Modelo de Desenvolvimento Profissional: Sistema de Individualização de Especialidades Clínicas em Enfermagem. Individualização e Reconhecimento de Especialidades Clínicas em Enfermagem. Perfil de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista*. Acedido a 12-07-2017. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/Paginas/default.aspx

Ordem dos Enfermeiros (2010 a). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Acedido a 13.07.2017. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Paginas/RegulamentoCompetenciasComunsEspecificas.aspx;

Ordem dos Enfermeiros (2011 a). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*. Acedido a 13.07.2017. Disponível em http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MCEEMC_RegulamentoCEESituacaoCronicaPaliativa.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Familiar. Acedido a 16.08.2017. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf

Pacheco, S. (2002) – *Cuidar a pessoa em fase terminal: perspetiva ética.* Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas.

Paiva, F. Júnior, J. Damásio, A. (2014). Ética em cuidados paliativos: concepções sobre o fim da vida. *Revista bioética*. Vol. 22 (3). P.550-60.

Pereira, M. Lopes, C. (2002). *O doente Oncológico e a sua família*. Lisboa. Climepsi Editores.

Pinho-Reis, C.; Coelho, P. (2014). Significado da Alimentação em Cuidados Paliativos. *Cuidados Paliativos*. Vol. 1 (2). Acedido em 17.07.2017. Disponível em http://www.apcp.com.pt/uploads/revista_cp_vol _01_n_02 .pdf

Pinho-Reis, C. (2012). Suporte Nutricional em Cuidados Paliativos. *Revista Nutrícias.* Vol. 15 Acedido a 15.07.2017. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-72302012000400006.

Pulido *et al* (2010). Como morrem os doentes numa enfermaria de Medicina Interna. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*. Vol. 17(4) P.222-22.

Ramos, N. (2004) – *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa. Universidade Aberta.

Resende, R. (2009). *Alimentar no final da vida – transição do familiar cuidador para a recusa alimentar*. Universidade Aberta. Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa. Acedido a 20/07/2017. Disponível em: http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1430/1/ALIMENTAR%20NO%20FINAL%20DE%20VIDA.pdf

Ruivo, M. A.; Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1-37. Acedido a 27.05.2017. Disponível em https://pt.scribd.com/document/241273228/Metodologia-de-Projeto.

Ruland, C. Moore, S. (1998). Theory Construction Based on Standards of Care: A Proposed Theory of the Peaceful End of Life. *Nursing Outlook*. Vol 46. P.174.

Sapeta, P. (2003). Formação em enfermagem sobre cuidados paliativos e dor crónica. *Revista Investigação em Enfermagem*. Nº7 (Fevereiro). P.24-34.

Sapeta, P. Lopes, M. (2007) Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interação enfermeiro-doente. *Revista Referencia.* II série. Vol.4. P.35-60.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes.* Coimbra, Quarteto Editora.

Shragge, J. Wismer, W. Olson, K. Baracos, V. (2006). The management of anorexia by patients with advanced cancer: a critical review of the literature. *Palliative Medicine*. Vol. 20. P. 623-629.

Silva, R. (2013). Bioética e Fim de Vida: Princípios éticos – A Intervenção do Enfermeiro no Fim de Vida. *Revista Percursos*. Vol. 28. P. 56-76.

Soares, D. (2016). *Nutrir em Fim de Vida, Quais os Benefícios?* Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Artigo de revisão, Tese de Mestrado Integrado em Medicina. Coimbra.

Strasser, F. Cerny, T. Binswange, J. Kesselring, A. (2007). Fighting a losing battle: eating related distress of men with advanced cancer and their female partners. A mixed-methods study. *Palliative Medicine*. Vol. 21. P.129-137.

Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos*. Lisboa, 2ª Edição, Climepsi.

Sites acedidos:

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. A nutrição é importante em Cuidados Paliativos? Acedido a 25.05.2017. Disponível em http://www.apcp.com.pt/faq.html .

International Association for Hospice & Palliative Care (2019) Definição de Cuidados Paliativos. Acedido a 10/03/2019. Disponível em https://hospicecare.com/uploads/2019/2/Palliative%20care%20definition%20-%20Portuguese%20(European).pdf.

Sociedad Espanhola de Cuidados paliativos. Definição de Doente terminal. Acedido a 24.05.2017. Disponível em http://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos_2-definicion-de-enfermedad-terminal

APÊNDICE I

Sondagem de Opinião aplicada à equipa de enfermagem da Unidade C

SONDAGEM DE OPINIÃO DE FORMAÇÃO

No âmbito do 8º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de intervenção Enfermagem Oncológica, estou a iniciar um projeto que pretende ser formativo no sentido de desenvolver competências de enfermeira especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, mas também interventivo no serviço numa área que faça sentido aprofundar.

Da reflexão sobre a prática de cuidados no serviço e das conversas informais que tenho tido com os colegas, faz-me sentido trabalhar a temática "Alimentação e hidratação do doente oncológico em fim de vida, em contexto hospitalar".

Assim, pretendo com esta sondagem de opinião conhecer a opinião do enfermeiro relativamente à pertinência de trabalhar esta temática no serviço e a sua necessidade de formação nesta área.

Este é um projeto formativo em que pretendo desenvolver competências na área referida e interventivo no serviço, em que pretendo contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados.

Para a intervenção no serviço, torna-se pertinente identificar os interesses e as dificuldades com que os colegas se deparam relativamente a esta temática, pelo que solicito o preenchimento do questionário que se segue, que é anónimo.

A sua participação é fundamental para que o desenvolvimento deste projeto possa ir ao encontro às suas necessidades de formação.

Os meus agradecimentos,

Joana Felício

1. Sente necessidade que a temática "Alimentação e hidratação do doente oncológico em fim de vida, em contexto hospitalar" seja trabalhada no serviço?

Sim ☐

Não ☐

1.1 Porquê?

_____

_____

_____

2. Na sua prática de cuidados, quais as suas dificuldades para dar resposta às necessidades da pessoa com doença oncológica em fim de vida no âmbito da alimentação e hidratação?

_____

_____

_____

_____

2.1 Porquê?

_____

_____

_____

_____

2.2 E as facilidades?

_____

_____

_____

2.3 Porquê?

_____

_____

_____

_____

3. Sente necessidade de formação no âmbito da Alimentação e hidratação do doente oncológico com fim de vida, em contexto hospitalar?

Sim ☐

Não ☐

4. Considera que a formação nesta área de temática pode influenciar positivamente a sua prática profissional?

Sim ☐

Não ☐

Os meus agradecimentos

APÊNDICE II

Apresentação dos resultados da sondagem de opinião aplicada à equipa de enfermagem da Unidade C

RESULTADOS DA SONDAGEM DE OPINIÃO

UNIDADE C

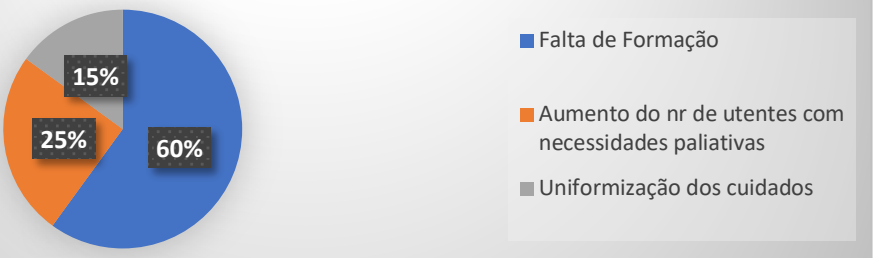
A Sondagem de Opinião referida foi aplicada aos enfermeiros do Serviço de Internamento Médico-Cirúrgico da Unidade C, local onde foi implementado o Projeto de Intervenção, na perspetiva de conhecer a pertinência da temática.

No universo de 26 enfermeiros do serviço, responderam à sondagem de opinião, 20 enfermeiros, perfazendo desta forma 76,9% da população de enfermagem do serviço, respondendo assim a uma amostra significativa da população, de forma a ser considerada a sua opinião. Os resultados encontram-se representados nos quadros seguintes.

Questão 1. Sente necessidade que a temática "alimentação e hidratação do doente oncológico em fim de vida, em contexto hospitalar" seja trabalhada no serviço?



Questão 1.1. Porquê?



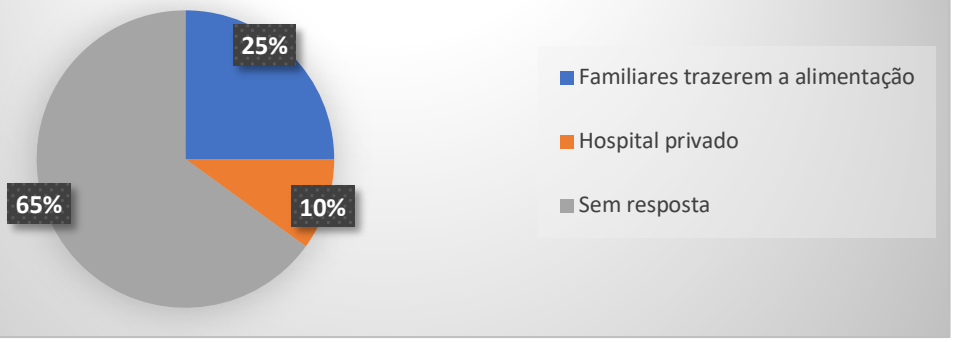
Questão 2. Na sua prática de cuidados, quais as suas dificuldades para dar resposta às necessidades da pessoa com doença oncológica em fim de vida no âmbito da alimentação e hidratação?



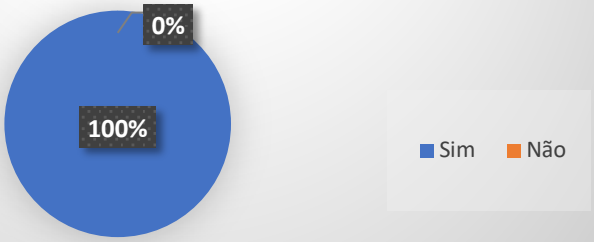
Questão 2.1 Porquê?



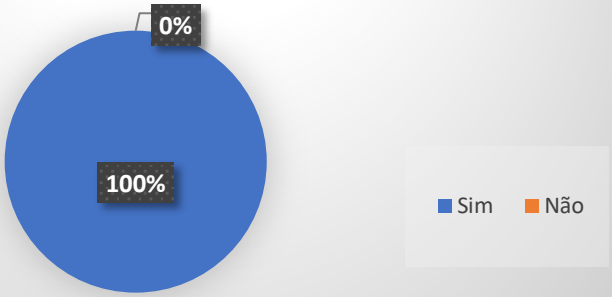
Questão 2.2 E as facilidades?



Questão 3. Sente necessidade de formação no âmbito da Alimentação e hidratação do doente oncológico com fim de vida, em contexto hospitalar?



Questão 4. Considera que a formação nesta área de temática pode influenciar positivamente a sua prática profissional?



A partir da análise dos dados, concluímos que responderam à sondagem 76% dos enfermeiros do serviço. Destes 100% considera importante trabalhar esta temática, sendo a causa apontada por 75%, a falta de formação na área, seguida de 35% pelo aumento do número de doentes com necessidades paliativas.

APÊNDICE III

Análise SWOT

ANÁLISE SWOT

Com o objetivo de averiguar os requisitos à implementação deste PI na Unidade C, foi realizada uma análise SWOT de forma a identificar as forças, as fraquezas, as oportunidades e as ameaças.



APÊNDICE IV

Revisão *Scoping* da Literatura

DOENTE ONCOLÓGICO EM FIM DE VIDA E FAMÍLIA, NO ÂMBITO DA ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO:

REVISÃO *SCOPING* DA LITERATURA

1. QUESTÃO DE REVISÃO/OBJETIVOS

O objetivo desta Revisão *Scoping* da Literatura é o de averiguar e mapear a quantidade de informação existente sobre as intervenções de enfermagem ao Doente Oncológico em Fim de Vida e Família, no âmbito da Alimentação e Hidratação. Assim, esta revisão tem como objetivos:

- ✓ Identificar as alterações do Doente em Fim de Vida e Família no âmbito da Alimentação e Hidratação;
- ✓ Identificar as intervenções de enfermagem nas alterações do Doente em Fim de Vida e Família.

Especificamente esta revisão irá centrar-se na questão:

- **Quais as intervenções ao Doente Oncológico em Fim de Vida e Família, no âmbito da Alimentação e Hidratação?**

Esta questão foi formulada segundo a mnemónica PCC, sendo "P" a População

Escolhida, "C" o Conceito e "C" o Contexto.

Participantes	Doente em Fim de Vida Família do Doente em Fim de Vida
Conceito	Intervenções de enfermagem Alimentação Hidratação
Contexto	Não definido

Tabela 1 – Formulação da mnemónica PCC

Palavras chave: Intervenções de Enfermagem; Doente em Fim de Vida; Família do Doente em Fim de Vida; Alimentação; Hidratação; Cuidados Paliativos

2. BACKGROUND

A Enfermagem tem como objetivo principal o cuidar do doente de forma holística e global, atendendo às necessidades especificas de cada pessoa. Esta definição enquadra-se na definição de Cuidados Paliativos, "uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida aos doentes, e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais" (OMS, 2002). Sendo a principal causa do aumento do número de pessoas com doença crónica, a doença oncológica, 2ª causa de morte em Portugal (DGS, 2016) leva ao aumento da necessidade de CP. Um doente em fim de vida, ou doente terminal, é considerado uma pessoa com doença avançada, incurável e evolutiva, com elevadas necessidades de saúde pelo sofrimento associado (*Sociedad Española* de CP, 1992), cujo prognóstico de vida está situado até 6 meses (Neto, 2010). Está inserido numa família, definida como um conjunto de elementos ligados por um conjunto de relações (Sampaio e Gameiro, 1985, cit. in Alarcão 2006) em que "uma modificação num deles provoca uma modificação de todos os outros" (*Marc e Picard*, 1984 cit. in Alarcão, 2006, p.17). Ao longo do processo de doença, a pessoa é confrontada com perdas progressivas, pela evolução da doença ou consequência de tratamentos, uma das quais, geradora de grande impacto no próprio, na sua família e nos profissionais de enfermagem (Neto, 2010), as alterações no âmbito da alimentação e hidratação *(Morss*, 2006). No entanto, esta temática está revestida por um grande valor simbólico, sendo inúmeros os fatores de ordem social, cultural, religioso e económicos que influenciam a sua escolha e os significados atribuídos (*Holmes*, 2011). Em situação de fim de vida torna-se ainda mais significativo para a família, que, na presença de alterações deste foro poderão ser entendidas como o aproximar da morte (Pinho-Reis & Coelho, 2014) sendo o enfermeiro o profissional que está mais apto a intervir e apoiar nas necessidades do doente e família, por ser o que está mais tempo junto dos mesmos, mantendo uma relação mais próxima (Pacheco, 2002).

À medida que a doença evolui, a pessoa sofre um processo de degradação gradual e natural do seu estado geral, correspondendo a um período onde são evidenciados sintomas como dor, astenia, anorexia e agravamento do estado de consciência (*Watson*, 2005), sendo cada vez mais difíceis de controlar. Em estadios avançados da doença oncológica, sintomas como náuseas, emagrecimento (Pacheco, 2002), vómitos, disgeusia, saciedade precoce, anorexia e caquexia (*Twycross*, 2003) manifestam-se frequentemente, levando às dificuldades na alimentação e hidratação, com consequências nefastas levando ao isolamento social pela recusa alimentar, o que vai influenciando emocional e negativamente a família (Resende, 2009) que manifesta sentimentos de frustração, ansiedade e culpa (*Shragge et al*., 2006), podendo surgir discórdias familiares, pela "incapacidade ou dificuldade em comer, e provocar um profundo impacto físico e psicológico no doente e família" (Neto, 2010, p.181). Com a progressão da doença, assim se modificam os objetivos da alimentação, que se centra na promoção do conforto da qualidade de vida, privilegiando os alimentos favoritos, na quantidade que a pessoa deseja.

Os CP afirmam a vida e aceitam a morte como processo natural, não a provocando ou atrasando. Têm em vista o bem-estar e qualidade de vida do doente e família, utilizando uma abordagem holística e global do sofrimento dos doentes, e tem como premissa a oferta destes cuidados com base na necessidade e não apenas no prognóstico ou diagnóstico, pelo que, como critério de inclusão considero todos os doentes em fim de vida, e não só a pessoa com doença oncológica.

Assim, o enfermeiro enquanto elemento chave na relação, tem de desenvolver competências que lhe permitam cuidar do doente em fim de vida e família, tendo em conta a filosofia dos CP, pelo que considero fulcral identificar as necessidades do doente em fim de vida e família no âmbito da alimentação e hidratação, e saber intervir, sendo um campo autónomo em que pode melhorar a qualidade de vida.

3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

3.1 Tipos de participantes

Esta revisão considera todos os estudos focados na população: doente em fim de vida e família do doente em fim de vida.

3.2 Conceito

A atual revisão tem como conceitos fundamentais Intervenção de enfermagem, alimentação e hidratação.

3.2 Contexto

Estão incluídos todos os estudos independentemente do seu contexto nesta revisão. Seja no domicilio ou em ambiente hospitalar, uma vez que as intervenções podem ser adequadas nos dois contextos.

3.4 Tipos de fontes de informação

Todos os estudos serão considerados nesta revisão.

3.5 Idioma de publicação

Português, Inglês ou Espanhol.

3.6 Disponibilidade dos textos

Texto completo.

4. ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A estratégia de pesquisa para esta Revisão *Scoping* da Literatura tem como objetivo mapear literatura publicada e não publicada. Foram realizadas três etapas de pesquisa. Na primeira, foram identificadas as palavras chave utilizadas no título, traduzindo-as para inglês, idioma utilizado nas bases de dados, nomeadamente, “nursing care”, “end of life patient”, “drink”, “eat”, “family”. Procedida à identificação das palavras chave e sinónimos, bem como os termos de indexação em ambas as bases de dados. Na CINAHL, com palavras indexadas segundo o dicionário de CINAHL *Headings*, e a MedLine, com o dicionário *Mesh.*

Na segunda etapa, foram pesquisadas todas as palavras chave e termos de indexação, em todas as bases de dados incluídas, onde são utilizados operadores Booleanos, o “OR” e o “AND”. O operador “OR” especifica que um dos termos de consulta pode ser encontrado num documento, assim, na pesquisa foi combinado com “OR” cada palavra chave com termo indexado e/ou palavras chave adicionais q para refinar a pesquisa. O operador “AND” especifica que ambos os termos de consulta devem constar no documento, pelo que, com os resultados anteriormente encontrados procedeu-se à combinação de “AND” entre cada conceito, a pesquisa nas bases de dados referidas com a utilização dos operadores Booleanos, encontra-se descrita no Apêndice I.

Na última etapa, foi realizada pesquisa através da lista de referências dos artigos identificados, de forma a sinalizar estudos adicionais.

Não foram definidos limites temporais na pesquisa, dado a temática em estudo.

As bases de dados utilizadas para pesquisa foram:

- CINAHL;
- MedLine;

Seguidamente apresenta-se através de tabelas, as palavras chave e termos de indexação pesquisados nas duas principais bases de dados.

Tabela 2 - Termos de pesquisa na base de dados CINAH

Termos naturais	**Termos indexados – CINAHL *Headings***
• End of life person • End of life patient • Terminal person	MH “Terminally ill Patient” “end of life person” “end of life patient”
• Palliative care • Nurse intervention • Nursing care • Nursing practice	MH “ Palliative care” MH “Nursing care” MH “Nursing care plans” MH “Nursing practice” “nurse intervention”
• Family • Caregiver	MH “Caregiver attitudes” MH “Fammily”
• Drink • Hydration • Fluid therapy	“hydration” “drink*” MH “drinking behaviour” MH “Fluid therapy”
• Eat • Feed • Diet	“feed*” “diet*” MH “diet” MH “Eating behaviour”

Tabela 3 - Termos de pesquisa na base de dados MedLine

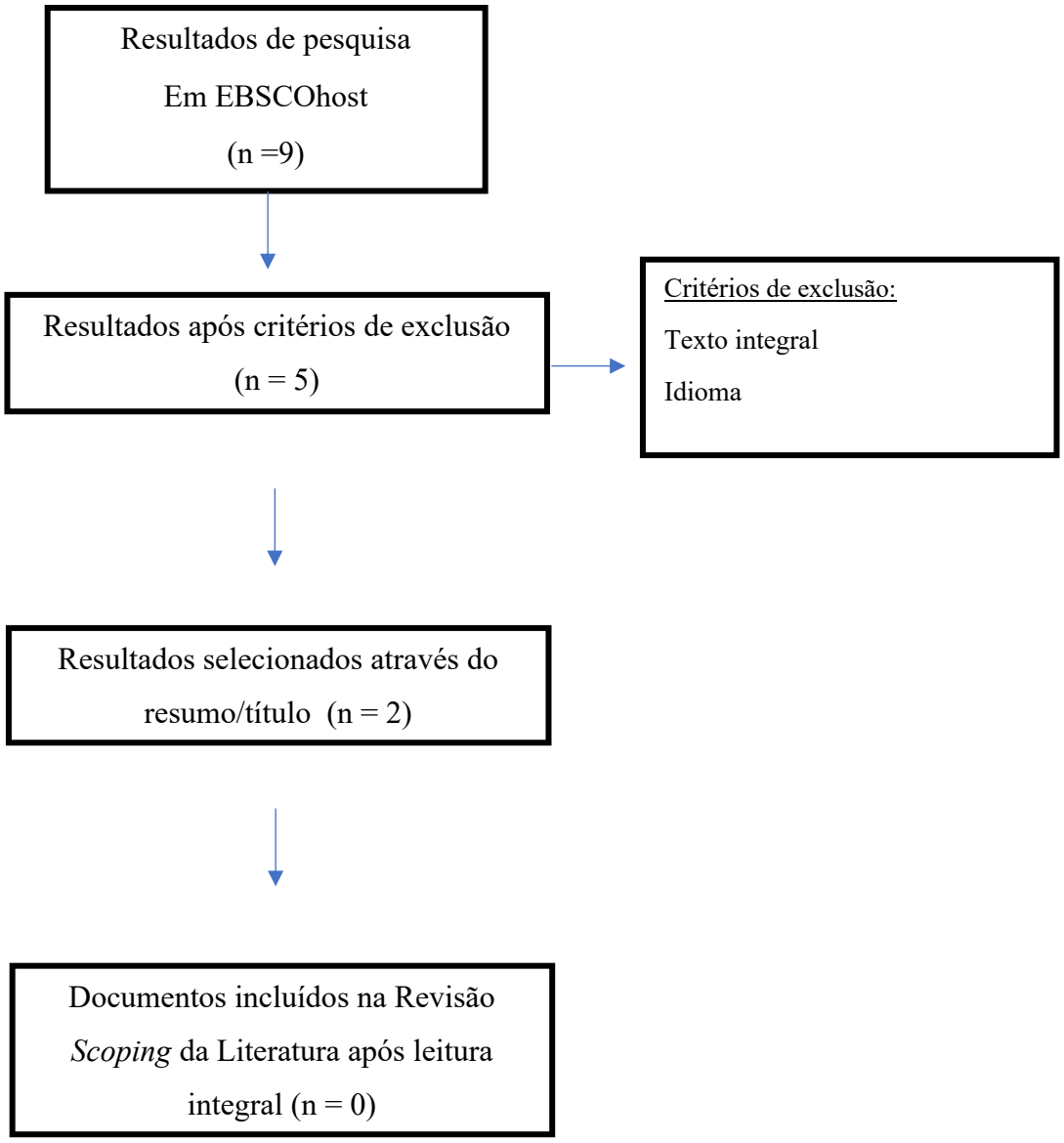
Termos naturais	**Termos indexados/palavras chave pesquisados**
• Palliative patient • End of life person • End of life patient • Terminal patient	"Palliative patient" "end of life person" "End of life patient" "Terminal patient"
• Nurs* • Nursing • Palliative care • Terminal care	"nurs*" MH "Oncology nursing" MH "Nursing care" MH "Hospice and Palliative care nursing" MH "Palliative care" MH "Terminal care"
• Family • Caregiver	MH "Family" MH "Caregivers"
• Drink • Hydration • Fluid therapy	"hydration" MH "Drinking behaviour" MH "Fluid therapy"
• Eat • Feed* • Diet • Nutrition	MH "feeding methods" "eat*" MH "Diet" "nutrition"

Os termos naturais pesquisados nas plataformas não foram os mesmos, uma vez que, para adquirir um conhecimento científico mais abrangente, houve necessidade de alargar os conceitos, para atingir palavras indexadas mais específicas aos objetivos propostos.

5. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Depois de realizada a pesquisa e extraídos os dados de acordo com os objetivos, os resultados são apresentados no Fluxograma seguinte.

FLUXOGRAMA



6. CONCLUSÕES DA REVISÃO

Após uma pesquisa exaustiva na plataforma de pesquisa EBSCOhost, através das bases de dados *CINAHL Complete* e *MEDLINE Complete,* não foi possível encontrar documentos que correspondessem na totalidade à questão previamente formulada, justificando assim a pertinência da abordagem a este tema.

Já no estudo realizado por Alves (2013), com o objetivo de conhecer a evidência científica referente à intervenção de enfermagem à pessoa em fim de vida com alterações do comer e beber, a autora conclui que não são conhecidas as intervenções de enfermagem no âmbito da alimentação e hidratação ao doente em fim de vida, sugerindo uma área a explorar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcão, M. (2002) *(Des)Equilíbrios familiares: uma visão sistémica*. 2ª edição. Coimbra. Quarteto Editora

Alves, P. (2013). Intervenção do Enfermeiro que Cuida da Pessoa em Fim de Vida com Alterações do Comer e do Beber. *Revista Pensar Enfermagem*, vol. 17, nº1, pág. 17-30.

Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. *O que são Cuidados Paliativos?* Acedido a 25.05.2017. Disponível em http://www.apcp.com.pt/faq.html

Direção Geral da Saúde: Portugal, Doenças oncológicas em números, Lisboa, pág. 18 acedido a 05/07/2017, em: https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-201511.aspx

Holmes, S. (2011) – Principles of nutrition in the palliation of long-term conditions. *International Journal of Palliative Nursing.* Vol. 17 (5), Maio P. 217-222

Morss, S. (2006). Enteral and parenteral nutrition in terminal ill cancer patients: a review of the literature. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 23 (5). P.369-377.

Neto, I. (2010) – Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In Manual de Cuidados Paliativos, 2.a ed. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. P.1-42.

Pacheco, S. (2002) – *Cuidar a pessoa em fase terminal: perspetiva ética*. Loures. Lusociência. Edições Técnicas e Científicas.

Pinho-Reis, C. Coelho, P. (2014) Significado da Alimentação em Cuidados Paliativos. *Cuidados Paliativos*. Vol. 1, (2). Acedido em 17.07.2017 em http://www.apcp.com.pt/uploads/revista_cp_vol_01_n_02.pdf

Pinho-Reis, C. (2012) Suporte Nutricional em Cuidados Paliativos. *Revista Nutrícias.* Nº15 acedido a 15.07.2017 em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-72302012000400006;

Resende, R. (2009). *Alimentar no final da vida – transição do familiar cuidador para a recusa alimentar*. Universidade Aberta. Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde. Lisboa. Acedido a 20/07/2017. Disponível em: http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1430/1/ALIMENTAR%20NO%20FINAL%20DE%20VIDA.pdf

Sociedad Espanhola de Cuidados paliativos. Definição de Doente terminal. Acedido a 24.05.2017. Disponível em http://www.secpal.com /biblioteca_guia-cuidados-paliativos_2-definicion-de-enfermedad-terminal

Shragge, J. et al. (2006) The management of anorexia by patients with advanced cancer: a critical review of the literature. *Palliative Medicine*. Vol 20. P.623629

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

APÊNDICE I DA REVISÃO SCOPING DA LITERATURA

Estratégia de pesquisa nas bases de dados

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

TABELA 3. Pesquisa na base de dados CINAHL

PESQUISA	TERMOS DE PESQUISA	RESULTADOS
#1	“end of life person”	2
#2	“end of life patient”	36
#3	MH “Terminally ill Patient”	10204
#4	“nurse intervention”	133
#5	MH “ Palliative care”	30896
#6	MH “Nursing care”	21053
#7	MH “Nursing care plans”	4210
#8	MH “Nursing practice”	29243
#9	MH “Caregiver attitudes”	532
#10	MH “Family”	36900
#11	“hydration”	3953
#12	“drink*”	48826
#13	MH “drinking behaviour”	1813
#14	MH “Fluid therapy”	5492
#15	“feed*”	80153
#16	“diet*”	112582
#17	MH “diet”	47634
#18	MH “Eating behaviour”	12874
#19	#1 OR #2 OR #3	10235
#20	#4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8	83998
#21	#9 OR #10	37402
#22	#11 OR #12 OR #13 OR #14	57293

#23	#15 OR #16 OR #17 OR #18	194335
#24	#19 AND #20 AND #22	67
#25	#19 AND #20 AND #23	71
#26	#20 AND #21 AND #22	22
#27	#20 AND #21 AND #23	58
#28	#24 AND #26	5
#29	#25 AND #27	5
#30	#28 OR #29	9
#31	#30 com critérios de exclusão: - Texto integral - Idioma	5

TABELA 4. Pesquisa na base de dados MEDLINE

PESQUISA	TERMOS DE PESQUISA	RESULTADOS
#1	“end of life person”	1
#2	“end of life patient”	37
#3	“Terminall Patient”	209
#4	“palliative patient”	73
#5	“nurs*”	769003
#6	MH “ Palliative care”	26105
#7	MH “Nursing care”	28991
#8	MH “Oncology Nursing”	7541
#9	MH “Terminal care”	2924
#10	MH “Hospice and Palliative Care Nursing”	49995
#11	MH “Caregivers”	31754

#12	MH “Family”	71961
#13	“hydration*”	32468
#14	MH “drinking behaviour”	6545
#15	MH “Fluid therapy”	18855
#16	MH “Feeding methods”	1059
#17	“eat*”	147308
#18	MH “diet”	147689
#19	“nutrition”	377058
#20	#1 OR #2 OR #3 OR #4	320
#21	#5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10	838528
#22	#11 OR #12	99121
#23	#13 OR #14 OR #15	227891
#24	#16 OR #17 OR #18 OR #19	605060
#25	#20 AND #21 AND #22 AND #23	0

APÊNDICE V

Cronograma das atividades

Cronograma das Atividades

Mês / Semana / Atividades	Ano 2017											Ano 2018										
	Set	Outubro				Novembro				Dezembro		Janeiro					Fevereiro					
	25 a 30	2 a 6	9 a 13	16 a 20	23 a 27	30 a 3	6 a 10	13 a 17	20 a 24	27 a 1	4 a 8	11 a 15	18 a 2 Férias	3 a 5	8 a 12	15 a 19	22 a 26	29 a 2	5 a 9	13 a 17	20 a 23	26 a 2
Realização de reuniões com a chefia e equipa de enfermagem para apresentação do projeto.																						
Consultar documentação de apoio																						
Reconhece os recursos humanos e materiais na prestação de cuidados																						
Realização de pesquisa bibliográfica																						
Observação da prática																						
Construção de checklist																						
Aplicação da check-list ao doente em fim de vida e família;																						
Prestação e colaboração de cuidados ao doente em fim de vida e família;																						
Realiza a Revisão *Scoping* da Literatura*;*																						

Aferição de check-list																							
Assiste a Reuniões multidisciplinares																							
Realiza reflexão crítica escrita																							
Assiste a uma Conferência Familiar																							
Realiza o enquadramento teórico																							
Realização de sessão de formação aos enfermeiros do serviço																							
Realiza reflexões com o Enf. orientador;																							
Realização de Relatório de estágio																							
Entrega de Relatório de Estágio																							

APÊNDICE VI

Objetivos, atividades e resultados esperados

CAMPO DE ESTÁGIO 1. Unidade de Cuidados Paliativos da Unidade A

– De 25 de Setembro de 2017 a 03 de Novembro de 2017.

Objetivo Geral: Adquirir competências técnicas, relacionais e científicas que promovam a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao Doente oncológico em Fim de Vida e Família, no âmbito da AH, em UCP.

Domínios de Competências:

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:

- A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção
- A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

Domínio da melhoria da qualidade:

- B1.2. Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática;

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais:

- D1.1. Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;
- D1.2. Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa:

- L5. Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores familiares, em todos os contextos da prática clinica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.

Competências da EONS:

- Cria um ambiente terapêutico, possibilitando ao doente e família a expressão e satisfação das suas necessidades, de acordo com a sua cultura;
- É responsável pelo seu exercício;

- Reconhece as suas limitações;
- Presta cuidados centrados no doente, baseados na evidência científica
- Tem consciência da sua função na equipa multidisciplinar e coopera com todos os membros da mesma;
- Valoriza e dá visibilidade ao valor da enfermagem.

<u>Descritores de Dublin:</u>

- Reconhece e evidencia o desenvolvimento de conhecimentos através da investigação científica;
- Aplica os conhecimentos e possui capacidade de resolução de problemas em situações novas, em contextos multidisciplinares;
- Desenvolve competências que possibilitam uma aprendizagem contínua e autónoma.

Objetivos Específicos	**Atividades a desenvolver**	**Recursos**	**Indicadores e critérios de Avaliação**
1. Integrar-me na Equipa Multidisciplinar, na sua dinâmica e organização do serviço;	1.1 Realização de reuniões com a chefia e equipa de enfermagem para apresentação do projeto; 1.2 Consultar documentação de apoio; 1.3 Conversa com a enf. Chefe, enf. Orientador e enfermeiros de forma a conhecer os recurso humanos e materiais a mobilizar na prestação de cuidados de enfermagem.	• Humanos: - Enfermeira chefe; - Enfermeiro orientador; - Equipa de enfermagem;	▪ Apresenta o projeto ao enf.º chefe; ▪ Apresenta o projeto a 80% dos enfermeiros do serviço;

2. Identificar necessidades do Doente em Fim de Vida e Família, no âmbito da alimentação e hidratação e as respetivas intervenções de enfermagem;	2.1 Construção de *checklist* ao doente em fim de vida e família; 2.2 Prestação e colaboração de cuidados ao doente em fim de vida e família. 2.3 Observação da prática	• Materiais: - Normas e protocolos do serviço;	▪ Realiza a Revisão *Scoping;* ▪ Constrói uma check-list com intervenções de enfermagem ao Doente em Fim de Vida na área da Alimentação e Hidratação; ▪ Assiste a Reuniões multidisciplinares
3. Analisar a prática de cuidados ao Doente em Fim de Vida e Família no âmbito da alimentação e hidratação.	3.1 Reflexão na e sobre a prática;		▪ Realiza uma reflexão crítica sobre um momento de aprendizagem significativo; ▪ Realiza reflexões com o Enf. orientador;

CAMPO DE ESTÁGIO 2. Unidade de Cuidados Paliativos da Unidade B

– De 06 de Novembro de 2017 a 15 de Dezembro de 2017

Objetivo Geral: Adquirir competências técnicas, relacionais e científicas que promovam a prestação de cuidados de enfermagem especializados ao Doente oncológico em Fim de Vida e Família, no âmbito da AH, em UCP.

Domínios de Competências:

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:

- A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção
- A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais

Domínio da melhoria da qualidade:

- B1.2. Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática;

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais:

- D1.1. Detém uma elevada consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro;
- D1.2. Gera respostas, de elevada adaptabilidade individual e organizacional

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa:

- L5. Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores familiares, em todos os contextos da prática clinica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.

Competências da EONS:

- Cria um ambiente terapêutico, possibilitando ao doente e família a expressão e satisfação das suas necessidades, de acordo com a sua cultura;

- É responsável pelo seu exercício;
- Reconhece as suas limitações;
- Presta cuidados centrados no doente, baseados na evidência científica
- Tem consciência da sua função na equipa multidisciplinar e coopera com todos os membros da mesma;
- Valoriza e dá visibilidade ao valor da enfermagem.

Descritores de Dublin:

- Reconhece e evidencia o desenvolvimento de conhecimentos através da investigação científica;
- Aplica os conhecimentos e possui capacidade de resolução de problemas em situações novas, em contextos multidisciplinares;
- Desenvolve competências que possibilitam uma aprendizagem contínua e autónoma.

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Indicadores e critérios de Avaliação
4. Integrar-me na Equipa Multidisciplinar, na sua dinâmica e organização do serviço	4.1 Realização de reuniões com a chefia e equipa de enfermagem para apresentação do projeto; 4.2 Realização de consulta de documentação de apoio; 4.3 Conversa com a enf. Chefe, enf. Orientador e enfermeiros de forma a conhecer os recursos humanos e materiais a mobilizar na prestação de cuidados de enfermagem;	• Humanos: - Enfermeira chefe; - Enfermeiro orientador; - Equipa de enfermagem; • Materiais:	▪ Apresenta o projeto ao enf. Chefe; ▪ Apresenta o projeto a 80% dos enfermeiros do serviço;
5. Identificar necessidades da pessoa em Fim de Vida e família, no âmbito da	5.1 Realização de pesquisa bibliográfica; 5.2 Observação da prática;		▪ Assiste a Reuniões multidisciplinares;

alimentação e hidratação e as respetivas intervenções de enfermagem	5.3 Aferição de check-list relativa às necessidades e intervenções de enfermagem ao doente em fim de vida e família; 5.4 Prestação e colaboração de cuidados ao doente em fim de vida e família;	- Normas e protocolos do serviço;	▪ Aplica a check-list a 80% das interações de observação/interação relativamente à alimentação e hidratação; ▪ Valida a check-list por um perito; ▪ Realiza o enquadramento teórico; ▪ Assiste a uma Conferência Familiar
6. Analisar a minha prática de cuidados ao doente em Fim de Vida e família no âmbito da alimentação e hidratação.	6.1 Reflexão na e sobre a prática;		▪ Realiza uma reflexão sobre um momento de aprendizagem significativo; ▪ Realiza reflexões com o Enf. orientador;

CAMPO DE ESTÁGIO 3. Serviço de internamento Médico-Cirúrgico da Unidade C

- Janeiro de 2018 a 09 de Fevereiro de 2018 -

Objetivo Geral: Contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados ao Doente oncológico em Fim de Vida, e Família, no âmbito da AH.

Domínios de Competências:

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista:

Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal:

- A1. Desenvolve uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção;
- A2. Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Domínio da melhoria da qualidade:

- B1.2. Incorpora diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática;
- B2. Concebe, gere e colabora em programas de melhoria contínua da qualidade;
- B3. Cria e mantém um ambiente seguro e terapêutico.

Domínio da gestão de cuidados:

- C1. Gere os cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores e a articulação na equipa multiprofissional

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais:

- D1. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- D2. Baseia a sua práxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa:

- L5. Cuida de pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores familiares, em todos os contextos da prática clinica, diminuindo o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.

Competências da EONS:

- Cria um ambiente terapêutico, possibilitando ao doente e família a expressão e satisfação das suas necessidades, de acordo com a sua cultura;
- É responsável pelo seu exercício;
- Reconhece as suas limitações;
- Presta cuidados centrados no doente, baseados na evidência científica
- Tem consciência da sua função na equipa multidisciplinar e coopera com todos os membros da mesma;
- Valoriza e dá visibilidade ao valor da enfermagem.

Descritores de Dublin:

- Reconhece e evidencia o desenvolvimento de conhecimentos através da investigação científica;
- Aplica os conhecimentos e possui capacidade de resolução de problemas em situações novas, em contextos multidisciplinares;
- Desenvolve competências que possibilitam uma aprendizagem contínua e autónoma.

Objetivos Específicos	**Atividades a desenvolver**	**Recursos**	**Indicadores e critérios de Avaliação**
7. Motivar a equipa de enfermagem no projeto.	7.1 Apresentação do projeto de intervenção à Enf.ª Chefe e enfermeiros do serviço;	• Humanos:	▪ Apresenta o projeto à Enf.ª Chefe; ▪ Apresenta o projeto a 100% dos enfermeiros do serviço.

8. Sensibilizar os enfermeiros do serviço para a apreciação das necessidades dos Doentes em Fim de Vida e Família no âmbito da Alimentação e Hidratação, e, implementação das intervenções adequadas.	8.1 Realização de sessão de formação aos enfermeiros do serviço; 8.2 Construção de documentos de apoio à prática;	- Enfermeira chefe; - Enfermeiro orientador; - Equipa de enfermagem; • Materiais: - Normas e protocolos do serviço; - Pesquisa bibliográfica - Computador; - *Power-point;* - Projetor de imagem.	▪ Apresenta a check-list a 100% dos enfermeiros do serviço; ▪ Realiza ação de formação a 70% dos enfermeiros do serviço;
9. Prestar cuidados de enfermagem aos Doentes em Fim de Vida e Família, utilizando as competências desenvolvidas ao longo dos estágios.	9.1 Aplicação de check-list da deteção das necessidades e respetivas intervenções aos doentes em fim de vida e família; 9.2 Prestação de cuidados utilizando as competências desenvolvidas. 9.3 Realização de reflexão na e sobre a prática de cuidados;		▪ Aplica a check-list a 100% dos doentes em fim de vida e família do serviço; ▪ Realiza uma reflexão sobre um momento de aprendizagem significativo; ▪ Realiza reflexões com o Enf. orientador; ▪ Aumenta o conforto dos doentes em fim de vida.

APÊNDICE VII

CHECKLIST - Intervenções de Enfermagem nas alterações do Doente Oncológico em Fim de Vida no âmbito da Alimentação e Hidratação.

CHECKLIST

Intervenções de Enfermagem nas alterações do Doente Oncológico em Fim de Vida no âmbito da Alimentação e Hidratação.

UTENTE:

DIAGNÓSTICO:

ALTERAÇÃO	INTERVENÇÕES	
Disfagia	Promover a refeição num ambiente calmo, sem distrações	
	Alimentar em posição vertical, confortável	
	Utilizar espessante	
	Evitar alimentação de consistência líquida fina	
	Promover tempo para uma boa mastigação e deglutição	
	Fornecer alimentos à temperatura ambiente ou fria e sabor mais acentuado	
	Se existir diminuição dos movimentos da língua posicionar a cabeça em extensão para a deglutição à exceção da ingesta hídrica.	
	Se existir um lado afetado, inclinar a cabeça para o lado não afetado, dirigindo o bolo nessa direção	
	Nunca remover prótese dentária	
	Evitar comida seca, ou gelatinosa	
	Promover a ingesta de bebidas gaseificadas durante e após a refeição.	
	Se em fase não tardia da doença de base, ponderar junto do utente a introdução de meios de alimentação artificial: - Colocação de SNG - Colocação de PEG	
	Se utente em fase agónica realizar rotação de via de administração de terapêutica	
	Outros	
	Incentivar refeições fracionadas diversificadas, com conteúdo calórico e proteico superior	
	Adaptar a dieta ao gosto da pessoa	

Anorexia/ Caquexia	Promover um ambiente tranquilo e agradável durante a refeição	
	Garantir uma apresentação do prato convidativa e agradável	
	Incentivar a realização de refeições com a família	
	Prescrição de progestativos (acetato de megesterol e corticosteróides)	
	Outros	
Xerostomia	Promover uma adequada higiene oral, escovar dentes com escova sensível e pasta dentífrica adequada. Utilizar elixir após refeições e antes de dormir.	
	Incentivar hidratação oral (ingesta ou aplicação local, como água em spray, lâminas de gelo, água com limão, chá de camomila)	
	Incentivar a mastigação de pastilhas e rebuçados (sem açúcar) de frutas ácidas (ananás, limão e laranja)	
	Oferecer cubos ou lâminas de gelo e/ou comprimidos de vitamina C	
	Adaptar a dieta: líquida, cremosa e moderadamente fria, em detrimento de alimentos duros e secos. Realizar refeições frequentes e ligeiras	
	Evitar álcool e tabaco	
	Controlar o uso de terapêutica xerogénica (eliminar ou caso não seja possível, realizar rotação de medicação idêntica com menor ação xerogénica)	
	Controlar o uso de terapêutica xerogénica (eliminar ou caso não seja possível, realizar rotação de medicação idêntica com menor ação xerogénica)	
	Hidratar os lábios com creme de cacau, glicerina ou batom para o cieiro - Hidrogel	
	Saliva artificial (celulose, essência de limão e água) Glandosane spray (carboximetilcelulose)	
	Limpar as secreções nasais, de forma a evitar respirar pela boca.	
	Se necessidade de oxigenoterapia, este deverá ser humidificado.	
	Outros	

Odinofagia	Fornecer alimentos frios, mornos e pastosos	
	Utilizar espessante	
	Administrar analgésicos antes das refeições	
	Outros	
Disgeusia	Melhorar o sabor dos alimentos com especiarias, ervas aromáticas e molhos.	
	Utilizar alimentos de texturas diferentes, de forma a estimular a inervação sensitiva da boca.	
	Utilizar alimentos com aromas mais intensos	
	Fornecer alimentos da preferência do utente	
	Administrar suplemento de Zinco (auxilia na recuperação do paladar)	
	Outros	
Náuseas e Vómitos	Identificar causas e características	
	Realizar dieta polifraccionada com alimentos da preferência do doente, incentivar alimentos secos de fácil digestão	
	Proporcionar ambiente tranquilo e confortável reduzindo odores intensos	
	Incentivar uma boa higiene oral	
	Aumentar a ingesta hídrica, entre as refeições, líquidos frescos com algum gás.	
	Fornecer alimentos frios ou mornos, pobres em lípidos e sal	
	Incentivar o uso de roupa confortável	
	Não forçar alimentação se o utente optar por não se alimentar	
	Promover a mastigação e deglutição lentas	
	Administrar anti-emético antes das refeições.	
	Outros	
	Identificar a fase da mucosite (Sonis)	

Mucosite	Realizar avaliação segundo a escala de Mucosites (OMS) [1]	
	Promover uma boa higiene oral e realizar regularmente lavagens orais com água	
	Lavar os dentes e gengivas após as refeições e antes de deitar, com esponja ou escova.	
	Remover e limpar prótese dentária com regularidade, e realizar imersões em soluções de Nistatina.	
	Fornecer elixir para refrescar a boca e diminuir a dor (ex. chá de camomila, sol. de Nistatina para prevenção de infeção fúngica) - Se lavar a boca com solução de 50% de H_2O_2 e 50% de NaCl 0,9% - Se aftas: lavar com antisséptico (clorhexidina oral)	
	Adaptar a dieta (consistência, temperatura reduzida, pouco ácida e não salgada nem muito doce, seca ou áspera.) Evitar tabaco e álcool	
	Utilizar substitutos de saliva oral, gel de saliva ou *Glandosane*®	
	Lavar com alopurinol (prevenção da mucosite secundária à quimioterapia); se quimioterapia em bólus, realizar crioterapia. Realizar lavagem com benzidamina quando provocada por radioterapia.	
	Em casos mais complexos, fornecer bochechos compostos por *Caphosol*®;	
	Aplicar Sucralfato	
	Aplicar anestésicos tópicos para alivio dos sintomas: Controlo adequado da dor: AINES, Morfina, Lidocaína 2% (antes das refeições)	
	Para destacar placas, utilizar paracetamol efervescente e coca cola, ou Dextrose a 20%	
	Outros	
Recusa alimentar	Avaliar condição - tomada de decisão - Promove a tomada de consciência por parte da família do avanço da doença. - Profissionais de saúde com a responsabilidade de fornecer informação útil sobre a situação - Conferência Familiar	

	Entubação NG/Colocação de PEG	
	Outros	
Obstrução intestinal	Dieta 0	
	Rotação de via terapêutica para EV/SC/RT	
	Entubação NG (se vómitos/vontade do utente)	
	Hipodermoclise (se possível)	
	Administrar: Anti-eméticos; Anti-colinérgicos; Corticóides; Analgesia opióide	
	Reforçar cuidados de higiene oral;	
	Aplicar finas lâminas de gelo na cavidade oral (5mm de espessura)	
	Fornecer apoio psicossocial e espiritual ao doente e família(1)	
	Outros	
Alteração do estado de consciência	Gerir expetativas da família	
	Adequar a via de administração de terapêutica	
	Adequar e simplificar a terapêutica	
	Estabelecer um conjunto de medidas gerais de conforto: - Alternância de posicionamentos frequentes; - Reforçar os cuidados de higiene oral; - Realizar massagens de conforto.	
	Outros	
Psico-emocional	Gerir mitos e expetativas relacionadas com alimentação e hidratação	
	Escutar os receios do doente e família	
	Explicar que nas circunstâncias em questão é normal que o doente fique satisfeito com menor quantidade de alimentos	
	Explicar que pode satisfazer um pequeno apetite dando os alimentos quando o doente tem fome	

	Desencorajar a síndrome “ele tem de comer senão morre”	
	Reconhecer as síndromes de “comida como prova de amor” e “é meu dever alimentá-lo”, utilizá-las como pretexto para refletir sobre o impacto progressivo da doença com a família	
	Gerir expetativas relacionadas com a perda de funções, como a alimentação e a hidratação	

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, P. Basto, M. Oliveira, C. (2016) Adaptar a alimentação ao Desejo da Pessoa em Fim de vida: Intervenção do Enfermeiro. *Revista Pensar em Enfermagem*. Vol. 20 nº2 2º semestre. P. 118-119.

Barbosa, A. *et al* (2016) - *Manual de Cuidados Paliativos* 3ª Edição, Lisboa, Faculdade de Medicina de Lisboa.

Bailie, J. et al (2018) Symptom management, nutrition and hydration at end-of-life: a qualitative exploration of patients', carers' and health professionals' experiences and further research questions. *BMC Palliative Cares* 17:60 Acedido a 10/12/2018. Disponível em: https://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=01d27f7a-2410-4c55-9527-649b370d82bf%40sessionmgr4006

Neto, I*. et al* (2010) – *Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In Manual de Cuidados Paliativos;* 2ª Ed. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. Pág. 1-42;

Pinho-Reis, C. (2012) – Suporte Nutricional em Cuidados Paliativos. *Revista Nutrícias*. Nº15 acedido a 15.07.2017. Disponível em http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-72302012000400006;

Pinho-Reis, C. Coelho, P. (2014) Significado da Alimentação em Cuidados Paliativos. *Cuidados Paliativos*, vol. 1, nº2 acedido em 17.07.2017. Disponível em http://www.apcp.com.pt/uploads/revista_cp_vol_01_n_02.pdf

Santos, F. *et al* (2011) - *Cuidados Paliativos Diretrizes, Humanização e Alívio de sintomas*. Editora Atheneu; Brasil.

Twycross, R. (2003) - *Cuidados paliativos*. Lisboa, 2ª Edição, Climepsi Editores.

APÊNDICE VIII

Reflexão crítica I – Estágio I

REFLEXÃO CRÍTICA I

Estágio I

Descrição

O Sr. J.C. de 70 anos de idade, encontra-se internado no serviço por descontrolo sintomático e reabilitação no contexto de Acidente Vascular Cerebral isquémico da artéria cerebral média à direita e neoplasia da próstata com metástases ósseas. Tem dois filhos adultos, e a principal cuidadora é a sua esposa, que desde o início do internamento se prontificou a preparar e trazer a alimentação para o utente. Na altura, a alimentação era inicialmente fornecida por via oral, mas por apresentar quadro de disfagia grave e emagrecimento progressivo, foi colocada PEG para administração de alimentação. No entanto, o utente referia ter o desejo de voltar a saborear os alimentos, assim, e dado não haver risco para o utente, foi decidido instituir-se uma dieta de consistência mole por via oral a meio da manhã e lanche, por serem quantias mais diminutas, e as restantes refeições seriam administradas pela PEG, bem como a ceia, uma vez que o utente se encontrava já sonolento para garantir uma deglutição eficaz. As refeições eram realizadas na companhia da esposa, que não só ficava feliz de o ver alimentar-se oralmente, como de o ver alimentar-se da comida que confecionava e levava.

A Sra. M.S. de 65 anos, com tetraparésia grave e disartria evolutiva no contexto de doença neurológica progressiva com atrofia multissistémica. Quando foi internada, alimentava-se oralmente de uma dieta geral necessitando apenas de ajuda na preparação da alimentação, sendo descrita na altura como uma mulher de “bom garfo”. Progressivamente, por degradação do seu estado geral, foi alterada a sua dieta para mole com acompanhamento de hidratos de carbono, por referir ser o que mais lhe agradava. Posteriormente, para metade da dose ao jantar, por já não se conseguir alimentar da totalidade da refeição, apresentando períodos de enfartamento e anorexia. Finalmente, com perda de peso progressiva, foi ponderada colocação de PEG, que a utente consentiu. No entanto, para permitir o conforto associado à degustação dos alimentos da sua preferência, e por manter o desejo de saborear doces, era preparada uma sobremesa de textura mole, fornecida por via oral, em pequenas quantidades

para que pudesse deglutir. No final do meu estágio, a utente já não possuía a capacidade de deglutição, pelo que eram embebidas colheres de café em sobremesas que a utente gostava e eram colocadas na sua boca, para que pudesse saboreá-las de alguma forma.

Sentimentos

Enquanto enfermeira num serviço de internamento médico-cirúrgico, não era habitual seguir outro modelo que não o centrado na cura, em que o momento da morte de um utente era considerado um fracasso, causador de frustração e angústia. Os Cuidados Paliativos eram para mim uma utopia, suscitando questões, principalmente éticas às quais não sabia dar resposta. Após a compreensão dos princípios dos Cuidados Paliativos, em que a promoção do bem estar da pessoa e família é o objetivo principal, auxiliar a pessoa a atingir o seu pleno da forma que mais lhe agradar, quando a perspetiva curativa não se impõe, incutiu em mim sentimentos como gratidão e satisfação, na medida em que pude observar o prazer que as pessoas experienciam quando são valorizados os seus desejos e prioridades.

Poder partilhar as angústias das pessoas e experienciar com elas momentos prazerosos, apesar da proximidade da sua finitude, e de todos os males que enfrentam é para mim um momento único e gratificante. O ato de fornecer uma colher de café de mousse de chocolate a uma utente que não consegue deglutir, apenas para poder saborear um doce que sempre adorou, não é apenas um ato fútil e habitual, mas algo profundamente íntimo, fácil e prazeroso também para mim, enquanto pessoa e profissional, que de certa forma atenua a minha própria angústia por receio do sofrimento e da proximidade da morte.

Avaliação

O contexto de UCP trouxe-me a oportunidade de contactar não só com utentes com necessidades paliativas, bem como a interação e aprendizagem com peritos na área, e a observação da sua intervenção junto dos utentes com alterações no âmbito da alimentação e hidratação, trouxeram-me novas ideias para inclusão no meu trabalho.

Assim, novas experiências trazem necessidades de aprendizagem, tal como a utilização de PEG, que, sendo uma necessidade para os meus utentes, levou-me a realizar pesquisas e aquisição de novos conhecimentos sobre *guidelines* de colocação, manutenção e utilização, que até então desconhecia.

As situações acima descritas proporcionaram em mim um olhar holístico, reflexivo, com base nas prioridades da pessoa e na oportunidade que enquanto enfermeira detenho, para ir de encontro aos seus desejos.

O paralelo entre os dois casos apresentados, fez-me entender que, por vezes, pequenos gestos são os mais importantes, naquele momento da vida da pessoa, são os que transmitem maior conforto. O respeito pelo que a pessoa decidiu para si é fulcral, quando a pessoa pensa que já não tem o domínio sobre nada. Quando não há mais nada a fazer, afinal, há sempre algo a fazer, mesmo até depois do fim.

Análise

Uma grande percentagem de doentes paliativos é confrontado com o aparecimento de múltiplos sintomas que alteram o seu padrão de alimentação, ou no percurso da evolução da sua doença, ou como consequência da realização de tratamentos (Barbosa *et al*, 2016; Pinho-Reis & Coelho, 2014). Sendo a alteração da ingestão de alimentos e líquidos, frequentemente vivida com angústia, pelo doente e pela família, relacionada com as conotações emotivas, culturais e simbólicas (Barbosa *et al*, 2016; Giddens, 2002), a presença de alterações deste foro poderão ser entendidas como o aproximar da morte (Pinho-Reis & Coelho, 2014), sendo causa de grande stress emocional para quem está doente e para quem cuida do mesmo, sendo por este motivo, alvo da minha análise.

A reflexão aqui apresentada baseia-se na observação de dois casos diferentes em utentes paliativos, em estadio reabilitativo e pré-terminal, segundo os estadios definidos por *Müeller Busch* (2004) que, em comum, apresentam alterações na alimentação e hidratação, bem como diferentes soluções encontradas para satisfazer as suas necessidades individuais, enfatizando também as necessidades das suas famílias.

Consegui constatar a individualidade dos cuidados na capacidade dos enfermeiros se adaptarem e reagirem para irem de encontro a algo que seja prazeroso para cada utente, por vezes, não da forma que gostariam, mas da forma que é possível no momento. Aos doentes apresentados, os enfermeiros foram capazes de apresentar diferentes formas de ajustar as suas necessidades, aos seus gostos pessoais, bem como à promoção de um ambiente saudável entre os mesmos e a sua família, tal como sugere Alves (2016), os enfermeiros tiveram a capacidade de ultrapassar o convencional, remetendo à filosofia dos Cuidados Centrados à Pessoa.

Os casos apresentados suscitaram em mim uma oportunidade única de reflexão sobre a importância da individualidade da pessoa. Em cada caso, a alimentação estava comprometida, mas para cada pessoa essa situação possuía uma diferente dimensão de preocupação. Sendo por isso de extrema importância a individualidade no cuidado, para compreender de que forma é que a situação afeta aquela pessoa, e o que é mais importante para si.

Na situação do Sr. J.C., a colocação de PEG era um desejo e necessidade para o utente, visto a alimentação entérica estar indicada em fase não tardia da doença de base e em “doentes com bom estado funcional e qualidade de vida com perda de peso secundária à ingestão insuficiente ou cuja nutrição oral prevista correspondente a 60% ou menos das necessidades aferidas, por um período superior a 10 dias” (Barbosa *et al*, 2016, P. 127), mas no utente permanecia o desejo de saborear os alimentos, pelo que, após uma avaliação multidisciplinar foi decidido que não havia risco para o utente de se alimentar de pequenas doses de alimentos de consistência mole, assim, os enfermeiros conseguiram satisfazer a vontade do utente, conferindo-lhe o conforto necessário no momento, o que o utente verbalizava frequentemente.

A mudança da via de alimentação representa uma das alterações mais profundas nos hábitos alimentares da pessoa, afetando também a família (Pinho-Reis & Coelho, 2014), para a sua esposa, poder trazer-lhe a comida confecionada por si fez com que se sentisse útil, e desta forma poderia transmitir o seu afeto através da confeção e preparação da alimentação que o seu esposo mais gostava e partilhar consigo a sua refeição, prevenindo assim o isolamento social e a depressão, situações decorrentes de alterações da alimentação (Barbosa *et al*, 2016).

O caso da Sra. M.S., tratou-se de uma situação gradual, não aguda, tendo sido gerida emocional e fisicamente “momento-a-momento” pela equipa. Para esta utente, a alimentação era alvo de grande preocupação, pois era um dos seus maiores prazeres, por ter sido cozinheira, habituada a experienciar o sabor de cada refeição que confecionava, o fato de a sua própria alimentação se degradar, após todas as alterações motoras inerentes à sua doença de base, provocava-lhe maior angústia, frustração e tristeza. Após inúmeras alterações de dieta, para adaptar à sua possibilidade de deglutição, sem colocar a sua saúde em risco, tal como o Sr. J. C. a Sra. M.S. teve também necessidade e vontade de colocar PEG. Nessa altura, a utente já só comunicava através de “piscar de olhos”, consciente e orientada, presa dentro de um corpo que pouco refletia a sua vontade, ainda assim, conseguia exprimir desta forma o que tinha vontade de saborear, sendo a sua sobremesa favorita a *mousse* de chocolate, pelo que por vezes era colocada uma colher de café embebida em musse de chocolate na sua boca, para que a utente pudesse saborear.

O cuidar de forma individualizada na azáfama da enfermagem hospitalar pode por vezes parecer uma utopia, mas posso constatar que basta apenas olhar ao pormenor, e aproveitar cada pequeno momento de partilha com a pessoa para refletir sobre qual a forma de ajudar a pessoa a atingir o seu objetivo. Assim, remeto-me à teoria sustentadora do meu trabalho, a Teoria do Fim de Vida Tranquilo, de *Cornelia Ruland* & *Shirley Moore*, que preconiza que, não só devem ser incentivados e facilitados os contatos com as pessoas significativas, bem como incentivar momentos de contentamento e experiências entre famílias ou entes queridos, bem como o fato de estar em paz, o que pressupõe estarmos atentos às necessidades, desejos e preferências expressas pelo utente, remetendo-nos também para a teoria de McCormack & McCance (2006), o Cuidado Centrado na Pessoa, pois cuidados individualizados, não generalizados, sendo o que de mais básico é pretendido ao enfermeiro especialista, conseguir estabelecer um olhar atento à individualidade da pessoa, aliado ao conhecimento da melhor evidência científica.

Em todos os casos pude comprovar um estado de conforto descrito por *Kolcaba*, nomeadamente no alívio, na tranquilidade transparecida e no reforço do poder da pessoa, apresentando desta forma a sua transcendência. Este

conforto era notório ao nível físico, psicológico e social, facilitando as suas relações com os entes queridos.

Conclusão

As situações descritas fizeram com que repensasse nos cuidados de enfermagem como cuidados individualizados, evidenciando os desejos e vontades do utente que vive uma situação particular em que os resultados terapêuticos pretendidos devem ser centrados no conforto e no bem-estar, no alívio do sofrimento físico, psicológico e espiritual, e todas as intervenções devem estar focadas nas suas necessidades individuais, manifestadas pelo próprio e pelos seus familiares, conferindo-lhes dignidade, como um atributo moral de respeito pelos próprios valores, aceitando os seus limites, tendo em conta os princípios éticos inerentes, Autonomia, Beneficência, Justiça e Não-Maleficência.

Consigo perceber a diferença nos meus cuidados, que se tornaram refletidos e com maior consciencialização, não que anteriormente não o fossem, mas pude experienciar e discutir estes casos com peritos num contexto experiencial, o que, segundo *Benner* (2001) proporcionou o meu processo de evolução tanto profissional, como pessoal.

Planear a ação

A importância de analisar o caso como único é fulcral, dado a unicidade da pessoa e família, planear o pedido das dietas diariamente, de forma consciente e individual, tendo em conta os gostos do utente e a sua capacidade de deglutição de forma respeitosa.

É deveras importante realçar que em contexto de CP, mais concretamente em cuidados em fim de vida, os objetivos da alimentação estejam concentrados na manutenção da qualidade de vida e na prevenção de complicações associadas, pelo que me proponho a “ultrapassar o convencional” em cada doente em fim de vida, que apresente alterações no âmbito da alimentação e hidratação, de forma a fazer coincidir as minhas prioridades com as da sua agenda.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, P. Basto, M. Oliveira, C. (2016) Adaptar a alimentação ao Desejo da Pessoa em Fim de vida: Intervenção do Enfermeiro. *Revista Pensar em Enfermagem*. Vol. 20 nº2 2º semestre. P. 118-119.

Barbosa, A. *et al*. (2016) *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito – excelência e poder na prática clínica de enfermagem.* Coimbra: Quarteto Editora

Giddens, A. (2002). *Sociologia*. 3ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian

Pinho-Reis, C. Coelho, P. (2014) O Psicólogo em Cuidados Paliativos: Uma reflexão possível. *Cuidados Paliativos*, vol. 1, nº2 acedido em 17.07.2017 em http://www.apcp.com.pt/uploads/revista_cp_vol_01_n_02.pdf

Sapeta, P. e Lopes, M. (2007) Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interação enfermeiro-doente. *Revista Referencia.* II série, nº4, Lisboa, p. 35-60.

APÊNDICE IX

Reflexão Crítica II - Estágio II

REFLEXÃO CRÍTICA II

Estágio II

Descrição

A senhora R.S. de 55 anos de idade, foi internada na Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) por descontrolo sintomático, tendo sido diagnosticado um Adenocarcinoma do Pâncreas em Estadio IV há cerca de um mês. A utente era divorciada e tinha um filho que era o principal cuidador, o senhor J, que por sua vez era casado e tinha uma filha de 5 anos.

No momento de entrada na UCP estava consciente e orientada mas com períodos de confusão mental, com mau estado geral: desidratada, caquética, ictérica, num quadro de oclusão intestinal, com vómitos fecalóides. Tinha conhecimento do diagnóstico e também do prognóstico da sua doença. Durante o acolhimento ao filho foi possível constatar o conhecimento do mesmo face ao diagnóstico da mãe, bem como do prognóstico e da proximidade da etapa final da vida. Embora em sofrimento, aparentou estar adequado e recetivo aos cuidados propostos na Unidade.

Foi decidido em equipa e parceria com a utente e filho, a colocação de sonda nasogástrica para drenagem de conteúdo gástrico, evitando os vómitos e promovendo assim o conforto da utente. Após colocação da sonda em drenagem passiva, e permanecer em dieta zero, foram redobrados os cuidados de higiene oral, humedecida a mucosa oral, e administrada analgesia de forma a aumentar o conforto da senhora. Progressivamente, a utente ficou mais prostrada e em estado agónico. Perante este estado, o Sr. J. expunha questões como “a minha mãe está mais adormecida porque não come?” (SIC) e “Quando é que vai voltar a comer?”. Por várias vezes fora explicado que a doente não apresentava este estado por não comer, mas sim, pela própria evolução da doença.

Após um dia com a sonda nasogástrica em drenagem passiva, não funcionante, a sonda foi clampada. E foram levantadas questões pelo filho, “E agora.. já não vomita.. já não lhe vão dar de comer? Mas ela não sente fome?” (SIC) apesar de já ter sido explicado o estado da doente, pelo que, em equipa foi decidida a marcação de uma Conferência Familiar (CF), tendo sido marcada para o dia seguinte.

Na CF estavam presentes o enfermeiro responsável pelo caso da doente, o sr. J., a psicóloga e eu (após pedido de permissão ao filho da doente). Decorreu na sala de enfermagem com porta fechada, sitio calmo e confortável.

A CF foi conduzida pelo enfermeiro, que apresentou as pessoas presentes, e questionou o filho "Lembra-se do motivo por que decidimos reunir?" (SIC) ao que o filho respondeu negativamente. O enfermeiro decidiu então rever o objetivo da reunião com o familiar, referindo que a reunião ia servir para esclarecer a atual situação da mãe. Começou por referir os motivos que levaram ao internamento da sua mãe, abordando posteriormente o agravamento da sua situação, com a presença de vómitos e a necessidade de entubação nasogástrica, com objetivo paliativo.

O filho foi questionando, novamente, o motivo pelo qual a sua mãe não era alimentada, referindo o receio de que a ausência de alimentação, pudesse abreviar o processo de morte. Foi reforçado que o estado atual da senhora era devido ao processo evolutivo da doença, e não pelo fato de não ser alimentada, referindo ainda os malefícios provocados pela alimentação no estado presente.

O filho da utente referiu ter entendido o que fora dito, no entanto questionou "E não podem colocar um soro? A mãe da minha vizinha também estava assim e puseram um soro, para que não morresse à sede" (SIC).

Tranquilamente, o enfermeiro questionou o Sr. J. sobre o que pensava sobre a fluidoterapia na situação atual da utente, ao que o Sr. respondeu: "Eu não sei, sinto que não posso fazer nada e só quero que a minha mãe não sofra" (SIC). Perante esta afirmação, o enfermeiro desenvolveu a questão da hidratação na utente, começando por referir que a utente não apresentava sinais de sede, dizendo que eram reforçadas as medidas para que não se sentisse desconfortável pela secura da boca, e foi enumerando os malefícios que iria provocar à Sra. R.S. caso fosse administrada hidratação artificial. Foi ainda clarificado que a utente estaria a entrar em fase de agonia e as suas implicações para um futuro muito próximo.

A psicóloga presente interveio, validando a normalidade no sentimento de impotência que referiu anteriormente, e mencionou exemplos do que o Sr. poderia fazer, como estar presente.

No final da CF, o Sr. J. apresentava-se triste, choroso, mas calmo, aparentava perceber aquilo que lhe era dito, agradecendo a nossa intervenção. Entre a equipa e o filho da utente, foi tomada a decisão, de que os cuidados planeados para a sra. R.S. seguiriam no sentido de promoção do conforto da mesma. Foi definido que não iria ser administrada fluidoterapia e a sonda nasogástrica iria ser removida, para que a utente estivesse o mais confortável possível. Foi questionado ao Sr. J. se teria dúvidas que quisesse ver esclarecidas, tendo o mesmo respondido negativamente.

Sentimentos

A situação acima referida, fez-me refletir sobre vários pontos. Em primeiro lugar, a finitude da vida, o que me relembra da minha própria finitude e, como pessoa saudável, a incógnita temporal em que esse momento irá surgir. No entanto, enquanto profissionais de saúde, neste caso, há sinais e sintomas indicadores do prognóstico desta utente, e embora a família referisse ter conhecimento sobre a situação terminal da mesma, não estava preparada para a sua evolução, levando a sentimentos de angústia e impotência.

O segundo ponto de reflexão refere-se aos mitos presentes no Sr. J. no que concerne tanto à ausência de alimentação, como na necessidade de hidratação artificial. Este apresentava receio de abreviar a morte da mãe, por não estar a ser alimentada, assim como o medo do sofrimento da mesma, com sede.

Outro ponto de reflexão, prende-se com a importância das estratégias de comunicação em Cuidados Paliativos (CP), estratégias fundamentais para a realização de uma CF.

Avaliação

Pode considerar-se que a intervenção na CF acima descrita foi bem sucedida, na medida em que resultou no conforto da utente e do seu filho. Relativamente ao Sr. J. deu lugar à expressão de receios, desmistificação de ideias e esclarecimento sobre o estado atual da utente, permitindo ao mesmo

obter a informação necessária para uma tomada de decisão consciente e refletida, assim como a preparação de uma perda próxima.

Em relação à utente, teve o direito ao conforto de uma morte digna e isenta de ações fúteis para o prolongamento da sua vida.

Para o enfermeiro, a CF possibilitou estabelecer uma relação mais próxima do filho da utente, permitindo que correspondesse às dúvidas do mesmo, mas tal não era possível se não fosse detentor de competências comunicacionais especializadas.

Análise

Os CP baseiam-se em quatro pilares, nomeadamente, no controlo sintomático, na comunicação adequada, no trabalho em equipa e no apoio à família (Twycross, 2003), e, apesar de, nesta CF se aglomerarem os pilares referidos, o apoio à família é o objetivo crucial, pois a doença que afeta a pessoa, afeta igualmente a família (Ferris et al, 2002), sendo esta também alvo dos cuidados de enfermagem. Segundo Neto (2003) a família experiencia problemas que por vezes não tem recursos próprios para os ultrapassar, como por exemplo, problemas decorrentes de falta de informação acerca da evolução da doença necessitando que o profissional os ajude a expressar os seus receios e emoções e a planear o futuro adequado.

Por definição, a CF é um instrumento de intervenção estruturada, de resolução de situações complexas (Neto, 2003), fornece uma oportunidade de cuidado focado no doente em fim de vida e família (Bartolomeu, 2013), remetendo-nos para a base teórica de McCormack & McCance, o Cuidado Centrado na Pessoa.

Na CF descrita, o Sr. J. necessita de ter informação clara, realista e honesta, o que neste caso, foi possível através das estratégias comunicacionais adquiridas pelos profissionais presentes, fundamentais para fazer face às necessidades expressas pela família (Neto, 2003). As estratégias comunicacionais supracitadas, são consideradas um dos atributos desta equipa para que a CF decorresse com êxito. “Além do controlo sintomático é na área da comunicação que se situam as maiores necessidades dos doentes e famílias” (Neto, 2003, P. 69). Desta forma, o objetivo é o de facilitar a comunicação, que

deve constituir um elemento primordial, possibilitando a partilha de informações e emoções (Barbosa *et al*, 2016) e o planeamento dos cuidados a realizar, criando a oportunidade para a participação da família na tomada de decisão, fornecendo tempo para reflexão, com benefícios também para os profissionais, que conseguem identificar e intervir perante as fragilidades da família.

A CF possibilitou igualmente a clarificação de mitos relacionados com a ausência de alimentação e hidratação, revestidas de um enorme valor simbólico (Giddens, 2002), pois a presença de alterações deste foro poderão ser entendidas como o aproximar da morte (Pinho-Reis & Coelho, 2014), tal como referido pelo Sr. J. pelo que foi relevante a intervenção neste âmbito. Estudos indicam que hidratação artificial em doentes agónicos não influencia a sobrevivência, não promove a qualidade de vida, pelo que está recomendada quando a causa da desidratação é parcialmente reversível (Barbosa *et al*, 2016), pelo que, no caso da Sra. R.S. a hidratação iria agravar o estado da mesma.

Conclusão

Conclui-se com esta reflexão, que, as estratégias comunicacionais supracitadas, são consideradas um dos atributos fundamentais do enfermeiro no cuidado ao doente oncológico em fim de vida e família, assim como o ambiente em que os cuidados são prestados, e onde a CF decorre, de forma a centrar o processo na pessoa, levando à satisfação após a intervenção.

Neto (2003) descreve como objetivo da CF, o apoio psico-emocional à família, através da promoção de adaptação à situação de doença terminal, e a preparação para a perda e prevenção de um luto patológico, pois o confronto com a finitude e a sensação de perda eminente provoca um mal-estar crescente (Barbosa *et al*, 2016), sendo esta a forma de evitar um luto patológico.

Segundo o referencial teórico usado neste Projeto de Estágio, a Teoria de Final de Vida Tranquilo, de Ruland & Moore (1998) posso afirmar que a utente estava em paz após os cuidados resultantes da tomada de decisão na CF. Na perspetiva de “Não ter dor” através da administração de fármacos e o reforço dos cuidados de higiene oral. Na vertente de experiência de dignidade e respeito, através da inclusão do filho na tomada de decisão, assim como na proximidade do filho, que, após ensino, humedecia a mucosa oral da mãe.

Planear a ação

Na Unidade onde decorreu a CF, a sala de enfermagem está estrategicamente situada imediatamente antes dos quartos de internamento para permitir que os enfermeiros acolham a família antes da visita, permitindo assim fornecer informações sobre os doentes e apoio emocional à família. Este dado enaltece a importância do apoio psicossocial e emocional prestado à família em CP, fato verificado igualmente pelas inúmeras visitas de familiares de doentes que faleceram naquele local, aos enfermeiros da Unidade B, referindo sentir uma ligação especial com a equipa, mesmo após o processo de luto. Para além de todas as competências adquiridas e desenvolvidas neste contexto de estágio, é este tipo de ligação especial que pretendo atingir quando cuidar de um doente em fim de vida e família no meu contexto laboral, pois “o êxito dos cuidados prestados, satisfação do doente, dos familiares e de outros entes afetivamente significativos, depende em grande parte do tipo de apoio que os profissionais de saúde sejam capazes de prestar quando o processo de doença avança” (Neto, 2003 P. 68).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barbosa, A. et al (2016). *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Bartolomeu, S. (2013). *Cuidar a família: realização de conferências familiares. Revisão Sistemática da Literatura*. Dissertação de mestrado. Instituto Politécnico de Castelo Branco Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias, Castelo Branco (Acedida a 10/12/2018) Disponível em: https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/2359/1/RSL%20para%20publicação%20-%20Sandra%20Martins%20Bartolomeu.pdf

Neto, I. (2003). *A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. Port Clin Geral.* Vol (19). P. 68-74.

Ferris, F. *et al*. (2002). A model to guide hospice palliative care: Based on national principles and norms of practice. *Canadian Hospice Palliative Care Association*. Ontario. Acedido a 12/08/2018. Disponível em: http://www.chpca.net/about-us/awards/leadership-award/frank-d-ferris.aspx.

Giddens, A. (2002) – *Sociologia.* 3ª Edição. Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian

Pinho-Reis, C.; Coelho, P. (2014). O Psicólogo em Cuidados Paliativos: Uma reflexão possível. *Cuidados Paliativos*. vol. 1, nº2 acedido a 17.07.2017. Disponível em http://www.apcp.com.pt/uploads/revista_cp_vol_01_n_02.pdf

Twycross, R. (2003). *Cuidados paliativos*. Lisboa, 2ª Edição, Climepsi Editores.

APÊNDICE X

Plano de sessão de formação I: Intervenções de Enfermagem ao Doente Oncológico em Fim de Vida e Família, no âmbito da Alimentação e Hidratação.

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO I Intervenções de enfermagem ao Doente Oncológico em Fim de Vida e Família, no âmbito da Alimentação e Hidratação			
OBJETIVO GERAL	Sensibilizar a equipa de enfermagem da Unidade C para as intervenções à pessoa com doença oncológica em fim de vida e família no âmbito da alimentação e hidratação.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	• Definir conceitos relacionados com Cuidados Paliativos; • Identificar as alterações no doente oncológico em fim de vida e família no âmbito da alimentação e hidratação; • Identificar as intervenções de enfermagem perante as alterações demonstradas pelo doente oncológico em fim de vida e família, no âmbito da alimentação e hidratação; • Identificar os Princípios Éticos subjacentes à temática do doente oncológico em fim de vida; • Promover a reflexão sobre as intervenções ao doente oncológico em fim de vida e família, no âmbito da alimentação e hidratação;		
DATA	12 de Fevereiro de 2018	**HORÁRIO**	Das 14H30 às 15h30
LOCAL	Sala de Formação do Hospital da Unidade C		

ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODOS	RECURSOS
Introdução	• Contextualização da sessão; • Índice da sessão; • Contextualização da temática da sessão.	Expositivo	*PowerPoint*
Desenvolvimento	• Definição de conceitos: Cuidados Paliativos; Ação Paliativa; Pessoa em Fim de Vida; • Dimensões da Alimentação e Hidratação; • Alterações na Alimentação e Hidratação no Doente em Fim de vida • Intervenções de Enfermagem na Disfagia, Anorexia/Caquexia, Xerostomia, Disgeusia, Náuseas e vómitos, Mucosite, Obstrução intestinal, Alterações de estado de consciência, Psico-emocional; • Hidratação Artificial no Doente em Fim de Vida; • Princípios Éticos subjacentes à Hidratação artificial no Doente em Fim de Vida;		
Conclusão	• Resumo da sessão.		
Reflexão	• Caso para reflexão; • Pensamento para reflexão.		

APÊNDICE XI

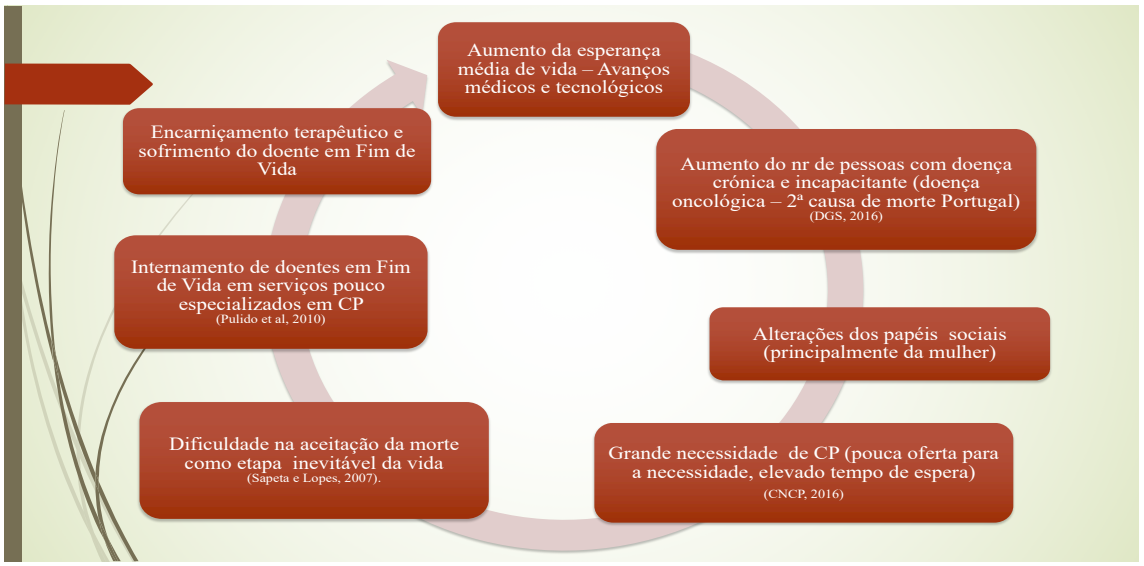
Diapositivos de sessão de formação I: Intervenções de Enfermagem ao Doente Oncológico em Fim de Vida e Família, no âmbito da Alimentação e Hidratação.



Índice

2

- Cuidados Paliativos (CP);
  - Princípios dos Cuidados Paliativos;
  - Ação paliativa;
  - Fases de prestação dos Cuidados Paliativos;
- Pessoa em Fim de Vida;
- Alimentação e Hidratação;
  - Simbolismo da Alimentação e Hidratação;
  - Alterações da Alimentação e Hidratação;
    - Disfagia;
    - Anorexia/Caquexia;
    - Xerostomia;
    - Disgeusia;
    - Náuseas e vómitos;
    - Mucosite;
    - Oclusão intestinal;
    - Alteração do estado de consciência;
    - Psico-emocional:
- Hidratação em Fim de Vida;
- Princípios Éticos;
- Hidratação Artificial em Fim de Vida
- Efeitos favoráveis da desidratação no Doente em Fim de Vida,
- Princípios éticos;
- Caso para refletir.



Cuidados Paliativos

- Cuidados que visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, nomeadamente a dor, mas também dos psicológicos, sociais e espirituais. (OMS, 2002)







Princípios dos Cuidados Paliativos

- Aceitam os valores e prioridades do doente;
- Dirigem-se ao doente, mais do que à doença;
- Afirmam a vida e encaram a morte como um processo natural;
- Não antecipam nem atrasam a morte;
- Centram-se no conforto e bem-estar do doente, ajudando-o a viver tão intensamente quanto possível até ao fim.



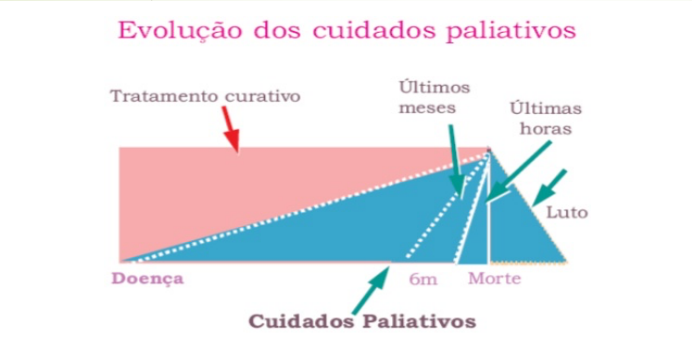
Ação paliativa

- São cuidados de saúde que integram os princípios e filosofia dos cuidados paliativos em **qualquer serviço não especializado** nestes cuidados, **no sentido de alívio do sofrimento** devido à sua situação clínica. Inclui medidas não-farmacológicas e **farmacológicas para o controlo** sintomático mas, também, comunicação com o doente e família assim como com outros profissionais de saúde, apoio **na tomada de decisão e** respeito pelas decisões do doente.
- Devem ser implementados por **todo e qualquer profissional de saúde**, devendo para tal possuir formação básica em cuidados paliativos, preferencialmente pré-graduada. (APCP)

Fases de prestação de Cuidados Paliativos

Fases	Duração	Mobilidade	Intenção do tratamento paliativo	Princípios
Reabilitativa	Anos/ meses	Mantida	Restaurar autonomia, controlo sintomático	Possibilidade de tratamentos agressivos
Pré-terminal	Meses/ semanas	Limitada	Qualidade de vida possível, controlo sintomático	Apoio social
Terminal	Semanas/ dias	Maior parte do tempo acamado	Máximo conforto	Expectativas realistas, reduzir o impacto da doença
Final/Agónica	Dias/ horas	Essencialmente acamado	Cuidados ativos de conforto	Valorizar, aceitar, aliviar

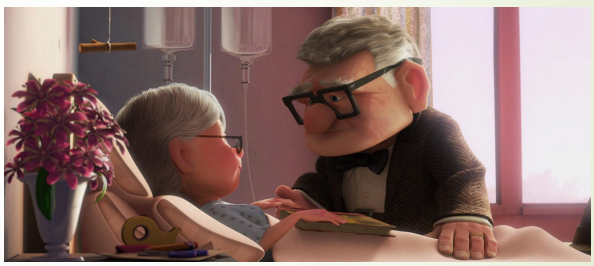
Modelo de Prestação de Cuidados Paliativos



Devem ser implementados precocemente no curso da doença, em conjugação com outras terapias vocacionadas para o aumento do tempo de via.

Pessoa em Fim de Vida

- Pessoa com prognóstico de vida inferior a 6 meses; *(Sociedad Española* de CP, 1992; Neto, 2010)
- Pessoa com doença avançada, com ausência de tratamento específico, com grande impacto emocional no próprio e família; *(Sociedad Española* de CP, 1992)
- Doente terminal (*standards* de CP, do *Servei Catalá de la Salut,* 1995; Neto, 2010)



Dimensões da Alimentação e Hidratação



- (Neto, 2010)

Alimentação e Hidratação

- Necessidades básicas e elementares;
- Atividades inatas como forma de sobrevivência;
- Poder simbólico:
  - Ganho de forças
  - Vida;
  - Carinho;
  - Momento de socialização (Giddens, 2002)







Alterações na alimentação e hidratação no Doente em Fim de Vida

- Disfagia;
- Anorexia/Caquexia;
- Xerostomia;
- Odinofagia;
- Disgeusia;
- Náuseas e vómitos;
- Mucosite
- Recusa alimentar
- Obstrução intestinal;
- Alteração do estado de consciência;
- Psico-emocional

Disfagia – Intervenções de Enfermagem

- Promover a refeição num ambiente calmo, sem distrações;
- Alimentar em posição vertical, confortável;
- Utilizar espessante;
- Evitar alimentação de consistência líquida fina;
- Promover tempo para uma boa mastigação e deglutição;
- Fornecer alimentos à temperatura ambiente ou fria e sabor mais acentuado;
- Se existir diminuição dos movimentos da língua posicionar a cabeça em extensão para a deglutição à exceção da ingesta hídrica;
- Se existir um lado afetado, inclinar a cabeça para o lado não afetado, dirigindo o bolo nessa direção;
- Nunca remover prótese dentária;
- Evitar comida seca;
- Promover a ingesta de bebidas gaseificadas durante e após a refeição;
- Se em fase não tardia da doença de base, ponderar junto do utente a introdução de meios de alimentação artificial: colocação de SNG ou PEG;
- Se utente em fase agónica realizar rotação de via de administração de terapêutica.

Anorexia/Caquexia – Intervenções de Enfermagem

- Incentivar refeições fracionadas diversificadas, com conteúdo calórico e proteico superior;
- Adaptar a dieta ao gosto da pessoa;
- Promover um ambiente tranquilo e agradável durante a refeição;
- Garantir uma apresentação do prato convidativa e agradável;
- Incentivar a realização de refeições com a família;
- Prescrição de progestativos (acetato de megesterol e corticosteróides).

Xerostomia – Intervenções de Enfermagem

- Promover uma adequada higiene oral, escovar dentes com escova sensível e pasta dentífrica adequada. Utilizar elixir após refeições e antes de dormir;
- Incentivar hidratação oral (ingesta ou aplicação local, como água em spray, lâminas de gelo, água com limão, chá de camomila); Oferecer cubos ou lâminas de gelo e/ou comprimidos de vitamina C;
- Incentivar a mastigação de pastilhas e rebuçados (sem açúcar) de frutas ácidas (ananás, limão e laranja);
- Adaptar a dieta: líquida, cremosa e moderadamente fria, em detrimento de alimentos duros e secos. Realizar refeições frequentes e ligeiras;
- Evitar álcool e tabaco;
- Controlar o uso de terapêutica xerogénica (eliminar ou caso não seja possível, realizar rotação de medicação idêntica com menor ação xerogénica);
- Hidratar os lábios com creme de cacau, glicerina ou batom para o cieiro – Hidrogel
- Utilizar saliva artificial (celulose, essência de limão e água) ou Glandosane spray (carboximetilcelulose)
- Limpar as secreções nasais, de forma a evitar respirar pela boca.
- Se necessidade de oxigenoterapia, este deverá ser humidificado.

Disgeusia – Intervenções de Enfermagem

- Melhorar o sabor dos alimentos com especiarias, ervas aromáticas e molhos;
- Utilizar alimentos de texturas diferentes, de forma a estimular a enervação sensitiva da boca;
- Utilizar alimentos com aromas mais intensos;
- Fornecer alimentos da preferência do utente;
- Administrar suplemento de zinco (auxilia na recuperação do paladar)

Náuseas e vómitos – Intervenções de Enfermagem

- Identificar causas e características;
- Realizar dieta polifraccionada com alimentos da preferência do doente, incentivar alimentos secos de fácil digestão;
- Proporcionar ambiente tranquilo e confortável reduzindo odores intensos;
- Incentivar uma boa higiene oral;
- Aumentar a ingesta hídrica, entre as refeições, líquidos frescos com algum gás;
- Fornecer alimentos frios ou mornos, pobres em lípidos e sal;
- Incentivar o uso de roupa confortável;
- Não forçar alimentação se o utente optar por não se alimentar;
- Promover a mastigação e deglutição lentas;
- Administrar anti-emético antes das refeições.

Mucosite – Intervenções de Enfermagem

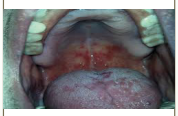
- Realizar avaliação segundo a escala de Mucosites (OMS);
- Promover uma boa higiene oral e realizar regularmente lavagens orais com água;
- Lavar os dentes e gengivas após as refeições e antes de deitar, com esponja ou escova;
- Remover e limpar prótese dentária com regularidade, e realizar imersões em soluções de Nistatina;
- Fornecer elixir para refrescar a boca e diminuir a dor (ex. chá de camomila, sol. de Nistatina para prevenção de infeção fúngica);
- Higienizar cavidade oral com solução de 50% de H_2O_2 e 50% de NaCl 0,9%;

Se aftas: lavar com antisséptico (clorhexidina oral)

Para destacar placas, utilizar paracetamol efervescente e coca cola, ou Dextrose a 20%.

Escala de Mucosites OMS

Grau de Mucosite Oral	Comorbidade para a mucosa oral
Grau 0	Sem alterações
Grau 1	Eritema, irritação, dor
Grau 2	Eritema, úlceras (dieta sólida)
Grau 3	Úlceras (dieta líquida)
Grau 4	Impossibilidade de alimentação





Obstrução intestinal – Intervenções de Enfermagem

- Dieta 0;
- Rotação de via terapêutica para EV/SC/RT;
- Entubação Nasogástrica (se vómitos/vontade do utente);
- Hipodermoclise (se possível);
- Administrar:
  - Anti-eméticos;
  - Anti-colinérgicos;
  - Corticóides;
- Analgesia opióide;
- Reforçar cuidados de higiene oral;
- Aplicar finas lâminas de gelo na cavidade oral (5mm de espessura);
- Fornecer apoio psicossocial e espiritual ao doente e família.

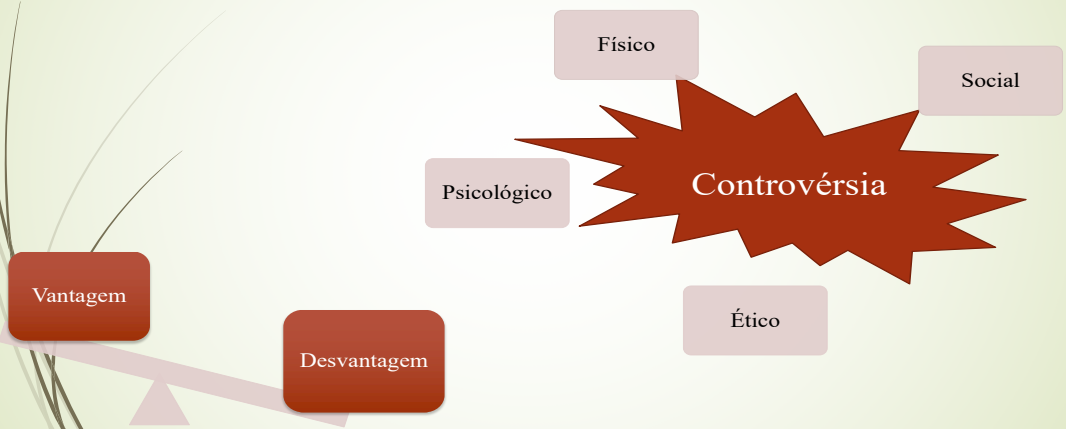
Alteração do estado de consciência Intervenções de Enfermagem

- Gerir expetativas da família;
- Adequar a via de administração de terapêutica;
- Adequar e simplificar a terapêutica;
- Estabelecer um conjunto de medidas gerais de conforto:
  - Alternância de posicionamentos frequentes;
  - Reforçar os cuidados de higiene oral;
  - Realizar massagens de conforto.

Psico-emocional – Intervenções de Enfermagem

- Gerir mitos e expetativas relacionadas com alimentação e hidratação;
- Escutar os receios do doente e família;
- Explicar que nas circunstâncias em questão é normal que o doente fique satisfeito com menor quantidade de alimentos;
- Explicar que pode satisfazer um pequeno apetite dando os alimentos quando o doente tem fome;
- Desencorajar a síndrome "ele tem de comer senão morre" e o "morre à fome";
- Reconhecer as síndromes de "comida como prova de amor" e "é meu dever alimentá-lo", utilizá-las como pretexto para refletir sobre o impacto progressivo da doença com a família;
- Gerir expetativas relacionadas com a perda de funções, como a alimentação e a hidratação.

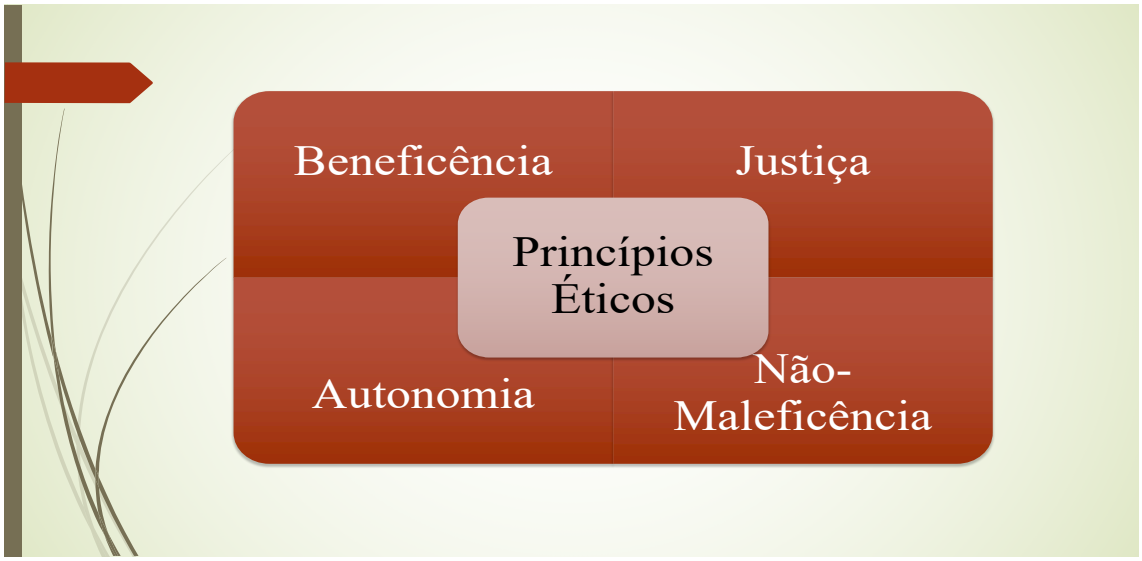
Hidratação em Fim de Vida



Hidratar ou não hidratar o Doente em Fim de Vida??

- Será que a hidratação contribui para o bem estar físico?
- Quais os seus efeitos indesejáveis?
- Pode a pessoa morrer de forma tranquila e confortável sem qualquer intervenção artificial?
- O que representa para o doente e para a família a hidratação?
- Princípios Éticos
  - Autonomia;
  - Beneficência;
  - Não-Maleficência
  - Justiça.





Hidratação Artificial (HA) em Fim de Vida

- O início da hidratação artificial depende da condição clínica do doente, do seu prognóstico e dos objetivos estabelecidos.
- A HA deve ser equacionada quando as causas da desidratação forem reversíveis;
- A desnutrição e desidratação em doentes em fase agónica, estão relacionados com a progressão da doença.
  - "a falta de apetite é a consequência da progressão da doença e não a causa da doença"

- "Parece que a hidratação dos doentes em que se prevê que o falecimento imediato não influencia a sobrevivência, não melhora a qualidade de vida nem favorece o controlo dos sintomas" (Neto, 2016, pág. 338)

Hidratação Artificial

- Os doentes em fim de vida necessitam para adequada hidratação, quantidades muito menores de água que indivíduos saudáveis;

- Em geral, não apresentam sensação de fome nem sede, sentindo-se confortáveis apenas com pequenas quantidades de alimentos, fluidos ou até mesmo com cuidados de higiene e humidificação da cavidade oral.

Decisão individualizada e tomada em equipa

Hidratação Artificial

- Avaliar o custo sintomático:
  - O doente está desidratado?
  - As causas são reversíveis?
  - Em que medida contribui a desidratação para o estado do doente?
  - Quais os sintomas causados ou agravados pela desidratação?
- Avaliar o benefício potencial:
  - Quais as vantagens de hidratar?
- Avaliar o custo relativo:
  - Quais as vantagens de hidratar?
- Desejos do doente e da família: o que preferem?
- Balanço global entre os benefícios e prejuízos potenciais: identificar o objetivo individualizado dos nossos cuidados;
- Reavaliar periodicamente a evolução do doente.

Efeitos favoráveis da desidratação – Doente em Fim de Vida

- Redução dos vómitos;
- Diminuição das secreções brônquicas;
- Redução do débito urinário;
- Aumento do conforto;

(Emanuel et al, 2008; Querido e Guarda, 2010)

Para refletir...

- Mulher 68 anos de idade; 1 filho casado, 1 neta;
- Diagnóstico de adenocarcinoma do pâncreas (metástases hepáticas e carcinomatose peritoneal);
- Estado geral debilitado, emagrecida, ictérica, consciente e orientada;



- Períodos de confusão e agitação psicomotora
- Vómitos fecalóides;
- Obstipação;
- Abdómen distendido doloroso;
- Dor descontrolada.

Como intervir

- ❖ **Junto do doente?**
- ❖ **Junto da família?**

“ o que é hoje mais importante para este doente, no momento presente, em termos de conforto e de qualidade de vida?”





“qualquer perda, quando chega, vem sempre cedo demais...”

Morrie Schwartz em “às terças com Morrie”

Referências bibliográficas

- Barbosa, A. Neto. I (2016) Manual de Cuidados Paliativos centro bioética, F.M.U.L. Lisboa;
- DGS: Portugal, Doenças oncológicas em números, Lisboa 2016, pág. 18 acedido a 05/07/2017, em: https://www.dgs.pt/em-destaque/portugal-doencas-oncologicas-em-numeros-201511.aspx
- Giddens, A. (2002) – Sociologia. 3ª Edição. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Neto, I. (2010) – Princípios e filosofia dos cuidados paliativos. In Manual de Cuidados Paliativos, 2.a ed. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN 9-789729-349225. Pág. 1-42.
- Querido, A.; Guarda, H. (2010) – Hidratação em Fim de Vida in BARBOSA, António, NETO, Isabel G., *Manual de Cuidados Paliativos*, 1a edição, Lisboa, Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006. ISBN 978-972-9349-21-8
- Twycross, R. (2003). Cuidados paliativos. Lisboa, 2ª Edição, Climepsi Editores, ISBN 972-796-093-6
- http://www.apcp.com.pt/faq.html acedido a 23 Janeiro 2018

APÊNDICE XII

Plano de Sessão de Formação II:

Via Subcutânea e Hipodermoclise.

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO II Via subcutânea e Hipodermoclise			
OBJETIVO GERAL	Sensibilizar a equipa de enfermagem da Unidade C para as intervenções à pessoa com doença oncológica em fim de vida e família no âmbito da alimentação e hidratação.		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	• Definir conceitos relacionados com a administração de fármacos ao doente com necessidades paliativas; • Esclarecer a importância da administração de fluídos por via subcutânea no doente em fim de vida; • Demonstrar a técnica de punção subcutânea; • Caracterizar os fármacos utilizados e não utilizados para administração por via subcutânea; • Identificar as intervenções de enfermagem ao doente com acesso subcutâneo.		
DATA	12 de Fevereiro de 2018	**HORÁRIO**	Das 15H30 às 16h00
LOCAL	Sala de Formação do Hospital da Unidade C		

ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODOS	RECURSOS
Introdução	• Índice da sessão; • Contextualização da temática na sessão.	• Expositivo • Demonstrativo	• *PowerPoint* • Agulha de teflon • Agulha epicraneana
Desenvolvimento	• Definição de Cuidados Paliativos e Doente em agonia • Identificação das vias alternativas para administração de terapêutica ou fluidoterapia ao doente em fim de vida; • Identificação das indicações e contraindicações para a administração de fluídos por via subcutânea; • Identificação das vantagens na utilização da via subcutânea no doente em fim de vida; • Fatores que influenciam o processo de tomada de decisão no âmbito da Hidratação; • Técnica e material para punção subcutânea; • Identificação dos cuidados de enfermagem ao doente com terapia subcutânea; • Indicação de fármacos utilizados para administração por via subcutânea e fármacos não passíveis de utilizar por esta via; • Tabela de compatibilidades de fármacos por via subcutânea.		
Conclusão	• Resumo da sessão.		

APÊNDICE XIII

Diapositivos de Sessão de Formação II :

Via Subcutânea e Hipodermoclise

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
8º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica
Vertente Oncológica

Via subcutânea e Hipodermoclise



Enf.ª Orientadora de Estágio: Mª João Costa
Docente: Mª Deolinda Antunes da Luz
Discente: Joana Felício

Lisboa
2018

Índice

- Cuidados Paliativos;
- Via oral;
  - Alternativa à via oral;
- Via subcutânea e Hipodermoclise;
  - Tecido subcutâneo;
  - Concentração do fármaco na corrente sanguínea com o tempo;
  - Via subcutânea como alternativa à via oral;
  - Indicações;
  - Contraindicações;
- Doente em agonia; Hidratação VS Não hidratação;
- Locais a puncionar;
- Técnica;
  - Material;
- Rotação do local de punção;
- Fármacos por via subcutânea;
- Compatibilidades.

Cuidados Paliativos

- "Cuidados que visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, nomeadamente a dor, mas também dos psicológicos, sociais e espirituais"
(OMS, 2002)



4

Via de eleição para hidratação e administração de fármacos

- Via oral:
  - Eficácia garantida;
  - Facilidade de administração;
  - Boa tolerância;
  - Mínimo desconforto;
  - Melhor adesão ao tratamento;
  - Menor custo;

INCA, 2009



5

Na inexistência da via oral,

Endovenosa	- Acessos venosos difíceis; - Aumento de custos do tratamento; - Complicações locais (infeção e hemorragia) e sistémicas (sépsis); - Aumento de tempo de internamento.
Intramuscular	
Rectal	- Menos confortável para adultos; - Inexistência de medicação nesta forma de apresentação.
Transdérmica	- Início do tempo de ação lento;
Subcutânea	- Hipodermoclise - Administração de líquidos no tecido subcutâneo. (Querido e Guarda (2006) - Administração de terapêutica em bólus

6

- Via Subcutânea
  - "A via subcutânea é um método consensualmente reconhecido como seguro internacionalmente, não comparado ao intravenoso e tecnicamente a aplicação do cateter subcutâneo é mais fácil" (Pontalti, 2010)
  - A presença de sintomas como náuseas e vómitos persistentes, disfagia, estados confusionais, coma, fase agónica, ao inviabilizarem a via oral, tornam a via subcutânea numa das principais alternativas a considerar (Marques et al, 2005)
- Hipodermoclise consiste na infusão de fluídos no espaço subcutâneo, em que o fluido é transferido para a circulação sanguínea por ação combinada entre a difusão de fluidos e a perfusão tecidular. (Neto, 2008)

7

Tecido subcutâneo

- Detém múltiplos capilares sanguíneos (absorção e transporte para a microcirculação);
- Promove um tempo de atuação mais prolongado;
- Evita picos plasmáticos que determinam o possível aparecimento dos efeitos secundários indesejáveis. (INCA, 2009)

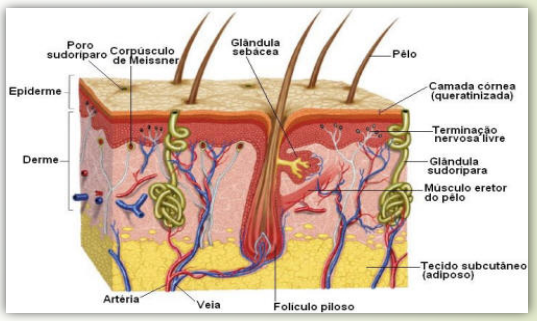


Figura 1 – Tecido subcutâneo. (Adaptado de INCA, 2009)

8

Concentração de fármaco na corrente sanguínea com o tempo

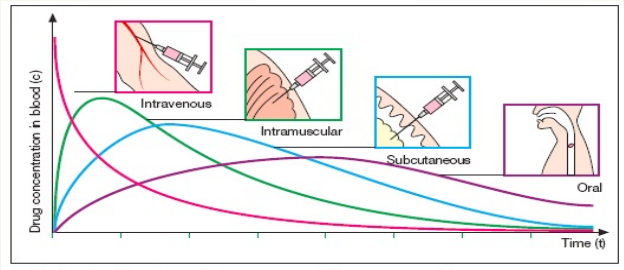


Figura 2 - Concentração do fármaco na corrente sanguínea com o tempo (INCA, 2009)

9

Via subcutânea como alternativa à via oral

- Técnica de fácil acesso, manuseio e manutenção;
- Índice de absorção idêntico ao da via intramuscular, embora menos dolorosa para o doente; (Pico de ação plasmática do fármaco em 20 minutos);
- Em relação à via endovenosa, menos complicações, necessitando de menor vigilância (extravasão, entrada de ar);
- Menor custo;
- Menor risco de complicações locais ou sistémicas;
- Pode ser administrada de forma contínua ou intermitente;
- Facilidade na manipulação no domicílio;
- Permite maior autonomia e mobilidade do doente.

Querido e Guarda (2008), NETO (2008), INCA (2009)

10

Vantagens da via subcutânea

Intramuscular Vs Subcutânea Vs Endovenosa

- O cateter pode ficar no mesmo local até 7 dias;
- A técnica é menos dolorosa – menor calibre da agulha;
- O tecido subcutâneo é menos vascularizado do que o tecido muscular;
- A absorção subcutânea dos fármacos é mais lentificada, mas apresenta maior tempo de ação.
- Inserção mais simples e menos dolorosa;
- Pode ser usada no domicilio ou hospital;
- Menor risco de edema pulmonar;
- Sem risco de formação de trombos;
- Menor risco de infeção local ou sistémica;

(INCA, 2009)

11

Indicações para a utilização da via subcutânea

- Quadros confusionais, de agitação ou de delírio;
- Sinais de desidratação;
- Intolerância à via oral, por vómitos frequentes ou oclusão intestinal;
- Incapacidade na deglutição;
- Doentes com sinais de toxicidade a fármacos;
- Má absorção intestinal;
- Doentes em que os fármacos por via oral estão contra-indicados;
- Doentes sem resposta terapêutica satisfatória aos fármacos por via oral;
- Doentes com convulsões;
- Doentes com sedação prolongada;
- Doentes que deambulam e necessitam de soroterapia.
- Doentes em fase agónica.

(Querido e Guarda (2006), Lobo (2007), INCA (2009)

12

Contraindicações da utilização da via SC

- Insuficiência renal e/ou Hemodiálise;
- Hipotensão;
- IC grave;
- Risco de Edema Agudo do Pulmão ou Anasarca;
- Trombocitopénia severa;
- Existência de foco infecioso próximo do local de punção;
- Necessidade de soroterapia rápida e intensiva;
- Necessidade de ter uma via endovenosa mantida;
- Estado avançado de caquexia (hipotrofia do tecido subcutâneo)

Viegas (2011); Neto (2008), INCA (2009)

13

Doente em agonia

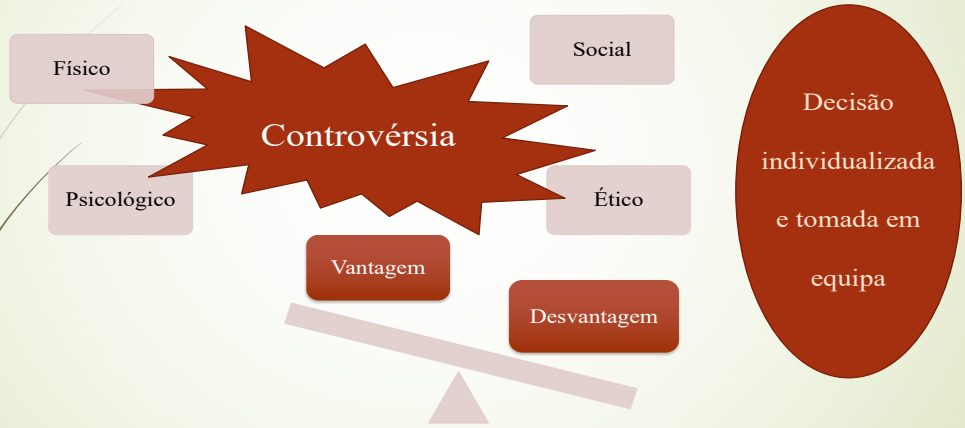
- Síndrome com presença de
  - declínio funcional progressivo e marcado;
  - oscilações do estado de consciência;
  - sinais de falência multiorgânica;
  - baixa perfusão periférica;
  - recusa alimentar;
  - (últimos dias ou horas de vida).

(Gomes, 2010; Pascual, 2002; Barbosa & Neto, 2016)



14

Hidratação VS não Hidratação



15

Locais a Puncionar

- Abdómen;
- Face externa do braço;
- Face externa da coxa;
- Região superior do tórax.

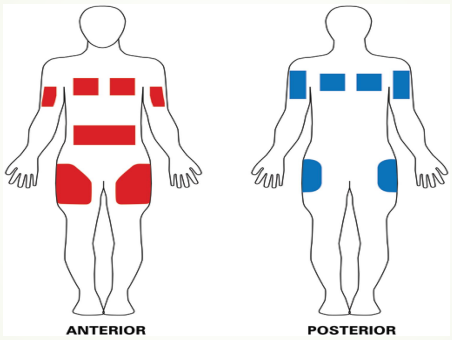


Figura 3 – Locais de punção subcutânea (INCA 2009)

Não Puncionar

- Tecidos peri-suturas ou cicatrizes operatórias ou irradiadas;
- Próximo de estomas;
- Hemitórax onde foi realizada mastectomia
- Proeminências ósseas e articulações;
- Membro com linfedema.

16

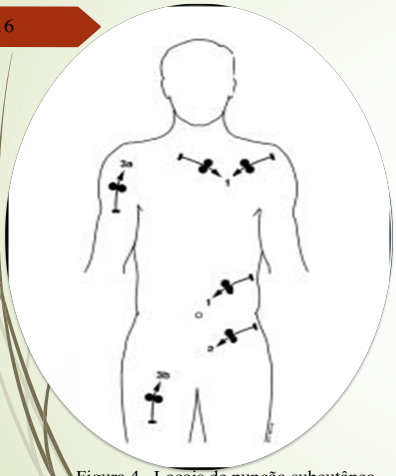


Figura 4– Locais de punção subcutânea

Locais de eleição:

- Face anterior do tórax e abdómen – administração contínua;
- Braços e coxas – Terapêutica intermitente

Optar por locais de punção tão proximais quanto possível

Permite rápida difusão medicamentosa;

Fomenta a autonomia do doente;

(INCA, 2009)

17

Técnica

- Informar o doente e família sobre o procedimento a realizar e pedir o seu consentimento;
- Questionar o doente sobre qual o local a puncionar, e aconselhá-lo;
- Lavar as mãos;
- Preparar o material necessário;
- Realizar desinfeção da pele com Cutasept®;
- Realizar a prega da pele;
- Introduzir a agulha num ângulo de 30 – 45º abaixo da pele elevada pela prega; (A agulha deve ter movimentos livres no espaço subcutâneo);
- Aspirar para se certificar que a agulha não atingiu um vaso sanguíneo;
- O dispositivo é fixo à pele com adesivo transparente, para monitorizar a condição da pele e a eficaz absorção.
- Identificar a data;
- Vigiar o local de infusão nas 4h seguintes para despistar sinais de edema, dor e/ou eritema da zona

18

Material





- Compressas;
- Luvas limpas;
- Cutasept®;
- Seringa;
- Agulha epicraneana ou cateter de teflon;
- Penso transparente.

19

Tipos de cateteres

- Agulha epicraneana subcutânea (5-5 dias)



- Cateter de teflon (7-7 dias)



- Os cateteres de teflon oferecem maior conforto e são melhor tolerados, podendo permanecer mais tempo, em comparação com agulhas de metal. (Neto 2008)

20

Técnica

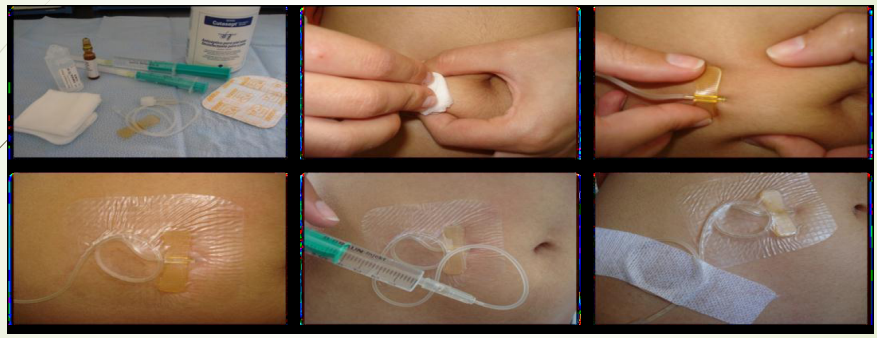


Figura 5 – Punção subcutânea

21

Considerações

- A via SC permite uma perfusão de 500 a 1500ml em 24h, de forma contínua, podendo ir até 3000 ml em 2 locais separados, ou por bólus com um volume máximo de 2-3 ml (Neto, 2008; Querido e Guarda, 2006)
- Locais de eleição para injeção de grandes volumes: tórax e abdómen (Neto, 2008)
- O balão de soro deve ser colocado a cerca de 1,5m de altura em relação à base do local de administração;
- Com os soros, poderão ser administrados quaisquer fármacos compatíveis; (Neto, 2008)
- Só devem ser administradas soluções eletrolíticas, como Cloreto de Sódio a 0,9% ou Dextrose a 4% ou a 5% em Soro Fisiológico (de modo a evitar formação de um 3º espaço);
- Pode ser adicionado Cloreto de Potássio (até 40 mEq)
- Não se injetam mais de 3 fármacos na mesma administração. Em casos pontuais, justifica-se a punção de mais um acesso subcutâneo para administração.

Via Subcutânea e Hipodermoclise

22

Se a perfusão provocar inflamação local dolorosa

Mudar ponto de introdução da agulha

Diminuir a quantidade da substância irritante

Mudar para uma substância alternativa

Optar por cânulas de plástico em vez de agulhas de metal

INCA (2009)

Via Subcutânea e Hipodermoclise

23

A vigiar...

Sinais de irritação local (primeiras 4h), se persistirem por tempo superior, mudar local de punção.

Sinais de sobrecarga hídrica - são indicativo para a suspensão do uso;

Via Subcutânea e Hipodermoclise

24

Rotação do local de punção

- De 5 a 7 dias e em SOS:
- Quando sinais de infeção: edema, calor, rubor, eritema persistente e dor no local de infusão (suspender infusão);
- Tumefação, hematoma, necrose do tecido (complicação tardia);
- Cefaleias e ansiedade. (Viegas 2011)
- Se perfusão de:
  - Dexametasona - 3/3 dias;
  - Ceftriaxona - 5/5 dias;

Complicações:

Tumefação;

Hemorragia ligeira;

Prurido;

Défice de absorção

(Neto, 2008)

25

Fármacos por via subcutânea

Fármaco	Modo Ação	Indicações
Morfina	Análgesico	Dor, dispneia, diarreia
Tramadol	Analgésico	Dor
Haloperidol	Anti-emético/anti-psicótico	Agitação, náusea, vómito
Levomepromazina	Anti-emético e anti-psicótico	Vómitos, agitação
Midazolam	Ansiolítico e sedativo	Agitação, convulsões e dispneia
Lorazepam	Ansiolítico e sedativo	Ansiedade, dispneia
Dexametasona	Esteróide	Dispneia, dor, vómitos
Metoclopramida	Anti-emético	Náuseas, vómitos e dispneia
Butilescopolamina	Anti-espasmódico e anti-secretor	Farfalheira, estertor, cólicas
Diclofenac	Anti-inflamatório	Dor óssea
Furosemida	Diurético	Edema, crise hipertensiva

Figura 6 – Fármacos por via subcutânea

Via Subcutânea e Hipodermoclise

26

Medicação que não pode ser usada por via subcutânea

- Diazepam
- Clorpromazina
- Pamidronato;
- Digoxina;
- Fenitoína;
- Antibióticos (exceção Ceftriaxona)



Via Subcutânea e Hipodermoclise

27

Compatibilidades

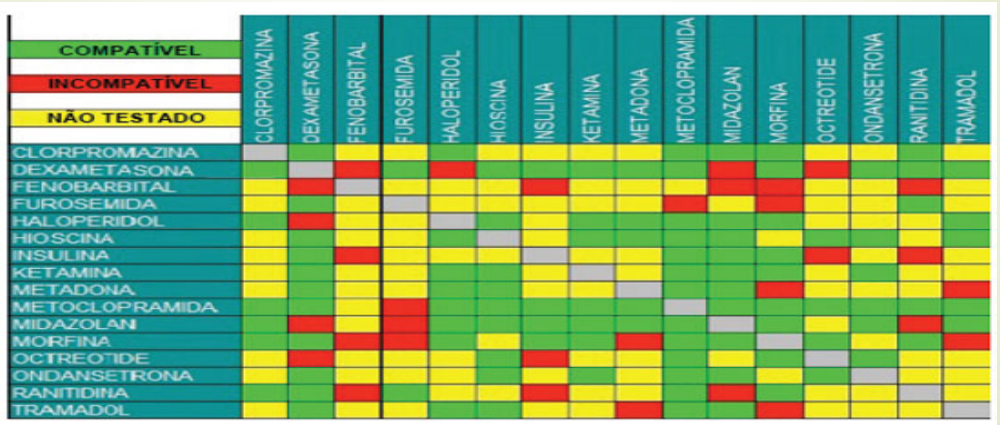


Figura 7 – Tabela de compatibilidades

Referências bibliográficas

- Barbosa, A. Neto. I (2016) Manual de Cuidados Paliativos centro bioética, F.M.U.L. Lisboa;
- Instituto Nacional do Cancer (2009)- Terapia Subcutânea no câncer avançado Série Cuidados Paliativos *in* http://bvsms.saude.gov.br/bvs/ publicacoes/inca/Terapia_subcutanea.pdf. Acedido 21/01/2018. Pascual, R. Fraile A. (2002) La Atención a los Últimos Días. Atención Primaria 30(5); p. 318-322;
- Gomes A. (2010) El cuidador y el enfermo en el final de la vida - familia y/o persona significativa. Enfermería Global. Nº18, Fevereiro;
- Neto, I. G. (2006) - Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos in BARBOSA, António, NETO, Isabel G., *Manual de Cuidados Paliativos*, 1a edição, Lisboa, Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética Faculdade de Medicina de Lisboa. ISBN 978-972-9349-21-8 ;
- Neto, I. (2008). Utilização da via subcutânea na prática clínica. Medicina Interna;
- Querido, A.; Guarda, H. – Hidratação em Fim de Vida in BARBOSA, António, NETO, Isabel G., *Manual de Cuidados Paliativos*, 1a edição, Lisboa, Núcleo de Cuidados Paliativos Centro de Bioética Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006. ISBN 978-972-9349-21-8 Pontalti, G. et al (2010) Via subcutânea: segunda opção em cuidados paliativos. Porto Alegre;
- Twycross, R. (2003) Cuidados Paliativos. Lisboa: Climepsi;
- Viegas, M. (2011) Via Subcutânea: uma nova alternativa. Lagos;
- www.palliativedrugs.com
- http://www.palliative.info



APÊNDICE XIV

Plano de Sessão de Formação III: Cuidados com Cateter Venoso Central Totalmente Implantado (CVCTI)

PLANO DE SESSÃO DA FORMAÇÃO III Cuidados com Cateter Venoso Central Totalmente Implantado (CVCTI)			
OBJETIVO GERAL	Capacitar a equipa de enfermagem da Unidade C para os cuidados a ter na manipulação do CVCTI		
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	• Definir conceito de CVCTI; • Identificar intervenções de enfermagem no manuseio do CVCTI;		
DATA	12 de Fevereiro de 2018	**HORÁRIO**	Das 16H00 às 16h30
LOCAL	Sala de Formação do Hospital da Unidade C		

ETAPAS	CONTEÚDOS	MÉTODOS	RECURSOS
Introdução	• Índice da sessão; • Contextualização da temática na sessão.	• Expositivo • Demonstrativo	• *PowerPoint* • Agulha tipo *Huber*
Desenvolvimento	• Definição de CVCTI; • Identificação das indicações e contraindicações para a sua implantação e manuseio do CVCTI; • Identificação das vantagens e desvantagens da utilização do CVCTI; • Técnica e material para punção de CVCTI; • Identificação das complicações associadas ao manuseio do CVCTI e intervenções de enfermagem;		
Conclusão	• Resumo da sessão. • Aplicação de questionário para avaliação de pertinência da sessão.		

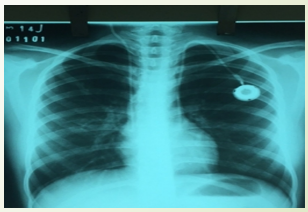
APÊNDICE XV

Diapositivos de Sessão de Formação III:
Cuidados com Cateter Venoso Central
Totalmente Implantado (CVCTI)

8º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem
Médico-Cirúrgica
Vertente Oncológica

Cuidados com Cateter Venoso Central Totalmente Implantado

Enf.ª Orientadora de Estágio: Mª João Costa
Docente: Mª Deolinda Antunes da Luz
Discente: Joana Felício



Lisboa
2018

2

Índice

- Definição
- Indicações
- Contra-indicações
- Locais de implantação
- Vantagens e Inconvenientes
- Punção – Material
- Utilização
  - Colheita de sangue
  - Heparinização
- Complicações
- Obstrução do cateter
- Referências Bibliográficas

3

CVCTI - Cateter venoso central totalmente implantado com reservatório subcutâneo

- Sistema de acesso venoso a uma veia central.
- Cateter fabricado com silicone ou poliuretano, em que o extremo distal se situa geralmente na veia cava superior, e o extremo proximal é fixo na câmara, que é implantada no tecido subcutâneo do doente. Esta câmara é constituída geralmente por titânio, com uma membrana de silicone. (Malcata & Pequito, 2007)
- Mono ou Dupla câmara;
- Implantofix ® (marca B. Braun)



4

Indicações

- Necessidade de administração de fármacos flebotóxicos durante um período de tempo prolongado (QT; antibióticos);
- Necessidade de administração de nutrição parentérica;
- Administração de sangue e derivados;
- Doente com difíceis acessos venosos.
  - (Carvalho, 1995, p. 13; B Braun Medical, 2005)

5

Contra-indicações

- Absolutas
  - Trombose completa do sistema venoso profundo (Síndrome VCS);
  - Febre de origem desconhecida;
  - Neutropénia. (Calatayud, et al. 2006)

6

Contra-indicações

- Relativas
  - Alterações da coagulação (trombocitopénia, anticoagulação ou CID);
  - Choque séptico;
  - Irregularidades anatómicas (ósseas, adenopatias cervicais, mediastínicas, tumores, cirurgia torácica prévia);
  - Doente com alergia ao material do dispositivo a implantar;
  - Processos inflamatórios ou infeciosos dermatológicos na zona de implantação;
  - DPOC Grave;
  - Antecedentes de irradiação no local da colocação do cateter;
  - Pneumonia bilateral;
  - Neoplasia do pulmão. (Calatayud, et al. 2006)

7

Locais de implantação

- Cateter:
  - Veia subclávia (introduzido na subclávia e termina na união da veia cava superior e AD);
  - Veia jugular interna ou externa;
  - Veia femoral (menos utilizada).
- Câmara:
  - Parede torácica;
  - Face interna do braço;
  - Ombro (trapézio).



- Colocação em sala cirúrgica, sob ambiente estéril e anestesia local.
- Realizar Rx após a colocação (confirmar correto posicionamento e despistar complicações).
- A 1ª punção do cateter só deve ser feita 48 a 72h após a sua colocação. (Calatayud, et al. 2006)

8

Vantagens

- Ter acesso venoso central, rápido e de fácil utilização;
- Baixa taxa de complicações;
- Diminuição do risco de lesões nos tecidos periféricos devido a extravasamento de fármacos, diminuindo o risco de infeção e flebite;
- Menos suscetibilidade a infeções locais e sistémicas;
- Diminuição do traumatismo associado a sucessivas punções;
- Permite uma boa mobilidade e conforto para o doente, sem interferir com as atividades de vida;
- Possibilita o tratamento em regime de ambulatório;
- O tempo de permanência pode ser prolongado. (Calatayud, et al. 2006)

Inconvenientes

- Equipamento de elevado preço;
- Necessidade de manipulação por profissionais especializados;
- Necessidade de os serviços possuírem material adequado para a punção. (Santos, 2015)

9

Punção (técnica asséptica) - Material



- Luvas esterilizadas;
- Compressas esterilizadas;
- Campo esterilizado com buraco;
- Iodopovidona dérmico (instituído pela norma no HCVP);
- Agulha do tipo *Huber* (cytocan® de 20 ou 22G);
- Seringa de 10 ml;
- Agulha de diluição;
- Soro Fisiológico a 0,9%;
- Penso transparente;
- Anestésico tópico (Xylocaína® 10% em spray)



10

Técnica de punção

- Explicar o procedimento ao doente, e obter consentimento;
- Posicionar o doente (deitado ou em semi-fowler); https://youtu.be/88P5R3ZU5XU
- Localizar com precisão a câmara através da palpação e fixá-la entre os dedos;
- Aplicar o anestésico;
- Desinfetar o local de punção;
- Preencher todo o prolongamento da agulha com soro fisiológico e clampar sistema;
- Puncionar o ponto central da câmara e pressionar a agulha perpendicularmente através da pele até atingir a base da câmara;
- Manter a agulha imobilizada;
- Verificar a permeabilidade do sistema (aspirando o conteúdo);



11

Utilização

- Fixar a agulha, protegendo o local de inserção e colocar em curso uma solução salina isotónica;
- Injetar o fármaco a administrar (bólus ou perfusão), no caso de cistostáticos realizar lavagem com SF entre os fármacos, de modo a evitar incompatibilidades ou irritação vascular;
- Após a administração realizar lavagem com 20 ml de SF;
- Heparinizar o sistema com a finalidade de impedir a formação de coágulos e/ou obstruir o cateter;
- Remover a agulha, fixando a câmara entre os dedos e desinfetar o local;

12

Colheita de sangue

- (Após a colocação da agulha);
- Aspirar 6 a 7 ml de sangue e desperdiçar;
- Colher a quantidade de sangue necessário;
- Lavar com 20 ml de SF;
- Heparinizar o cateter.



13

Heparinizar o cateter

- Se não for utilizado, deve ser heparinizado de 28/28 dias; (Norma de utilização do HCVP)
- Utilizar técnica asséptica – Pulverizar a agulha e conexão da agulha com solução desinfetante;
- Aspirar o conteúdo da câmara (5cc e desperdiçar);
- Lavar com 20 ml de SF;
- HCVP: solução de Fibrilin® 5ml. OU 1ml de Heparina (5000 UI) em 9ml de SF 0,9% e de seguida administrar 5 a 7 ml da solução;
- Clampar prolongamento;
- Remover agulha fixando a câmara, realizar ligeira compressão no local de punção com compressa esterilizada;
- Realizar desinfeção e penso de proteção simples.

14

Considerações

- A agulha tipo *Huber* deve ser trocada de 7 em 7 dias, deve ser alternado o ponto de punção da agulha sobre a pele; (Malcata & Pequito, 2007)
- A correta manutenção do CVCTI implica também a mudança de sistemas de administração e perfusão seguindo a periodicidade estipulada; (72/72h à exceção de compostos lipídicos e hemoderivados – 24/24h);
- O penso deve ser trocado de 48/48h se tiver compressa, no caso do penso transparente pode ser trocado de 5-7 dias e SOS). (Santos, 2015)

15

Complicações

- Locais
  - Hemorragia;
  - Hematoma subcutâneo;
  - Reação inflamatória;
  - Infeção;
  - Ulceração;
  - Necrose cutânea;
  - Embolia;
  - Trombose venosa.
- Mecânicas
  - Fratura do cateter;
  - Migração da câmara;
  - Obstrução do cateter:
    - Clamp fechado;
    - Cateter dobrado;
    - Agulha estar encostada à parede da câmara;
    - Agulha não estar corretamente introduzida, ou ser curta;
    - Formação de coágulo.

16

Obstrução do cateter

- Abrir clamp;
- Reposicionar a cabeça e os ombros do doente;
- Pedir ao doente para tossir/levantar o membro superior;
- Introduzir agulha até que se sinta a base da câmara ou utilizar uma agulha de comprimento maior;
- Utilizar uma seringa de 10 ml (ou calibre superior) para irrigar o sistema com SF, alternando entre irrigação e aspiração.

17

Obstrução do cateter

- Nunca tentar desobstruir através da utilização de um fluído sob alta pressão, devido ao elevado risco de fratura ou migração do cateter;
- Na existência de sinais inflamatórios, não deve ser utilizado o cateter, e informado o médico; (Santos, 2015)

18

Referências Bibliográficas

- CALATAYUD, J.; PRADO, A.; MAS, J. et al. (2006). – **Sistemas de acceso venoso permanente com dispositivo de reservorio subcutáneo**. Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.
- CARVALHO, A. FERNANDES, H. (1995) – **Implantofix – Cuidados a ter** – in Revista Sinais Vitais nº 3, Maio
- FOUGO, J. (2008) - **Cateteres Venosos Centrais de Longa Duração** – Lidel Lições Técnicas, Lda, Lisboa, Junho
- MALCATA, M. & PEQUITO, S. (2007). **Cateter venoso central totalmente implantado e as respetivas intervenções de enfermagem**. Nursing. Pág. 12-16
- SANTOS, R. (2015) – **CUIDAR DO DOENTE EM CUIDADOS PALIATIVOS COM CATETER VENOSO CENTRAL TOTALMENTE IMPLANTADO – IMPORTÂNCIADO MANUSEAMENTO**. Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. Tese de dissertação de mestrado.

APÊNDICE XVI

Avaliação das Sessões de Formação I, II e III

QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DAS SESSÕES DE FORMAÇÃO I, II E III

Este questionário tem como objetivo avaliar a pertinência das sessões de formação realizadas, bem como os conteúdos apresentados. Por favor coloque uma X no local da sua apreciação.

Sessão de formação I: Intervenções de Enfermagem ao Doente Oncológico em Fim de Vida e família, no âmbito da Alimentação e Hidratação.					
	Inadequado	Pouco Adequado	Adequado	Muito Adequado	Totalmente adequado
Pertinência					
Conteúdos					
Métodos utilizados					
Tempo de formação					

Sessão de formação II: Via subcutânea e Hipodermoclise					
	Inadequado	Pouco Adequado	Adequado	Muito Adequado	Totalmente adequado
Pertinência					
Conteúdos					
Métodos utilizados					
Tempo de formação					

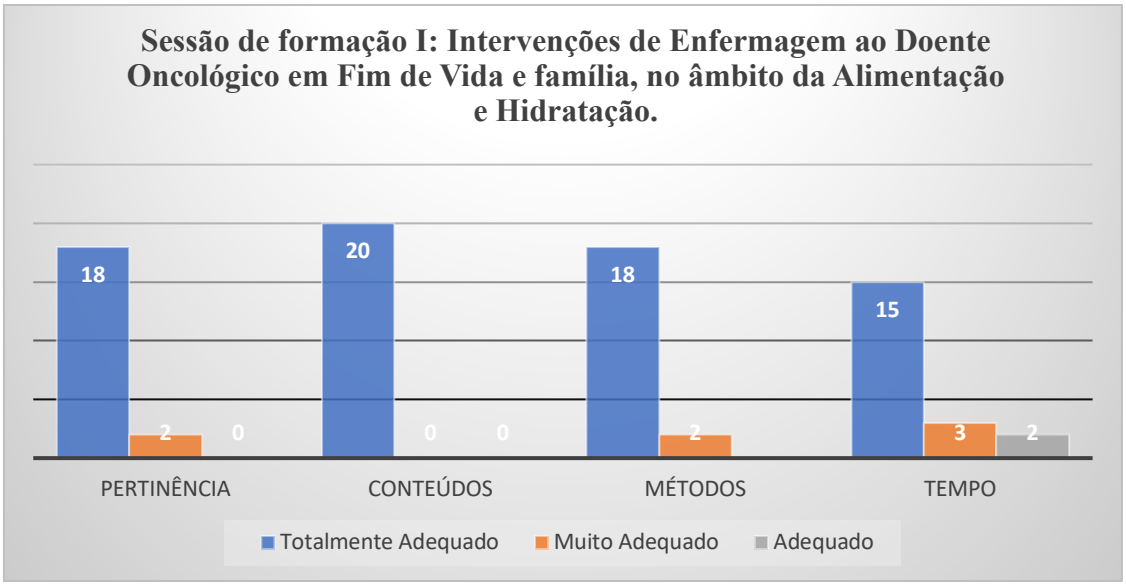
Sessão de formação III: Cuidados com Cateter Venoso Central Totalmente Implantado					
	Inadequado	Pouco Adequado	Adequado	Muito Adequado	Totalmente adequado
Pertinência					
Conteúdos					
Métodos utilizados					
Tempo de formação					

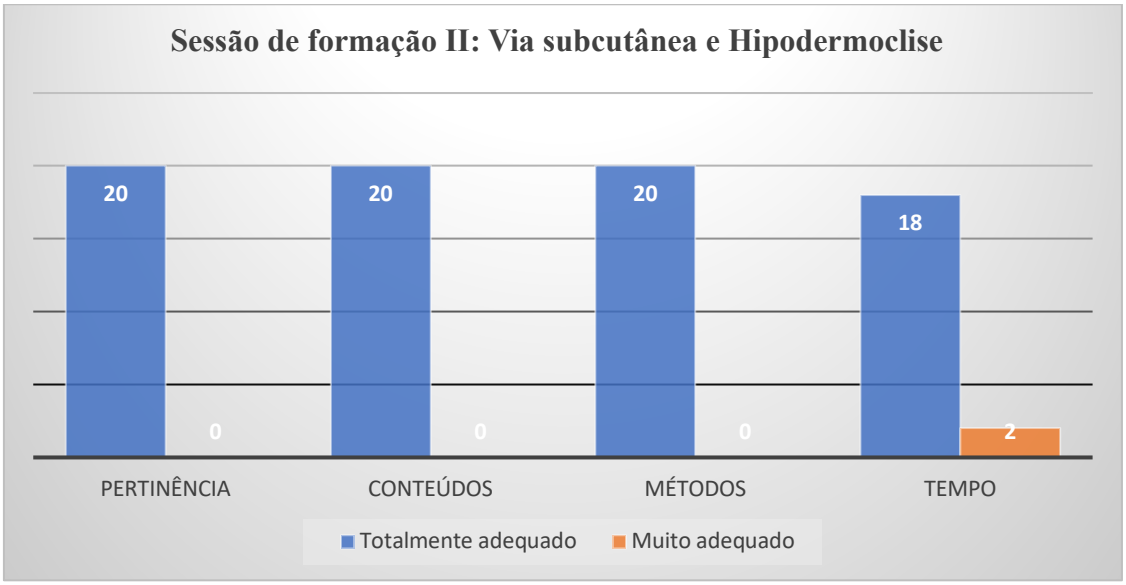
APÊNDICE XVII

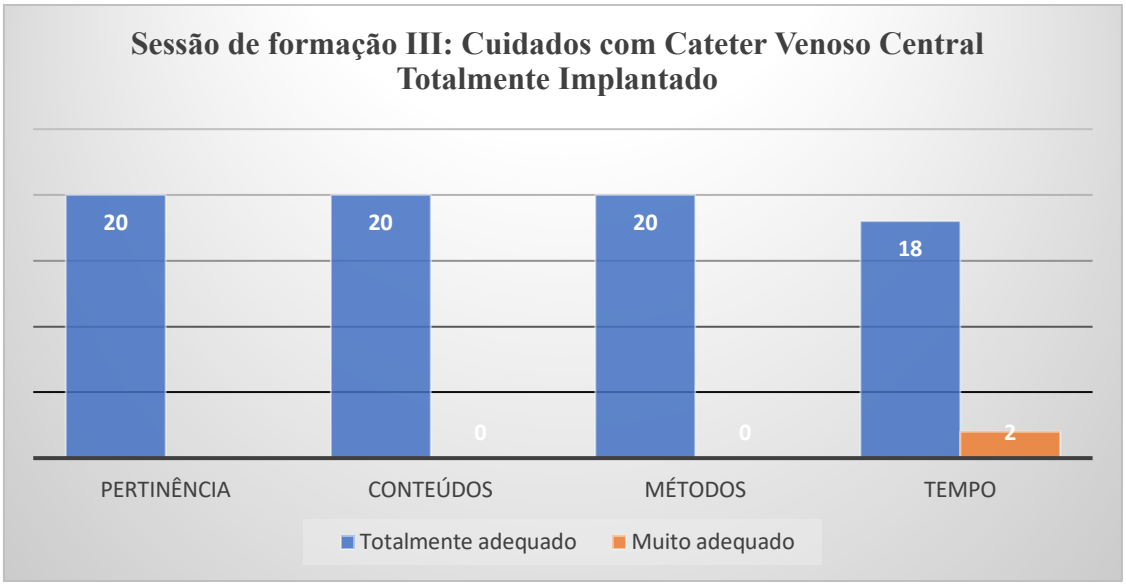
Análise da avaliação da sessão de formação

ANÁLISE DA AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

O questionário do apêndice anterior foi aplicado aos enfermeiros da Unidade C momentos após a sessão de formação III. Foi-lhes pedido que procedessem à avaliação das sessões separadamente para permitir a análise da pertinência, dos conteúdos apresentados, dos métodos utilizados bem como o tempo despendido para cada tema, cujos resultados se apresentam de seguida.







De uma forma geral, a avaliação global das sessões foi muito positiva, dado que a totalidade dos pontos foi caracterizada nos valores superiores, nomeadamente “totalmente adequado”, “muito adequado” e “adequado”.

Relativamente à pertinência das temáticas abordadas, 90% dos enfermeiros avaliou em “totalmente adequado”, e apenas 10% considerou a temática abordada na sessão de formação I “muito adequada”, justificando desta forma, a pertinência da abordagem a este tema. Pensamos que, os 10% de avaliação sejam justificados pela primeira abordagem ao doente em fim de vida e à finitude da vida, levando a sentimentos de frustração e angústia.

O item “conteúdos” foi pontuado como “totalmente adequado” por 100% dos enfermeiros.

Em relação à avaliação dos métodos utilizados, 90% dos formandos considerou serem “totalmente adequados” e 10% “muito adequados”.

Por fim, quanto ao item “tempo”, a sessão de formação I foi avaliada como “totalmente adequado” por 75% dos enfermeiros, “muito adequado” por 15% e “adequada” por 10%. Relativamente às sessões de formação II e III dos 90% dos enfermeiros pontuou como “totalmente adequado” e 10% com “muito adequado”.

APÊNDICE XVIII

Reflexão Crítica III - Estágio III

REFLEXÃO CRÍTICA III

Estágio III

Descrição

A Sra. MJ de 46 anos de idade, casada com o Sr. M, tinham dois filhos menores, de respetivamente 7 e 14 anos de idade. Cozinheira de profissão, trabalhava num restaurante de comida tradicional portuguesa. Foi internada na Unidade C para ser submetida a laparotomia exploradora por neoplasia do cólon em estadio IV. Sem antecedentes clínicos relevantes, o diagnóstico fora descoberto por apresentar sintomas de anorexia, astenia, retorragias e emagrecimento com evolução de 3 meses.

À entrada da Unidade C aparentava tranquilidade, com sorriso fácil, discurso dócil, com elogios frequentes para com quem a cuidava. Com aspeto estético cuidado, embora com pele e mucosas descoradas e desidratadas, emagrecida e asténica. Detinha conhecimento sobre a doença, incluindo o seu prognóstico assim como da cirurgia a realizar. Durante a intervenção cirúrgica foi possível observar a enorme dimensão tumoral, bem como a impossibilidade da sua remoção, pelo que não fora possível intervir neste âmbito. Foi informada doente e marido da situação clínica pelo cirurgião, apresentando comportamentos de raiva, tristeza e desilusão. O pós-operatório desta cirurgia foi complexo, a utente apresentou um quadro de oclusão intestinal, com vómitos de conteúdo fecalóide, e, após o seu consentimento, foi entubada nasogastricamente, colocada a sonda em drenagem passiva e permaneceu em dieta zero. Posteriormente, após várias tentativas de retomar alimentação por via oral, sem sucesso, foi iniciada alimentação parentérica.

Conforme a *Checklist* realizada, durante este período temporal foram reforçados os cuidados de higiene oral, e fornecidas finas lâminas de gelo, para que a utente se sentisse mais confortável, tal como o referiu. Também com este objetivo, foi fornecido apoio psico-emocional à utente e marido, através de escuta ativa, informação sobre o seu estado clínico e gestão de emoções e expetativas relacionadas com a evolução da doença. O Sr. M, apresentava-se triste, com choro fácil quando na ausência da utente, mas na sua presença tinha

um discurso positivo em relação à situação, referindo “daqui a uns dias já estás melhor, e a comer uma mousse de chocolate feita por ti” (SIC).

Ao final da terceira semana de internamento, o quadro clínico deteriorou-se. A cada tentativa de ingesta hídrica oral, a utente apresentava vómitos do conteúdo ingerido, verbalizando sentimentos de desilusão e angústia pela incerteza do seu futuro, chegando ao momento em que apresentou períodos de maior sonolência e prostração, com sinais e sintomas de falência multiorgânica.

Nessa altura, durante a prestação de cuidados à Sra. MJ, esta expressou vontade de ingerir algo doce, como uma *mousse* de chocolate, algo que desejava há muito. Apesar de ter indicação médica para manutenção de dieta zero, e, sonda nasogástrica em drenagem passiva, foi contactado o serviço de alimentação do hospital que não tinha a referida sobremesa. Perante a impossibilidade da visita do marido naquele dia, decidi, após o término do meu turno, comprar *mousse* de chocolate a uma superfície comercial, e forneci à utente, uma colher de café de *mousse* de chocolate, que saboreou em pequena quantidade, e com alguma dificuldade, referiu: “não é a minha, (cozinhada pela própria) mas foi a melhor que comi na vida” (SIC).

No dia seguinte, fui abordada pelo Sr. M, dizendo “já soube que trouxe a melhor sobremesa da vida da minha esposa”, continuou emocionado, “ontem não tive a possibilidade de vir, mas fico profundamente agradecido pelo gesto que teve para com ela, deixou-me mais tranquilo, ao perceber que está a ser acarinhada” (SIC).

Sentimentos

A situação descrita provocou em mim sentimentos de “objetivo cumprido”, pouco comum quando se cuida de doentes com necessidades paliativas num serviço de doenças agudas. Ao refletir numa intervenção tão simples, como a de fornecer uma diminuta quantidade de um alimento que a Sra. desejava, e observar o momento tão prazeroso para a mesma, fez-me sentir útil pela valorização do seu desejo e permitir que fosse possível tal satisfação.

A intervenção junto da Sra. MJ teve igualmente consequências no bem-estar do Sr. M, que, na impossibilidade de estar com a mesma, referiu maior

tranquilidade por saber que a senhora não estava só, o que me fez sentir feliz por ter atuado desta forma.

Avaliação

Nesta experiência posso apontar apenas pontos positivos. O facto de ter proporcionado à Sra. MJ um momento de prazer relacionado com a administração de uma pequena porção de *mousse* de chocolate, fê-la sentir-se mais confortável, pois, mantinha a sonda nasogástrica em drenagem passiva, por conseguinte, não iria provocar desconforto abdominal, nem agravar o seu estado clínico, já muito débil pela evolução natural da doença.

Ao cuidar da doente de forma humanizada, com respeito à sua vontade e desejo, fez com que proporcionasse um sentimento de tranquilidade ao seu marido, que, pela impossibilidade de estar com a Sra. percebeu, que esta estava a ser bem cuidada a todos os níveis, nomeadamente o espiritual.

Análise

Os Cuidados Paliativos (CP) são definidos como “cuidados holísticos, ativos, prestados a indivíduos de todas as idades com sofrimento intenso decorrente de doença grave, especialmente dirigidos àqueles perto do fim de vida, que têm como objetivo melhorar a qualidade de vida das pessoas doentes, das suas famílias e/ou cuidadores” (*International Association for Hospice & Palliative Care*, 2019), umas das suas premissas baseia-se na manutenção do bem-estar do doente e família, utilizando uma abordagem holística e global do sofrimento dos doentes e família (Neto, 2010).

Cabe aos enfermeiros adotarem intervenções específicas, individualizadas e humanizadas para o conforto ao doente que carece destas necessidades.

Estando a alimentação associada a vários fatores de cariz social e cultural, é reconhecida como “tendo o potencial para promover o bem-estar físico, psicológico e emocional” (Resende, 2009, P.24).

Analisando a interação acima descrita, na primeira abordagem, o ato de fornecer uma colher de *mousse* de chocolate, aparenta um gesto de simplicidade, passível de ser realizado por qualquer pessoa. No entanto, na minha perspetiva, esta intervenção pressupõe a reflexão sobre alguns pontos "chave".

O facto de ter estabelecido com a Sra. MJ uma relação terapêutica, que possibilitou o conhecimento dos seus gostos e preferências foi fundamental à expressão e perceção das suas necessidades. Ter a sensibilidade para identificar a sua necessidade valorizar do seu desejo em ingerir algo prazeroso, revelou maturidade experiencial, desenvolvida através dos estágios realizados em UCP, aliada à componente teórica.

Conclusão

A intervenção descrita, embora breve, pressupõe que o enfermeiro detenha competências pessoais e profissionais para cuidar de doentes em fim de vida. A identificação das suas necessidades, ainda que não expressas é fundamental, assim como a adequação das próprias intervenções ao desejo expresso pelo doente, principalmente quando estes expressam vontades pouco comuns, cabe ao enfermeiro "ultrapassar o convencional e ultrapassar o improvável e o convencional" (Alves *et al*, 2016, P.119) e ser proactivo no cuidado prestado ao doente em fim de vida com o objetivo de conforto ao mesmo.

Planear a ação

Alves, *et al* (2016) refere que a adaptação da alimentação ao desejo da pessoa em fim de vida é uma intervenção central no processo de cuidar, encontrando-se dependente de atributos do enfermeiro, nomeadamente do conhecimento atualizado sobre a pessoa e família, que só é conseguido através da relação terapêutica.

Desta forma, conclui-se que a prestação de cuidados individualizados e refletidos, são a base do cuidar em enfermagem, remetendo-nos para a teoria

de *McCormack & McCance* (2006), o Cuidado Centrado na Pessoa, que compreende aspetos fundamentai, interligados, nomeadamente, os atributos do enfermeiro, ou seja, nas competências do profissional, no ambiente em que são prestados os cuidados, nos processos centrados na pessoa e, finalmente, nos resultados expetáveis, que engloba a satisfação do utente após o processo de cuidar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, P. Basto, M. Oliveira, C. (2016) Adaptar a alimentação ao Desejo da Pessoa em Fim de vida: Intervenção do Enfermeiro. *Revista Pensar em Enfermagem*. Vol. 20 nº2 2º semestre. P. 118-119.

International Association for Hospice & Palliative Care (2019). *Definição de Cuidados Paliativos.* Acedido a 10/03/2019. Disponível em: https://hospicecare.com/uploads/2019/2/Palliative%20care%20definition%20-%20Portuguese%20(European).pdf

McCormack, B., & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for person- centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*. Vol.56. P.472–479.

Neto, I. (2010) – *Princípios e filosofia dos cuidados paliativos*. In Manual de Cuidados Paliativos, 2.a ed. Lisboa. Faculdade de Medicina de Lisboa. P.1-42.

Resende, R. (2009) *Alimentar no final da vida – transição do familiar cuidador para a recusa alimentar*. Tese de Mestrado em Comunicação em Saúde, Universidade Aberta, Lisboa. Acedido a 20/07/2017. Disponível em: http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1430/1/ALIMENTAR%20NO%20FINAL%20DE%20VIDA.pdf

ANEXO I

Teoria do Final de Vida Tranquilo

(Ruland & Moore)

Quadro 1. Teoria de Final de Vida Tranquilo

Não ter Dor	**Experiência de Conforto**	**Experiência de Dignidade e Respeito**	**Estar em Paz**	**Proximidade das Pessoas Significativas e que se preocupem**
- Monitorizar e administrar analgesia - Realizar intervenções farmacológicas e não farmacológicas.	- Prevenir, monitorizar e aliviar o desconforto físico - Facilitar o repouso, relaxamento e o contentamento	- Incluir o doente e as pessoas significativas na tomada de decisão - Tratar o doente com dignidade, empatia e respeito - Estar atento às necessidades, desejos e preferências expressas pelo doente	- Proporcionar apoio emocional - Monitorizar e ir ao encontro das necessidades do doente (medicação ansiolítica) - Inspirar confiança - Proporcionar ao doente e pessoas significativas orientação em assuntos práticos - Providenciar assistência física de outra pessoa, se desejado	- Facilitar a participação de pessoas significativas que se preocupem - Atender ao sofrimento, preocupações e questões das pessoas significativas - Facilitar oportunidades de proximidade familiar

Ruland, C.; Moore, S. (1998) Theory Construction Based on Standards of Care: A Proposed Theory of the Peaceful End of Life. Nursing Outlook; 46, p. 174