



Instituto Politécnico de Castelo Branco  
Escola Superior de Saúde  
Dr. Lopes Dias

1º Mestrado em cuidados Paliativos

---

# **Estado de Agonia: Obstáculos ao seu Diagnóstico Clínico**

Autor:

Carla Carloto

Coautor:

Paula Sapeta

Outubro

2012

**RESUMO**

**PROBLEMÁTICA:** O papel dos cuidados paliativos enquanto acompanhamento do doente e família é muito vasto, surgindo ao longo de todo o processo de doença incurável, desde o seu diagnóstico, aos últimos dias de vida do doente e para além da morte. Os doentes na fase de últimas horas ou dias de vida são indivíduos que necessitam de cuidados especializados. No entanto, existem muitas barreiras que impedem os profissionais de saúde em diagnosticá-lo. Barreiras inerentes ao próprio doente, relacionadas com a equipa e muitas vezes a própria família também funciona como impedimento ao diagnóstico clínico da agonia.

**OBJECTIVO:** Com esta revisão sistemática da literatura pretende-se identificar os fatores que funcionam como obstáculos aos profissionais de saúde, á identificação dos doentes na fase agónica.

**DESENHO:** Estudo qualitativo, revisão sistemática da literatura, metasíntese

**MÉTODOS:** Foram incluídos 10 estudos de natureza qualitativa: 4 artigos de fonte primária, 2 teses de mestrado, 3 artigo de revisão sistemática da literatura e 1 estudo de caso, publicados no horizonte temporal de 2002 a 2012.

**RESULTADOS:** Existem vários fatores que funcionam como impedimento aos profissionais de saúde á identificação do estado de agonia. Foram identificados, após a pesquisa, 3 categorias: Obstáculos entre a equipa e o doente, nomeadamente relacionado com as trajetórias das patologias, e ainda relacionado com os doentes cardíacos; obstáculos entre a equipa e a família, neste inclui-se as barreiras espirituais e culturais e também questões relacionadas com a comunicação; obstáculos no contexto interdisciplinar, relacionados principalmente com a falta de formação profissional.

**CONCLUSÃO:** Apesar da imensidão de estudos no âmbito da medicina paliativa, verificou-se que relacionados com os obstáculos ao diagnóstico do estado de agonia são ainda muito poucos, destacando-se um ou dois autores mais presentes na pesquisa.

No entanto, ficou evidente que o principal fator que funciona como impedimento ao diagnóstico clínico do estado de agonia, referido por vários autores, é sem dúvida a falta de formação, essencialmente na identificação dos sinais e sintomas característicos desta fase, e relacionado com competências básicas de comunicação com o doente e família

**Palavras-chave:** fatores, obstáculos, barreiras, impedimento, equipa multidisciplinar, ultimas horas e dias de vida, agonia, cuidados em fim de vida, cuidados paliativos, cuidados terminais, diagnostico clinico.



**ABSTRAT**

**PROBLEM:** *The role of palliative care while monitoring the patient and family is very large, appearing throughout the process incurable disease since his diagnosis, the last days of patient's life and beyond death. The last hours or days of life patient's require specialized care. However, there are many barriers that prevent health care professionals in diagnosing it. Barriers inherent to patient related staff and their families often also acts as an impediment to clinical diagnosis of last days and hours of life.*

**DESIGN:** *Qualitative study, systematic review of literature, metasintese.*

**OBJECTIVE:** *This systematic literature review aims to identify the factors that act as barriers to health care professionals, will identify patients in phase of last days and hours of life.*

**METHODS:** *This includes 10 studies of qualitative nature: 4 primary source articles, 2 final course works, 3 systematic review of literature and one case study, all published the timeframe 2002 to 2012.*

**RESULTS:** *There are several factors that act as an impediment to health care professionals will identify the last days and hours of life of patient. Were identified after the research, 3 categories: Barriers between the multidisciplinary health team and patient, particularly related to trajectories of pathologies and also related to heart patient; Obstacles between the health care team and family, this includes spiritual and cultural barriers and communication issues; Obstacles in an interdisciplinary context, relating mainly to the lack of training.*

**CONCLUSION:** *Although the immensity of study as part of palliative medicine, it was found that related barriers to diagnosis the sate of last days and hours of life are still very few, highlighting one or two more gifts in research authors. However, it became evident that the main factor that functions as an impediment to the clinical diagnosis of state of last hours and days of life, mentioned by several authors, is undoubtedly the lack training of professionals health care team, mainly the identification of characteristic signs and symptoms of this stage, and related basic skills communication with the patient and family.*

**Key-words :** *Factors; obstacle, barrier, impediment, trammels; multidisciplinary team; last days and hours of life; end-of-life care; care of the dying; palliative care, terminal care; clinical diagnosis; diagnosing dying*



## 1. INTRODUÇÃO

*“90 % das mortes ocorrem após doença crónica e avançada”* (APCP, 2012); *“em todo o mundo morrem atualmente mais de 52 milhões de pessoas, desde adultos a crianças e jovens. Aproximadamente uma em cada dez mortes é devida ao cancro”* (Declaração de Coreia, 2005, citado por Siilva, 2009).

São dados tão reais quanto assustadores, se pensarmos que muitas dessas mortes ocorreram sem o cuidado atento, particular e especializado às verdadeiras necessidades destes doentes.

Em Portugal, assiste-se atualmente a algumas, ainda pequenas, mudanças no que diz respeito á forma como os doentes crónicos são percecionados, havendo já uma tomada de consciência para a sua importância. No entanto, as respostas dadas, face as necessidades sentidas são ainda escassas, e continuamos, conseqüentemente a encontrar doentes crónicos, a serem tratados como doentes agudos, e profissionais de saúde frustrados confrontando-se diariamente com situações que necessitariam de outro tipo de abordagem que não, uma abordagem curativa.

A abordagem paliativa não é, no entanto, recente. Foi na década de 60 que surgiu em Inglaterra, com Cicely Saunders (Clark 2001, citado por Barbosa e Neto, 2010) a necessidade de chamar a atenção para este grupo de pessoas cada vez maior que apresentam doenças incuráveis, progressivas e avançadas, frequentemente intituladas de “doentes aquém já não há nada a fazer”. A fase do morrer é tão importante como o nascer e qualquer outra fase da vida do ser humano, pelo que não deve ser desvalorizada nem desumanizada. Foi precisamente como forma de inverter esta tendência que a abordagem paliativa aos doentes começou a ser difundida um pouco por todo o mundo.

A OMS define então estes cuidados como *“uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias (...) através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso á identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas”*

O papel dos cuidados paliativos enquanto acompanhamento do doente e família é muito vasto, surgindo ao longo de todo o processo de doença incurável, desde o seu diagnóstico, aos últimos dias de vida do doente e para além da morte, acompanhando também a família em todas as fases.

Dentro dos doentes que carecem de cuidados paliativos existe um subgrupo com necessidades especiais e específicas, aos quais irei dar particular importância no presente trabalho. São aqueles que, devido ao carácter evolutivo da doença onde se assiste a uma deterioração do estado geral, entram na fase da agonia, na fase de últimas horas ou dias de vida. Neto considera que estes doentes *“carecem de um tipo específico de cuidados (...). Esta última fase (...) caracteriza-se por mudanças clínicas, fisiológicas, mas também muitas vezes com o aparecimento de novos sintomas e agravamento dos já existentes”* (2012). Estes últimos dias de vida do doente constituem o

capítulo final da sua vida, sendo um processo com uma duração variável, consoante a própria pessoa, as suas vivências, a doença e até consoante a sua relação com a família. É uma fase complexa, como referido por Fort (2011), esta fase tem *“características próprias que a diferenciam do resto da doença, requerendo uma atenção especial e cuidadosa”*

É essencial que estes novos sinais e sintomas que surgem nestes últimos dias ou horas de vida sejam identificados corretamente e atempadamente, por forma a que toda a equipa consiga focalizar os seus cuidados segundo esta nova condição quer do doente, quer da família. No entanto, este é um processo complexo e delicado, que provoca um grande impacto na equipa multidisciplinar, funcionando muitas vezes como barreira à sua identificação, podendo levar a um processo de obstinação terapêutica, maus cuidados aos indivíduos e processos de luto complicado.

Os doentes na fase de últimas horas ou dias de vida são indivíduos que necessitam de cuidados especializados, com o *“objetivo principal de proporcionar o máximo de conforto ao paciente, promovendo a máxima dignidade de vida, (...) devem ser tomadas as medidas adequadas, evitando o encarniçamento terapêutico”* (Neto, 2010). De facto, esta situação exige da parte da equipa, grande flexibilidade havendo naturalmente uma intensificação dos cuidados nesta altura. O diagnóstico do estado de agonia, e o sofrimento “não aliviado” vai ser sempre recordado pela família como algo muito doloroso, como dias de muita dor para o seu familiar e para eles próprios. Tal situação afeta também os profissionais, tal como refere Benitez del Rosario (2002) *“a situação de «mal morrer» também afeta os profissionais de saúde, que podem viver o acontecimento como um fracasso profissional, questionando os esforços realizados previamente”*

Gibbins (2009) refere que os doentes apenas podem beneficiar dos cuidados a que têm direito nesta fase da vida se os profissionais que cuidam dos mesmos conseguirem identificar que estes estão nos últimos momentos da sua vida, devendo-se sentir seguros ao fazê-lo. É certo que não é cem por cento seguro assegurar quando um doente irá morrer, existem várias variáveis que impedem os profissionais de o fazer. Nestes últimos momentos do doente o tempo parece ser cada vez menos, segundo o autor referido acima, o tempo entre o reconhecimento do estado de agonia e a morte é muito curto. Num estudo feito pelo mesmo esta evidência que *“87% dos pacientes foram identificados como estando a morrer menos de 72 horas antes da sua morte”*

Existem muitas barreiras aos profissionais de saúde que os impedem de reconhecer o estado de últimas horas ou dias de vida, barreiras relacionadas e intrínsecas ao próprio doente, relacionadas com a equipa e muitas vezes a própria família funciona como barreira ao diagnóstico clínico da agonia.

Ellershaw, surge nesta pesquisa como o principal autor que refere em vários artigos, sendo também citado por outros, as principais barreiras à identificação do estado de agonia.



No presente trabalho pretendeu-se encontrar estudos que permitissem identificar quais seriam os fatores que funcionariam como obstáculos á equipa multidisciplinar de um serviço de internamento, ao diagnóstico clínico da agonia. Pela experiência profissional e pelo contacto com outros profissionais considero que esta é ainda a causa de muitas frustrações profissionais, pois os próprios sentem que não conseguem satisfazer as necessidades dos doentes em fim de vida, e muitas vezes não entendem o porquê desta situação.

Partindo da questão principal (Quais os fatores que funcionam como obstáculos, aos profissionais de saúde, no diagnóstico clínico do estado de agonia, no âmbito de uma unidade de internamento?), foram definidos descritores de pesquisa e parâmetros essenciais para que a seleção dos artigos fosse eficaz. Parâmetros esses conseguidos pela aplicação do método PICOD (**P**articipantes, **I**ntervenções, **C**omparações caso existissem, **O**s resultados/**O**utcomes e o **D**esenho do estudo), conforme sistematizado no quadro 1.

Foram inicialmente encontrados 28 artigos no horizonte temporal de 10 anos (2002-2012), dos quais após a leitura do resumo, da leitura integral de alguns deles e de aplicação dos parâmetros acima mencionados, foram selecionados 10 estudos.

O trabalho seguidamente irá ser organizado segundo o percurso efetuado. Será explicado o percurso metodológico, seguido dos resultados encontrados, agregando-se os fatores em categorias (obstáculos relativos á equipa/doente; á equipa/família e obstáculos no seio da equipa) e por fim as conclusões.

Tornou-se evidente que é urgente atuar nesta área, identificando as barreiras que impedem os profissionais de identificar este subgrupo de doentes, trabalhando para que estas sejam ultrapassadas e conseqüentemente teremos melhores cuidados ao doente nos últimos momentos da sua vida, não obstante dos cuidados á família e não esquecendo também os próprios profissionais que devem deixar de pensar “não sei o que me falhou”, e começar a pensar “fiz tudo o que estava ao meu alcance”, com a certeza de que realmente foi feito.

<b>P</b>	<b>Participantes</b>	Quem foi estudado	Equipa multidisciplinar; Doentes em últimas horas ou dias de vida; família.	<b>Palavras - Chave</b> <i>Factors;</i> <i>obstacle,</i> <i>barrier,</i> <i>impediment,</i> <i>trammels;</i> <i>multidisciplinary team; last days and hours of life; end-of-life</i>
<b>I</b>	<b>Intervenções</b>	O que foi feito	Obstáculos entre a equipa/doente; Obstáculos entre a equipa/família; Obstáculos pessoais/interiores e no seio da equipa de enfermagem.	
<b>C</b>	<b>Comparações</b>	Podem existir ou não	Quais?	
<b>O</b>	<b>Outcomes</b>	Resultados, efeitos ou conseqüências	Identificar o estado de últimas horas ou dias de vida: obstáculos á sua	



			identificação.	<i>care; care of the dying; palliative care, terminal care; clinical diagnosis; diagnosing dying.</i>
<b>D</b>	<b>Desenho do Estudo</b>	Como é que a evidência recolhida	Método qualitativo, fenomenológico, estudo de caso, revisões sistemáticas da literatura, etc.	

Quadro 1 – PICOD aplicado aos artigos

## 2. METODOLOGIA

O presente trabalho, baseado na metodologia científica, é um trabalho de natureza qualitativa e empírica. Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, assente em questões formuladas claramente, onde foram identificados estudos relevantes, tendo sido avaliada a sua qualidade e pertinência, com a posterior elaboração de um resumo da evidência através do uso de uma metodologia explícita.

Assim, com o intuito de identificar os fatores que funcionam como obstáculo aos profissionais de saúde, no diagnóstico clínico do estado de agonia, no âmbito de uma unidade de internamento, iniciou-se este trabalho com a seguinte questão principal, agora mais especificada:

- ✓ Quais os fatores (pessoais e/ou profissionais), que funcionam como um obstáculo/dificuldade, aos profissionais de saúde (equipa multidisciplinar), em identificar um doente em estado de ultimas hora sou dias de vida, no contexto de uma unidade de internamento, quer seja hospitalar ou não?

Como objetivos principal, delineou-se o seguinte:

- ✓ Identificar os fatores que funcionam como obstáculos aos profissionais de saúde, á identificação dos doentes na fase agónica.

### 2.1 - Fontes de informação/estratégias de pesquisa

Por forma a identificar os estudos pertinentes para esta investigação, foram definidos alguns critérios de pesquisa que ajudou a direcionar a pesquisa para o pretendido. Quanto aos **critérios de inclusão**, preconizou-se incluir-se apenas estudos empíricos e de natureza qualitativa, sendo o contexto os serviços de internamento apenas de adultos, incluiu-se revisões sistemáticas, bem como estudos em inglês, espanhol, francês e português. Quanto ao horizonte temporal, definiu-se um horizonte de 10 anos (de 2002 até 2012).



Foi importante ainda estabelecer **critérios de exclusão** por forma a orientar a pesquisa. Excluiu-se então todos os estudos pediátricos e ainda aqueles que foram realizados em serviços de urgência ou cuidados intensivos.

Após se ter mapeado os conceitos inerentes á questão de partida, desenvolveu-se algumas palavras-chave que funcionaram como os descritores de pesquisa: *factors; obstacle, barrier, impediment, trammels; multidisciplinary team; last days and hours of life; end-of-life care; care of the dying; palliative care, terminal care; clinical diagnosis; diagnosing dying.*

Foi utilizado o método PICOD, referido anteriormente, onde foram estabelecidos os parâmetros de investigação (quadro1) que facilitariam a seleção dos artigos. Finalmente procedeu-se á pesquisa de toda a literatura científica publicada no horizonte temporal mencionado. A pesquisa foi feita nas seguintes bases de dados:

- ✓ Biblioteca do Conhecimento Online B.One; ProQuest; CINAHL; ERIC (EBSCO); Biomed; Blackwell Synergy; Cochrane Controlled Trials Register; Evidence Based Medicine; PubMed e Web of Science.

Utilizaram-se os seguintes motores de busca:

- ✓ Google; Yahoo e AltaVista.

Foram ainda consultados os artigos publicadas em alguns jornais e revistas específicas:

- ✓ Advances in Palliative Medicine; American Journal of Hospice and Palliative care; BMC Palliative Care; British Medical Journal; European Journal of Palliative Care; Health and Quality of Life Outcomes; International Journal of Palliative Nursing; Journal of Cancer Pain and Symptom Palliation; Journal of Neuropathic Pain and Symptom Palliation; Journal of Pain and Symptom Management; Journal of Palliative Care; Journal of Palliative Medicine; Medicina Paliativa (Espanhol); Palliative and Supportive Care; Palliative Medicine – The Research Journal of the EAPC; Progress en Palliative care e Supportive Care in Cancer.

## 2.2 - Identificação e seleção dos estudos relevantes

Ficou evidente desde a primeira pesquisa que este era um tema ainda pouco estudado, tal vez dado á sua especificidade. Com a ajuda de critérios de inclusão e exclusão e com a associação correta dos termos chave conseguiu-se chegar a alguns artigos que eventualmente poderiam dar alguma resposta á questão de investigação. Após a leitura atenta do resumo/abstrat foram selecionados 28 estudos, que incluíam artigos, teses de mestrado, revisões sistemáticas da literatura e ainda estudos de caso.

Após a leitura integral dos mesmos, verificou-se que estes não cumpriam alguns critérios preconizados, tendo-se ainda verificado, através da bibliografia destes que haveria outros com eventual pertinência. Após exclusão e inclusão de artigos segundo critérios definidos, selecionou-se no final 10 estudos: 4 artigos de fonte primária, 2 teses de mestrado, 3 artigos de revisão sistemática da literatura e 1 estudo de caso.

Verificou-se durante a pesquisa a existência de muitos estudos referentes ao tema do fim da vida e o diagnóstico de doenças incuráveis, onde era dada muita importância a aspetos como comunicação e promoção do conforto. No entanto, apesar da sua pertinência enquanto estudos referentes ao âmbito da medicina paliativa, tais não se incluíam nesta investigação, direcionada apenas para os doentes na fase final da sua doença.

### 3. RESULTADOS

Como já foi referido, após a exaustiva pesquisa nas bases de dados e jornais nacionais e internacionais, encontraram-se 10 estudos de natureza qualitativa que dariam resposta á questão formulada. Grande parte dos estudos é de origem inglesa, 2 desses de origem espanhola, tendo-se encontrado um artigo americano, sendo que as 2 teses de mestrado encontradas são portuguesas, ambas realizadas no âmbito de mestrados em cuidados paliativos. No que diz respeito á distribuição por ano, verificou-se que foram publicados mais artigos no ano de 2009 no horizonte estipulado de 2002 até 2012, não existindo publicações em alguns destes anos. (gráfico 1 e 2).

Não é de estranhar o facto de grande parte dos artigos ser de origem inglesa, já que este é um dos países mais desenvolvido no que diz respeito á área dos cuidados paliativos. Tendo sido também em Inglaterra, no início da década de 90 que surgiram os *Integrated Care Pathway's*, em particular o *Liverpool Care Pathway* para doentes terminais, “*documento multidisciplinar, correspondendo a um manual de boas práticas no que se refere ao cuidar do doente em agonia*” Silva (2009).

Por se ter encontrado estudos muito diversificados também os seu participantes o são, entre equipas multidisciplinares, sendo que alguns fazem referência particular a enfermeiros ou a médicos, havendo ainda estudos de análise documental, nomeadamente de registos de processos por forma a retirar daí conclusões. No que diz respeito às 2 teses de mestrado, estas foram elaborados no âmbito de mestrados em Cuidados Paliativos. Em uma delas, visou caracterizar as necessidades de cuidados paliativos de 670 doentes internados num serviço de medicina interna e, na outra foi feita uma caracterização dos cuidados de saúde prestados ao doente oncológico em agonia num serviço de Cuidados Paliativos através da análise de documentos.

Todos estes estudos, de algum modo, respondem á questão inicial, fornecendo fatores que funcionam como um impedimento ao diagnóstico clínico do estado de agonia. Essencialmente são

evidenciados fatores que dizem respeito ao doente, intrínsecos a este, á família e fatores no seio da equipa.

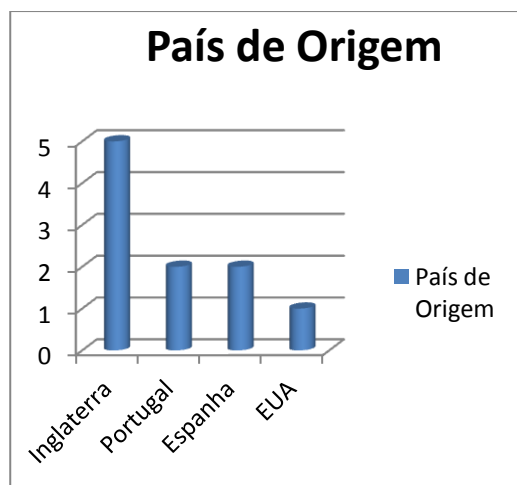


Gráfico 1- País de Origem

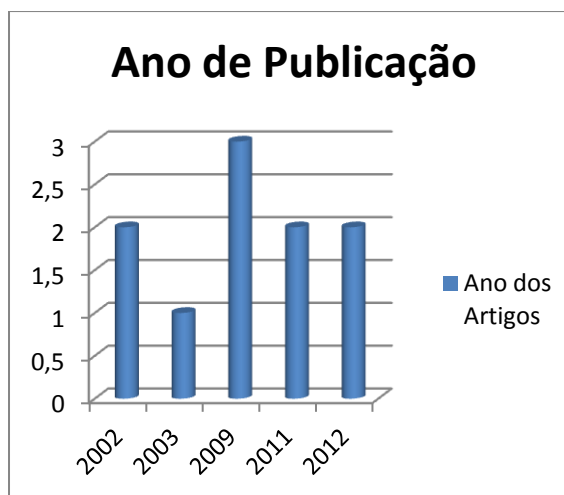


Gráfico 2 – Ano de Publicação

### 3.1 – Fatores que funcionam como obstáculos ao diagnóstico clínico do estado de agonia

#### 3.1.1 - Obstáculos entre a equipa e o doente

Diagnosticar as ultima horas ou dias de vida de um doente é de extrema complexidade, existem fatores intrínsecos a cada doente que pode tornar este processo ainda mais complexo. Em vários estudos foram encontrados evidencias que realçavam esse facto.

Sue Haig (2009), no seu artigo de revisão, propôs-se a examinar a complexidade associada ao prognóstico da morte, segundo esta “*o aspeto preditivo de prognóstico é muito variável. Por exemplo, pacientes que têm doença maligna extensa podem ter uma sobrevida maior, enquanto outros podem morrer muito rapidamente, apesar de ser dado um "bom prognóstico". Isto torna o processo complexo*” (2009). Mostra assim que este diagnóstico nem sempre é linear e muito menos o processo da doença, dando particular ênfase, neste seu artigo, às possíveis **trajetórias das patologias terminais**. (citando Glaser e Strauss).

São descritas 3 trajetórias possíveis: aquela em que existe um progresso constante, com uma fase terminal que se mostra clara (característico em doenças oncológicas); quando há declínio gradual, com alguns episódios de deterioração e consequente recuperação (essencialmente em pacientes com insuficiência de órgão) e por fim a trajetória que se caracteriza com um declínio progressivo, prolongado e gradual (essencialmente em doentes com demência). Concluindo assim, que este aspeto irá dificultar, aos profissionais de saúde, o diagnóstico clínico de últimas horas/dias de vida do doente.

No artigo, também de revisão literária, mas essencialmente baseado na vasta experiência pessoal de Ellershaw e Ward (2003) estes mostram como cuidar do doente nas últimas horas ou dias de vida do mesmo, evidenciando alguns obstáculos ao reconhecimento deste facto. A dificuldade

em diagnosticar o estado de agonia pode muitas vezes estar associada a algumas patologias, nomeadamente, **cardíacas**. Estes autores demonstram que muitas vezes a causa do agravamento da insuficiência cardíaca não é sempre devido á progressão da patologia subjacente, em muitos casos a causa é reversível. Estes referem que por vezes os doentes cardíacos morrem com um controlo sintomático muito pouco eficaz *“nomeadamente falta de ar e dor no peito, mas também sofrimento mental e uma variedade de sintomas não cardíacas que assistência hospitalar convencional não dá resposta”*, para além de que *“O desejo do paciente em ter apenas um controle sintomático eficaz em vez de tratamentos invasivos durante seus últimos dias de vida é muitas vezes ignorado”*

### 3.1.2 – Obstáculos entre a equipa e a família

É de extrema importância que a família seja envolvida no processo de diagnóstico de fim de vida. Para tal é necessário que também a equipa se sinta segura para fomentar essa envolvimento. Essa segurança é demonstrada muitas vezes em aspetos como a comunicação, e esta funciona ainda como fator inibidor para a equipa e no diagnóstico de agonia. A autora Claboats (2012), elaborou um estudo de caso, debatendo posteriormente o assunto do cuidar em fim de vida, especialmente relacionado com as enfermeiras, no que diz respeito á importância da comunicação, esta refere que *“Durante momentos de interação enfermeiro/doente/família, a enfermeira ou pode fortalecer ou enfraquecer a relação com o paciente e seus familiares e, portanto, afetar o bem-estar do doente positiva ou negativamente”*.

De facto, nos estudos analisados verificou-se que o facto de existir *“pouca habilidade para se comunicar com a família e paciente”* Ellershow (2003), e conseqüentemente o não envolvimento desta pode funcionar como barreira para a própria equipa. Para a família a *“fase de agonia tem um significado muito especial (...) É o momento em que existe a consciência que a morte se aproxima rápida e inevitavelmente”* Silva (2009). Por isso é fulcral que os sentimentos e as suas dúvidas sejam esclarecidas e os medos desmistificados, para tal é essencial que a própria equipa se sinta segura aquando das informações que são fornecidas aos familiares. Fort (2011), no seu artigo, onde explica os passos a seguir para que o processo de morte seja digno e sereno, coloca ainda em evidência a importância da informação, da existência de estratégias de **comunicação** eficientes, e ainda disponibilidade e transmissão de sentimentos de segurança são elementos fundamentais.

Outra barreira, referida por Ellershaw (2003), e por Claboats (2012), que contribui para complexidade no diagnóstico de últimos dias de vida, são as barreiras **culturais e espirituais**. Tais barreiras, quer seja a idade, a religião, o grupo étnico, tem particular importância quando se falar no comunicação, impedindo a clareza no que diz respeito ao doente e á família, o que pode ter repercussões, já que *“uma família tranquila, tranquiliza o doente; uma família angustiada,*

*angustia-o*” Fort (2011). Para Claboats as diferenças culturais podem criar uma divisão ocidental entre doente/equipa e família que dificulta a discussão de assuntos relacionados com fim da vida.

### 3.1.3 – Obstáculos no seio da equipa multidisciplinar

Após a leitura e análise dos estudos encontrados, posso afirmar que grande parte dos obstáculos que funcionam como barreira ao diagnóstico clínico do estado de agonia, estão efetivamente, centrados na equipa multidisciplinar.

Mais uma vez, o autor Ellershaw e Ward (2003) enumeram uma série de obstáculos, no seu artigo de revisão literária, são eles *“a esperança que o doente melhore, não haver diagnóstico definitivo, continuação de intervenções fúteis ou irrealistas, desacordo acerca da condição do doente, falha no reconhecimento de sinais e sintomas, falta de conhecimento sobre o que prescrever, consenso sobre manter ou retirar tratamentos, medo de encurtar a vida, consenso sobre a ressuscitação, questões médico-legais”*.

De facto a esperança que o doente recupere leva muitos profissionais a temer fazer o diagnóstico de agonia. Gibbins (2009), no seu estudo pretendeu identificar um determinado número de mortes que poderiam ter sido identificadas num serviço de internamento. Neste mesmo estudo ele refere que os profissionais de saúde sentem alguma relutância em fazer tal diagnóstico se existir qualquer **esperança** de recuperação. É preciso realçar este conceito de esperança, pois é importante que o doente e família a mantenham, que mantenham vontade de continuar a lutar, vontade de continuar a viver, no entanto a esperança surge como impedimento, na medida em que se apresenta como uma esperança irrealista de recuperação, e essa pode ter consequências para o doente/família e também para a equipa.

Outra barreira encontrada é o facto da **medicina da “cura”** estar ainda muito enraizada nos hospitais e nos profissionais, sendo que muitas vezes o objetivo é exatamente esse, Gibbins (2009) refere que o *“prolongamento da vida e continuação de procedimentos invasivos, investigações e tratamentos são continuados á custa do conforto do doente”*, este é um processo ainda difícil de contrariar.

Na tese apresentada por Nunes (2012) a redefinição e limitação do esforço terapêutico na fase agónica é colocada em evidência, pois os cuidados prestados dependem disso mesmo. A existência de **terapêuticas que prolongam o período final de vida**, não garantindo o alívio de sofrimento, devem ser reajustadas, surgindo elas próprias como impedimento ao diagnóstico clínico de agonia, que é essencial para que sejam prestados cuidados de qualidade no final da vida do doente.

A **falta de protocolos de atuação** foi outro dos fatores encontrados que contribuiria para a dificuldade no diagnóstico de agonia. Na pesquisa efetuada, Ellershaw (2002) este exalta a



importância destes protocolos de atuação (os *Integrated care Pathways*), este realça que muitos profissionais não sabem que passos dar e, por vezes, nem o que esperar. Também Silva (2009), na sua dissertação destaca a importância dos protocolos hospitalares, principalmente do *Liverpool Care Pathway* dirigido para doentes no final da sua vida. Segundo esta, estes “*esclarecem o papel de cada profissional da equipa junto do doente e família bem como o objetivo dos cuidados prestados*”.

Todos os estudos encontrados estão em consonância no aspeto da **formação profissional**. Esta é essencial, para o diagnóstico clínico do estado de agonia, nomeadamente o reconhecimento dos sinais e sintomas chave que estão associados a esta fase de doença. A existência de informações contraditórias, desacordo e mensagens opostas no seio da equipa leva, conseqüentemente a sentimentos confusos para a família, deficiente diagnóstico do estado de últimas horas ou dias de vida e cuidados pouco adequados á situação clínica.

Sue Haig (2009) no seu artigo, conclui realçando a complexidade em diagnosticar a ultima fase da vida de um doente, referindo ainda que a equipa multidisciplinar deve sempre usar os seu conhecimentos, as suas competências enquanto profissionais para reconhecer o enorme número de fatores físicos, psicológicos e sociais inerentes ao diagnóstico do estado de agonia.

#### 4 – CONCLUSÕES

A escolha do tema e da questão de partida que desenvolveu este estudo de investigação foi algo que não levantou, desde logo, muitas dúvidas. Sempre foi algo que senti necessidade de aprofundar e sempre senti também como uma necessidade pra muitos profissionais de saúde com quem contacto.

Logo desde a primeira pesquisa que ficou claro que, apesar da imensidão de estudos de natureza paliativa, estudos relacionados com a fase de últimas horas ou dias de vida de indivíduos com doenças crónicas, progressivas e avançadas eram escassos. Foram encontrados 10 estudos que responderiam á questão de partida, estes maioritariamente de origem inglesa.

No que diz respeito á questão de partida, aos fatores que funcionam como barreira aos profissionais de saúde no diagnóstico clínico do estado de agonia, ficou claro que existem, efetivamente, muitos fatores que funcionam como um impedimento á equipa multidisciplinar, tendo como consequência uma má resposta ás necessidades sentidas pelo doente em fim de vida e pela família.

Foram muito poucos os autores encontrados que desenvolveram ou que fizeram algum estudo sobre este tema, mas ficou evidente que John Ellershaw se destacou. Foram encontrados alguns estudos deste autor relativos aos doentes agónicos de fonte primária, tendo sido também



muito citado por outros. Este facto não surpreende dado o seu vasto currículo no âmbito da medicina paliativa, nomeadamente no que diz respeito aos doentes em fim de vida, tendo tido um importantíssimo papel no desenvolvimento do *Liverpool Care Pathway for the dayng pacientes*.

Relativamente a estudos portugueses, também foram encontrados alguns que dariam resposta á questão inicial, nomeadamente teses de mestrado.

Pela pesquisa efetuada, pode-se concluir então que para o diagnóstico clínico do estado de agonia muitos fatores estão implicados, que poderão dificultar o mesmo. Fatores ligados á família, fatores intrínsecos ao próprio doente e ainda fatores relativos á equipa multidisciplinar cuidadora.

De entre os fatores pesquisados que impediriam o reconhecimento do estado de agonia, ficou claro que a falta formação e experiencia nesta área seria uma das principais barreiras para este diagnóstico. Ficou patente que é essencial fazer uma boa avaliação do estado de agonia, caso contrário, corre-se o risco de se enveredar por caminhos pouco corretos, com consequências para o doente, para a família e pra os profissionais da equipa. Tal só é possível com o reconhecimento e correto e atempado dos sinais e sintomas que caracterizam esta fase, com o conhecimento de competências básicas de comunicação, sem esquecer o acompanhamento á família e ainda com um trabalho em equipa eficaz e seguro. Só neste contexto será possível prestar cuidados de saúde aos doentes em fim de vida eficazes e apropriados.

É essencial atuar a estes níveis, dando a formação necessário para que estas barreiras sejam ultrapassadas e para que se consigam prestar cuidados, nestes últimos dias de vida, ao mais alto nível, com a dignidade a que os doentes e família têm direito.

Como este trabalho de investigação espero ter contribuído para que mais estudos neste âmbito sejam realizados, por forma a que os cuidados em fim de vida sejam cada vez melhores.



## 5 – BIBLIOGRAFIA

- Clabots, Susan, Strategies to Help Initiate And Maintain The End-Of-Life Discussion With Patients and Family Members - Journal of the academy of medical-surgical nurses, 21(4), p. 197-203, 2012/EUA
- Haig, Sue, Dyagnosing Dying: Symptoms and Signs of End- Stage Disease - End Of Life Care Journal, 3 (4), p. 8-13, 2009/Inglaterra
- J.C. Trallero Fort, La Atención en Los Últimos Días - Siete Dias Medicos (Revista de Atención Primaria), On-line, 2011/ Espanha
- John Ellershaw, M.A., F.R.C.P., Clinical Pathways for Care of The Dying: an Innovation to Disseminate Clinical Excellence - Journal of Palliative Medicine, 5(4), p.617-621, 2002/Inglaterra
- John Ellershaw, Chris Ward, Care of the Dying Patient: The last hours or days of life - British Medical Journal, 326: 30 – 4, p.30-34, 2003/ Inglaterra
- J. Gibbins, et Al, Diagnosing dying in the acute hospital setting – are we too late? - Clinical Medicine, 9(2), p.116-119, 2009/Inglaterra
- Laura Chapman, John Ellershaw, Care in the last Hours and days of life, - Journal of Medicine, 39(11), p. 674 – 677, 2011/Inglaterra
- M.A. Benítez Del Rosario, Et al, La Atención a los Últimos Días - Aten Primaria, 30 (5): p.318-322, 2002/ Espanha
- Neto, Isabel; Agonia, Manual de Cuidados Paliativos, 2º Edição- Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, p.387-400, 2010/Lisboa
- Sapeta, P., Lopes, M, Cuidar em fim de vida: Fatores que interferem no processo de interação enfermeiro doente, Tese de doutoramento em Enfermagem da Universidade de Lisboa, 2006/Lisboa
- Silva, Maria João Nunes, Caracterizar as Necessidades em Cuidados Paliativos de um Serviço de Medicina Interna de um Hospital Universitário, Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2012/Lisboa
- Silva, Sandra Catarina Fonseca Simões, Caracterização dos Cuidados de Saúde Prestados do Doente Oncológico em Agonia Num Serviço, Tese de mestrado em Oncologia da Universidade do Porto, 2009/Porto
- SECPAL - Sociedade Espanhola de Cuidados paliativos, disponível on-line: <http://www.secpal.com/index.php>
- APCP – Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos, disponível on-line: <http://www.apcp.com.pt/>
- The Marie Curie Palliative Care Institute, disponível on-line: <http://www.liv.ac.uk/mcpcil/liverpool-care-pathway/>



# Anexos



## Anexo 1 - PICOD relativo a cada artigo estudado

1

<b>Clinical Pathways for Care of The Dying: an Innovation to Disseminate Clinical Excellence</b>	
<b>Título</b>	<b>Autores:</b> John Ellershaw, M.A., F.R.C.P. <b>Referencia/ Ano/ País:</b> Journal of Palliative Medicine, 5(4), p.617-621 2002/Inglaterra <b>Desenho do estudo:</b> Qualitativo, Análise de conteúdo (baseado numa entrevista)
<b>Participantes</b>	Profissionais de Saúde
<b>Intervenções</b>	O artigo descreve a importância dos <i>Integrated Care Pathways</i> aplicado aos cuidados a doentes paliativos, a forma como são implementados bem como o impacto na equipa baseado nas experiências de Dr. Portenoy e Kaasa e numa entrevista feita ao Dr. Bookbender.
<b>Comparações</b>	Não tem
<b>Outcomes (resultados)</b>	Os Integrated Care Pathways podem levar á disseminação da excelência nos Cuidados Paliativos, permitindo cada vez melhores cuidados aos doentes em fim de vida. Os ICP's têm ainda potencial para estabelecer padrões, sendo usados como garantia de qualidade dentro de uma unidade de cuidados paliativos, mudando definitivamente a cultura do cuidado aos doentes em fim de vida.

2

<b>La Atención en Los Últimos Días</b>	
<b>Título</b>	<b>Autores:</b> J.C. Trallero Fort <b>Referencia/ Ano/ País:</b> Siete Dias Medicos (Revista de Atención Primaria), On-line, 2011/ Espanha <b>Desenho do estudo:</b> Qualitativo/pesquisa documental
<b>Participantes</b>	Médicos
<b>Intervenções</b>	O artigo descreve a forma como se reconhece um doente na fase de últimos dias de vida; que fármacos podem ser prescritos pelo médico de cuidados primários de saúde; descreve o papel da família nesta fase e descreve a forma como é esperado que um médico dirija o processo clínico
<b>Comparações</b>	Não tem
<b>Outcomes (resultados)</b>	Os médicos dos cuidados primários podem ter um papel importante nesta área. Requer conhecimentos e vontade de se envolver. Prever, planear e educar são fundamentais para o cuidar do doente no final da sua vida, bem como as estratégias de comunicação, o estar disponível e a transmissão de segurança ao doente e família.



3

<b>Care of the Dying Patient: The last hours or days of life</b>	
<b>Título</b>	<b>Autores:</b> John Ellershaw, Chris Ward <b>Referencia/ Ano/ País:</b> British Medical Journal, 326: 30 – 4, p.30-34, 2003/ Inglaterra <b>Desenho do estudo:</b> Qualitativo, Revisão Sistemática da Literatura
<b>Descritores</b>	“Palliative care”; “Terminal Care” (2000-2002)
<b>Intervenções</b>	Este estudo de revisão teve como finalidade a construção de diretrizes baseadas na evidência sobre o controle dos sintomas, o apoio psicológico e luto, disponíveis para “facilitar” o processo de morte.
<b>Comparações</b>	Não tem.
<b>Outcomes (resultados)</b>	Como resultados do estudo efetuado, os autores verificaram que: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Muitos doentes morrem de forma pouco digna, sem controlo sintomático eficaz;</li> <li>- Um dos maiores desafios prende-se com a transferência dos cuidados prestados num serviço de cuidados paliativos, para outros serviços;</li> <li>- Um dos principais objetivos de um especialista em cuidados paliativos é capacitar outros profissionais de saúde para cuidar do doente em fim de vida;</li> <li>- Os recursos disponíveis na comunidade devem permitir ao doente escolher onde devem morrer, promovendo a dignidade nesta fase da vida;</li> <li>- Devem ser constantemente monitorizados indicadores relacionados com o cuidar em fim de vida.</li> </ul>

4

<b>Diagnosing Dying: Symptoms and Signs of End- Stage Disease</b>	
<b>Título</b>	<b>Autores:</b> Haig, Sue <b>Referencia/ Ano/ País:</b> End Of Life Care Journal, 3 (4), p. 8-13, 2009/Inglaterra <b>Desenho do estudo:</b> Qualitativo, Revisão Sistemática da Literatura
<b>Descritores</b>	“Dying”; “Last 48 hours”; “Palliative and end-of-life care”; “Prognosis”; “Symptom Burden”
<b>Intervenções</b>	Este artigo analisa as complexidades existentes em diagnosticar o processo de morrer. Destina-se a melhorar a compreensão dos enfermeiros sobre o este processo. O artigo discute ainda trajetórias de doenças associadas a condições específicas; os sinais e sintomas comuns da fase de agonia e comuns indicadores clínicos que se encontram no final da vida e que sugerem que um paciente está a entrar nesta fase.
<b>Comparações</b>	Não tem
<b>Outcomes (resultados)</b>	Nesta revisão a autora conclui a existência de 3 tipos de trajetórias possíveis das doenças avançadas, e que podem dificultar o diagnóstico de agonia: progresso estável; um gradual declínio com eventuais recaídas e recuperações e a trajetória onde se verifica um lento, gradual e prolongado declínio. Conclui existirem vários fatores que indicam um mau prognóstico nos doentes cardíacos, são eles: admissões anteriores com agravamento do insuficiência cardíaca; sem causas reversíveis; deterioração da função renal; sem resposta a vasodilatadores ou diuréticos Refere a existência de alguns sinais comuns existentes nas doenças avançadas: anorexia e caquexia; disfagia; xerostomia; náuseas e vômitos; dispneia; fadiga. Esta menciona ainda que os aspetos físicos, psicológicos e sociais podem também influenciar a forma como o doente lida com fase terminal da doença.



5

<b>La Atención a los Últimos Días</b>	
<b>Título</b>	<b>Autores:</b> M.A. Benítez Del Rosario, Et al <b>Referencia / Ano/ País:</b> Aten Primaria, 30 (5): p.318-322, 2002/ Espanha <b>Desenho do estudo:</b> Qualitativo/ Fenomenológico
<b>Participantes</b>	Doentes em fase terminal
<b>Intervenções</b>	O artigo aborda conceitos referentes á fase agónica, aos cuidados no processo de morrer e a utilização da via subcutânea para administração de fármacos quando o doente não consegue engolir.
<b>Comparações</b>	Não tem
<b>Outcomes (resultados)</b>	O artigo concebe algumas conclusões como: - O lugar onde o doente quer passar os seus últimos deve ser o elegido por o próprio, sendo que se decidir que estes sejam passados no domicilio este deverá sempre contar com o apoio de profissionais; - A morte no domicilio é sempre possível, salvo aqueles que necessitem de cuidados de saúde prestados por profissionais continuamente; - A utilização da via subcutânea permite a administração de fármacos durante a fase agónica reduzindo ainda as dificuldades que surgem nos cuidados do doente no domicilio; - Uma vez a fase agónica instaurada, a alimentação e hidratação não são uma alternativa terapêutica necessária, se tal provocar situações de sofrimento desnecessário durante este processo.

6

<b>Care in the last Hours and days of life</b>	
<b>Título</b>	<b>Autores:</b> Laura Chapman, John Ellershaw <b>Referencia / Ano/ País:</b> Journal of Medicine, 39(11), p. 674 – 677, 2011/Inglaterra <b>Desenho do estudo:</b> Qualitativo, Revisão sistemática da literatura
<b>Descritores</b>	“Death”, “Diagnosis of dying”, “do not resuscitate”, “Liverpool Care Pathway”, “Symptom Control”
<b>Intervenções</b>	Este artigo de revisão pretendeu mostrar através da pesquisa bibliográfica feita, a importância do cuidar nas últimas horas e dias ou dias de vida Nomeadamente a importância do controlo sintomático e da comunicação.
<b>Comparações</b>	Não tem
<b>Outcomes (resultados)</b>	Segundo o artigo, muitos estudos demonstram a existência ainda de um mau controlo sintomático ao nível dos doentes em fim de vida, em meio hospitalar. Além disso, o artigo revelou ainda outros resultados: - O diagnóstico de horas ou dias de vida pode ser afetado pelas trajetórias das doenças mas também por outras barreiras; - É essencial a existência de prescrições de analgésicos, sedativos, antieméticos e anticolinérgicos, bem como analgesia de regate; - Técnicas básicas de comunicação são fulcrais para bons cuidados ao doente e família, assim como o apoio espiritual e psicológico, - O artigo realça ainda a importância do Liverpool Care Pathway como um documento multiprofissional que suporta e orienta o cuidar em fim de vida.



7

<b>Diagnosing dying in the acute hospital setting – are we too late?</b>	
<b>Título</b>	<b>Autores:</b> J. Gibbins, et Al <b>Referencia / Ano/ País:</b> Clinical Medicine, 9(2), p.116-119, 2009/Inglaterra <b>Desenho do estudo:</b> Qualitativo com base na pesquisa documental
<b>Participantes</b>	Pacientes falecidos entre 1 de janeiro e 31 de Março de 2007
<b>Intervenções</b>	O objetivo principal do estudo seria identificar 100 mortes que poderiam ter sido identificadas, entre 1 de Janeiro e 31 de Março de 2007, de acordo com as notas dos processos dos doentes.
<b>Comparações</b>	Não tem.
<b>Outcomes (resultados)</b>	Das 435 mortes ocorridas no período referido, 154 conjuntos de notas foram examinadas para identificar 100 mortes que poderiam ter sido previstas. Das 54 mortes que julgaram ser improvável, 36 pacientes tiveram uma deterioração aguda ou paragem cardíaca, 6 foram adequadamente geridos ativamente até a morte e em 12 conjuntos de notas a documentação era pobre demais para determinar se a morte poderia ter sido antecipado ou não. O estudo conclui que podem ser antecipadas muitas mortes em hospitais de agudos, que não o são por os profissionais não estarem despertos para os doentes que podem estar a morrer, implementando tratamentos inadequados.

8

<b>Strategies To Help Initiate And Maintain The End-Of-Life Discussion With Patients and Family Members</b>	
<b>Título</b>	<b>Autores:</b> Clabots, Susan <b>Referencia / Ano/ País:</b> Journal of the academy of medical-surgical nurses, 21(4), p. 197-203, 2012/ EUA <b>Desenho do estudo:</b> Qualitativo, Estudo de Caso
<b>Participantes</b>	Enfermeiras
<b>Intervenções</b>	Enfermeiros enfrentam barreiras no ambiente de cuidados intensivos do início e manutenção de discussões relacionados com o fim de vida de discussões. Este artigo pretende, após exposição de um caso clínico, identificar essas barreiras e estratégias para as superar.
<b>Comparações</b>	Não tem
<b>Outcomes (resultados)</b>	Muitas barreiras para discussões relativas aos cuidados em fim de vida com os pacientes e seus familiares foram identificados: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inexperiência da equipe de cuidados de saúde (enfermeiros e médicos) em lidar com a morte e o morrer;</li> <li>- Falta de sensibilidade cultural;</li> <li>- Expectativas irrealistas por parte dos pacientes e / ou familiares;</li> <li>- Dificuldade de prever a morte;</li> <li>- Níveis de stress experimentado por pacientes e familiares durante o fim de vida;</li> <li>- Deficiências na comunicação com o paciente e o resto da família;</li> <li>- Falta de compreensão em satisfazer o desejo do paciente.</li> </ul> No que respeita as estratégias, dirigidas essencialmente para enfermeiros, por forma a ultrapassar as barreiras mencionadas, são: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formação profissional e autoconsciência sobre a morte e o morrer;</li> <li>- Melhorar as habilidades de comunicação com o paciente, seus familiares e outros prestadores de cuidados;</li> <li>- Aumentar a compreensão das necessidades culturais e emocionais da família quando o seu familiar se aproxima do final de vida.</li> </ul>



<b>Título</b>	<p align="center"><b>Caracterizar as Necessidades em Cuidados Paliativos de um Serviço de Medicina Interna de um Hospital Universitário</b></p> <p><b>Autores:</b> Silva, Maria João Nunes  <b>Referencia / Ano/ País:</b> Tese de Mestrado em Cuidados Paliativos da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2012/Portugal  <b>Desenho do estudo:</b> Estudo prospetivo observacional</p>
<b>Participantes</b>	Doentes internados num Serviço de Medicina Interna de um Hospital de Agudos
<b>Intervenções</b>	Caracterizar as necessidades em Cuidados Paliativos num serviço de Medicina Interna de um Hospital de Agudos; definir o perfil dos pacientes com necessidades de Cuidados Paliativos, comparando o grupo de doentes oncológicos com os não oncológicos; determinar as suas necessidades assistenciais e avaliar a adequação dos cuidados prestados; caracterizar a sintomatologia apresentada pelos doentes com Acidente Vascular Cerebral carecendo de Cuidados Paliativos e o tipo de cuidados prestados.
<b>Comparações</b>	Foram comparadas as necessidades de CP de doentes oncológicos e não oncológicos.
<b>Outcomes (resultados)</b>	<p>O total de doentes internados no período do estudo foi de 670, dos quais 15% (102) apresentavam necessidade de Cuidados Paliativos. Destes, 54 apresentavam patologia oncológica e 48 patologia não oncológica.</p> <p>Este estudo revelou que os doentes com necessidade de Cuidados Paliativos constituem uma população significativa nos Serviços de Medicina Interna, não apenas pelo número de internados, mas também pela complexidade e necessidades assistenciais de que carecem.</p> <p>É, por isso, urgente introduzir ações de formação específica em Medicina Paliativa, concretamente para os internistas dos Hospitais de Agudos. Desse modo, viabilizar-se-á a difícil transição, em situações específicas, de um modelo de tratamento focalizado na cura para um modelo de palição sintomática.</p>

10

<b>Título</b>	<p align="center"><b>Caracterização dos Cuidados de Saúde Prestados do Doente Oncológico em Agonia Num Serviço de Cuidados Paliativos</b></p> <p><b>Autores:</b> Silva, Sandra Catarina Fonseca Simões  <b>Referencia / Ano/ País:</b> Tese de mestrado em Oncologia da Universidade do Porto, 2009/Portugal  <b>Desenho do estudo:</b> Fenomenológico, descritivo transversal</p>
<b>Participantes</b>	Primeiros vinte doentes que faleceram em Junho de 2008
<b>Intervenções</b>	O objetivo seria caracterizar a forma como o doente oncológico em agonia é cuidado no Serviço de Cuidados Paliativos do Instituto Português de Oncologia do Porto, com base nos processos clínicos de enfermeiros, psicólogo e médicos e no preenchimento de um questionário. Este estudo foi realizado em simultâneo com a implementação do Liverpool Care Pathway no mesmo serviço
<b>Limitações do estudo</b>	O facto de a amostra ser pequena.
<b>Comparações</b>	Não tem.
<b>Outcomes (resultados)</b>	<p>Verificou-se que alguns cuidados previstos no LCP são frequentemente registados enquanto que outros não. Os que são frequentemente registados são:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A suspensão de tratamentos inúteis,</li> <li>- O fornecimento de informação ao doente e família relativamente ao diagnóstico,</li> <li>- A recolha de informação sobre a forma como o familiar pretende ser informado sobre a morte do doente, bem como a explicação do plano de cuidados.</li> </ul> <p>Por outro lado, foram menos registados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A suspensão de intervenções de enfermagem inúteis e a confirmação de que a terapêutica está a ser administrada de forma eficaz.</li> </ul> <p>Nunca foram registadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Informação dada ao médico de família</li> <li>- Prestação de cuidados orais de quatro em quatro horas,</li> <li>- Fornecimento de documento escrito ao doente/família informativo sobre a organização do serviço de internamento e sobre o luto.</li> </ul>

