



## **RELATÓRIO DE ESTÁGIO**

### **Comunicação como instrumento facilitador no processo de cuidar em Cuidados Paliativos**

Conceição Oliveira Magano

**Orientadora**

Cátia Marina Dias Ferreira

Relatório de Estágio apresentado ao Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Cuidados paliativos, realizada sob a orientação científica do Mestre Cátia Marina Dias Ferreira, convidada da Escola Superior Dr. Lopes Dias, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

**Outubro de 2017**

## **COMPOSIÇÃO DO JÚRI**

### **Presidente do júri**

Professora Doutora Ana Paula Gonçalves Antunes Sapeta, professora coordenadora da ESALD

### **Orientadora**

Mestre Cátia Marina Dias Ferreira

### **Arguente**

Doutora Ângela Sofia Lopes Simões

## AGRADECIMENTOS

A realização e concretização deste trabalho exigiram esforço, empenho e dedicação. Mas sem o apoio e contributo de algumas pessoas, às quais devo uma palavra de reconhecimento e gratidão, não seria possível a sua execução.

À minha orientadora, Cátia Marina Dias Ferreira, que me aceitou nesta caminhada sem hesitar, transmitindo segurança e incentivo. Obrigada pela disponibilidade e excelente orientação, sempre com sentido crítico oportuno.

À coordenadora do Mestrado em Cuidados Paliativos Professora Doutora Ana Paula Antunes Gonçalves Sapeta, pela referência que foi para mim permitindo a concretização deste ano de Mestrado. Pela sua amabilidade e disponibilidade sempre presente.

Agradeço a todos os profissionais, onde realizei a prática clínica, a partilha de conhecimento, competência e saber, fruto da longa experiência, possibilitando a oportunidade de desenvolvimento profissional, intelectual e pessoal. A Especial paciência dos meus orientadores na EIHS CP e internamento SCP.

A todos os doentes e seus familiares, pela oportunidade de os cuidar e pelas aprendizagens proporcionadas, permitindo a minha presença em momentos delicados e íntimos possibilitando assim, o meu crescimento a nível pessoal e profissional.

Aos meus colegas de serviço que se mostraram sempre disponíveis para ajudar e colaborar.

Ao meu amigo Paulo Machado, a amizade, honestidade e a partilha de reflexões excelentes, as quais foram muitos importantes para o meu crescimento.

Por último e não menos importante ao meu marido, filho, irmãs e aos demais familiares pelo carinho, ajuda e amor incondicional sempre presente e motivador para a concretização de mais um sonho na minha vida.

Aos que não foram mencionados e que, de forma direta ou indiretamente, me incentivaram ao longo deste caminho. Muito obrigado!

## RESUMO

No contexto da saúde, a comunicação é importante e imprescindível para a eficácia e eficiência no controlo de sintomas. Acompanhar o doente no processo de fim de vida, implica ter uma visão holística como garantia de uma assistência integral à pessoa.

O Ser Humano está sempre a comunicar e é através do encontro comunicativo com o outro que descobrimos quem somos, compreendemo-nos, crescemos em humanidade e tornamos -nos em fatores de transformação da realidade em que vivemos. Assim, comunicar é um desafio e exige o desenvolvimento de técnicas, para aquisição de competências capazes de responder às situações complexas.

Integrado no Mestrado de Cuidados Paliativos da Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco o percurso descrito neste relatório, ao longo da nossa prática clínica, descreve e traduz de uma forma sintetizada as atividades desenvolvidas, competências adquiridas e consequentes reflexões críticas.

Neste sentido, realizamos a nossa prática clínica numa Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (150h) e no Internamento do Serviço de Cuidados Paliativos (150h) vivenciando experiências e situações diferentes. Também com o objetivo de desenvolver habilidades e competências especializadas na área dos Cuidados Paliativos (CP) nomeadamente, na interação enfermeiro/doente/família privilegiando a Comunicação - *como instrumento facilitador no processo de adaptação às perdas sucessivas e a morte em CP*, tornando-se assim, um dos pilares terapêuticos mais poderosos e eficazes que possuímos.

Desenvolvemos também, outras atividades de atualização de conhecimentos com a participação nas II Jornadas de Investigação da Associação Portuguesa de CP em março de 2017. Pudemos, ao longo deste percurso, constatar e assimilar que a investigação e a filosofia nas áreas centrais de atuação, definidas pelos CP (Controlo de sintomas, Comunicação, Apoio a família e Trabalho em equipa) são o suporte de equipas de profissionais que, apesar de desempenharem um trabalho complexo e constante, fazem a diferença no cuidar do Ser Humano.

O processo de morte e o morrer, são situações naturais e toda a gente sabe que vai acontecer mas, quando a pessoa se encontra doente em fim de vida refere, muitas vezes, que não tem medo de morrer mas sim de sofrer. Esse medo é dirigido ao sofrimento, á perda de autonomia e respeito pela sua dignidade humana. Os CP são a área especializada de atuação e como profissional de Enfermagem podemos ter perspetivas de um cuidar ativo, personalizado, humanizado e realista numa fase da vida que consideramos muito nobre.

Em síntese, comunicar cuidando **vs** cuidar comunicando implica, além do necessário conhecimento e preparação, uma dinâmica construtiva das práticas no seio dos profissionais que cuidam de doentes, ajudando-os numa reflexão crítica permanente para que, as competências adquiridas possibilitem uma intervenção eficaz, potencializando as estratégias de adaptação. Devem também partilhar com os outros profissionais de saúde, qual a importância da identidade de cada doente que é, o que define a Pessoa Humana.

**Palavras-chave:** Comunicação, Controlo de Sintomas, Cuidados Paliativos, Enfermagem.

## ABSTRACT

In health context, communication is important and essential for the effectiveness and efficiency in symptom control. To accompany the life's ending process patient one must have a holistic approach as a guarantee of a person's full assistance.

Human Beings are always communicating and it is through the communicative encounter with others that we find out who we are, we understand ourselves, we grow in humanity and we become agents of our reality's transformation. Communication is a challenge and requires the development of techniques towards the acquisition of skills capable of responding to complex situations.

Integrated into of Palliative Care master's degree at the Superior School of Health Dr. Lee Davis of the Instituto Politécnico de Castelo Branco this report describes and translates, in a synthetic way, the activities, acquired skills and critical reflections throughout our clinical practice.

We performed a clinical internship in an Intra Hospital Support Team in Palliative Care (150h) and in the Internment of the Palliative Care Service (150h), with different experiences and situations, aiming to develop specialized skills and competences in the area of Palliative Care (PC), specifically in the nurse / patient / family interaction, privileging Communication - as a facilitator in the adaptation process of successive losses and death in PC, becoming thus, one of the most powerful and effective therapeutic pillars we have.

We have also developed other activities to update knowledge, such as participating in the 2nd APCP Research Conference in March 2017.

Throughout this path, we have verified and assimilated that research and philosophy in the central areas of activity defined by the PC (Communication, Family Support and Teamwork) are the backing of professionals' teams, who, despite performing a complex and constant work, make a difference in caring for the Human Being.

The process of death and dying are natural situations and everyone knows that it will happen. When a person is sick, at the end of his life, the fear of suffering, instead of dying, is often mentioned. This fear focus is in the suffering, the loss of autonomy and respect for human dignity.

PCs are a specialized area of practice, and, as nursing professionals, we can have standpoints of an active, personalized, humanized and realistic care in very noble life's stage.

In summary, communicating caring vs. caring communicating implies, adding to the necessary knowledge and grounding, a constructive practice dynamics' amongst the professionals who care for patients, helping them perform an enduring critical reflection, so that the acquired skills enable an effective intervention, increasing adaptation strategies. The professionals should also share with other health professionals the importance of each patient's identity, the definition of the Human Person.

**Keywords:** Communication, Symptom Control, Palliative Care, Nursing

## ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS.....	III
RESUMO .....	IV
ABSTRACT .....	V
ÍNDICE GERAL .....	VI
ÍNDICE DE FIGURAS .....	IX
ÍNDICE DE QUADROS.....	IX
LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS.....	X
INTRODUÇÃO .....	1
CAPÍTULO I – DESCRIÇÃO PRÁTICA CLÍNICA.....	3
1. EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	3
1.1. ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO .....	3
1.2. DOS OBJETIVOS/ATIVIDADES ÀS COMPETÊNCIAS .....	5
1.2.1. Conhecer a estrutura orgânica e funcionamento da EIHSCP.....	5
1.2.2. Desenvolver competências humanas no acompanhamento ao doente paliativo e familiar/cuidador.....	6
1.2.3. Desenvolver competências para comunicar em cuidados paliativos .....	8
1.2.4. Promover parcerias terapêuticas com o doente e familiar/cuidador .....	10
1.2.5. Compreender a intervenção da equipa na situação de últimas horas/dias de vida (agonia).....	10
1.2.6. Aprofundar e desenvolver competências técnicas .....	11
1.2.7. Compreender o papel dos diferentes profissionais na conferência familiar/reunião de grupo .....	12
1.2.8. Conhecer a colaboração com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio ....	14
1.2.9. Conhecer o contributo da Equipa para a investigação em enfermagem.....	15
1.2.10. Desenvolver competências no controlo dos principais sintomas no doente paliativo .....	16
1.2.11. Conhecer as estratégias de prevenção de burnout usadas nos diferentes contextos pelos profissionais da equipa .....	18
1.2.12. Respeitar a singularidade e Autonomia individual do doente/ familiar/ cuidador no morrer e no luto .....	18
2. SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS - INTERNAMENTO .....	21
2.1. ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO .....	21
2.2. REFLEXÃO CRÍTICA DA PRÁTICA CLÍNICA .....	22
2.3. ESTUDO DE CASO .....	26

2.3.1. Análise e Reflexão Crítica .....	42
2.3.2. Plano de Intervenção no Luto .....	46
2.3.3. Referências Bibliografias do Estudo de Caso .....	49
3. ATIVIDADES COMPLEMENTARES .....	50
CAPITULO II - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA .....	52
RESUMO .....	52
ABSTRACT .....	53
INTRODUÇÃO .....	54
1. EVIDÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS.....	55
2. MÉTODO.....	59
2.1.OBJETIVOS E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO.....	59
2.2.TIPO DE ESTUDO .....	59
2.3.PROTOCOLO DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA .....	59
3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS .....	63
3.1 REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA E META-ANÁLISE .....	63
3.2 ESTUDOS CONTROLADOS RANDOMIZADOS .....	66
4. LIMITAÇÕES DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA .....	76
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	77
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA .....	78
CAPÍTULO III – CONCLUSÃO GERAL.....	80
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	81
APÊNDICES .....	85
APÊNDICE I - GUIÃO DE OBSERVAÇÃO.....	86
APÊNDICE II - DIAPOSITIVOS DA APRESENTAÇÃO REALIZADA NA EIHSCP.....	88
ANEXOS .....	93
ANEXO I – OBJETIVOS GERAIS E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....	94
ANEXO II – PROTOCOLO DE SPIKES .....	96
ANEXO III – TABELA DE COMPATIBILIDADE DE FÁRMACOS VIA SUBCUTÂNEA.....	98
ANEXO IV – ESCALA NUMÉRICA DA DOR .....	100
ANEXO V – ESCALA DE BRADEN .....	102
ANEXO VI – ESCALA DE AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR.....	104
ANEXO VII – ESCALA DE ZARIT REDUZIDA .....	106
ANEXO VIII – II JORNADAS DE INVESTIGAÇÃO DA APCP .....	108
ANEXO IX – WORKSHOP: QUESTÕES ÉTICAS PROCESSUAIS EM INVESTIGAÇÃO.....	110

ANEXO X – AVALIAÇÃO METODOLÓGICA DA RSL .....	112
ANEXO XI – LISTA DE AVALIAÇÃO PARA ESTUDOS EXPERIMENTAIS.....	114

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Hipodermoclise: revisão de literatura para auxiliar a prática clínica.....	12
<b>Figura 2:</b> Processo de seleção dos artigos.....	62

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Questão PICOT.....	59
<b>Quadro 2:</b> Critérios de Inclusão e Exclusão.....	61
<b>Quadro 3:</b> Avaliação metodológica das revisões sistemáticas da literatura e meta-análises. .....	63
<b>Quadro 4:</b> Características das Revisões Sistemáticas da Literatura. ....	65
<b>Quadro 5:</b> Avaliação metodológica dos estudos experimentais e quase – experimentais.....	66
<b>Quadro 6:</b> Características dos Estudos Controlados Randomizados.....	72

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**ANCP** – Associação Nacional Cuidados Paliativos

**CP** – Cuidados Paliativos

**DGS** – Direção Geral Saúde

**ECSC** – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

**EIHSCP** – Equipa Intra Hospitalar Serviço Cuidados Paliativos

**GC** - Grupo de Controlo

**GI** - Grupo de Intervenção

**IPCB** – Instituto Politécnico Castelo Branco

**JBI** - Joanna Briggs Institute

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**PC** – Prática Clínica

**PICOT** - Participantes, Intervenção, Comparação, Resultados/Outcomes, Tipo de estudo

**PNCP** - Plano Nacional de Cuidados Paliativos

**RCT** - Randomized Control Trial

**RNCCI** – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

**RSL** – Revisão Sistemática da Literatura

**SCP** – Serviço Cuidados Paliativos

## INTRODUÇÃO

Todo o ser humano tem uma história de vida, um percurso passado, único e irrepetível, com um projeto de vida singular e muito pessoal, que segundo Hennezel, (2002:8) *não se reduz àquilo que vemos ou julgamos ver*. A vida representa uma pequena parte da nossa existência e deve ser aproveitada e bem vivida.

A pessoa quando está doente, não deve ser reduzida a um simples diagnóstico mas sim, considerada como um todo - Ser Humano (portadora da sua complexidade, corpo e espiritualidade) e deve ser acompanhada por uma equipa formada e treinada em Cuidados Paliativos (CP). A pessoa que está doente, em fim de vida, continua a necessitar de cuidados e que os valorizem enquanto ser humano porque, pelo simples facto de existir, é detentor de uma dignidade constitutiva e inviolável que não se altera com o processo de doença que está a vivenciar.

O desenvolvimento mundial e o aumento da esperança de vida teve como consequência um número crescente de pessoas com doenças crónicas, o que acarreta, muitas vezes, um significativo aumento de incapacidades e conduz à dependência de outrem na satisfação de necessidades humanas fundamentais.

Ao mesmo tempo, a rede familiar alterou-se, as mulheres ingressaram no mercado de trabalho as famílias são cada vez menos alargadas e todos estes fatores, refletem-se no sistema de saúde e nos recursos necessários para dar resposta a esta nova realidade. Deste modo, a qualidade de vida assume-se como um dos aspetos prioritários levando a uma procura de cuidados, quer na área social quer na área da saúde, por pessoas idosas, com diferentes níveis de incapacidades e em estadio avançado de doença incurável e em fase terminal.

Assim a prestação de CP quer seja numa instituição ou no domicílio, é da responsabilidade de uma equipa multidisciplinar, da qual fazem parte os enfermeiros, que têm a responsabilidade de cuidar de *pessoas com doença crónica, incapacitante e terminal, dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos da prática clínica, diminuindo o sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida* (OE, 2015:9967).

Perante isto, é necessário investir na formação de profissionais, cada vez mais qualificados nesta área, visto este tipo de necessidades por parte da população ter tendência a aumentar, como consequência do aumento das doenças crónicas. E como refere Neto (2004), citado por Pereira (2010:114) *(...) nunca é demais ressaltar a importância de uma formação científica rigorosa nestas matérias, pois só assim os profissionais estarão aptos a dar a resposta que os doentes e famílias deles esperam*. Só assim, podemos ser reconhecidos como profissionais qualificados, capazes de desenvolver atitudes e competências específicas de forma a promover e garantir a dignidade da pessoa proporcionando o conforto e bem-estar, através de cuidados realizados.

Os CP são cuidados especializados, prestados por uma equipa multidisciplinar com formação dirigida para as necessidades de Controlo de sintomas, Comunicação, Apoio à família e Trabalho de equipa. A opção por esta área, do cuidado à pessoa com patologia crónica e/ou paliativa, está relacionada com o percurso formativo que temos vindo a desenvolver nos últimos anos e prende-se, também, com a identificação da filosofia que está na base dos cuidados a estas pessoas e famílias.

Na busca constante da aprendizagem e formação, surge o nosso interesse na escolha e oportunidade de desenvolver a nossa Prática Clínica (PC) numa Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e no Serviço de Cuidados Paliativos (SCP) internamento,

para responder às expectativas previamente formuladas no projeto, constituindo-se uma verdadeira aprendizagem ao nível profissional e pessoal.

No contexto da saúde a Comunicação é importante e imprescindível para a eficácia no Controle de sintomas, no Trabalho em equipa e no Apoio a família, podendo funcionar como um *analgésico* potente mas que deve ser bem doseado, senão pode causar danos irreversíveis.

A comunicação é um instrumento essencial, não só na transmissão de más notícias mas, em todo o processo de relação humana. O objetivo básico desta, com o doente é antes de mais, dar resposta às necessidades humanas fundamentais e permitir a *adaptação deste à sua situação clínica real* (Barboto e Moncayo, 2008:35). Daí a nossa motivação e opção pela temática *Comunicação - como instrumento facilitador no processo de cuidar em CP*, tema central do trabalho.

Neste documento final evidenciamos os objetivos traçados, numa fase inicial (no projeto), as atividades e intervenções desenvolvidas no contexto da prática bem como, a sua reflexão crítica observadas no período em questão e com base nos pilares dos CP.

A metodologia utilizada na elaboração do relatório é descritiva e crítico/reflexiva, ou seja, é realizada uma descrição de atividades com reflexão crítica dos resultados destas atividades e com suporte de bibliografia científica que foram essenciais para a nossa aprendizagem.

Aprofundamos e desenvolvemos as competências adquiridas nas unidades curriculares anteriores, levando à consolidação do saber e do saber - fazer para aquisição progressiva de competências relacionadas com o saber - ser (nomeadamente saber ser enfermeiro em CP). A aquisição de competências resulta de um contacto direto com o doente/família enquanto recetor dos cuidados de enfermagem, com estruturas sociais de intervenção e com a experiência e saberes dos restantes profissionais.

O presente relatório foi realizado no âmbito do 5º Mestrado em CP, lecionado na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias integrada no Instituto Politécnico de Castelo Branco (IPCB). Para a conclusão deste mestrado, optamos por desenvolver a PC numa EIHS (150h durante o mês de abril 2017), no SCP internamento (150h durante o mês de maio 2017) num total de 300 horas, culminando com o presente documento.

Estruturalmente este relatório divide-se em pontos fundamentais, no primeiro capítulo apresentamos a descrição e análise das atividades realizadas assim como as competências desenvolvidas na PC, concomitantemente o contributo das mesmas no desenvolvimento profissional e pessoal. De forma mais pormenorizada, desenvolvemos um Estudo de Caso no SCP internamento, reconhecendo também as dificuldades sentidas.

No capítulo dois, apresentamos a Revisão Sistemática da Literatura (RSL) tomando por base a questão: *Qual a eficácia da comunicação, enquanto intervenção de enfermagem, em fim de vida?* Por último, no terceiro capítulo apresentamos a conclusão geral e as referências bibliográficas que serviram de suporte à sua elaboração, seguindo-se os anexos, apêndices que complementam e comprovam a informação contida neste relatório.

## CAPÍTULO I - DESCRIÇÃO PRÁTICA CLÍNICA

O tema central do relatório: *Comunicação - como instrumento facilitador no processo de cuidar em CP*, serviu sempre de orientação e motivação no desenvolver e aperfeiçoar das competências relacionais, técnicas e teóricas na assistência ao doente/família.

Uma competência é o conjunto integrado de habilidades cognitivas, habilidades psico-motoras e de comportamentos sócio - afetivos que permitem exercer, ao nível do desempenho, exigido à entrada do mercado de trabalho, um papel, uma função, uma tarefa ou uma atividade [Phaneuf (2005) citado por Sapeta (2011:1069)]. Mas ao terminarmos um curso, uma licenciatura, não possuímos essas competências é algo que se vai construindo ao longo do tempo e do percurso como profissional. Sendo, por isso, necessário que os profissionais se mantenham em constante desenvolvimento dos conhecimentos teórico / práticos e sua atualização.

Por isso, com a escolha de realizar PC pretendemos, dar resposta e sentido aos objetivos propostos; fazer com que as intervenções não fossem meramente um cumprimento de normas e protocolo mas sim, a colaboração e prestação de cuidados diferenciados, personalizados e individualizados a cada doente/família tendo em conta, o estado de vulnerabilidade em que se encontram privilegiando o bem-estar e a qualidade de vida.

Utilizamos o Guião de Observação, previamente elaborado (Apêndice I), tendo como foco principal do nosso percurso - a interação enfermeiro na equipa/doente/família - cuidador, no que respeita a comunicação:

- Identificando as estratégias utilizadas pelos enfermeiros, neste processo de adaptação das pessoas doentes às perdas sucessivas e a morte;
- Compreender as características do processo comunicativo que condiciona a melhor compreensão da informação que se pretende transmitir (barreiras).

Para dar cumprimento aos objetivos elaborados no projeto e com a utilização do guião de observação desenvolvemos a PC, após prévia autorização das respetivas Instituições, num total de 300 horas (150h numa EIHSCP e 150h no SCP internamento). A forma de apresentação e avaliação é separada pois, são realidades e contextos totalmente diferentes.

## 1. EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

### 1.1. ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

O SCP escolhido para realizar a PC no âmbito da EIHSCP iniciou a sua atividade em 2008. Sem internamento próprio, tem como base de funcionamento a consultoria. Tem integrado desde a sua origem três valências: consulta externa, consultoria no âmbito da EIHSCP e consulta telefónica. Desde 2012 tem em funcionamento a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP) com o objetivo major de prestar consultoria no âmbito dos CP.

É uma equipa multidisciplinar detentora de formação específica cuja missão (SCP, 2009):

- *Colaborar com outros profissionais de saúde que atendem doentes com sofrimento intenso resultante de doenças incuráveis, avançada e progressivas (oncológicas ou não);*

- *Proporcionar cuidados de saúde rigorosos e humanizados aos doentes e acompanhar os seus cuidadores no processo de adaptação à doença e ao luto, quando tal for solicitado por médico assistente do doente;*
- *Divulgar a filosofia dos Cuidados Paliativos a outros profissionais de saúde, alunos de cursos da área da saúde e população em geral;*
- *Demonstrar cientificamente os benefícios dos Cuidados Paliativos.*

Tendo em conta a Circular Normativa nº14 da DGS de 13 julho de 2004 do PNCP e o Decreto-Lei nº 101/2006 de 6 junho nos hospitais de agudos, há Equipas Intra Hospitalares formadas por profissionais com formação em CP e estas devem, integrar no mínimo um médico, um enfermeiro e um psicólogo, dispondo de espaço físico próprio. Estas equipas têm como finalidade, o aconselhamento diferenciado em CP aos serviços do hospital podendo, prestar cuidados diretos e orientação do plano individual e intervenção aos doentes internados. Também Capelas (2009) refere, que as equipas intra-hospitalares deverão existir em todas as unidades de saúde hospitalar constituídas, no mínimo, por dois médicos e três a quatro enfermeiros.

Assim, esta EIHS CP reflete as recomendações da literatura e tem funções de consultoria Intra-Hospitalar e Comunitária, de formação e apoio na orientação da prestação de CP diferenciados quer a nível hospitalar, quer às Equipas de Saúde Familiar ou Unidades da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), na área geográfica da sua Instituição. Além disso, dispõe de consulta externa para seguimento de doentes de CP e apoio telefónico quer para dar respostas/colaboração aos profissionais de saúde quer para os doentes e suas famílias.

A consulta externa garante o apoio e acompanhamento dos doentes e suas famílias. Este é dirigido aos doentes, previamente acompanhados no internamento, que tiveram alta hospitalar por estabilização da situação clínica, assim como, doentes referenciados por outras especialidades médicas e em consulta hospitalar.

Para referenciar os doentes para CP, as diversas especialidades do hospital realizam um pedido médico, a solicitar a colaboração da equipa. O critério estabelecido para observar os doentes não é por ordem de chegada, mas sim por critério de prioridade tendo em conta a sintomatologia do doente.

Diariamente a equipa reúne no início da manhã, após uma visita prévia do enfermeiro da EIHS CP aos doentes internados pelos diversos serviços do hospital, é apresentado o estado do doente na reunião. Também são apresentados os doentes da consulta externa na mesma reunião e discutidos os planos de intervenção.

O trabalho da EIHS CP é consolidado na interação com as equipas clínicas que seguem os doentes nas diversas especialidades onde se encontram internados e com estas, são delineados planos partilhados com o doente/família. Como base destes planos são os pilares dos CP: o controlo de sintomas, a comunicação, o trabalho em equipa e o apoio a família.

Para além do horário de funcionamento, é fornecido o contacto telefónico ao doente/família permitindo assim um apoio alargado, até as 18h, através desta via.

A reunião de serviço é a segunda-feira, nesta estão reunidos todos os profissionais, serve para a equipa discutir aspetos relacionados com a organização, formação, planeamento estratégico, entres outros. Quinzenalmente, nesta reunião, são realizadas revisões bibliográficas, apresentação de trabalhos científicos, sendo um espaço de formação, atualização de conhecimentos e reflexão crítica.

Tivemos a oportunidade de assistir a uma apresentação de um trabalho, realizado por uma aluna em estágio (Técnica do Serviço Social) que abordou o tema: “*Conferências Familiares – Benefícios e Barreiras*” - RSL. Foi muito importante a atualização do conhecimento e a partilha alargada a todos os elementos da equipa presente.

Estes momentos de formação vão de encontro às recomendações da Associação Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2006) que refere: para além da atividade assistencial e em função da diferenciação e tipo de unidade, são importantes as atividades de formação e docência, atividades de avaliação, articulação dos cuidados e ainda a investigação. É também nestas reuniões mais alargadas, que são realizados ajustes de procedimentos organizativos e de ordem clínica, planeamento de formação em serviço e outras atividades, conforme as necessidades que vão surgindo.

Observamos e colaboramos na orientação da prestação de cuidados na EIHSCP e colaboramos na prestação de cuidados na consulta externa, visando a mobilização, integração e aplicação dos conhecimentos adquiridos no primeiro ano do curso de mestrado em CP.

Desta forma, conseguimos desenvolver competências que nos propusemos no projeto no âmbito dos quatro pilares dos CP: Controlo de sintomas, Comunicação, Apoio a família e Trabalho de equipa. Neste contexto, o ciclo de estudos do IPCB está orientado no sentido da formação especializada de elevado nível científico propondo **Objetivos** gerais e a aquisição das **Competências** enunciadas (Anexo I).

Tendo, também, como referencial o Regulamento nº188/2015 da OE (2015) definimos objetivos, estratégias e atividades para aquisição de competências como guia orientador da PC nas diversas valências (internamento, consulta, EIHSCP e domicílio) que passamos a descrever.

## 1.2. DOS OBJETIVOS/ATIVIDADES ÀS COMPETÊNCIAS

O processo de formação é dado pelo conjunto das atividades desenvolvidas além, da prestação efetiva nos cuidados. Como refere Abreu (2007:122), *No processo de formação do aluno há que dar atenção a atividades paralelas, de natureza sociocultural, clínica ou não clínica. Para além de poderem ser relevantes sob o ponto de vista científico, algumas destas atividades são pontos de ancoragem para promover a motivação do aluno, preservar a sua estabilidade emocional ou pura e simplesmente apoiar a formação da pessoa.*

Em contexto clínico, a formação facilita o garante de uma prestação de cuidados de qualidade, no âmbito de uma equipa transdisciplinar e multidisciplinar. As atividades desenvolvidas por estas equipas promovem uma melhoria no controlo de sintomas, reduzindo o tempo de internamento e promovendo uma adequação das terapêuticas e exames complementares de diagnóstico às necessidades de cada pessoa, contribuindo também para a redução dos custos hospitalares. (Capelas, et al, 2016).

Terminando este processo formativo da prática, chegou o momento de avaliar e refletir sobre as aprendizagens conseguidas.

### 1.2.1. Conhecer a estrutura orgânica e funcionamento da EIHSCP

O conhecimento do SCP foi apresentado pelo enfermeiro responsável da formação prática e pelos restantes elementos da equipa. Já abordado alguns destes aspetos, da orgânica e funcionamento da EIHSCP no ponto 1.1.

Pudemos confirmar a boa organização do trabalho em equipa, com condições físicas que não são as melhores; o que denota a capacidade de organização das pessoas, em proporcionar ambiente acolhedor mesmo com reduzidas condições. Além da apresentação a todos os elementos da equipa, assim como, a estagiários no momento (um médico, uma técnica do serviço social) e de forma contínua a oportunidade de conhecer novos colegas que chegaram para desenvolver a sua PC na mesma equipa.

Foi disponibilizada documentação existente no serviço, a fim de perceber como são realizadas as referências, que situações são referenciadas bem como, a articulação com a RNCCI. Tivemos oportunidade de consultar os protocolos existentes na EIHSOP e disponíveis na Intranet. Também os profissionais da Instituição tem acesso a estes documentos e podem consultar, são eles: medicação subcutânea (guia orientador de administração) e obstipação induzida por opióides (protocolo de prevenção e tratamento).

No que respeita aos registos clínicos, no âmbito da EIHSOP, os enfermeiros fazem o seu registo diário em notas gerais no programa Sclínico, usado para o efeito. O facto de esta intervenção não estar padronizada, faz com que seja mais difícil o acesso à intervenção tornando, necessário o uso de maior recurso de tempo na atividade assistencial.

Ao nível da consulta externa não existe processo informatizado, para ultrapassar este constrangimento, o enfermeiro faz o seu registo na folha de notas de enfermagem; verificando-se a fragmentação da informação e uma vez mais o gasto em recursos de tempo, que poderiam ser obviados com a padronização em programa informático desta intervenção.

### **1.2.2. Desenvolver competências humanas no acompanhamento ao doente paliativo e familiar/cuidador**

No momento do acolhimento a equipa, onde me incluo, fazíamos a apresentação dos vários elementos e das suas categorias profissionais ao doente/família. São momentos importantes onde se criam laços de empatia e de confiança, proporcionando um ambiente calmo. Ter esta atitude recetiva e responsável, neste primeiro momento, é muito importante para tranquilizar o doente/família.

Tivemos o privilégio de estar com todos os elementos da equipa ao longo deste tempo e de perceber a importância que cada um tem, no contacto com o doente/família, desenvolvendo comportamentos cuidativos.

Desta forma e para Roach (1984), a enfermeira deve ser consciente, competente, confiante, compassiva e comprometida com o outro, tendo sempre presente os seus valores. Na sua visão holística do ser humano, a autora, caracterizou o cuidar em cinco "*Cs*": *Compaixão* (relação vivida em solidariedade); *Competência* (conhecimento, habilidades); *Confiança* (promoção de relações); *Consciência* (estado de conhecimento moral, envolve o poder espiritual da afetividade); *Comprometimento* (convergência entre desejos e obrigações). Na visão desta autora, o cuidar embora não sendo único à enfermagem, no sentido de a distinguir das outras profissões, torna-se único no sentido de que, de entre outras características descritas à enfermagem, é considerado a sua essência onde as outras características se integram e corporizam.

**Exemplo de um caso na consulta:** Sr.<sup>a</sup> A com 60 anos, viúva, reformada (empregada doméstica), veio a consulta CP que estava agendada (2<sup>a</sup> consulta - semanal), acompanhada da única filha (cuidadora). Diagnóstico de cancro da mama com metástases a nível do fígado e coluna, em estado avançado da doença e a fazer medicação para as dores (subcutânea) há três semanas. Debilitada, necessita de alguma ajuda para o auto cuidado higiene e vestir-se (...).

A abordagem da Enfermeira (E) nesta consulta: O acolhimento começou na sala de espera, Doente (D) e familiar encaminhados para a sala de consulta com privacidade e espaço acolhedor.

*E - Então como tem passado desde a última consulta?*

*D - Estes dois últimos dias, não tenho conseguido dormir direito, acordo com dores (...) e fico as voltas na cama. Não quero acordar a minha filha que dorme no quarto ao lado. Ela já tem muito trabalho comigo durante o dia.*

*E - (...) silêncio, escuta ativa.*

*D - Dói-me muito as costas e não tenho posição na cama. Fico ali as voltas até ser dia! Não tenho dito nada a minha filha, para não a preocupar.*

*E - Então, estes dois últimos dias, tem tido dores nas costas, não quer preocupar a sua filha e por isso, não disse nada.*

*D - Sim (...).*

*E - Está a falar disso e nota-se que fica inquieta.*

*D - Estou com medo, a ficar sem esperança (...).*

*E - Muito sofrimento e preocupação.*

*D - ... (aceno da cabeça). Desculpe estar a dizer estas coisas.*

*E - Está a sofrer, não tem de pedir desculpa! Vamos ajudá-la. Diga-me então, como são as suas dores?*

*D - De dia, com a medicação que faço, no cateter, vou estando com poucas dores. Mas durante a noite, agora está a aumentar, é como se fosse um cão a ferrar aqui nas costas.*

*E - Tem alguma posição que melhora a dor?*

*D - Chega a determinada altura acordo e não arranjo posição, o calor da cama também deve fazer diferença.*

*E - Então, se concordar, vamos verificar como tem sido administrado a medicação, com a sua filha e as respetivas doses e de seguida, falamos com o médico que a viu na última consulta.*

*D - Está bem.*

Numa relação de confiança com o doente e família consegue-se, facilmente identificar e em tempo útil: situações de agudização, fontes de sofrimento, formas de facilitar a expressão de sentimentos e reconhecer atitudes que promovam a dignidade do doente. O Enfermeiro que se preocupa, verdadeiramente, em proporcionar cuidados de qualidade, tem que partilhar com o seu doente/família, as alegrias, as tristezas, a dor, o medo, a angústia.

É importante enfatizar os atributos, propostos por Roach (1984), no cuidado à pessoa que sofre, pois num mundo em que a tecnologia impera pode o cuidar, tornar-se mais frio e impessoal e entrar no lugar de sofrimento, por isso é necessário Compartilhar.

Confidência é um atributo crítico do cuidado profissional, é um estado de sentir segurança, confiança na relação e envolve o respeito, em suma fomenta relações de qualidade entre as pessoas no sistema de saúde.

Consciência é uma total capacidade de dar, que cresce da experiência de valores do enfermeiro que cuida e das pessoas que sofrem. O cuidar é refletido numa consciência, permite ao enfermeiro que cuida conciliar-se com a natureza moral das coisas.

Competência é ter conhecimentos, habilidades, energia, experiência e motivação, que se alicerça num Saber cognitivo, num Saber Fazer que conduz a um Saber Agir assertivo com uma prática cuidativa, necessárias para responder às exigências e responsabilidades.

Compromisso é essencialmente a mudança que o cuidado exige, é uma resposta afetiva complexa, é o empenhamento e investimento da pessoa que cuida, caracterizada pela convergência entre aquilo que alguém deseja e aquilo a que se é obrigado. Em suma compromisso significa um verdadeiro acompanhamento e suporte da situação da pessoa que é cuidada.

Fomos partilhando com a doente/família, momentos de profundo respeito pelos sentimentos que estava a vivenciar e isto, é sentido como Humano fazendo com que o doente experimente, sentir-se cuidado como Pessoa humana. Esta entrevista espelha bem a representação dos cinco “Cs” assim como, também podemos mencionar Bermejo (2008:19) que acrescenta (...) *hablamos de humanización de la asistencia al enfermo y, en concreto, de un trato humano de los profesionales sanitarios, es fácil pensar que lo que se espera es profesionales sensibles, capaces de sufrir con el paciente y tiernos hasta el punto de comportarse como un familiar o un ser querido (...)*. Isto é: não é sentir a dor ou angústia, cada vez que o doente sente, mas é estar com, acompanhar e valorizar a dignidade da pessoa, orientar o uso da tecnologia/terapêutica para que esta, não se torne desumanizada.

Transferindo esta citação, para a PC e refletindo sobre as ações realizadas, consideramos que fomos capazes de prestar cuidados adaptados ao doente/família, agindo pelo respeito da sua dignidade, privacidade e autonomia. Pois, o conhecimento, a técnica e a sua aplicação associada a um cuidado humanizado, transforma-se numa intervenção de excelência para o doente/família.

### **1.2.3. Desenvolver competências para comunicar em cuidados paliativos**

A comunicação é o elemento básico na construção das relações interpessoais, sendo por isso, fundamental para um desempenho de qualidade por parte dos profissionais de saúde. Embora a comunicação seja intrínseca ao comportamento humano, envolve um conjunto de “*perícias*” que podem ser ditas e feitas, proporcionando ao doente/família oportunidade de apresentar os seus problemas, preocupações e explicar como se sentem (Querido et al, 2016).

Sendo a Comunicação um dos pilares dos CP e transversal aos restantes pilares, consideramos esta área a mais relevante a desenvolver na PC. Baseado então, na temática - *Comunicação - como instrumento facilitador no processo de cuidar em CP*, tema central do nosso trabalho, como já referido anteriormente, desenvolvemos competências nesta área com doente/família e equipa. Com base de suporte na RSL foi desenvolvido o guião de observação, que serviu de orientação no processo de interação na PC além dos objetivos propostos no projeto.

Em CP a comunicação, é um dos verdadeiros pilares que pudemos constatar e só através do treino de diferentes situações é que se consegue promover uma relação de ajuda da comunicação, mesmo que seja de más notícias. Devemos ter sempre em atenção ao respeito, a dignidade, a autonomia e a individualidade da escolha do doente.

É essencial desenvolvermos certas habilidades de comunicação como: escutar bem, não mentir, evitar uma conspiração de silêncio, evitar falsa alegria, não retirar uma possível esperança, aliviar a dor, (...), (Araújo e Silva, 2012).

Assim, procuramos sempre que estabelecíamos uma comunicação/interação com a pessoa doente/família estarmos atentos a todos estes aspetos. Quando existia a necessidade de, por exemplo, realizar uma comunicação de más notícias assistimos à operacionalização do Protocolo de SPIKES (Anexo II).

Observar e participar nas atividades desenvolvidas, pelos profissionais da EIHSCP, foi basilar para iniciar o percurso nesta área. Perceber as estratégias comunicacionais que mobilizavam, bem como, perceber que atitude a adotar e que habilidades tinham que desenvolver para comunicar de forma assertiva, com o doente/família, foi essencial. Salientamos, que os profissionais desta equipa funcionaram como modelos, o seu apoio e conselhos diários foram de extrema importância.

Algumas situações marcaram este percurso, **recordamos a seguinte**: Uma das primeiras doentes que acompanhamos, a Sra. P, com a qual existiram vários momentos centrados na comunicação, que exigiram da equipa uma grande dedicação. A Sra. P estava em fase de fim de vida e colocavam-se várias questões. Foi necessário decidir, com ela, algumas medidas terapêuticas. Com dificuldade na absorção de alimentos mas, insistia em querer comer e logo de seguida tinha de vomitar. Ficava cansada e com dispneia que a deixava perturbada. Referia que a sua situação era difícil mas, ao mesmo tempo, acreditava dizendo: *“já passei situações difíceis e sempre dei a volta”*.

Não tinha apoio de família nem amigos. Queria a nossa companhia mas, aquando da abordagem da sua situação clínica e prognóstica refugiava-se e entrava noutra realidade.

Houve momentos de discussão, entre a equipa de saúde, para decidir o que dizer e como dizer. Respostas pensadas e de forma a tornarem-se mais ajustadas ao contexto. Foi junto ao leito dela que abordamos questões como: se queria ficar mais sonolenta evitando tanto desconforto e inquietação. Negada por ela pois, queria estar *“sempre acordada”*, foi preciso ajustar medidas terapêuticas e deixando a hipótese em aberto, caso ela, mudasse de ideias. Foram situações de alta complexidade, mas que fez com que percebêssemos, que tínhamos um grande percurso pela frente, com necessidade de treino.

Outras situações que fomos percebendo ser comuns e que faziam toda a diferença eram os momentos de silêncio criados ou cedidos junto dos doentes. Eram momentos muito importantes. Quando apenas, estávamos junto dos doentes sem os *“bombardear”* de questões ou informações, criávamos a oportunidade de eles exprimirem o que os incomodava, por palavras ou sem elas.

As emoções, muitas vezes, ganhavam forma e expressão no silêncio. Estávamos ali, no real sentido do estar, (...) *deverá sempre haver tempo para os silêncios, tempo para lágrimas e tempo para as perguntas. Afinal de contas, estas são conversas que apenas duram uns minutos mas que mudam muitas vidas para sempre.* (Reiss, 2012:23).

A escuta ativa e o estar presente, foram aprendizagens conseguidas ao longo do nosso trabalho, durante a PC. Quando fazíamos a visita aos doentes no internamento ou quando estávamos na consulta externa, o tempo nunca era considerado demasiado para estar com o doente/família.

Pensamos ter atingido os objetivos a que nos propusemos, sendo uma área de grande complexidade para o nosso desempenho. Consideramos ainda, que as nossas vivências pessoais possam ter condicionado o desenvolvimento de competências nesta área e concordando com Reiss (2012) que nos diz que as nossas reações são influenciadas pela nossa personalidade, associada a experiências anteriores similares, ao que se junta o contexto social, cultural e espiritual.

Apesar de tudo isto sabemos que temos um longo caminho a percorrer, ao longo da vida, mas com investimento na formação e treino permanente queremos continuar a desenvolver, competências sempre atualizadas na comunicação.

#### 1.2.4. Promover parcerias terapêuticas com o doente e familiar/cuidador

Por ser uma equipa de consultoria intra-hospitalar, a EIHS CP não possui estrutura física própria. Ao realizarmos a visita ao doente identificávamos objetivos e metas a alcançar, para concretizar esta intervenção, eram realizadas intervenções e ajustes terapêuticos em colaboração com os profissionais do serviço, onde o doente se encontrava internado.

Este processo de ajuda ao doente/família/cuidador, através dos ensinamentos e explicação com linguagem adequada, individualizada de forma a melhorar a adesão terapêutica, atendendo sempre as prioridades e em parceria com o doente e respetiva equipa assistencial.

Na consulta externa, o processo de parceria entre doente/família e equipa CP, é de consultoria e de cuidador podendo assim, facilitar o processo de adesão. No entanto, **relembramos algumas situações que acompanhamos na consulta:**

**1ª)** Situação - familiar/cuidadora decidiu não colocar o penso transdérmico de buprenorfina ao seu marido, pelo que, este apresentava dor não controlada. Quando questionada sobre a razão que a levou a tomar essa decisão, respondeu: *“Estive a ler a “bula” do medicamento e a confirmar os medicamentos que estava a tomar e verifiquei que além do selo de morfina, tinha outros medicamentos para a dor e que davam alterações na eliminação intestinal. Ora, o meu marido é muito “preso” dos intestinos e por isso, isto vinha agravar! (...)”*.

**2ª)** Situação - a doente evitava tomar a morfina rápida que tinha em SOS, com *“medo de ficar habituada”*. Este tipo de atitudes ainda acontece, competindo à equipa esclarecer estes mitos que os doentes/famílias têm em relação ao uso de medicamentos que contém morfina e as respetivas doses.

**3ª)** Situação - familiar/cuidadora, não administrava morfina de ação lenta, como prescrito no alívio da dor, apenas administrava a morfina do SOS, referindo *“Não queríamos que ficasse demasiado chumbada, senão teríamos de estar alerta durante a noite, para perceber se respirava! Também tinha medicamento para dormir. A morfina do SOS é mais rápida a atuar”*. Neste caso, a doente/família pediu antecipação da consulta, por dor não controlada.

Os mitos relacionados com a morfina fazem com que, alguns doentes sofram de dor moderada a intensa, porque não tomam a medicação que precisam, nem em qualidade nem em quantidade suficientes. Isto deve-se, a uma série de preconceitos e medos infundados, por parte da população em geral, que incluem a perda de eficácia se iniciada mais precocemente e a ideia que a morfina é, para as pessoas que estão a morrer (Sancho e Martin, 2009).

Concordando com o autor, há necessidade de uma maior intervenção dos profissionais de saúde e nomeadamente os enfermeiros, no esclarecimento da população em geral e também no esclarecimento de alguns profissionais de saúde, para os benefícios que este tipo de medicação pode proporcionar na melhoria da qualidade de vida.

#### 1.2.5. Compreender a intervenção da equipa na situação de últimas horas/dias de vida (agonia)

É fundamental saber identificar as características da situação de últimas horas/dias de vida (agonia), para adequar os cuidados às necessidades reais da pessoa de forma a não enveredar por medidas de obstinação terapêutica. Se não houver uma atenção especial e uma adequada manutenção no controlo sintomático, nesta fase, a pessoa em fim de vida e a sua família poderão sofrer desnecessariamente.

O doente em agonia é uma pessoa no seu estado de maior vulnerabilidade, que necessita de um cuidado especializado para manter a qualidade de vida até ao fim. A agonia caracteriza-se por

mudanças clínicas, com agravamento de sintomatologia já presente ou com surgimento de novos sintomas (Neto, 2016).

Aprender a reconhecer a proximidade da morte é importante não só para quem recebe os cuidados (doente/família), como para a equipa assistencial multidisciplinar que o fornece, para que haja sintonia e adequação dos cuidados a prestar. Nesta fase de fim de vida, o objetivo dos cuidados centra-se em proporcionar o máximo conforto à pessoa doente/familiar, promovendo o conforto com a máxima dignidade, sem intuito de acelerar ou atrasar o processo de morte (Neto, 2016).

É importante reforçar que todos os cuidados continuam a ser cuidados ativos, sempre com uma atitude preventiva e de forma a antecipar possíveis complicações que possam ocorrer. A colaboração da EIHSCP foi solicitada em vários casos, tivemos a oportunidade de testemunhar e acompanhar estas situações. A forma como foi conduzido estes cuidados individualizados e ajustados ao momento (cuidados de conforto intensivo), foi intensa e gratificante.

**Relatando uma das situações:** A mãe sentada junto ao leito de sua filha, que se encontrava em fase de agonia, com respiração ruidosa mas aparentemente tranquila (...). Quando nos viu chegar o seu rosto triste, apesar de saber da situação, ficou mais tranquilo pela nossa presença. Reconhecendo em nós uma força agradeceu referindo: *“a minha filha está a partir pois, já está com respiração “panela” presente (...)”* e baixando o rosto disse: *“eu sei que vai ser breve mas (...) o que vos peço e agradeço é que não a deixem sofrer muito”*.

Estar presente nestes momentos difíceis, mesmo que tenham um acompanhamento sólido, é muito importante e considerar sempre o doente/família com respeito personalizando as suas necessidades, respeitando as suas crenças e desejos até ao fim, de forma digna e serena.

Os profissionais (enfermeiro/médico e eu) após ter observado a doente, despediram-se da mãe referindo que continuavam o seu acompanhamento. Esta ficou, novamente, sentada junto ao leito da sua filha mais confortável e serena. Com estas atitudes e atividades pudemos observar e participar desenvolvendo assim, capacidades no controlo de sintomas, nomeadamente na sua avaliação e com enfoque nas medidas não farmacológicas.

Os cuidadores necessitam de ser ouvidos, de expressar os seus sentimentos, emoções e como tal os profissionais de saúde CP, precisam de ter uma atitude de disponibilidade com qualidade e sobretudo saber estar no momento, saber escutar, saber ser, dar a informação que facilite uma adaptação adequada à situação e às situações que vão surgindo.

### 1.2.6. Aprofundar e desenvolver competências técnicas

Ao longo do processo de doença, o plano terapêutico foi ajustado às necessidades sintomáticas (usando escala numérica da dor) que cada pessoa doente apresentava, adequando assim, as medidas farmacológicas e não farmacológicas de promoção e alívio destes sintomas. Privilegiando a via oral, muitas vezes, esta encontrava-se comprometida, por quadros como vómitos, disfagia, oclusões intestinais, dispneia intensa, entres outros. Face a esta impossibilidade de manter a via oral foi necessário eleger outra via de administração.

A via subcutânea é cómoda, eficaz, com baixo risco de complicações locais e sistémicas, com baixo custo e facilidade de administração. Para o doente traduz o mínimo desconforto, boa tolerância e melhor adesão ao tratamento (Bruno, 2013).

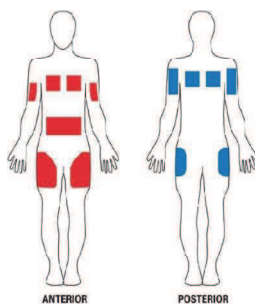
A administração de fármacos e fluidos no tecido subcutâneo é similar à que se observa nos músculos. Poderá ser perfusão de forma contínua ou intermitente (por exemplo durante o sono da noite), tanto no domicílio como em internamento hospitalar.

Realizamos pesquisa bibliográfica para, aprofundar esta técnica de intervenção no sentido de capacitação destes procedimentos e para tal usamos o guia orientador de administração da via subcutânea do SCP.

Esta via de administração tem diversas vantagens: menos traumática e invasiva quando comparada com as outras excluindo a via oral. É uma via cómoda para o doente, não comprometendo a sua autonomia uma vez que, não interfere na sua mobilidade e existe facilidade nos locais a puncionar.

A via subcutânea não requer internamento, podendo ser usada no domicílio por um cuidador treinado, tem associado um menor risco de complicações/infeções sistémicas e menos efeitos secundários, quando comparada com a via endovenosa. Como desvantagem existe limitação na administração de alguns fármacos e eletrólitos (tabela de compatibilidade – Anexo III), com possibilidade de reações locais.

É importante considerar alguns aspetos na escolha do local de punção, nomeadamente a integridade cutânea, existência de cicatrizes operatórias, locais já sujeitos a radioterapia, a solução/fármaco a infundir, as atividades de vida diária e estado físico e psicológico da pessoa. Devem ser evitados, membros sujeitos à dissecação ganglionar, zonas sujeitas a radioterapia, junto a cicatrizes operatórias e/ou zonas de pele não íntegras. Os locais habituais estão assinalados na Fig. 1, as áreas de maior absorção são a região torácica e abdominal, eleitas também para a hipodermoclise e administração prolongada de fármacos.



**Figura1** - Hipodermoclise: revisão de literatura para auxiliar a prática clínica (Bruno, V., 2013)

### **1.2.7. Compreender o papel dos diferentes profissionais na conferência familiar/reunião de grupo**

As conferências familiares constituem uma ferramenta terapêutica importante, para maximizar a qualidade dos cuidados prestados ao doente/família, ensinar estratégias para reforçar e validar o esforço da família.

Segundo Hudson, et al (2008), exige um planeamento prévio pelos profissionais envolvidos e devem ser implementadas para, clarificar objetivos e opções terapêuticas, disponibilizar informação sobre os objetivos e filosofia dos CP, aclarar expectativas e manter a esperança.

Estas conferências familiares, podem ser moderadas por profissionais das diversas áreas, sendo requisito essencial, possuir habilidades básicas de comunicação e de trabalho em equipa.

Tivemos oportunidade de participar em três conferências familiares, cujos objetivos foram:

- 1) Informar sobre a situação clínica do doente;
- 2) Compartilhar objetivos terapêuticos;

3) Recolher informação sobre os recursos familiares, sociais e financeiros do doente para programação de alta.

4) Informar a família sobre benefícios em ficar no hospital/unidade/domicílio.

### **Ilustrando uma das conferências: breve apresentação do caso**

M.S.C. - doente com 57 anos, internada no serviço X, com o cancro mama avançado e metastização, já em fase de fim de vida. Médica de profissão, ainda em atividade profissional, residente com marido também médico, em fase ativa da profissão. Marido, cuidador principal e têm uma empregada durante algumas horas do dia.

M.S.C. consciente, reagindo a estímulos verbais, reconhecendo as pessoas da família e amigos mas, muito debilitada e emagrecida. Dependente em todas as atividades de vida diária em grau elevado. Alimenta-se de reduzida quantidade e parece ser desconfortante para o marido esta situação – informação dos profissionais do serviço.

O marido que sempre a acompanhou sente-se revoltado com a situação, referindo á equipa de saúde, onde a doente está internada, que quer levar a esposa para casa. Após a observação, análise, discussão e avaliação da doente pela equipa de CP foi contactado, telefonicamente, o familiar/cuidador (marido) para uma conferência familiar, que ficou marcada mediante a sua disponibilidade.

A reunião decorreu, no serviço onde a esposa está internada, em sala própria, ambiente calmo, garantindo assim, a privacidade. Os profissionais presentes foram: médico assistente, médico CP, enfermeiro CP, aluna estágio após consentimento do marido. A doente estava incapaz de participar nesta conferência.

Realizada uma breve apresentação dos elementos presentes, seguindo-se a apresentação da informação e objetivos a discutir nesta reunião. Esta foi orientada pela médica de CP.

A informação da situação clínica do atual e real estado da esposa, pela médica, com palavras simples, acessíveis e de forma realista.

**Marido** – parece muito revoltado com a situação – *“se não fazem mais nada (...) eu levo-a para casa”*. Pausa *“ não está aqui a fazer nada (...) percebo que não vão fazer nada invasivo mas, (curto silêncio) a minha esposa já não come a dois dias”*. Levanta o rosto para os elementos presente e diz *“não sabem o que isto é?”*.

Desmistificação da importância da comida nesta fase, nesta situação clínica.

**Enfermeiro CP** – *“ Compreendo que não é tarefa fácil (...) ”* e ainda com muita delicadeza na voz e assertividade lembrou que *“comer, apesar de ser uma necessidade humana básica, neste momento não é prioritário. Mas mais que isso, o conforto e o controlo de sintomas é prioridade”*.

**Médico CP** – *“Compreendo que para si, não deve ser fácil lidar com tudo isto (...) e ainda, está a trabalhar. Mas estamos aqui ao seu dispor. Em que podemos ajudar?”*.

A reunião foi decorrendo e o marido, já com mais calma, conseguiu expor as suas necessidades e a intenção de levar a esposa para casa. Refere que, a esposa tinha verbalizado que queria ir para casa. Seguiu-se então, nesta direção e foi agilizado o processo nesse sentido, foi alertado para possíveis inseguranças que seriam colmatadas com a equipa de CP em casa.

No final, foi sumarizado os pontos principais, perguntando ao familiar se existia alguma dúvida a esclarecer. Referiu que não. Então, antes da despedida, ficou agendado novo encontro. Foi disponibilizado o contacto telefónico do serviço e da equipa de CP.

**Reflexão sobre este excerto: *quando um membro da família adoece.*** As famílias ao serem confrontadas com a doença terminal de um ente querido vivem uma complexa adaptação, exigindo mudanças a todo o universo familiar, deparando-se com grandes dificuldades para lidar com a doença e o sofrimento (Fernandes, 2016).

Neste caso, da M.S.C., era essencial a promoção do conforto, dignidade, qualidade de vida, autonomia respondendo sempre às necessidades e desejos dos doentes, em primeiro lugar, da família que os acompanha também devemos, proporcionar o bem-estar.

Se o desejo da doente era regressar a casa, o marido estava a tentar realizar esse desejo tendo agora, consciência das reais necessidades da esposa para a sua qualidade de vida.

A forma como o profissional de saúde transmitiu a informação/comunicação, foi um agente terapêutico poderoso, adquirindo muito valor junto dos que se encontravam em situação de vulnerabilidade. Por vezes, pode ser mesmo a única coisa que a equipa pode oferecer. Este é um aspeto do cuidar que deve ser refletido e colocado em prática, tendo sempre a atenção não ao que se diz mas ao como se diz.

O modo como o profissional (enfermeiro) estabeleceu a relação é influenciado por características pessoais e isso, é bem visível quando avaliamos a forma de estar de outros colegas e como criam laços com os doentes/familiares.

Concordando com Sapeta (2011) quando afirma que existem alguns profissionais que se distinguem na interação que estabelecem com o doente, além dos cuidados técnico - instrumentais a intervenção clínica é personalizada centrada na Pessoa e se houver continuidade consolida a relação, tornando-se terapêutica. Neste período, esta visão tornou-se mais clara, percorrendo os pilares dos CP e podendo constatar a sua abrangência.

### **1.2.8. Conhecer a colaboração com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio**

Ao longo da PC pudemos constatar que cada elemento da EIHS CP trabalha para alcançar o objetivo transversal a todos: prestar o melhor cuidado à pessoa doente e sua família.

Segundo Gamondi, Larkin e Payne (2013:6) *cuidado paliativo é, pela natureza da sua prática, colaborativo*, sendo que reforçam essa ideia referindo que *um dos desafios do trabalho colaborativo é partilhar uma filosofia comum de cuidados e objetivos comuns*. Uma das vantagens mais evidentes desta interdisciplinaridade foi a obtenção de diferentes perspetivas para a resolução de problemas de ordem clínica e ética que surgiram durante a nossa PC.

Este aspeto é salientado por Bernardo, Rosado e Salazar (2016:908) quando refere: *A eficácia requer uma dinâmica que permita a reorganização e integração de conhecimentos de cada profissional, em cada momento, segundo as necessidades das situações, tendo como diretivas a qualidade de vida e bem-estar do doente, apoio dos familiares e/ou cuidadores, bem como o funcionamento da equipa que depende da sua relação interna.*

Existia um ambiente informal e relaxado na equipa, que facilitou a nossa adaptação, proporcionando a partilha, a iniciativa e capacidade de tomada de decisão, onde todos se sentiam responsáveis pelas decisões tomadas (*empowerment*). Reconhecemos, também, o valor individual de cada um, partilhando os seus conhecimentos com satisfação e motivação.

Os profissionais de saúde, que não tem formação na área de CP, continuam a ser preparados para combater a doença e tentar evitar o inevitável que é a morte. Valoriza-se o tratar em vez, do tratar – cuidar; valoriza-se a doença no lugar da Pessoa (...). O processo de fim de vida não pode ser negligenciado, pois é um processo natural, que deve ser aceite pelos profissionais de saúde como real e não como fracasso (Alvarenga, 2008).

**Exemplificando um caso:** doente A internado no serviço Z com Insuficiência Cardíaca Descompensada (ICD) e em fase avançada de doença, já com vários internamentos para controlo sintomático. O médico assistente não referenciava o doente para CP, embora outros profissionais (enfermeiros) o tivessem proposto noutros internamentos. Neste último internamento, o doente foi referenciado para CP por controlo ineficaz de sintomas pela médica assistente.

Após observação e entrevista inicial ao doente/ familiar (esposa), sendo a cuidadora principal, foi claro para a equipa de CP que já devia, ter sido referenciado. Neste caso concreto, foi possível rentabilizar os recursos mais próximos do doente/família e agilizar todo o processo com celeridade de forma, a poder ir ao encontro do doente e do seu desejo - ir para sua casa.

Foi seguido pela EIHSCP, permaneceu cerca de um mês e meio em casa, sendo internado devido à situação clínica. Posteriormente, faleceu no hospital mas sempre acompanhado pela equipa de CP.

Para os profissionais de saúde, os cuidados à pessoa em situação paliativa tornam-se muito exigentes quanto às habilidades e competências porque, tal como diz Sapeta e Lopes (2007:36), *como seres sociais e culturais, não estão livres da influência da sociedade e dos valores que foram assimilando no curso das suas vidas, reagindo como pessoas comuns, com emoções e sentimentos negativos, de rejeição face à morte e aos doentes moribundos.* É essa herança cultural que condiciona o modo como lidam com a morte e com aquele que está a morrer.

Quando nos deparamos com situações delicadas, quer no internamento quer na consulta, a utilização de estratégias de comunicação e trabalho de equipa é fundamental. Pois, a maioria das vezes, os médicos assistentes, tem dificuldade na comunicação do prognóstico aos doentes, no trabalho de equipa multi e interdisciplinar e esta “*sobrecarga*” acabava por ficar para a equipa de CP.

A grande dificuldade não está, muitas vezes, em dar ou não dar a má notícia, mas sim em como fazê-lo.

- Como se explica que não vale a pena insistir nos tratamentos?
- Como é que se diz a um doente que vai morrer?
- Como se prepara a família?

São questões complexas e “*carregadas*” de um intenso sofrimento para o doente/família que nos fizeram refletir e perceber que omitir o diagnóstico e prognóstico pode fazer com que o processo de aceitação se torne mais moroso. Mas também é necessário ter delicadeza na abordagem destes aspetos pois, teremos de conhecer bem o doente/família e saber o que ele quer saber acerca do seu estado. É preciso, então, mudar de paradigma deixar o cuidar sobrepor-se ao tratar e esta resposta surge com os CP, já considerados uma necessidade cada vez mais premente.

### **1.2.9. Conhecer o contributo da Equipa para a investigação em enfermagem**

Torna-se importante a Investigação para o desenvolvimento contínuo da profissão de enfermagem, com a tomada de decisão adequada para melhorar a prestação de cuidados aos doentes/famílias. Procura-se, assim, fomentar uma atitude de carácter reflexivo e a capacidade de

análise crítica como a melhor forma de se desenvolver. Serve, como nos diz Martins (2008:63) *para demonstrar aos outros os fundamentos sobre os quais se estabelece a sua prática (...)*.

Refletindo e questionando os modelos de trabalho e suas práticas profissionais, a enfermagem vai encontrando alternativas adequadas à resolução de problemas com que atualmente se debate. Já em 2006, a OE definiu quatro eixos prioritários para a investigação em enfermagem:

- Adequação dos cuidados gerais e especializados às necessidades do cidadão;
- Educação para a saúde na aprendizagem de capacidades;
- Estratégias inovadoras de inovação/liderança;
- Formação em enfermagem no desenvolvimento de competências.

A EIHSOP, durante o nosso percurso de PC, criou momentos de reflexão crítica sobre as situações mais complexas dos doentes/famílias que eram debatidas no início do turno em sala de reuniões. Além de, como já referido anteriormente, apresentarem os doentes à equipa antes do início de trabalho. Também, nas 2ª feiras apresentavam temas científicos desenvolvidos pelos profissionais e/ou pelos alunos em estágio.

Assim, tivemos a oportunidade de apresentar a nossa RSL sobre: *Comunicação, enquanto intervenção de enfermagem, em fim de vida*, contribuindo assim, com a reflexão e conhecimentos adquiridos na elaboração da mesma, dando também resposta aos objetivos propostos no projeto (Apêndice II slides).

Como refere Craig (2003:28), (...) *A evidência atualizada e válida, com relevância direta para a situação em causa, necessita de ser integrada com outros fatores intervenientes para maximizar a probabilidade de os resultados esperados serem atingidos.*

Reconhecemos a importância da investigação, para o desenvolvimento contínuo da profissão e a tomada de decisões adequadas, contribuindo para prestar os melhores cuidados aos doentes/famílias e consolidar os conhecimentos ao nível do saber e da ciência e ainda, para demonstrar os fundamentos sobre os quais se estabelece a sua prática.

### **1.2.10. Desenvolver competências no controlo dos principais sintomas no doente paliativo**

Os CP são hoje encarados como, uma intervenção técnica e rigorosa no sofrimento dos doentes que apresentam doença grave e/ou avançada, incurável e progressiva. Para viabilizar essa intervenção, torna-se necessário maximizar o conforto e a qualidade de vida do doente/família, promovendo um controlo sintomático rigoroso e tão eficaz quanto possível, apesar da doença (Neto, 2016).

O controlo de sintomas implica uma correta avaliação, utilizando de uma forma exaustiva e periódica escalas adequadas e validadas, a par de um exame físico e psicológico pormenorizado, sustentado por uma comunicação efetiva em clima de confiança. Constituem assim, os elementos essenciais na colheita de informação básica para delinear planos de intervenção no controlo sintomático, especialmente no controlo da dor.

A dor é subjetiva e por isso, é necessário documentar e quantificar através de instrumentos, que nos ajudam a identificar mais corretamente e assim, proceder ao seu tratamento. A causa de um sintoma pode estar associada a vários fatores etiológicos, por isso, o profissional deve avaliar antes de tratar, explicar as causas do sintoma ao doente/família, não esperar que o doente se queixe e adotar uma estratégia terapêutica mista - recorrendo a técnicas farmacológicas e não

farmacológicas (Neto, 2016). A avaliação regular de todos os sintomas, decorrentes da progressão da doença, são de extrema importância e traduzem uma boa prática.

As competências adquiridas no controlo de sintomas do doente paliativo foram desenvolvidas graças, à colaboração na repetição da execução de estratégias de intervenção, ao longo do período de PC, nomeadamente na identificação e avaliação de sintomas, planeamento e implementação de medidas terapêuticas e monitorização das medidas implementadas. Tivemos necessidade de recorrer a pesquisa bibliográfica e relembrar, conhecimentos adquiridos ao longo da formação teórica.

Conhecer bem os sintomas permite a elaboração de um plano de tratamento com maiores possibilidades de êxito. A monitorização e identificação destes sintomas permitem um tratamento acompanhado e efetivo, Babarro e Bruera (2010). O uso de ferramentas validadas e adequadas para avaliar sintomas permite, obter medidas fiáveis de prevalência e intensidade dos sintomas. Existem vários instrumentos para avaliar mas, nenhum é perfeito.

Os mesmos autores, referem que a escolha depende, fundamentalmente, do tipo de doentes que se quer avaliar (doenças e sintomas mais prevalentes numa população), da disponibilidade de recursos (pessoal e tempo) e dos objetivos da nossa avaliação (clínica ou de investigação).

No internamento e na consulta externa, a monitorização de sintomas era uma constante, recorrendo a escalas para ajustar o melhor tratamento. Relativamente à utilização de escalas, as mais usadas para avaliação sintomática eram:

- Escala numérica da dor
- *Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS)*
- *Confusion Assessment Method, versão reduzida (CAM)*
- *Palliative Outcome Scale (POS-S)*
- *ECOG/OMS*
- *Palliative Prognostic Index (PPI)*

Tivemos oportunidade de realizar ensinamentos sobre, os aspetos que o doente pode melhorar no dia-a-dia para aliviar esses sintomas, com intuito de proporcionar conforto, dando especial atenção a medidas não farmacológicas, como por exemplo: recurso à massagem com o creme hidratante, aplicação de calor e frio, otimização da dieta, cuidados durante a higiene, cuidados com a boca, hidratação oral e da pele, prevenção de úlceras de pressão, medidas de distração que permitam ao doente ocupar o seu dia, de forma útil e confortável.

Assistimos doentes com os mais variados sintomas, no entanto, destacamos a dor como sendo, o sintoma mais prevalente. O uso da escada analgésica da OMS era uma prática comum na equipa, verificamos a forma como os profissionais manuseiam sabiamente os analgésicos dos diferentes patamares e fármacos adjuvantes para que o alívio da dor, discutindo sempre com o doente/família quais os objetivos da analgesia.

O papel do enfermeiro é muito importante no determinar de objetivos realistas para o controlo da dor, devendo discuti-los com o doente, sempre que possível. Tivemos a oportunidade de assistir e colaborar no ensino/esclarecimento ao doente/família, reforçando sempre a importância do cumprimento das recomendações realizadas, pelos profissionais no sentido, de se conseguir o objetivo principal, que é o alívio da dor.

### **1.2.11. Conhecer as estratégias de prevenção de burnout usadas nos diferentes contextos pelos profissionais da equipa**

As reuniões diárias de apresentação dos doentes, realizada em sala própria, têm também espaço de partilha e reflexão. É desta partilha multidisciplinar que existe um maior ganho para a pessoa doente/família e equipa. Tal como nos dizem Gamondi, Larkin e Payne (2013:6) *o entrelaçamento e a mistura de habilidades específicas oferecidas por distintos grupos profissionais têm mostrado providenciar melhores resultados para doentes e suas famílias que beneficiam dos serviços de cuidados paliativos*. E é neste dialogo aberto que a equipa de CP, permite uma aprendizagem de uns com os outros em diferentes perspetivas.

São ainda, momentos importantes uma vez que também se constituem como espaços que favorecem a expressão de sentimentos, emoções, experiências dos membros da equipa, prevenindo situações de maior desgaste, nomeadamente situações de *burnout*.

Muitas vezes, a equipa aproveitava momentos informais (como na hora da refeição) para trocar impressões sobre os doentes, sobre situações pessoais, partilhando experiências e sentimentos e utilizando o humor para descrever situações vivenciadas. Consideramos, que esses momentos eram muito ricos por permitirem a expressão de emoções, atuando como estratégias de coping úteis para prevenção do burnout uma vez que, momentos como estes contribuem, para o fortalecimento das relações interpessoais.

Corroborando com autores analisados pela Campos, R. (2005) na sua Dissertação sobre o Burnout, sugerem diversas medidas de prevenção do burnout, em benefício dos trabalhadores, doentes e da própria Instituição. Como por ex: investir na comunicação entre os elementos da equipa multidisciplinar, diminuindo os conflitos e promovendo uma melhor interação, com troca de experiências; a formação de grupos de apoio para debater aspetos emocionais; exercícios físicos, música, meditação, entre outras. Já muitos profissionais desenvolvem atividades como a pintura, jardinagem que após um longo e desgastante turno, são promotores de satisfação e bem-estar.

Algumas das características do trabalho dos profissionais de saúde parecem estimular o sentimento de bem-estar psicológico e a qualidade do trabalho produzido, até mesmo situações de sobrecarga de trabalho. A explicação poderia ser a motivação, *profissionais de saúde motivados e identificados com o seu trabalho, são mais dedicados e apresentam níveis mais baixos de exaustão emocional, além de responderem mais eficazmente as elevadas exigências do trabalho*. [Dias, et al (2011) citado por Santos, (2015:51)].

Assim, profissionais com elevada energia, forte envolvimento e elevada realização profissional são mais enérgicos e proativos. Cabe a cada um, descobrir as estratégias de prevenção de burnout, sem temer erros, pois todos os esforços são válidos para prevenção e manutenção de boa saúde.

Na EIHS CP não existe plano estruturado de convívio mas, organizam um jantar das festas (Natal e Páscoa) entre outras atividades como exemplo: jantar convívio de despedidas de casamento; valorização do dia de aniversário - ficando de folga e não esquecendo um telefonema. Estes são planos estratégicos usados pela equipa contribuindo assim, para evitar o *burnout*, como já foi referido e promovendo o espírito de equipa.

### **1.2.12. Respeitar a singularidade e Autonomia individual do doente/ familiar/ cuidador no morrer e no luto**

Este foi um dos objetivos mais complexos e que durante todo o percurso esteve sempre presente, exigindo muita reflexão interior e partilha. Desde o início da história da Humanidade,

que cuidar é imperativo no sentido de garantir a continuidade da vida do grupo e da espécie. Ao longo dos tempos o cuidar esteve implícito ao “Ser Humano” inserido numa comunidade. Assim, compreende-se que, (...) *durante milhares de anos, os cuidados não pertenciam a um ofício, menos ainda a uma profissão* (Colière, 1999:27).

Cuidar dizia respeito a qualquer pessoa que ajudava a outra a garantir o que lhe era necessário para continuar a vida, a vida do grupo e espécie, sendo este o fundamento de todos os cuidados. Para quem usufrui de cuidados (doentes/famílias/cuidador) respeitar a singularidade e autonomia individual no morrer e luto, talvez seja, um dos objetivos com mais relevância e as vezes, o menos respeitado por quem presta esses cuidados profissionais de saúde (Colière, 1999).

O respeito pelo Ser Pessoa é um dever ético do profissional de saúde. Na circunstância de doença, o doente encontra-se mais frágil e vulnerável, não significando que não tenha dignidade e autonomia para poder decidir ou delegar em alguém a sua decisão. O doente/família têm o direito, a usufruir de uma qualidade nos cuidados como ser humano que é e de acordo com toda a sua história de vida.

**Exemplo:** Doente **A** de 74 anos, com o diagnóstico de cancro do pulmão com metástases ósseas e hepáticas, já com antecedentes oncológicos, tratamento de radioterapia e quimioterapia. Vive com a esposa de 73 anos, que está em tratamento de leucemia e também tem Alzheimer. O Sr. A é o cuidador da esposa mas refere que se sente cansado. Tem dois filhos mas vivem fora do país. Os recursos económicos são baixos, não tendo outros apoios. Veio sozinho a consulta e refere que está a perder as forças para continuar a viver assim. Com o desenvolver da entrevista, percebemos que a situação de saúde deste cuidador estava a agravar.

Era necessário dar a notícia do seu estado de saúde e o que teria de enfrentar pois, a doença estava a prosseguir (...). Foi um verdadeiro trabalho de equipa que permitiu, encontrar os meios e estratégias necessárias para mobilizar o apoio a este casal.

Identificamos, neste caso específico, as necessidades do doente, relacionadas com informação do seu estado clínico e desencadeamos uma série de intervenções, no sentido de resolvermos essa mesma necessidade/problema. Concomitantemente, a tomada de decisão tendo em consideração os aspetos éticos e deontológicos, nomeadamente a verdade e a justiça, bem como o dever de informação (art. 78º, e art. 84º do código deontológico do enfermeiro).

A prestação de cuidados ao nível dos CP foi sintetizada sob a perspetiva de que em CP a família e o doente constituem a *unidade básica de tratamento*, Sapeta, (2011:75). Cabe então, aos profissionais de saúde desenvolver conhecimento de terapêutica ativa e global proporcionando conforto e qualidade de vida e promovendo a autonomia e dignidade.

Para a mesma autora a essência dos CP é aliança entre a equipa multidisciplinar que presta os cuidados, doente e família unidas numa mesma missão e tendo por base a comunicação.

Assim, cuidar em CP implica uma mudança nos objetivos e prioridades de cuidados, conhecimentos científicos e técnicos atualizados, mudança de atitude no que concerne à integração da família, à visão do doente como um todo e à forma como a comunicação se processa, não esquecendo nunca que os cuidados devem ser prestados não por profissionais isolados, mas sim por uma equipa multidisciplinar.

Tivemos, ainda, a oportunidade de assistir à forma como a EIHSCP realizava o apoio aos familiares/cuidador no luto. A equipa em reunião, chamada de luto (uma vez por semana), discutia todos os casos da semana e planeava: quem vai realizar o contacto telefónico, para quem é dirigido o telefonema, quem terá de ser já apoiado na consulta de psicologia.

Esta estratégia pode ser benéfica no apoio à família que vive um processo de luto porque, como diz Twycross (2003:63-65), *As pessoas enlutadas podem sentir isolamento e dificuldade em encontrar auxílio. Uma das vantagens dos cuidados paliativos é a do auxílio que pode ser oferecido às pessoas enlutadas, sem que estas tenham de o procurar.* De facto, este apoio era oferecido pela equipa a todos os familiares/cuidador dos doentes paliativos seguidos pela EIHSCP, um mês aproximadamente, após o falecimento.

## 2. SERVIÇO DE CUIDADOS PALIATIVOS - INTERNAMENTO

Dedicamos este tema ao local onde desenvolvemos a segunda parte da PC em CP, no internamento do SCP, num total de 150h distribuídas por vários turnos ao longo do mês de maio.

Para responder aos objetivos e tendo em conta o Guião de Observação, de uma forma sequencial vamos: caracterizar a organização e funcionamento da equipa; fazer uma reflexão crítica das atividades desenvolvidas e suas dificuldades. Usamos, também, o Guião de Observação já referenciado no estágio anterior, tendo como foco principal do nosso percurso - a interação enfermeiro/doente/família – cuidador, no que respeita a comunicação:

- Identificando as estratégias utilizadas pelos enfermeiros, neste processo de adaptação das pessoas doentes às perdas sucessivas e a morte;
- Compreender as características do processo comunicativo que condiciona a melhor compreensão da informação que se pretende transmitir (barreiras).

Por fim, elaboramos um estudo de caso de um doente que consideramos uma mais-valia para a nossa aprendizagem, partilhamos com a equipa, nas passagens de turno, de forma informal.

### 2.1. ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO

O SCP tem como missão proporcionar a prestação de CP com a máxima qualidade, humanismo e eficiência ao doente, e à sua família, em fase avançada da sua doença. Este serviço tem duas Unidades em pisos diferentes. Concomitantemente, procura fornecer formação continuada e promover a investigação, de forma a contribuir para uma melhoria na qualidade dos CP em Portugal.

O SCP, disponibiliza 40 quartos individuais em regime de internamento, os doentes tem seguimento em consulta externa, tem uma equipa intra-hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos e uma equipa de Assistência Domiciliária para doentes residentes na Cidade. São diretrizes do SCP:

- Defender a vida e aceitar a morte como um processo normal que não se antecipa nem se atrasa;
- Melhorar o bem-estar e a qualidade de vida dos doentes;
- Promover uma abordagem holística do sofrimento (a nível físico, psicológico, social e espiritual);
- Ajudar a família/cuidadores a superarem a doença e a morte (internamento e consulta do luto).

Relativamente às metodologias de trabalho, o SCP possui uma equipa multidisciplinar de trabalho (4 médicos, 23 enfermeiros, 12 assistentes operacionais, 1 psicólogo, 1 técnico do serviço social, 1 assistente espiritual Frei da Instituição). Existem voluntários que não fazem parte do serviço, mas se solicitados dão apoio ao doente/família. A intervenção de outros profissionais como: nutricionista, fisioterapeuta, cirurgião, entre outros, quando necessária a opinião e/ou intervenção são contactados.

A nível de pessoal médico a equipa, neste momento, está muito reduzida para as necessidades e por tal motivo, existiram várias dificuldades no trabalho de equipa desenvolvido quer no internamento, no apoio aos serviços intra-hospitalar e apoio domiciliário.

Por sua vez no SCP, neste período de tempo, eram admitidos doentes “hospedeiros” dos diferentes serviços da Instituição; ou seja, neste momento, a equipa de enfermeiros cuidava de doente de CP e não paliativos.

Apesar destas condicionantes, a realização da PC foi muito positiva e enriquecedora, há que salientar o empenho, disponibilidade, recetividade/acolhimento de todos os profissionais na nossa integração. Sentimos espaço e abertura para uma aprendizagem com as vivências nas dificuldades do terreno.

A referir que a equipa de enfermeiros é muito jovem (média de idade 28/32 anos) e cerca de 45%-50% dos enfermeiros tem formação básica e treino prático em CP. Os médicos tem formação em CP e os Assistentes Operacionais 25%-30% têm formação básica - informação recolhida pela enfermeira Chefe do Serviço.

Os critérios de admissão, neste Serviço, são doentes inscritos na instituição, com idade igual ou superior a 16 anos, que possuam sintomas/problemas intensos ou incapacitantes, consequentes de doença oncológica incurável, avançada e progressiva sem resposta razoável à terapêutica.

A admissão interna e/ou externa é realizada considerando a decisão tomada pelos médicos do SCP, após avaliação da proposta de admissão feita pelo médico assistente do doente na instituição hospitalar. Depende também da aceitação do próprio doente, após ter sido informado sobre os objetivos da Unidade (em relação aos doentes com alterações cognitivas, o consentimento poderá ser dado pelo familiar/responsável legal).

## 2.2. REFLEXÃO CRÍTICA DA PRÁTICA CLÍNICA

Este percurso decorreu na Unidade do piso (-1), onde tivemos o privilégio de participar e acompanhar nas atividades realizadas ao doente/família desde a admissão a alta. Colaboramos com a orientadora, nos autos - cuidados: higiene, vestir, posicionar, mobilizar, alimentar, prestação de cuidados a feridas malignas, avaliação de sintomas, apoio e escuta ativa, cuidados em situação de agonia e cuidados ao corpo após a morte (...) e acompanhamento da família - cuidador neste processo.

Participamos, duas vezes, nas reuniões Médicos e Enfermeiros (um representante por cada unidade) que se realizava, uma vez por semana, para as duas Unidades do SCP. Tivemos ainda, oportunidade de conhecer e acompanhar, a equipa intra-hospitalar, equipa de apoio domiciliário e equipa da consulta externa, permanecendo um turno em cada uma destas equipas.

A nossa reflexão é realizada tendo em conta os objetivos propostos, de uma forma global, tendo sempre presente, os quatro pilares dos CP: Controlo de sintomas, Comunicação e Apoio a família, Trabalho em equipa.

O internamento torna possível o acompanhamento do doente/família durante as 24h, por profissionais qualificados, proporcionando o conforto e controlo de sintomas, motivo pelo qual os doentes são frequentemente internados.

Cuidar o doente em fim de vida, quando a cura já não é possível, é ir além do tratar, é proporcionar bem-estar físico, psicológico e emocional àquele que vive a proximidade da morte, isto é *Cuidar*. Para Hesbeen (2000:31) cuidar designa o que é tecido em conjunto. Isso quer dizer que cada um dos elementos de um conjunto, de uma situação, estão ligados entre si, interagem uns com os outros. É um trabalho comum, mas único para cada pessoa, sendo o fruto do encontro de diferentes competências.

O resultado do cuidar é então, o conjunto dos cuidados de todos os profissionais de saúde, da família e do próprio doente, que influenciam a vivência e o impacto que a doença terminal pode ter na sua vida.

Partilhamos uma experiência da enfermeira que acompanhamos, a qual manifestou dificuldades ao cuidar de doentes em fim de vida nomeadamente, quando eram pessoas jovens.

Refere como fatores geradores de dificuldades: a idade do doente, o sofrimento psicológico/espiritual que alguns doentes apresentam, o lidar com a morte e acompanhar a família quando existe crianças pequenas, a falta de tempo/disponibilidade, apesar de terem menos doentes á sua responsabilidade que noutros serviços e a formação insuficiente sobre a morte e o luto. Neste momento, não têm espaços de partilha para falarem destas situações na equipa.

**Relato da enfermeira:** *“Uma das situações recentes mais significativas foi uma jovem (...), ela tinha só 29 anos! (...), pouco mais nova do que eu, tinha uma filha de cinco anos (...). A filha veio, uma das vezes, visitar a mãe. Deixou um desenho no quarto - representava a família - que trouxe para a mãe. Eu sempre que ia cuidar dela, olhava para o desenho e pensava por breves instantes, como é possível! (...). Aquela menina ia crescer sem a referência, marcante, que era a sua mãe? A doente, consciente da situação, sabia que teria de deixar a sua filha. Mas, não falava da morte (...). Por sua vez, os pais da doente também não falavam da morte connosco (...).*

*Sabíamos que era uma família presente e que o pai da criança e avós iriam cuidar bem da neta, mas (...) a morte de pessoas jovens marcam-me mais, porque o ciclo de vida ainda não está completo (...) quando são mais idosas já viveram, já passaram as várias etapas ao longo da vida”.*

Este testemunho leva-nos a refletir sobre, a inevitabilidade da morte que deve ser reconhecida e respeitada por todos, os elementos da equipa de CP, que cuidam. Lidar com a morte e com o processo de morrer é um desafio que se impõe a todos os profissionais, em particular aos enfermeiros, pretende dar sentido à vida de quem enfrenta a sua fase terminal, bem como daqueles que o rodeiam.

Como nos diz Hennezel (2002:11) a morte: *não deixa, por isso, de continuar a ser um imenso mistério, um grande ponto de interrogação que transportamos no mais íntimo de nós.* A morte é sempre um acontecimento gerador de uma grande carga emotiva, que perturba a vida das pessoas, na medida em que representa o desconhecido.

São diversos os sentimentos que surgem quando pensamos na morte, como são variadíssimas as perguntas que colocamos a nós mesmos ou aos outros sobre a morte. Perguntas essas, sobre as quais não encontramos qualquer resposta concreta. No entanto, o que sabemos é que todas as pessoas querem ter uma morte digna (Hennezel, 2002). Uma morte que ocorra sem sofrimento, ou pelo menos, com o menor sofrimento possível.

Nesta linha de ideias, os CP surgem como a forma de o sistema de saúde responder às necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais da pessoa que vai morrer e da sua família, cuidando-a de forma holística, concretizando o respeito pela dignidade na fase final da vida.

O enfermeiro tem um papel decisivo no apoio e no acompanhamento a dar ao doente e aos familiares durante todo o processo de final de vida. Na sua prática profissional o enfermeiro possui obrigações de natureza deontológica, isto é, de natureza profissional, alicerçados nos princípios da ética e do direito, que procuram definir as boas práticas de enfermagem. Neste situação em particular, o Código Deontológico dos Enfermeiros refere-se à pessoa em final de vida através do Artigo 87º (Nunes, 2005:125), **Do respeito pelo doente terminal** - *O enfermeiro, ao acompanhar o doente nas diferentes etapas da fase terminal, assume o dever de: a) defender e*

*promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja que o acompanhem na fase terminal da vida; b) respeitar e fazer respeitar as manifestações de perda expressas pelo doente em fase terminal, pela família ou pessoas que lhe sejam próximas; e c) respeitar e fazer respeitar o corpo após a morte.*

A morte ao ser transferida para o hospital deixa de ser vivenciada, algumas vezes, como um acontecimento familiar e até social e passa a ser partilhada com pessoas que não se conhece. Ou então é vivenciada num “*frenesim*” de entra e saiu do quarto, de pessoas que vão lá para se despedir, umas são amigas, outras apenas conhecidas! (...).

Dado que as perdas são sentidas e vivenciadas de uma forma individual e particular, todos os intervenientes do processo de acompanhamento no morrer, poderão vivenciar o significado, emoções e sentimentos associados a essas perdas. É aqui, que o enfermeiro pode e deve intervir, na promoção de melhor qualidade de vida possível e no máximo tempo de vida que resta, garantindo os cuidados com respeito pela dignidade de cada pessoa.

Este foi, sem dúvida, um período em que acompanhamos doentes/ famílias que se confrontaram com perdas significativas, mas que nos alertou e sensibilizou para o sofrimento do outro, despertando a reflexão enquanto profissionais que cuidamos.

**Relato de um doente:** A possibilidade de podermos assistir ao discurso de um doente com 72 anos, neste momento, reformado de uma vida muito ativa. Referia: *“estou em paz comigo e com a minha vida. Também sei que aqui não vou sofrer, porque tenho o apoio de bons profissionais. Em casa, já não tinha qualidade de vida. Sinto-me preparado e agradecido por poder estar aqui”*.

Para nós, foi um dos momentos marcantes de forma positiva. A sensação de que, efetivamente, podemos marcar a diferença na vida de um doente/família, que podemos ajudar e proporcionar qualidade, dignidade, conforto e, ao mesmo tempo, esperança, é motivo de satisfação para qualquer profissional, ainda mais para quem estava a estagiar, exigindo-nos uma capacidade de resiliência e de gestão de sentimentos.

O doente/família reconheciam o mérito e capacidade de resposta da equipa, para que ele se sentisse confortável, sem dores e apoiado. Apesar de não se encontrar no seu espaço familiar de casa, encontrava-se confortável e a sua família fazia-se presente nas 24 horas.

Foi relevante, para nós, a descrição que este doente fez do seu percurso de vida, referia ter sido muito feliz, junto da sua esposa e dois filhos, os quais já estão casados e independentes. *“Soube sempre tirar partido dos pequenos momentos de cada dia. Quando apareceu esta doença (...), numa primeira fase, as forças e vontade de lutar, foram abaixo mas, com o apoio da família consegui ultrapassar o choque e também ter a medicação que ajudasse nas dores (...), consegui encontrar um sentido para a vida, traçando objetivos e metas próximas e agradecendo sempre de cada vez que os atingia. Agora a medicação já não está a fazer o seu efeito e por isso, é melhor estar aqui. Gostava de viver mais um tempo para ver o meu próximo neto! Mas, não sei se chegarei até lá! (...)”*.

Este senhor reformulou os seus objetivos de vida de forma realista, contudo, mantinha um que, dada a sua situação clínica, não sabia se era possível de concretizar. Continuou dizendo: *“não sei se vou aguentar até ao nascimento do meu 4º neto (...)? Ainda falta 5 meses para nascer! (...)”*.

Esta situação exigiu da equipa, nomeadamente dos enfermeiros, alguma disponibilidade de tempo para acompanhar, escutar e apoiar neste seu caminhar da sua vida (...) conseguindo-se proporcionar, alguns momentos de felicidade familiar. Festejou aqui, o seu aniversário com a esposa, filhos e netos (festa surpresa para o doente), ficou muito feliz. Também, tivemos o privilégio de estar presente e acompanhar esta experiência. Conforme refere, Neto (2016) e a

descrição deste caso, as áreas fundamentais que viabilizam a aplicação de CP consegue-se espelhar:

**Controlo de sintomas** – o controlo de sintomas físicos, nomeadamente a dor, é prioritário e é uma condição sem a qual dificilmente os outros problemas se resolverão. Neste caso, foi o motivo pelo qual doente foi internado.

**Comunicação adequada** – a comunicação pode aliviar dores que nem os mais potentes analgésicos tratam (...), neste percurso com o doente a capacidade de escuta, o ambiente tranquilo e empático foi proporcionado e o doente expressou abertamente o que sentia.

**Apoio á família** – a família tem um papel fundamental de apoio ao doente na sua fase terminal, sofrendo também o impacto da doença, daí ser incluída nos cuidados dispensados pela CP. A família deste doente esteve sempre presente e disponível.

**Trabalho em equipa** – só uma equipa de profissionais que trabalha de forma coordenada, onde existe, efetivamente partilha de saberes e impera o respeito, pode concretizar os objetivos dos CP. A equipa ajudou a família a concretizar o seu objetivo, proporcionando um momento de felicidade para o doente - a festa de aniversário.

**Outra situação:** Numa terça-feira, cerca das 16h, admitido doente A, para controlo sintomático, com 45 anos em fase avançada de doença, muito emagrecido, um olhar triste e profundo, não trazia no momento acompanhante/familiar. Foi para o quarto X e após a nossa apresentação o doente refere: *“vim para morrer aqui (...)”* seguiu-se um silêncio, que para nós, quase pareceu uma eternidade. Prosseguiu *“o meu pai também morreu aqui há pouco tempo! (...) eu acompanhei-o”*.

Proporcionado pela equipa, conforto físico, alívio sintomático da dor, escuta ativa, espaço aberto e franco para que o doente partilhasse o que mais o angustiava. Após estar mais relaxado e sem dor, referiu que ia descansar. Foi respeitado esse momento, criado espaço de privacidade e afetividade entre o doente/equipa.

Mais tarde chegou a filha do doente, uma jovem, que não coabitava com o pai mas, vivia perto, queria estar presente e acompanha-lo nesta fase. **Filha** - *“O meu pai está muito mal, está muito magro, vai morrer! (...) e silêncio. Eu ainda há pouco perdi o meu avô, agora vou perder o meu pai”* e com lágrimas, no seu rosto prosseguiu *“eu quero fazer pelo meu pai, o que ele fez pelo seu (...), ficar até ao fim”*.

Realizado o acolhimento à familiar, filha, percebendo então, quais as necessidades e dificuldades mais prementes. Sugerido o apoio espiritual (pelo Frei da Instituição) que a mesma aceitou, agradecendo todo o nosso empenho nesta situação que estavam a viver. Facultado a possibilidade de permanecer, no serviço 24h/dia, com direito a pernoitar no quarto do seu pai, se assim o desejasse, não envolvendo custos.

O tema da morte e o processo de morrer são ainda, encarados com constrangimento. Os últimos momentos da vida, de uma pessoa que amamos podem constituir uma ocasião de ir para além, de ir mais longe possível com essa pessoa. Quando nada mais resta fazer, podemos ainda amar e sermos amados (...) mas, *quantos de nós aproveita essa ocasião?* (Henezel, 2002:14).

Morrer é inevitável, mas é importante que possamos contribuir para um final de vida que considere o atenuar da dor e do sofrimento, pela maior qualidade de vida e dignidade possível para o doente/família, num ambiente onde o respeito e a harmonia sejam uma constante e o estado terminal do doente, seja o menos doloroso e solitário possível!

Quando surge o aparecimento de uma doença terminal a ideia de morte torna-se mais presente, porque exige uma mudança de paradigma, sobrepondo os objetivos terapêuticos paliativos aos curativos, e implicando, com isso, um processo de adaptação, não só dos profissionais de saúde, mas também do doente/família.

Neste caso concreto, a força do amor parece constituir toda a dedicação e coragem, desta jovem, para encarar todo este processo de morrer que estava a vivenciar. No entanto, para a sociedade em geral, a morte, ainda, é uma realidade que se esconde através da representação expressa do medo do desconhecido, ao contrário de ser entendida como mais uma fase do ciclo da vida humana, com sentido e valor.

Ao longo deste nosso percurso, que com várias situações e casos concretos, desenvolvemos competências e consolidamos conhecimentos numa perspetiva holística, não podendo de modo algum dissociar a vertente relacional e espiritual, conseguindo assim, uma realização pessoal e profissional.

Interagimos com doente/familiar/cuidador, mobilizamos saberes, vivências, significados próprios e emoções através da comunicação. Neste processo, foi prioritário estabelecer uma relação de ajuda com a pessoa doente/família e levar a que pudessem encontrar recursos internos para compreender e/ou aceitar as situações e desenvolver estratégias de ultrapassar esses eventos perturbadores ou stressantes.

Aos profissionais, enfermeiros, que lidam com pessoas com doença incurável e progressiva é fundamental que tenham maturidade pessoal e profissional adequada a um perfil pautado pela excelência. A formação específica e especializada, nesta área, é um contributo importante no processo de desenvolvimento de competências, tendo sempre como ponto central a maximização da qualidade de vida e a diminuição do sofrimento de doentes e famílias.

A formação é apontada como fator de sucesso nas equipas de CP. O Conselho da Europa, em 2003, realçou a necessidade de programas estruturados de educação na formação de todos os profissionais que prestem CP para, obter treino adequado a fim de exercer as suas funções de forma concreta, criteriosa e culturalmente sensível como referido no Plano Estratégico (2017-1018).

Além destas competências, a maturidade, a humildade de estar perante seres humanos numa fase tão frágil e única nas suas vidas, a capacidade de desenvolver uma relação de ajuda eficaz, em que tantas vezes deixamos de ser somente profissionais mas que temos o privilégio, de vivenciar momentos intensos partilhando-os com doente e famílias/cuidadores, são sem dúvida essenciais para o bom desempenho em CP. Durante a PC, tivemos essa oportunidade e foi essencial para o nosso crescimento pessoal e profissional.

## **2.3. ESTUDO DE CASO**

### **Introdução**

O estudo de caso que se segue foi realizado no âmbito da PC em contexto de internamento hospitalar, traduzindo um dos objetivos traçados como forma de proporcionar uma prática reflexiva e especializada em CP.

De forma a garantir a confidencialidade e a privacidade de dados pessoais, no cumprimento dos preceitos éticos e normativos, assim como garantir de forma inequívoca que os dados publicados neste estudo de caso não são identificáveis, foram omissos dados biográficos e apenas explanadas as reflexões / aprendizagens que derivam do processo terapêutico.

A perspectiva que seguimos foi a colheita de dados e genograma, elaboração de um plano específico de cuidados, tendo por base a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Após a referência aos diagnósticos de enfermagem, intervenções e resultados, realizamos uma reflexão crítica partilhada com a equipa de enfermagem nas passagens de turno. Abordamos, o controlo de sintomas, nomeadamente a dor, o trabalho em equipa, a comunicação, apoio a família e um plano de intervenção no luto, que nos conduziu á reflexão com motivação, numa busca constante por uma excelência nos cuidados prestados.

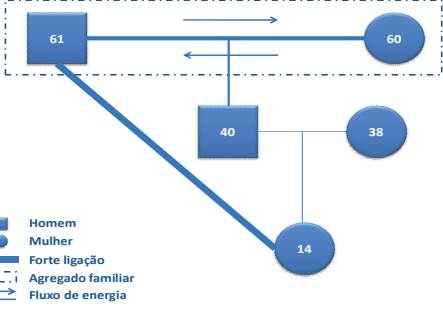
Ao longo da exposição do estudo de caso, colocamos algumas questões para reflexão de forma a consolidar o processo de crescimento pessoal e profissional que decorreram do contexto clínico.

Tratando-se de uma situação complexa houve dificuldades na obtenção dos resultados para a eficácia do seu tratamento, o que foi conseguido pela conjugação das competências dos elementos da equipa especializada.

## PLANO DE CUIDADOS

### COLHEITA DE DADOS

Homem, 61 anos, internado para Controlo Sintomático por Dor não controlada. Portador de cancro (Ca) do pulmão (adenocarcinoma).

Data	<b>AVALIAÇÃO</b> <b>Dados relevantes para o processo de tomada de decisão que decorrem da avaliação inicial e continua</b>	Fonte de dados
1º dia	<p><b>RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA</b></p> <p><b>Nome Preferido:</b> A</p> <p><b>Profissão:</b> Reformado do setor industrial</p> <p><b>Dados Sócio Demográficos:</b></p> <p>Família nuclear, matriarcal, com extensão a segunda geração. <b>E</b> é a cuidadora principal de <b>A</b>. Boas relações familiares e forte ligação com a neta, desde que nasceu, neste momento é adolescente.</p> <p>Tem boas relações com uma vizinha, que é profissional da saúde – reformada, que presta muito apoio quer ao doente e esposa. Refere: <i>“Explica-me tudo (...) que cuidados devo ter, agora que está doente (...) pois tem muito conhecimento, também é profissional de saúde”</i>.</p> <p>Tem médico e enfermeiro de família do Centro de Saúde da área da sua residência.</p> <p><b>GENOGRAMA</b></p>  <p><b>Antecedentes Pessoais Relevantes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> História doença cérebro - vascular;</li> <li><input type="checkbox"/> Submetido a técnica de substituição da função renal há vários anos</li> </ul> <p><b>Diagnóstico Principal e Fase da Doença:</b></p> <p>O diagnóstico há 6 anos. Foi submetido a Radioterapia radical, com progressão da doença a nível sistémico (ósseo e cerebral) há um ano.</p> <p>Desde que <b>A</b> ficou mais dependente e debilitado, a esposa acompanha-o e cuida a tempo inteiro.</p> <p>Fica internado, para controlo da dor, ao cuidado da médica assistente de Nefrologia, no Serviço de Cuidados Paliativos (SCP).</p>	<p>Processo clínico</p> <p>Doente <b>A</b> e Cuidadora <b>E</b> (esposa)</p>

	<p style="text-align: center;"><b>TRANSIÇÃO DE CUIDADOS - PARA CUIDADOS PALIATIVOS</b></p> <p><b>3º dia de internamento</b></p> <p>Sonolento, com alterações cognitivas e flutuação de consciência, provável progressão da doença.</p> <p>Aceitou o internamento no SCP assim como, a esposa que o acompanhou. Esta refere vontade em permanecer no serviço mesmo a noite. Como regra, deste serviço e da Instituição, foi autorizada.</p> <p>Realizado o acolhimento e as informações do funcionamento das regras do serviço. <b>A</b>, fica tranquilo na cama e sem dores.</p> <p>A esposa sempre muito atenta e ao mesmo tempo inquieta, em relação a medicação e quer saber o que se administra pois, tem medo das reações alérgicas que o marido possa fazer. Explicado e informada, pelos profissionais (enfermeiros), o que é administrado ao seu marido.</p> <p>Em fase de negação demonstrando muita insegurança nos profissionais que cuidam. Refere que conhece a situação clínica do marido, mas tem medo que ele morra. Sempre em vigilância e de tal forma que questiona tudo e principalmente a medicação instituída – seu foco de atenção.</p> <p>Está frequentemente a estimular o marido, não o deixando descansar. A qualquer movimento do braço ou outro, de imediato corresponde. Se está sentada, levanta-se para saber o que se passa, tapa ou destapa o marido, pergunta até este dizer alguma coisa. Papel de cuidadora referindo: “ <i>tenho de estar sempre atenta, (...) não quero que te falte nada</i>”.</p> <p>Recorda no seu discurso, fases difíceis na sua vida com algumas pessoas da família, “<i>ainda há pouco tempo ajudei a cuidar da minha tia (...) que faleceu. Gostava muito dela</i>”. Prestado apoio emocional, escuta ativa em ambiente calmo e tranquilo (no quarto que é individual). <b>A</b>, encontrava-se confortável, de olhos fechados mas, facilmente despertável.</p> <p style="text-align: center;"><b>AVALIAÇÃO DOS PADRÕES FUNCIONAIS</b></p> <p><b>Padrão Percepção da saúde/gestão da saúde:</b> deixou de fumar desde o aparecimento do cancro, reconhecendo que possa ter sido uma das causas para o aparecimento da doença. Desde novembro 2016, percebeu que algo estaria a mudar: perdeu peso (cerca de 4Kg em 2 meses), astenia, falta de apetite, dores nas costas, pelo que foi procurar aconselhamento médico.</p> <p><b>Padrão nutricional:</b> Antes da doença pesava cerca de 64-66Kg, fazia cerca de 3-4 refeições por dia (pequeno almoço, almoço, lanche e jantar), raramente ficava nauseado ou com problemas de indigestão. Depois de aparecer a doença e com sua progressão apresenta, atualmente, peso de 60g, altura 168cm, fica “<i>enfartado</i>” com pouca comida e por vezes, até nauseado: A esposa de <b>A</b> refere: “<i>comer era um dos prazeres, era mesmo um bom garfo!</i>”.</p> <p><b>Padrão de eliminação intestinal:</b> padrão intestinal diário, de fezes pastosas.</p> <p><b>Padrão Atividade – Exercício:</b> Nunca praticou atividade física regularmente; autónomo nas atividades de vida diária até surgir a doença; gostava de conduzir o carro apesar de ter prótese do membro inferior esquerdo, estava adaptado. Atualmente, dependente nos autocuidados.</p> <p><b>Padrão Sono – Descanso:</b> padrão de sono normal de 6-7h/noite; atualmente refere ter alguns períodos de insónia e pesadelos durante a noite; de dia cansado e sonolento mais do que o expectável.</p> <p><b>Padrão Cognitivo – Percetual:</b> está consciente e orientado no tempo e espaço. Em relação a percepção do diagnóstico e prognóstico refere: “<i>não quero ter dores e quero ir para casa</i>”.</p> <p><b>Padrão Auto-percepção/Autoconceito:</b> uma pessoa descomplexada e a esposa refere que se adaptou facilmente a prótese da perna “<i>até usava calções, ia para praia e retirava a prótese, muito vaidoso com ele</i>”. Atualmente e com a evolução da doença, afirma sentir-se mal com a astenia e desconforto. “<i>Não falo muito, mas agora canso-me muito e fico sem forças</i>”.</p> <p><b>Padrão Função – Relacionamento:</b> O seu grande apoio, a sua esposa, que já conhece há 45 anos; viveu sempre muito para a família. Forte ligação com a neta. Relação próxima</p>	
--	---	--

com outros familiares mais diretos, irmão, sendo este um grande recurso de apoio.

**Padrão Valor - Crença:** é católico, crente não muito praticante mas, a religião e as suas crenças de fé têm um peso fundamental. Concordou com a esposa fazer o sacramento da Santa Unção pelo Frei da Instituição, na companhia da esposa.

**MEDICAÇÃO REALIZADA NO INTERNAMENTO:**

Medicação	Forma	Dose	Via Administração	Horário
Metoclopramida	Compr.	10mg	Oral	Antes das refeições
Paracetamol	Compr.	1gr	Oral	2xdia
Gabapentina	Compr.	300mg	Oral	1xdia
Dexametasona	Inject.	4mg	Subcutânea	1xdia
Glicerina	Supos.	2,92g	Retal	1xdia
Morfina	Inject.	4mg	Subcutânea	3xdia e em SOS
Midazolan	Inject.	3mg	Subcutânea	Se inquietação/agitação
Lorazepan	Compr.	0,5mg	Oral	SOS se insónias
Diazepan	Supos.	10mg	Retal	SOS se convulsões
Metoclopramida	Compr.	10mg	Oral	Náuseas/vómitos e SOS

**ATIVIDADES RESULTANTES DE PRESCRIÇÃO:**

- Sem indicação para Suporte Avançado de Vida (SAV)
- Monitorização dos sinais vitais (SOS)
- Oxigenoterapia por cânula nasal (SOS)
- Presença de Cateter Subcutâneo (Otimizar cateter subcutâneo; vigiar local de inserção do cateter subcutâneo; vigiar penso do cateter subcutâneo; remover cateter subcutâneo).

<p><b>Foco: Dor oncológica</b></p> <p>“Dor: sensações concomitantes de dores agudas e crônicas com diferentes níveis de intensidade associadas à disseminação invasiva de células cancerígenas no corpo; consequência do tratamento do cancro como a quimioterapia; ou condições relacionadas com o cancro, como dor por ferida; a dor oncológica é habitualmente referida como uma sensação de dor imprecisa, ferindo, que faz doer, assustadora ou insuportável, com crises de dor intensa acompanhada de dificuldade no sono, de irritabilidade, depressão, sofrimento, isolamento, desespero e de sensação de desamparo.”</p>		
<p><b>Dados:</b> A com Ca do Pulmão, dor e desconforto na região dorso - lombar e as vezes, dor de cabeça.</p> <p><b>Atividade de diagnóstico:</b> - Avaliar a dor; Monitorizar a dor através da escala numérica da dor; Avaliar <i>coping</i> face à dor; Avaliar sinais e sintomas não verbais da dor; Avaliar a eficácia das medidas de controlo da dor;</p> <p><b>Dados de avaliação:</b> Refere dor na região dorso - lombar tipo “moideira” Necessidade de 2-3 SOS/ dia de medicação para dor. Avaliações de 6-8 na escala numérica de monitorização da dor. Após a medicação refere algum alívio - (Anexo IV)</p>		
<p><b>Data início:</b> 1º dia</p>	<p><b>Diagnóstico de enfermagem:</b> Dor oncológica</p>	
<p><b>Data início:</b> 1º dia</p>	<p><b>Objetivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diminuir a dor para valor 2 na escala numérica da dor</li> <li>- Assegurar o conforto</li> </ul>	<p><b>Termo</b></p>
<p><b>Data início:</b> 1º dia</p>	<p><b>Intervenções de Enfermagem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelecer o toque terapêutico</li> <li>- Executar técnica de massagem</li> <li>- Incentivar o uso de estratégias para desviar a atenção da dor</li> <li>- Assistir a alterar percepção ou padrão da dor [diminuir pensamentos negativos]</li> <li>- Promover técnicas comportamentais de relaxamento</li> <li>- Promover estratégias de <i>coping</i> adaptativo</li> <li>- Favorecer repouso/sono adequados para o alívio da dor</li> <li>- Oferecer ambiente calmo e agradável para repouso e sono adequados e facilitar o alívio da dor</li> <li>- Gerir medicação [SOS]</li> </ul>	<p><b>Termo</b></p>
<p><b>Data início:</b> 3º dia</p>	<p><b>Dados de Avaliação:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A refere dor 4 na escala de monitorização da dor após administração de medicação</li> <li>- Necessita de medicação de 8/8h</li> </ul>	<p><b>Termo</b></p>

<b>Foco: Úlcera por Pressão (UP)</b>		
<p>“Úlcera: dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada”.</p>		
<p><b>Dados:</b> A com Ca do pulmão inoperável com metastização vertebral em D7 e D8 com fratura a este nível apresentando-se debilitado, astênico, com diminuição da força e pouca capacidade de mobilização. <i>Status</i> nutricional comprometido. Pele seca; Intolerância à atividade, está acamado; falta de apetite; emagrecido e já apresenta UP (maléolo direito e coxa direita).</p> <p><b>Atividade de diagnóstico:</b> Avaliar risco de UP utilizando a escala. Avaliar a pele / zonas de pressão.</p> <p><b>Dados de avaliação:</b> Score na escala de Braden de 13 (Anexo V)</p>		
<b>Data início:</b> 3º dia	<b>Diagnóstico de enfermagem:</b> Alto risco de úlcera por pressão	<b>Termo</b>
<b>Data início:</b> 3º dia	<b>Objetivos:</b> Prevenir lesão por pressão e manter pele íntegra	<b>Termo</b>
<b>Data início:</b> 3º dia	<p><b>Intervenções de Enfermagem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicar creme hidratante (1x turno/ SOS)</li> <li>- Assistir no posicionamento [2/2h]</li> <li>- Incentivar alternar posicionamentos</li> <li>- Aliviar zonas de pressão através de almofada</li> </ul> <p><u>Atividade de vigilância:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigiar a pele</li> </ul>	<b>Termo</b>
<b>Data início:</b> 3º dia	<b>Dados de Avaliação:</b> Pele íntegra sem sinais de UP, exceto no maléolo e coxa direita	<b>Termo</b>

<b>Foco: Úlcera por Pressão 1</b>		
<p>“Úlcera: dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada”.</p>		
<p><b>Dados:</b> A com Ca do pulmão inoperável com metastização vertebral em D7 e D8 com fratura a este nível apresentando-se debilitado, astênico, com diminuição da força e pouca capacidade de mobilização. <i>Status</i> nutricional comprometido. Pele seca; Intolerância à atividade, está acamado; falta de apetite; emagrecido. Apresenta úlcera por pressão na face externa do maléolo direito.</p> <p><b>Atividade de diagnóstico:</b> Monitorizar a UP com fita numérica</p> <p><b>Dados de avaliação:</b> Apresenta tecido com fibrina, exsudado reduzido, tamanho 2cm/2cm, forma circular.</p>		
<b>Data início:</b> 3º dia	<b>Diagnóstico de enfermagem:</b> Úlcera por pressão na face externa do maléolo direito categoria 3	<b>Termo</b>
<b>Data início:</b> 3º dia	<b>Objetivos:</b> - Promover a cicatrização da UP - Promover o conforto	<b>Termo</b>
<b>Data início:</b> 3º dia	<p><b>Intervenções de Enfermagem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Executar tratamento à úlcera por pressão (3/3dias ou SOS)</li> </ul> <p><u>Atividade que concretiza a intervenção:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limpeza com soro fisiológico + aplicação de hidrogel + colocação</li> </ul>	<b>Termo</b>

	<p>penso adesivo estéril</p> <p><u>Atividade de vigilância:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigiar úlcera por pressão</li> <li>- Vigiar penso da úlcera por pressão</li> </ul>	
<p><b>Data início:</b></p> <p>3º dia</p>	<p><b>Dados de Avaliação:</b></p> <p>Realizado tratamento à úlcera de pressão de 3/3 dias sem necessidade de realizar em SOS; penso limpo e seco externamente. UP apresenta tecido de fibrina, exsudado seroso em quantidade reduzida e sem odor, bordos sem sinais inflamatórios. Não refere dor aquando da realização do tratamento.</p>	<p><b>Termo</b></p>

<p><b>Foco: Úlcera por Pressão 2</b></p> <p>“Úlcera: dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada”.</p>		
<p><b>Dados:</b> A com Ca do pulmão inoperável com metastização vertebral em D7 e D8 com fratura a este nível apresentando-se debilitado, astênico, com diminuição da força e pouca capacidade de mobilização. <i>Status</i> nutricional comprometido. Pele seca; Intolerância à atividade, está acamado; falta de apetite; emagrecido. Apresenta úlcera por pressão na coxa direita.</p> <p><b>Atividade de diagnóstico:</b> Monitorizar a UP com fita numérica</p> <p><b>Dados de avaliação:</b> Apresenta algum tecido de granulação, sem exsudado e tamanho 1,5cm/2cm, forma oval.</p>		
<p><b>Data início:</b></p> <p>3º dia</p>	<p><b>Diagnóstico de enfermagem:</b></p> <p>UP na coxa direita categoria 3</p>	<p><b>Termo</b></p>
<p><b>Data início:</b></p> <p>3º dia</p>	<p><b>Objetivos:</b></p> <p>Promover a cicatrização da UP</p>	<p><b>Termo</b></p>
<p><b>Data início:</b></p> <p>3º dia</p>	<p><b>Intervenções de Enfermagem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Executar tratamento à UP 3/3dias ou SOS</li> </ul> <p><u>Atividade que concretiza a intervenção:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Limpeza com soro fisiológico + aplicação de hidrogel + colocação penso adesivo estéril</li> </ul> <p><u>Atividade de vigilância:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vigiar úlcera por pressão</li> <li>- Vigiar penso da úlcera por pressão</li> </ul>	<p><b>Termo</b></p>
<p><b>Data início:</b></p> <p>3º dia</p>	<p><b>Dados de Avaliação:</b></p> <p>Realizado tratamento à UP de 3/3 dias sem necessidade de realizar em SOS; penso limpo e seco externamente. UP apresenta algum tecido de granulação, sem exsudado, bordos sem sinais inflamatórios e sem odor. Não refere dor aquando da realização do tratamento.</p>	<p><b>Termo</b></p>

<b>Foco: Capacidade para executar higiene</b> “Capacidade: ter o cuidado de manter o corpo limpo e bem arranjado”		
<p><b>Dados:</b> <b>Dados:</b> A com Ca do pulmão com metastização vertebral em D7 e D8 com fratura a este nível apresentando-se debilitado, astênico, com diminuição da força (avaliado na escala Medical Reserch Council), capacidade reduzida de mobilização; Intolerância a atividade; está acamado.</p> <p><b>Atividade de diagnóstico:</b> Avaliar capacidade para vestir-se/despir-se; tomar banho; arranjar-se, uso do sanitário.</p> <p><b>Dados de avaliação:</b> sem capacidade motora para executar auto-cuidado higiene, refere cansaço mas colabora.</p> <p>Diminuição força muscular. Força: 3 membros inferiores, 4 nos membros superiores segundo a escala de <i>Medical Research Council</i> (Anexo VI).</p>		
<b>Data início:</b>	<b>Diagnóstico de enfermagem:</b>	<b>Termo</b>
3º dia	Capacidade para executar higiene comprometida	
<b>Data início:</b>	<b>Objetivos:</b>	<b>Termo</b>
3º dia	- Assegurar higiene - Manter integridade da pele - Promover o conforto	
<b>Data início:</b>	<b>Intervenções de Enfermagem:</b>	<b>Termo</b>
3º dia	- Dar banho na cama (turno da manhã) - Vestir - Lavar o cabelo (2/2dias e SOS) - Cortar as unhas (SOS) - Barbear (SOS) - Lavar boca com cloroexidina 2% (2xturno e SOS) - Providenciar urinol/ aparadeira - Assistir no uso de sanitário	
<b>Data início:</b>	<b>Dados de Avaliação:</b>	<b>Termo</b>
3º dia	A mantém incapacidade para tomar banho, necessitando de ajuda. Apresenta pele limpa e seca.	

<p><b>Foco: Alimentar-se</b></p> <p>“Capacidade: levar e colocar na boca os alimentos sólidos e líquidos”.</p>		
<p><b>Dados:</b> A está debilitado, com diminuição da força e pouca capacidade de mobilização; Intolerância a atividade, sente também falta de apetite. Acamado.</p> <p><b>Atividade de diagnóstico:</b> Avaliar a capacidade para alimentar-se.</p> <p><b>Dados de avaliação:</b> sem capacidade motora para executar auto-cuidado, diminuição força muscular.</p>		
<b>Data início:</b> 3º dia	<b>Diagnóstico de enfermagem:</b> Capacidade para alimentar-se comprometido	<b>Termo</b>
<b>Data início:</b> 3º dia	<b>Objetivos:</b> Atender A alimentar-se	<b>Termo</b>
<b>Data início:</b> 3º dia	<b>Intervenções de Enfermagem:</b> - Assistir A alimentar-se	<b>Termo</b>
<b>Data início:</b> 3º dia	<b>Dados de Avaliação:</b> A esposa colabora, quase sempre, na administração das refeições. A tem preferência que seja a esposa a dar a refeição.	<b>Termo</b>

<p><b>Foco: Falta de apetite</b></p> <p>“Status comprometido: sensação de desejo de satisfazer as necessidades orgânicas em nutrientes ou de um tipo particular de alimentos.”</p>		
<p><b>Dados:</b> A com Ca do pulmão com metastização. Medicação: dexametasona</p> <p><b>Atividade de diagnóstico:</b> Avaliar apetite</p> <p><b>Dados de avaliação:</b> Come pequenas porções da refeição ao almoço e jantar. Ao pequeno-almoço ingere 2/3 bolachas e ½ chávena de chá e ao Lanche ingere ½ gelatina</p>		
<b>Data início:</b> 7º dia	<b>Diagnóstico de enfermagem:</b> Falta de apetite	<b>Termo</b>
<b>Data início:</b> 7º dia	<b>Objetivos:</b> Ingerir quantidades suficientes de nutrientes	<b>Termo</b>
<b>Data início:</b> 7º dia	<b>Intervenções de Enfermagem:</b> - Gerir ambiente físico aquando das refeições - Planear dieta: Adequar alimentação ao gosto de A - Incentivar a alimentar-se	<b>Termo</b>
<b>Data início:</b> 7º dia	<b>Dados de Avaliação:</b> Come pequena porção ao almoço, por exemplo só come a sopa e ao jantar não quer a sopa e come metade do “conduto”. Ceia nem sempre quer mas, come um iogurte. Ao pequeno-almoço come 2/3 bolachas e chá ou cevada. Lanche come ½ gelatina.	<b>Termo</b>

<b>Foco: Náusea</b>		
<p>“Percepção comprometida: sensação de enjojo e de vontade de vomitar; sensação desagradável, vagamente referenciada ao epigastro e abdômen, ofensiva ao paladar ou ao olfato.”</p>		
<p><b>Dados:</b> A refere náusea; apresenta falta de apetite, ingere pequenas porções de alimento às refeições (alimentos do serviço ou do domicílio); medicação: morfina.</p> <p><b>Atividade de diagnóstico:</b> Avaliar a náusea</p> <p><b>Dados de avaliação:</b> A refere receio de vomitar antes das refeições.</p>		
<b>Data início:</b> 7º dia	<b>Diagnóstico de enfermagem:</b> Náusea	<b>Termo</b>
<b>Data início:</b> 7º dia	<b>Objetivos:</b> Minimizar a incidência de náusea; manter ingestão nutricional adequada; manter o conforto	<b>Termo</b>
<b>Data início:</b> 7º dia	<p><b>Intervenções de Enfermagem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Providenciar água gelatinada</li> <li>- Incentivar a alimentar-se na posição de sentado (na cama)</li> <li>- Gerir medicação (antiemética)</li> </ul> <p><b>Atividade vigilância:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Vigiar presença de náusea</li> </ul>	<b>Termo</b>
<b>Data início:</b> 7º dia	<b>Dados de Avaliação:</b> Não refere náusea, sem necessidade de medicação em SOS	<b>Termo</b>

<b>Foco: Obstipação</b>		
<p>“Processo do sistema gastrointestinal comprometido: diminuição na frequência da defecação acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta das fezes; passagem de fezes excessivamente duras e secas”.</p>		
<p><b>Dados:</b> Mobilidade física diminuída; Medicação administrada e em SOS (morfina); falta de apetite;</p> <p><b>Atividade de diagnóstico:</b> Avaliar eliminação intestinal</p> <p><b>Dados de avaliação:</b> A apresenta padrão de eliminação intestinal no domicílio diário. Após o internamento, sofreu alterações. Apresentou um período de cinco dias sem trânsito intestinal, referindo “<i>enfartamento</i>” e mal-estar; apresentava abdômen distendido e com trânsito para gases.</p>		
<b>Data início:</b> 7º dia	<b>Diagnóstico de enfermagem:</b> Obstipação	<b>Termo</b>
<b>Data início:</b> 7º dia	<b>Objetivos:</b> Manter trânsito intestinal regularizado	<b>Termo</b>
<b>Data início:</b> 7º dia	<p><b>Intervenções de Enfermagem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Incentivar a ingestão de líquidos</li> <li>- Gerir regime dietético</li> <li>- Gerir medicação (SOS)</li> </ul> <p><b>Atividade de vigilância:</b> vigiar eliminação intestinal</p>	<b>Termo</b>
<b>Data início:</b> 7º dia	<b>Dados de Avaliação:</b> A apresenta trânsito intestinal regularizado sem esforço	<b>Termo</b>

<b>Foco: Virar-se</b>		
"Virar: mover e mudar o corpo de um lado para outro e de frente para trás."		
<b>Dados:</b> A com Ca do pulmão com metastização vertebral em D7 e D8 com fratura a este nível apresentando-se debilitado, astênico, com diminuição da força e pouca capacidade de mobilização; Intolerância a atividade e está acamado.		
<b>Atividade de diagnóstico:</b> Avaliar capacidade para virar-se; Avaliar força muscular		
<b>Dados de avaliação:</b> A com capacidade reduzida para se virar, alternar posicionamento; Diminuição força muscular. Força: 3 membros inferiores, 4 nos membros superiores segundo a escala de <i>Medical Research Council</i> .		
<b>Data início:</b> 7º dia	<b>Diagnóstico de enfermagem:</b> Capacidade para virar-se comprometida	<b>Termo</b>
<b>Data início:</b> 7º dia	<b>Objetivos:</b> Atender A virar-se; Manter o conforto	<b>Termo</b>
<b>Data início:</b> 7º dia	<b>Intervenções de Enfermagem:</b> - Assistir a virar-se 2/2h; - Incentivar A virar-se	<b>Termo</b>
<b>Data início:</b> 7º dia	<b>Dados de Avaliação:</b> Mantém capacidade limitada para virar-se, com necessidade de ser assistido.	<b>Termo</b>

<b>Foco: Tristeza</b>		
"Emoção negativa: sentimentos de desalento e de melancolia associados com falta de energia".		
<b>Dados:</b> A, passa muito tempo de olhos fechados mas está acordado. Aparentemente tranquilo; conversa muito pouco.		
<b>Atividade de diagnóstico:</b> Avaliar tristeza; Avaliar bem-estar espiritual.		
<b>Dados de avaliação:</b> A, com fâcies triste, olhar distante (...), poucas palavras, demonstra desânimo em melhorar a capacidade no auto-cuidado. Passa muito tempo de olhos fechados, pouca vontade de interagir com as pessoas e o meio ambiente. Agravamento do quadro clínico.		
<b>Data início:</b> 10º dia	<b>Diagnóstico de enfermagem:</b> Tristeza	<b>Termo</b>
<b>Data início:</b> 10º dia	<b>Objetivos:</b> Promover o bem-estar	<b>Termo</b>
<b>Data início:</b> 10º dia	<b>Intervenções de Enfermagem:</b> - Estabelecer relação de confiança com A - Encorajar A exprimir as suas emoções - Apoiar o uso de estratégias de <i>coping</i> adequadas ao A - Oferecer apoio psicológico - Oferecer escuta ativa - Oferecer apoio emocional - Disponibilizar presença	<b>Termo</b>
<b>Data início:</b> 10º dia	<b>Dados de Avaliação:</b> A, demonstra estar calmo, serenidade e quando questionado refere bem-estar, de acordo com gestão da dor.	<b>Termo</b>

<p><b>Foco: Coping</b></p> <p>“Atitude: gerir o stresse e ter uma sensação de controlo e de maior conforto psicológico.”</p>		
<p><b>Dados:</b> Autoestima diminuída; Auto imagem negativa; Imprevisibilidade/incapacidade de resolução do problema. Pontualmente refere que quer ir para casa. Mas, o silêncio regressa após a resposta imediata da esposa: <i>“também quero que vás mas a viagem para a diálise é muito desconfortável para ti (...) se pudesses vir sentado na cadeira para a diálise (...)”</i>.</p> <p><b>Atividades de diagnóstico:</b> Avaliar coping.</p> <p><b>Dados de avaliação:</b> quando <b>A</b>, não quer falar ou ouvir reage com <i>“suspiros”</i>, ou gemido <i>“Ai! Ai!”</i>. Fica triste por não conseguir melhorar.</p>		
<p><b>Data início:</b> 10º dia</p>	<p><b>Diagnóstico de enfermagem:</b> <i>Coping comprometido</i></p>	<p><b>Termo</b></p>
<p><b>Data início:</b> 10º dia</p>	<p><b>Objetivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a aceitação do estado de saúde;</li> <li>- Aumentar o nível de bem-estar psicológico da pessoa;</li> <li>- Promover a adoção de estratégias de <i>coping</i> eficazes</li> </ul>	<p><b>Termo</b></p>
<p><b>Data início:</b> 10º dia</p>	<p><b>Intervenções de Enfermagem:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Facilitar a comunicação expressiva de emoções</li> <li>- Encorajar a pessoa a exprimir sentimentos de ansiedade, medo e tristeza</li> <li>- Promover <i>coping</i> adaptativo</li> <li>- Incentivar a pessoa a adotar estratégias de <i>coping</i> eficazes</li> <li>- Promover a escuta ativa</li> <li>- Gerir silêncios</li> <li>- Reforçar a capacidade de <b>A</b> para lidar com o problema</li> <li>- Incentivar <b>A</b> manter a interação com pessoas significativas da sua rede social e família</li> <li>- Incentivar a comunicação e partilha de emoções acerca da sua situação atual com a esposa</li> </ul>	<p><b>Termo</b></p>
<p><b>Data início:</b> 10º dia</p>	<p><b>Dados de Avaliação:</b></p> <p><b>A</b>, fala pouco e com respostas mais objetivas de <i>“sim” “não”</i>. Dificuldade em conseguir entrar no seu mundo interior demonstra, consciência da sua incapacidade para melhorar e ir para casa.</p>	<p><b>Termo</b></p>

<p><b>Foco: Perda sanguínea</b></p> <p>“Processo vascular comprometido: perda de sangue externa ou internamente; associada a lesões nos vasos sanguíneos ou a alteração dos fatores de coagulação.”</p>		
<p><b>Dados:</b> <b>A</b> em programa de hemodiálise Fístula Arterio - Venosa (FAV) à esquerda; Medicação: dexametasona.</p> <p><b>Atividade de vigilância:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Vigiar perda sanguínea</li> </ul>		

<b>Foco: Papel do cuidador</b>		
<p>“Interagir de acordo com as responsabilidades de cuidar de alguém; interiorizar a expectativa mantida pelas instituições de cuidados de saúde e profissionais de saúde; membros da família e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de um prestador de cuidados; expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos e valores; sobretudo relativamente a cuidar de um membro da família dependente.”</p>		
<p><b>Dados:</b> Esposa deixou de trabalhar, como florista, desde que o marido necessitou de mais apoio. <i>“Já estamos casados a 40 anos mas, já nos conhecemos desde crianças de escola. Namoramos desde 16 anos, uma vida (...) juntos. Sempre fomos muito unidos e para onde ia um ia o outro”.</i></p>		
<p><b>Atividade de diagnóstico:</b> Avaliar papel do cuidador</p>		
<p><b>Dados de avaliação:</b> A esposa apresenta disponibilidade para cuidar do marido, iniciativa e força de vontade para ajudar. Demonstra resistência aos cuidados da equipa de enfermagem, nomeadamente na administração da medicação, chegando a recusar a administração de algumas tomas; revela não confiar na equipa de saúde.</p>		
<b>Data início:</b>	<b>Diagnóstico de enfermagem:</b>	<b>Termo</b>
7º dia	Potencialidade para melhorar o papel de cuidadora	
<b>Data início:</b>	<b>Objetivos:</b>	<b>Termo</b>
7º dia	Promover o papel de cuidadora	
<b>Data início:</b>	<b>Intervenções de Enfermagem:</b>	<b>Termo</b>
7º dia	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Adequar a informação dada às suas necessidades</li> <li>-Proporcionar oportunidades para a cuidadora poder expressar sentimentos e vivências</li> <li>-Auxiliar a cuidadora a identificar as mudanças associadas ao novo papel (antevendo o que o espera)</li> <li>- Limitar intervenções da cuidadora durante o internamento</li> <li>-Disponibilizar presença e efetuar reforço positivo</li> </ul>	
<b>Data início:</b>	<b>Dados de Avaliação:</b>	<b>Termo</b>
7º dia	A cuidadora demonstra menos resistência com a equipa de saúde; integra o papel de cuidadora no seu dia-a-dia, apesar de questionar toda a medicação e procurar gerir a administração da mesma. <b>A</b> , não recusa a administração da sua medicação revelando-se colaborante.	

<b>Foco: Comunicação</b>		
<p>“ Comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não - verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados”.</p>		
<p><b>Dados:</b> A cuidadora com muita necessidade de falar e refere <i>“ eu tenho muita necessidade de falar (...) já o meu marido não gosta de falar. Também não vou falar com os outros familiares dos doentes, não tenho que falar sobre o meu marido aos outros (...). Falo com os profissionais (enfermeiros e médicos) ”.</i></p>		
<p><b>Atividade de diagnóstico:</b> Avaliar a comunicação;</p> <p>- Identificar barreiras à comunicação.</p>		
<p><b>Dados de avaliação:</b> Demonstra insegurança, na equipa de saúde, em relação à administração de medicação. Refere não confiar. Pouco receptiva à comunicação/diálogo com a equipa, sobre a explicação da necessidade de administrar medicações a horas certas.</p>		
<b>Data início:</b>	<b>Diagnóstico de enfermagem:</b>	<b>Termo</b>
7º dia	Comunicação comprometida	

<b>Data início:</b> 7º dia	<b>Objetivos:</b> Promover a comunicação	<b>Termo</b>
<b>Data início:</b> 7º dia	<b>Intervenções de Enfermagem:</b> -Incentivar expressão de sentimentos/emoções -Gerir comunicação - Disponibilidade /presença	<b>Termo</b>
<b>Data início:</b> 7º dia	<b>Dados de Avaliação:</b> Demonstra mais confiante e recetividade na comunicação com a equipa. Com iniciativa apesar de ainda se sentir nervosa pela situação clínica do marido mas, refere: <i>"tenho necessidade de falar, ficar esclarecida e tranquila com a medicação que vocês administram ao meu marido"</i> .	<b>Termo</b>

<b>Foco: Luto</b>		
"Resposta psicológica: processo de resolver o luto; reação emocional para ajudar a ultrapassar uma grande perda pessoal, sentimentos de pena ou perda extrema, que se processam através do pranto e do nojo; trabalho consciente com reações e emoções de sofrimento".		
<b>Dados:</b> Tem conhecimento da condição clínica e agravamento da doença do marido, reconhecendo que a morte é inevitável: <i>"eu sei que o meu marido está muito doente (...) mas não quero pensar que vou ficar só (...) tenho medo"</i> refere ainda: <i>"Tenho fé e acredito que vai ficar bom (...) ainda é muito novo. Já ultrapassou várias situações."</i>		
<b>Atividade de diagnóstico:</b> Avaliar processo de luto da cuidadora.		
<b>Dados da avaliação:</b> A cuidadora demonstra e refere medo da morte do marido, demonstrando inquietude e nervosismo com a situação atual de doença do marido.		
<b>Data início:</b> 10º dia	<b>Diagnóstico de enfermagem:</b> Luto comprometido	<b>Termo</b>
<b>Data início:</b> 10º dia	<b>Objetivos:</b> Apoiar processo de luto familiar	<b>Termo</b>
<b>Data início:</b> 10º dia	<b>Intervenções de Enfermagem:</b> - Apoiar o uso de estratégias de <i> coping </i> adequadas -Oferecer apoio psicológico -Oferecer escuta ativa -Oferecer apoio emocional -Disponibilizar presença -Facilitar a expressão de emoções -Relação de ajuda	<b>Termo</b>
<b>Data início:</b> 10º dia	<b>Dados de Avaliação:</b> Esposa muito ligada à família nuclear. Apresenta, as vezes, processo consciente de perda, expressando emoções e sentimento de sofrimento ajustados à situação.	<b>Termo</b>

<b>Foco: Stresse do cuidador</b>		
<p>“Status comprometido: sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma física e mentalmente; sentimento de desconforto, associado a experiências desagradáveis; associado a dor; sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo”.</p>		
<p><b>Dados:</b> Esposa sempre muito atenta e ao mesmo tempo inquieta, em relação à medicação que era administrada e a qualquer cuidado dirigido ao marido.</p> <p><b>Atividades de diagnóstico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar stresse da cuidadora através de escala;</li> <li>- Avaliar capacidade para gerir stresse;</li> <li>- Avaliar bem-estar da cuidadora.</li> </ul> <p><b>Dados de avaliação:</b> A cuidadora assume os cuidados ao marido, com dificuldade em confiar na equipa de saúde, por um episódio anterior. Demonstra muita insegurança nos profissionais e refere que conhece a situação clínica do marido, mas tem medo que ele morra. O seu foco de atenção prioritário é a medicação e as reações que possa advir. Refere: <i>“tenho de estar muito atenta, não quero que te falte nada”</i>. Monitorizar stresse da cuidadora através de escala Zarit reduzida =4 (Anexo VII).</p>		
<b>Data início:</b>	<b>Diagnóstico de enfermagem:</b>	<b>Termo</b>
7º dia	Stresse do cuidador	
<b>Data início:</b>	<b>Objetivos:</b>	<b>Termo</b>
7º dia	Promover o uso de estratégias adaptativas por parte da cuidadora à transição vivenciada; Promover o uso de estratégias adaptativas por parte da cuidadora à situação de doença do marido.	
<b>Data início:</b>	<b>Intervenções de Enfermagem:</b>	<b>Termo</b>
7º dia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelecer uma relação de confiança com a cuidadora</li> <li>- Facilitar a comunicação expressiva de emoções</li> <li>- Encorajar a pessoa a exprimir sentimentos de ansiedade, medo e tristeza</li> <li>- Promover <i> coping </i> adaptativo</li> <li>- Incentivar a pessoa a adotar estratégias de <i> coping </i> eficazes</li> <li>- Promover a escuta ativa</li> <li>- Orientar a cuidadora para o uso de estratégias de manutenção da própria saúde física e mental</li> <li>- Aconselhar a cuidadora a manter a sua vida social e familiar</li> <li>- Apoiar o uso de estratégias de <i> coping </i> adequadas</li> <li>- Reforçar a capacidade da pessoa para lidar com o problema</li> <li>- Incentivar a cuidadora a manter a interação com pessoas significativas da sua rede social e família</li> <li>- Incentivar a cuidadora a comunicar e expressar emoções relativas à sua transição e situação atual, de doença do marido.</li> </ul>	
<b>Data início:</b>	<b>Dados de Avaliação:</b>	<b>Termo</b>
7º dia	A cuidadora mais recetiva e colaborante com a equipa de saúde, nomeadamente equipa de enfermagem, pela prestação direta de cuidados, demonstra-se mais comunicativa com a equipa.	

### 2.3.1. Análise e Reflexão Crítica

Os CP focalizam-se em quatro áreas centrais da sua atuação, concretamente, no controlo sintomático, numa comunicação eficaz e ajustada, no apoio à família/cuidador, sustentado por um trabalho de equipa multidisciplinar. Após apresentação, resumida, deste caso passamos a análise e reflexão, de acordo com o plano de intervenção da equipa, sob orientação destes quatro pilares.

Na elaboração do nosso plano de cuidados, delineamos algumas intervenções de enfermagem não só para aquele momento, mas também a longo prazo. É importante reforçar que uma comunicação baseada na empatia, veracidade e respeito, é fundamental para estabelecermos uma relação de ajuda com o doente/família. Estivemos sempre disponíveis para essa relação e escuta ativa, facilitando ao doente/família/cuidadora que expressasse os seus medos e angústias.

De entre os sintomas que o doente apresentava a **dor** foi a que mais se destacou e foi o motivo pelo qual ficou internado. As estratégias essenciais no alívio e controlo da dor dependem sem dúvida da sua correta avaliação, de um regime analgésico personalizado e adequado a cada doente.

O plano deve estar em constante avaliação, para que seja possível adequar todas as medidas, de acordo com as necessidades que o doente possa apresentar. A avaliação deve ser abrangente e suportar todos os aspetos do doente: problemas físicos, psicológicos, sociais e espirituais.

É a integração da pessoa humana na realidade e exploração de um sintoma que, nas palavras de Cicely Saunders, deu origem ao conceito de *“dor total”*. Também é *impossível tratar a dor (doença) sem aliviar o sofrimento da pessoa (doente)*, (Pina, 2016:54). Devem ser investigados e explorados os medos, os receios e mitos perante a dor, a doença e os medicamentos, nomeadamente, os opióides.

Um dos princípios básicos é a terapêutica analgésica prescrita em doses fixas (princípio base - pelo relógio) e em SOS, de forma a controlar os picos de dor e de acordo com as necessidades do doente, diminuindo a possibilidade de toxicidade opióide. *A dose ideal de um fármaco é aquela que alivia a dor do doente sem efeitos adversos intoleráveis.* (Pina, 2016:55).

Assegurar que a dose do fármaco seja administrada para que o alívio da dor seja permanente; porque se reaparecer, antes da próxima toma, o doente é exposto a um sofrimento desnecessário. E se persistimos a tolerância pode ocorrer, necessitando cada vez mais de doses superiores de medicamento.

O controlo sintomático e da dor deve ser definido como *administração intencional de medicação para aliviar sintomas e não para encurtar a vida* (Barbosa, 2016:724). Para conseguir o seu objetivo, controlar o sintoma ou a dor deve ser administrado em doses e combinações personalizadas e adequadas. Existem barreiras que interferem com o tratamento adequado da dor e que podem estar na dependência quer dos doentes/familiar, como é neste caso, quer com os profissionais e sistema de saúde.

Sendo a dor uma experiência subjetiva, é necessário implicar ativamente o doente/familiar/cuidadora na sua autoavaliação e hetero - avaliação pois, só o doente pode dizer o quanto dói, o desconforto (...), entre outros sinais. Os profissionais podem usar meios de objetivar esta dor (por ex. usando escalas) e o impacto que tem na vida do doente.

No caso apresentado, houve concordância do doente/família (esposa) no internamento para controlo sintomático da dor. No entanto, surgiram várias dificuldades em conseguir otimizar todo este quadro de forma eficaz.

Por um lado, a esposa além de questionar tudo o que respeitava a medicação para o seu marido (referindo que este era alérgico a muitos medicamentos e por isso, tinha de estar muito atenta), sentia-se insegura com os profissionais (enfermeiros), colocando em causa a administração terapêutica e os efeitos que esta poderia resultar, recusando, várias vezes, a sua administração. Esta foi mais uma dificuldade colocada que, só com um verdadeiro trabalho de equipa foi ultrapassada.

O trabalho em equipa é a organização de todos os profissionais envolvidos, tendo como objetivo *major* conjugar as tarefas desenvolvidas por cada pessoa e rentabilizar os seus esforços no local de trabalho. Os benefícios visam, essencialmente, a construção de uma dinâmica de grupo entre os profissionais na obtenção de melhores resultados.

Do mesmo modo, Goleman (2016) refere que as equipas funcionam no seu melhor nível quando produzem resultados que se situam muito para além do trabalho individual. Isto implica uma interligação dinâmica entre os elementos do grupo, sendo necessário que estes cooperem entre si para atingir os objetivos estipulados pela equipa.

Corroborando a ideia anterior Bernardo, et al (2016), refere que trabalhar em equipa envolve os vários grupos de profissionais, os mesmos têm como intuito aplicar os seus conhecimentos num objetivo comum, bem definido, estruturado e conhecido por todos havendo assim, uma clara definição de papéis.

Sendo uma equipa de enfermeiros jovens, observamos e partilhamos com o grupo a forma de lidar e agir, neste contexto particular, tentando passar mensagens refletidas e objetivos mais adequados a este tipo de doente/familiar, como: estabelecimento de boa relação interpessoal, escuta ativa, apoio emocional, fazer com que a familiar sinta segurança e confiança nos profissionais.

As diversas opiniões e críticas construtivas/positivas foram partilhadas e respeitadas por todos, existindo uma liderança explícita que ajudou a um ambiente interno adequado para o bom funcionamento da equipa. A dinâmica interna estava associada a mudanças que surgiram com a entrada e saída de novos elementos, a sua adaptação e a da equipa.

Nesta situação, desenvolvemos aprendizagens e percebendo que a prática reflexiva é realmente um dos caminhos a seguir e a implementar nas passagens de turno, para que se possa atingir o objetivo e resolver situações mais difíceis proporcionando assim, qualidade nos cuidados prestados aos doentes/família/cuidador, que são o alvo dos nossos cuidados.

A assistência à pessoa em fim de vida e família exige a participação ativa e competência do enfermeiro, no sentido de satisfazer as suas necessidades, privilegiando o direito de receber bons cuidados, o direito de morrer com dignidade, alicerçada no dever do respeito pela vida. É disto, expressão a orientação da OE quando no seu Código Deontológico (2005:59, artigo78º) evidencia que *as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.*

Neste sentido, torna-se fulcral conhecer a pessoa, para melhor apreender as suas necessidades, com a finalidade de ajudar *a desenvolver a sua capacidade de viver ou tentar compensar o prejuízo das funções limitadas pela doença procurando suprimir a disfunção física, afectiva ou social* (Colliére, 1999:241). Assim, este conhecimento das necessidades torna-se indispensável para a adaptação, aceitação e compreensão do processo vivenciado pela pessoa/cuidadora em fim de vida e família.

A dependência das decisões do doente, pela esposa - **delegação de função** - parece não ser problema pois, este não reage negativamente e aparentemente sente-se seguro nesta posição. A

esposa cuida do marido, já algum tempo, refere que quer o melhor para ele. *“Já várias vezes, tive de intervir pelas reações que fazia aos medicamentos, recorrendo ao médico e mesmo ao hospital”*.

A pessoa em fim de vida, qualquer que seja a sua patologia está afetada na sua condição, no seu estilo de vida, necessitando de preservar a sua identidade. Ao falarmos de necessidades associamos a noção de valor, porque cada pessoa atribui significados diferentes ao que é desejável à sua satisfação e de acordo com o contexto.

A doença para além de afetar o doente repercute-se também na família, alterando a organização e seu funcionamento. Por um lado, o doente tem de enfrentar a sua doença e as suas limitações, por outro lado, a família tem de lidar com o sofrimento para além de assumir novas tarefas e responsabilidades. Neste contexto, torna-se necessário compreender e avaliar as necessidades sentidas pela familiar/cuidadora, para que esta possa desempenhar eficazmente o papel de prestadora de cuidados.

Quando a pessoa doente é hospitalizada, (...) *os familiares têm de renunciar habitualmente ao seu papel e dar assistência, são muitas vezes desencorajados de prestar cuidados à pessoa doente, além de não serem envolvidos no tipo de assistência que a pessoa doente recebe desencadeando sentimentos de insuficiência e impotência que se podem expressar em atitudes como: trazer alimentos para a pessoa doente, criticar os funcionários do hospital*, [Gibbon (1988) citado por (Cerqueira, 2010:32)]. As reações de cada familiar são diferentes, reações essas que estão relacionadas com vários fatores, como por exemplo: o papel social da pessoa, a idade, o sexo e a própria estrutura familiar. Pois, é na família e com a família que cada pessoa procura, o apoio necessário para ultrapassar os momentos de crise ao longo do ciclo vital.

A esposa/cuidadora, desde que o marido ficou mais dependente, dedicou-se a cuidar dele, não confiando nos profissionais e trazia alimentos que ele pretendia. Com sofrimento visível, em negação da situação clínica, dificultou o estabelecimento de uma comunicação eficaz e terapêutica, por parte dos profissionais de saúde, de forma a estabelecer um clima de confiança.

A comunicação interpessoal adequada, é aquela que tenta diminuir os conflitos, os mal-entendidos e tenta atingir os objetivos definidos para a resolução de problemas detetados na interação com doente/família e mesmo com a própria equipa de saúde.

Desta forma, um processo de comunicação eficaz afigura-se então, como sendo fundamental quando se aborda o cuidado ao doente paliativo e família, podendo mesmo, na perspetiva de Alvarenga (2008) influenciar de forma positiva o controlo de sintomas físicos e emocionais.

Em oposto, a ausência de uma comunicação eficaz poderá comprometer todo o processo terapêutico, nomeadamente no que concerne aos cuidados. A comunicação apresenta-se assim como *um dos pilares principais em cuidados paliativos, funcionando como uma estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento e controlo de sintomas associados à doença avançada e terminal*. (Querido, et al, 2016:816).

O desenvolvimento de técnicas de comunicação interpessoal é muito importante pois, permitem ao profissional observar e avaliar o outro, desenvolver a interação com o doente/família/cuidador, fazer por exemplo uma entrevista não formal, aproveitar os momentos das “rotinas”, da prestação de cuidados técnico - instrumentais com o doente/familiar, entre outros métodos.

O uso adequado de habilidades de comunicação e relacionamento interpessoal é um dos quatro pilares que sustentam os CP. Contudo, as habilidades e estratégias de comunicação não são adquiridas com o tempo, mas sim com a formação específica. Existe evidência científica disponível referindo que o treino adequado de competências induz mudanças eficazes e duradouras, para

além de aumentar a satisfação do doente e a adesão aos tratamentos [Araújo, (2012); Querido, et al, (2016:825)].

As reações e atitudes dos enfermeiros perante este doente/esposa/cuidador foram participadas e avaliadas nas *passagens de turno*, sendo este um momento de partilha de informação importante na continuidade dos cuidados e é uma característica própria da enfermagem. Aqui comunicavam as ocorrências relevantes de cada doente, sendo momentos muito ricos de reflexão e de debate, sobre questões muito pertinentes e que passam por constituir a forma mais eficaz de lidar com alguns problemas.

Concordando com Sapeta (2011:82) as passagens de turno são *um espaço de uma riqueza extraordinária*, passando também por ser um espaço de descompressão, de desabafos dos próprios enfermeiros, partilhando as dificuldades em lidar com esta familiar /cuidadora, tentando perceber os dois lados: família/cuidadora, visivelmente em sofrimento não aceitando a realidade e a equipa prestadora de cuidados.

A coesão de uma equipa é fundamental quando estamos a falar de CP, à semelhança do que também acontece em outras áreas da saúde onde a interdisciplinaridade é decisiva. As estratégias terapêuticas deverão ser organizadas pela equipa, de acordo com objetivos comuns e realistas, com o sentido da manutenção da dignidade, do respeito e da autonomia da pessoa doente.

Quando os profissionais, enfermeiros, aplicam estas estratégias previnem assim, o distanciamento e permitem criar uma relação de confiança e segurança em que o doente/família/cuidador pode expor o seu sofrimento, as suas angústias e serem úteis em determinados contextos específicos, como foi neste caso, a esposa/cuidadora em fase de revolta /não aceitação da situação.

A sistematização do processo de ajuda, contribui de forma decisiva para a efetividade desse processo e possibilita o estabelecimento da relação através de técnicas (escuta ativa, apoio emocional, clima de segurança e com privacidade, relação de ajuda) de modo a profissionalizar a ajuda numa intervenção psicoterapêutica com rigor e qualidade. (Sequeira et al, 2016).

Nestas situações de vulnerabilidade as pessoas (doente/familiar/cuidador) sentindo-se acolhidas, respeitadas, compreendidas e escutadas é muitas vezes, o suficiente para passarem de uma atitude de defesa e insegurança para uma atitude recetiva e positiva. A insegurança e desconfiança nos profissionais que cuidavam do seu marido, quando dizia: *“tenho de estar muito atenta aos medicamentos que o meu marido faz (...) pois, é alérgico e na diálise disseram-me que estavam a dar tramal”*.

Desde do início, o estabelecimento desta relação de confiança com o doente/família como princípio orientador da prática dos profissionais de CP, não aconteceu de forma eficaz. Esta relação requer uma capacitação de todos os membros da equipa, competências na correta transmissão da informação/comunicação, desenvolvimento de relação terapêutica e trabalho de equipa.

Neste quadro de recusa da esposa/cuidadora a estratégia poderia passar por realizar uma **conferência familiar** no sentido, de se conseguir obter um resultado positivo e de acordo com o objetivo proposto inicialmente – controlo da dor. Também, seria útil para desmistificar os efeitos da medicação, criar uma relação de segurança e de aceitação da situação clínica.

As conferências familiares são um exemplo, de aproximação entre os profissionais de saúde e os familiares/cuidadores e são muitas vezes úteis, na medida em que correspondem a um instrumento de intervenção na família, facilitando os processos de decisão complexos. Corroborando com Neto (2003), estas conferências podem cumprir múltiplos objetivos:

- clarificar os objetivos dos cuidados;
- explorar expectativas e esperanças;
- explorar opções terapêuticas;
- explorar dificuldades de comunicação;
- prestar apoio e aconselhamento, entre outros.

Também Hudson et al, (2008) referem-se à importância destes encontros, afirmando que poderão ser úteis para transmitir informações, discutir metas e estratégias, e elaborar planos em conjunto, contribuindo para que todos estejam sintonizados para um mesmo objetivo.

Estes momentos são uma excelente oportunidade para a família colocar questões e partilhar as suas preocupações, já que se torna difícil encontrar outros espaços para o fazer. Na mesma linha de pensamento, estas conferências familiares, podem ser uma mais-valia uma vez que, através do estabelecimento de uma relação interpessoal de qualidade, será possível compreender de forma mais clara as necessidades da família e, portanto, planear estratégias de atuação em conjunto.

A forma como se conseguiu criar uma relação de segurança e aceitação, neste caso, foi crescendo à medida que acontecia a recusa na administração de medicamento por parte da esposa. Fomos realizando esclarecimentos, várias vezes, da importância do controlo da dor e conforto do marido, quer pelo enfermeiro quer pelo médico quando era chamado a intervir. Disponibilizado de forma contínua e persistente apoio emocional, escuta ativa, construindo-se, lentamente, um clima de relação e confiança.

A comunicação funcionou como estratégia terapêutica no sofrimento da familiar/cuidadora e também como alívio de sintomas associado à doença avançada do doente, uma vez que foi possível, ajustar posteriormente e de forma mais eficaz, a terapêutica para alívio da dor, motivo pelo qual foi internado.

### 2.3.2. Plano de Intervenção no Luto

No âmbito do processo de CP a um doente em que a situação de morte ainda não ocorreu mas, que é previsível a curto prazo, os profissionais de saúde vêem-se perante situações que despoleta processos de lutos especiais que se designa por *luto preparatório*, nos casos dos doentes em final de vida, e de *luto antecipatório*, em relação aos familiares/cuidadores, (Barbosa, 2016:562). Segundo o mesmo autor, a designação de luto não será a mais rigorosa pois, ainda não se verificou a morte.

Inicialmente foi difícil estabelecer uma relação aberta e empática com a familiar/ cuidadora, pela sua ansiedade perante a incerteza e negação sobre a evolução clínica, pela insegurança e evitamento da realidade da perda, pela inquietação sobre a capacidade de resposta e falta de controlo no processo.

Em relação ao doente a abordagem não foi eficaz pois, além de falar pouco e ter respostas mais objetivas de (*“sim, não”*) não permitiu abertura suficiente para podermos ajudar neste processo de preparação. Pontualmente referia que o seu desejo era estar em sua casa. Mas o seu silêncio regressava após a resposta imediata da esposa que verbalizava *“também quero que vás para casa mas, a viagem para a diálise é muito desconfortável para ti (...) se pudesses vir sentado, na cadeira, para a diálise seria diferente”*.

➤ Será que a opção de não falar/compartilhar, esse sentimento, era protetor para a esposa, evitando o sofrimento?

- Ou terá medo de confrontar a morte sendo o silêncio, o seu refúgio?

Um dos contributos de Kubler-Ross, foi o de assinalar a importância de romper as barreiras de silêncio sobre o tema da morte e do luto possibilitando a revisitação do significado da vida quer sozinho ou acompanhado, *é sempre quando a situação clínica o permitir, uma estratégia útil para explorar dimensões existenciais* (Barbosa, 2016:563).

Ao cuidarmos de uma pessoa em fim de vida, precisamos de saber quem é essa pessoa, quais as suas capacidades, as suas necessidades e limitações de modo a direcionarmos as nossas ações para ajudar a pessoa a viver um momento único na sua vida. Estas ações vão no sentido de valorizar não só os aspetos físicos, psíquicos e sociais que afetam a sua qualidade de vida mas, também ajudar na satisfação das necessidades espirituais. Por isso, é necessária uma avaliação cuidada para que a intervenção, responda eficazmente às verdadeiras necessidades do doente/família naquele momento concreto.

À medida que nossa relação se tornou mais forte, com a esposa, deslocamo-nos até a sala do café mas não quis permanecer muito tempo, porque quer estar sempre ao pé do marido. Só quando o marido vai para a diálise é que está mais tempo em casa. Se não, só vai tomar banho e dar de comer aos animais (cães) que tem em casa, depois regressa para junto do marido.

A esposa, nesta fase, já conseguia verbalizar: *“eu sei que o meu marido está muito doente (...) mas não quero pensar que vou ficar só (...) tenho medo”*. É nesta altura que o suporte emocional é essencial e, foi proporcionado.

Por conseguinte, é através de um cuidar humano que os enfermeiros compreendem a experiência de sofrimento da pessoa em fim de vida e da família na dimensão biopsicossocial e espiritual, demonstrando o respeito pela sua dignidade.

Compreender e aliviar este sofrimento, deve ser entendido como elemento fundamental do cuidar, constituindo-se uma responsabilidade e um dever ético - legal dos enfermeiros. Temos de ter sempre presente, que diferentes pessoas requerem diferentes cuidados de enfermagem e por isso, no exercício profissional, os enfermeiros tem de possuir capacidades e sensibilidade para lidar com estas diferenças.

A esposa não quer ajuda de outros profissionais, nesta fase, refere que não tem tempo. *“O tempo que tenho é para estar, a acompanhar o meu marido estar sempre perto dele”*. Continuando o seu discurso. *“Tenho fé e acredito que vai ficar bom (...) ainda é muito novo. Já ultrapassou várias situações”*.

Fomos validando o discurso e dando suporte, referindo que é bom acreditar, ter fé e esperança mas de forma realista. Pois, o marido está muito doente, mas ainda está aqui e precisa do seu amor e companhia. Nestas circunstâncias e de insistência, por parte da esposa, em negar o estado de agravamento clínico - Como comunicar este agravamento da doença e a proximidade da morte?

A partilha de experiências de dor e a capacidade de antecipação é um dos mecanismos que permite a preparação necessária para enfrentar as ameaças ou desafios sendo necessário, graduar o nível de sofrimento e doseá-lo, não permitindo que este surpreenda.

Barbosa, (2016:564) afirma que o luto antecipatório é *o processo pelo qual os sobreviventes (familiares ou amigos) vão assumindo o papel de enlutados e começam (ou não) a elaborar as mudanças emocionais associadas à morte previsível do seu familiar*.

A esposa refere: *“Ainda não fiz o luto da minha tia que faleceu a dois anos (...). Era uma tia para mim muito especial (...) e agora estar nesta situação! (...).”*

O luto antecipatório de uma família, em relação a um dos seus membros em período terminal, é um processo complexo e sobretudo quando envolve diferentes processos de adaptação/superação e reorganização perante a percepção da morte inevitável do familiar, bem como o lembrar de perdas passadas de familiares limitando assim, as capacidades de lidar com a situação (Barbosa, 2016).

**A esposa** - *“Tenho de acreditar que o meu marido vai melhorar porque tenho assim, força para conseguir lutar por ele. Mais tarde penso em mim”.*

As dificuldades que surgiram, de forma persistente, foram limitando as capacidades de lidar com a situação e são expressas, neste caso, de várias formas como: a negação, a recusa, a ambivalência da situação, evitamento, ansiedade, inquietação, tristeza (...) e conspiração do silêncio.

Segundo Capello, et al, (2012) embora, muitas vezes, os cuidadores tenham plena consciência do futuro mais ou menos próximo, do seu familiar doente, tendem a ter alguma dificuldade em aceitar e falar sobre questões mais complexas, como é o caso da morte. Estes autores evidenciam, ainda, que os familiares cuidadores estão repletos de sensibilidade ao falarem do seu parente doente, mesmo sabendo que não há mais possibilidade de cura.

Consideramos um privilégio quando alguém tem um familiar, com uma ligação muito forte e se encontra numa situação de fim de vida, partilha os seus problemas existenciais, as suas dificuldades, expõe o seu eu interior fragilizado, reconhecemos que, às vezes, não estamos totalmente preparados para saber estar, saber ser na totalidade a fim de ajudar a resolver situações tão complexas.

Por isso, o nosso empenho em querer aprofundar, cada vez mais, os conhecimentos/prática da comunicação e das relações interpessoais e perceber que intervenções e estratégias terapêuticas a realizar perante o sofrimento da pessoa em fim de vida e da família. Porque será tão difícil ajudar a enfrentar o sofrimento da pessoa em fim de vida e da família?

A meta principal é, então, estarmos atentos às expressões de solidão, escutar e interpretar os silêncios e os pedidos, sem esquecer a função de ter *compaixão*, associado a todo o processo de manter o máximo conforto, dando realce ao controlo adequado de sintomas e a valorização dos aspetos emocionais, sociais, espirituais da pessoa em fim de vida e da família.

### 2.3.3. Referências Bibliografias do Estudo de Caso

ALVARENGA, M. (2008) - *A comunicação na transferência do doente em cuidados curativos para cuidados paliativos*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa - Dissertação de mestrado.

ARAÚJO, M.M.T; SILVA, M.J.P. (2012) - *Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção a pacientes sob cuidados paliativos*. RevEscEnferm USP; 46(3): 626-32. [www.ee.usp.br/reeusp/](http://www.ee.usp.br/reeusp/)

BARBOSA, A., et al (2016) - *Manual de Cuidados Paliativos*, Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa, 3ª Ed. Lisboa, ISBN 978-972-9349-37-9.

BERNARDO, A., et al (2016) - *Trabalho em equipa* in Manual de Cuidados Paliativos, Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa, p.907-935, 3ª Ed. Lisboa, ISBN 978-972-9349-37-9.

CAPELLO, E., et al (2012) - *Enfrentamento do paciente oncológico e do familiar/cuidador frente à terminalidade de vida*. J Health SciInstitute, 30 (3), 235-40.

CERQUEIRA, M. (2010) - *A pessoa em fim de vida e família: o processo de cuidados face ao sofrimento*. Tese de Doutoramento em enfermagem, Universidade de Lisboa.

<http://hdl.handle.net/10451/3614>

COLLIÉRÈ, M.F. (1999) - *Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*, Ed. Lidel, ISBN 27296-0009-4.

GOLEMAN, D. (2016) - *Trabalhar com Inteligência emocional*. Editor: Temas e Debates. Lisboa, p.206-239. ISBN:978-989-644-212-5.

HUDSON, P., et al (2008) - *Family meetings in palliative care: Multidisciplinary clinical practice guidelines*. BMC Palliative Care, doi: 10.1186/1472-684X-7-12.

<http://www.biomedcentral.com/1472-684X/7/12>

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. [Em linha] 2015 [consult. 3 abril 2017]. Disponível: <http://www.icn.ch/ICNP-Browser-NEW.html>.

NETO, G. (2003) - *A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos*. RevPortClin Geral 2003;19:68-74.

NUNES, L., et al (2005) - *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*, pp.566. ISBN 972-996446-0-2.

PINA, P. (2016) - *Controlo da Dor* in Manual de Cuidados Paliativos, Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa, 3ª Ed. Lisboa, p.49-100. ISBN 978-972-9349-37-9.

QUERIDO, A. et al (2016) - *Comunicação* in Manual de Cuidados Paliativos, Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa, 3ª Ed. Lisboa, p.815-831. ISBN 978-972-9349-37-9.

SAPETA, P. (2011) - *Cuidar em fim de vida: o processo de interação enfermeiro - doente*. Loures, Luso Ciência. ISBN: 978-972-8930-69-1.

SEQUEIRA, C. (2016) - *Comunicação Clínica e Relação de ajuda*, 1ª Ed., Maio, Edição Lidel - Lisboa Portugal. ISBN 978-989-752-168-3.

### 3. ATIVIDADES COMPLEMENTARES

A procura de conhecimento e atualização dos avanços científicos desenvolvidos no âmbito dos CP, deve ser uma necessidade premente de um profissional que desenvolva ou pretenda desenvolver, competências nesta área aplicando-as na sua PC. Com este intuito participamos nas *II Jornadas de Investigação da APCP em Bragança*, que decorreu nos dias 17 e 18 de Março de 2017 na Escola Superior de Tecnologia e Gestão - Instituto Politécnico de Bragança (Anexo VIII), com os seguintes objetivos:

- Adquirir e consolidar conhecimentos específicos no âmbito da investigação, ética, comunicação, controlo de sintomas e formação, necessários para uma abordagem holística aos doentes/familiares e seus cuidadores em contexto de CP;
- Atualizar conhecimentos na área dos CP.

O seu interesse prendeu-se também, pela pertinência dos temas abrangendo áreas tão fundamentais como ex:

- a) Reflexão Ética na Investigação em Pessoas Vulneráveis;
- b) Instrumentos de avaliação de Medida / Metodologia de Investigação;
- c) Esperança em CP/Espiritualidade/Instrumentos de Avaliação e de Medida;
- d) Epidemiologia/Metodologia da Investigação;
- e) Sintomas: dor e outros sintomas;
- f) Controlo e Melhoria de Qualidade dos CP em Doentes Não Oncológicos/Ética/Bioética.

Reconhece-se a importância da investigação para o desenvolvimento contínuo da profissão de Enfermagem e a tomada de decisões adequadas e inteligentes para prestar os melhores cuidados ao doente/família. Tendo como linha orientadora as áreas abordadas nestas Jornadas, realizamos alguma reflexão sobre as temáticas expostas e as assistidas.

É necessário ter em atenção às questões éticas, à disponibilidade e autonomia da pessoa, ao consentimento informado livre e esclarecido, à produção e uso de dados. Foi lembrado e partilhado, na conferência, a importância da proteção de dados e o seu Uso.

Como está consagrado no artigo 3º da Lei n.º 21, de 16 de abril, (2014:2462) alterada pela Lei n.º 73/2015, de 27 de julho (Lei da Investigação Clínica) onde se pode ler que os *estudos clínicos são realizados no estrito respeito pelo princípio da dignidade da pessoa humana e dos seus direitos fundamentais, reforçando-se que os direitos dos participantes prevalecem sempre sobre os interesses da ciência e da sociedade*. Mais se salvaguarda, no n.º 3 do mesmo artigo, que *na realização da investigação devem ser tomadas todas as precauções no sentido do respeito da privacidade e dos direitos de personalidade para a sua integridade física e mental*.

A investigação clínica não é um fim em si mesmo e a ideia de progresso da ciência e da medicina não se justifica por si só, mas sim como contributo para promover o bem-estar das pessoas e o desenvolvimento do ser Humano, de forma a *demonstrar aos outros os fundamentos sobre os quais se estabelece a sua prática, ou seja, dá um forte contributo para a sua visibilidade social* (Martins, 2008:63).

É também através da investigação e da formação, que os profissionais adquirem competências para desempenhar as suas ações de um saber - saber (conhecimento), um saber - fazer (prática) e um saber - ser (holístico), proporcionando assim, ganhos em saúde para o doente e para a sociedade.

Assistimos a apresentação de alguns trabalhos de investigação os quais, foram muito importantes no evoluir do nosso pensamento e reflexão, constituindo-se como formas de crescimento profissional e pessoal. A abordagem aos instrumentos de avaliação e de medida/as respetivas metodologias de investigação evidenciadas nestas apresentações, tornando assim, completa a exposição dos trabalhos.

Um dos trabalhos apresentados - *Uso de dados de mortalidade para melhorar os cuidados em fim de vida* - foi interessante rever a forma, como demonstrou que os dados podem ser utilizados em investigação com o intuito, de melhorar os cuidados em fim de vida e permitindo saber mais sobre as necessidades e circunstâncias, sem implicar sobrecarga adicional para doentes e famílias.

A formação e investigação estão no centro da construção de bases científicas de atuação em CP, são essenciais para a visibilidade e aceitação por parte da sociedade como área imprescindível para o cuidar com dignidade e humanidade numa fase da vida da Pessoa que, por ser a final, não é necessariamente a menos importante.

Participamos no *Workshop sobre: Questões éticas em Investigação em CP* (Anexo IX)

Em relação ao tema exposto, questões éticas em Investigação, foi abordado de forma muito participativa o que levou a partilharmos dificuldades apontadas e o esclarecimento das mesmas. Reforçando a ideia de que, antes de realizar uma Investigação, há que procurar, rever a literatura para saber o que já foi estudado. Perceber bem qual é e para quem é o benefício. Como se vai realizar a investigação?

Em CP os investigadores nunca devem esquecer os limites, se devem ou não fazer a investigação, que responsabilidades? E ainda, nesta reflexão, o orador proferiu: "*É o dever que determina o fazer, no poder?*" e "*Nem tudo o que é tecnicamente possível é eticamente aceitável (...)*". Quando se planeia uma investigação, devemos ter sempre em conta que todos os estudos com seres humanos precisam de parecer da Comissão de Ética. E por exemplo quando as pessoas estão Institucionalizadas, além da aprovação da Comissão de Ética é necessário, também, a da Instituição.

Concordando com as referências mencionadas, em situações de CP em fim de vida, nestas situações de vulnerabilidade, há que medir de forma consciente e responsável os interesses pessoais ou académicos em prol do conforto e qualidade de vida do doente/família. A investigação é necessária, mas que constitua resposta aos problemas e que se perceba qual o valor que acrescenta para aquela pessoa.

## CAPITULO II - REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

### RESUMO

Na vida Humana, a comunicação apresenta um papel primordial e não se constitui apenas na palavra verbalizada. É necessário, também, aprender no sentido de captar as mensagens, interpretar adequadamente e potencializar, a linguagem não verbal. Este é um aspeto do cuidar que deve ser refletido. Comunicar é universal, algo que o ser humano faz continuamente, seja de forma verbal ou não verbal e que devemos ter muita atenção: não só ao que se diz mas ao como se diz.

Uma relação bem sucedida é aquela que se desenvolve no sentido do crescimento, permitindo o aperfeiçoamento e a maturidade das pessoas ou seja, tendem a ser bem sucedidos os relacionamentos, quando há coerência entre o que a pessoa quer expressar e aquilo que é percebido pelo outro e vice-versa.

A comunicação eficaz é uma estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento associado à doença avançada e terminal. Comunicar com quem sofre permite-nos ajudar a orientar uma nova perspectiva de vida. Deste modo, a comunicação é uma ferramenta terapêutica imprescindível e para que seja eficaz, é necessária formação e o treino de todos os elementos da equipa.

A evidência científica comprova que, há mudanças eficazes e duradouras induzidas pela formação e treino de competências nos profissionais de saúde, para além de aumentar a satisfação dos doentes e a adesão aos tratamentos. Qualquer que seja a estratégia adotada para se conseguir uma comunicação eficaz deve ter em conta, que cada doente é único, assim como é única a situação em que se encontra e o momento em que se vive essa situação.

**Objetivo:** Analisar qual a eficácia da comunicação, enquanto intervenção de enfermagem, nos cuidados em fim de vida.

**Método:** Revisão Sistemática da Literatura em bases de dados on-line: CINAHL (EBSCO), MEDLINE (EBSCO), EMBASE (SCOPUS) e Web of Science (SCOPUS), integrando todos os trabalhos publicados até 8 de fevereiro de 2017.

**Resultados:** Há evidência científica que demonstra que comunicar eficazmente, em fim de vida, implica a utilização e desenvolvimento de ferramentas de comunicação estruturadas para assistir a tomada de decisão.

A melhor qualidade da comunicação exige treino adequado dos profissionais de saúde e é também fundamental no trabalho em equipa, permitindo assim a coordenação necessária entre os profissionais, o doente e a família.

**Conclusão:** O estabelecimento de comunicação eficaz, em fim de vida, é fundamental para o desempenho de qualidade por parte dos profissionais de saúde. Comunicar de forma eficaz, exige formação e ao mesmo tempo, implica a utilização de técnicas e o desenvolvimento de competências nesta área sendo uma das ferramentas, importantes utilizadas pelos profissionais de saúde.

**Palavras-chave:** Comunicação, Cuidados paliativos, Enfermagem, Fim de Vida.

## ABSTRACT

In human life, communication assumes a major role and is not confined to the spoken word. It is also necessary to learn, in order to receive, interpret and potentiate the messages, the non-verbal language.

This is one aspect of care we should deliberate about. Communicating is universal; something human beings do constantly, whether it is verbally or non-verbally, and we should pay attention to it: not only what we say but how we say it.

A successful relationship is one aiming growth, enabling the development and maturity of people; namely, tend to be successful relationships those in consistency between what a person wants to express and what is perceived by the other, and vice versa.

Effective communication is a therapeutic intervention's strategy in the advanced and terminal disease's suffering.

Communicating with suffering people allows us to help guiding towards a new perspective of life. Therefore, communication is an indispensable therapeutic tool, and for it to be effective, training is required all team members.

Scientific evidence proves that there are effective and lasting changes, induced by the learning and training of skills in health professionals, as well as patient's satisfaction and accession to treatments.

Of any adopted strategy to achieve effective communication, one should consider each patient unique, as also is the situation and time in which they live it.

**Objective:** to analyze communication's effectiveness, as a nursing end-of-life care's intervention.

**Method:** systematic Literature review of the online databases: CINAHL (EBSCO) MEDLINE (EBSCO), EMBASE. (SCOPUS) and Web of Science (SCOPUS), comprising all works published until 8 February 2017.

**Results:** There is scientific evidence demonstrating that effective communication at the end of life implies the development and use of structured communication tools to assist taking decision.

The best communication quality entails proper health professionals's training, and is also indispensable in teamwork, consequently allowing the necessary coordination between professionals, the patient and the family.

**Conclusion:** the effective communication's establishment, in life's ending, is fundamental to health professionals' quality performance.

Communicating effectively requires training, and, at the same time, involves the use of techniques and the development of skills in this area, being one of the important health professionals' tools.

**Keywords:** communication, palliative care, nursing, End of Life.

## INTRODUÇÃO

No contexto de CP comunicar eficazmente constitui-se como um desafio para os profissionais de saúde porque implica a utilização e desenvolvimento de perícias básicas essenciais à comunicação entre o profissional, doente e família. Estas perícias incluem vários aspetos como ouvir, observar e tomar consciência dos nossos próprios sentimentos (Querido, 2016).

Cuidar da pessoa de forma holística requer então, habilidades e estratégias para comunicar e informar e, como refere, Araújo e Silva (2012:126) o uso de estratégias comunicacionais é o *centro do suporte emocional em cuidados paliativos*. Comunicar implica também, uma união de reciprocidade entre duas ou mais pessoas, em que na área da saúde, o profissional enfermeiro coloca-se ao serviço de alguém (doente/família) e o doente confia-se ao profissional.

Existe evidência científica disponível referindo que, a melhoria da qualidade da comunicação não ocorre apenas com acumulação da prática clínica mas sim, com o treino adequado de competências levando a mudanças eficazes e duradouras para além de aumentar a satisfação dos doentes e adesão aos tratamentos (Querido, 2016).

Deste modo, estando a frequentar o 5º curso de Mestrado em CP e procurando aprofundar o nosso conhecimento no âmbito da comunicação em fim de vida, realizamos uma RSL tomando por base a questão PICOT: *Qual a eficácia da comunicação, enquanto intervenção de enfermagem, em fim de vida?* Assim, procuramos encontrar estudos que permitissem identificar as intervenções/estratégias que os enfermeiros utilizam para uma comunicação eficaz, em CP (com doentes/família com doença avançada, crónica, progressiva e perdas sucessivas).

Partindo da questão central já enunciada, a presente RSL tem como finalidade contribuir para o aumento da evidência científica sobre a eficácia da comunicação enquanto intervenção de enfermagem em fim de vida.

Com recurso às bases de dados, CINAHL (EBSCO), MEDLINE (EBSCO), EMBASE (SCOPUS) e Web of Science (SCOPUS), integrámos todos os trabalhos publicados até 8 de fevereiro de 2017. Destes, com base nos critérios predefinidos e respetiva revisão seleccionámos cinco: uma Meta-análise, uma Revisão Sistemática Literatura e três Randomizados Controlados Aleatórios.

Esta RSL está organizada da seguinte forma: enquadramento conceptual, explicação prévia do percurso metodológico, de seguida a análise e discussão de dados e por fim as considerações finais e as referências bibliográficas.

## 1. EVIDÊNCIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Com o aumento da esperança média de vida, decorrente de melhores condições de vida e de melhores cuidados de saúde, assistimos a um progressivo envelhecimento da população, associado a um predomínio de doenças crónicas - degenerativas de evolução lenta que levam, de forma direta, a um comprometimento funcional e de dependência (Carvalho et al., 2013). Em CP a equipa de saúde, face à filosofia dos mesmos, experiencia um desafio diário que se traduz na inclusão do doente e sua família / cuidadores, no processo de cuidados.

A família faz parte da equipa e deve ser incentivada, a participar na prestação de cuidados e a estar presente junto do seu familiar que está internado, na realização/participação de alguns tratamentos, acompanhar quando vai a consulta. Esta integração é fundamental assim como, o acompanhamento e ensino. Também a família necessita de apoio constante, força para prosseguir e compreender a situação que está a viver e poder assim, acompanhar o seu familiar (Fernandes, 2016).

E é desta interação que se estabelece uma relação efetiva de comunicação com o Outro. Como refere Sequeira e Coelho (2016:97), a comunicação terapêutica *consiste na utilização do conhecimento sobre a comunicação, estabelecendo uma relação efetiva, de confiança, bem como uma interação comunicativa intencional com o utente, de modo a ajudá-lo a enfrentar os seus problemas (...). O profissional responde às necessidades explícitas e implícitas do utente de forma consciente e deliberada.*

Comunicar é muito abrangente e a sua origem é proveniente do latim - *communicatio* - *ação de participar* (Porto Editora, 2017, sp), em que há troca de informação entre as pessoas através da fala, da escrita, de códigos comuns ou através do próprio comportamento. É pois, um processo multidirecional, multidimensional, complexo e dinâmico, onde as interações entre as pessoas são sempre diferentes e é composto pela partilha de informação, atitudes e emoções (Sequeira, 2016).

Corroborando com o mesmo autor a comunicação é um *processo dinâmico, complexo e permanente* através do qual as pessoas recebem e emitem mensagens de forma a serem compreendidos e compreender os outros (Sequeira, 2016:2). É através deste processo que se constrói a realidade social pois, permite uma adaptação ao ambiente, podendo este, modificar ou transformar essa realidade.

Como já referido anteriormente, cuidar da pessoa doente/família requer habilidades e o uso de estratégias comunicacionais, sendo necessária uma união de reciprocidade entre duas ou mais pessoas, em que na área da saúde os enfermeiros, colocam-se ao serviço de alguém (que está doente) e o doente/família confia-se aos profissionais (enfermeiros).

Outros estudos têm vindo a demonstrar também que as *habilidades da comunicação não são adquiridas com o tempo, mas sim com adequada capacitação (...) dos profissionais na utilização de estratégias de comunicação para a interação e inter-relação com pacientes no contexto de terminalidade* (Araújo e Silva, 2012:632).

A comunicação é então, uma das principais ferramentas essenciais para o desenvolvimento dos seres humanos estabelecendo laços de relação e não apenas simples factos ou episódios. E como referem vários autores, trata-se de um processo recíproco e não unilateral, usando expressões como por exemplo “partilha”, “troca de mensagens”, “em relação com”, “(...)”.

Apesar dos avanços tecnológicos no diagnóstico e tratamento, a comunicação é essencial e muito relevante na prestação de cuidados pelos profissionais de saúde, a fim de garantir todo o

processo de comunicação e o aperfeiçoamento de competências, melhorando também as relações que se estabelecem.

Para garantir a eficácia da comunicação em diferentes momentos e/ou situações é necessário não esquecer que as pessoas (que necessitam de cuidados) no âmbito de saúde/doença encontram-se num contexto muito específico e de grande fragilidade, sendo cada uma delas únicas e irrepetíveis com a sua própria personalidade e os seus problemas.

As barreiras na comunicação ocorrem quer por parte dos doentes quer por parte dos profissionais, que impedem que a informação seja transmitida. Além de que as dificuldades e os erros de comunicação não ficam apenas pelos intervenientes no processo comunicativo, ocorrem nos três níveis: *erros de conteúdo, as emoções como dificuldade de comunicação e dificuldades de comunicação na relação*. [Kristianson (2001) cit. por Querido et al. (2016:815-831)].

Os erros de comunicação referem-se basicamente às dificuldades de acesso à informação que afirmam ser um dos problemas referenciados pelos doentes. Não falar de algo ou não transmitir determinada informação é muitas vezes entendida pelos profissionais de saúde como a melhor forma de diminuir o sofrimento do doente, no sentido de evitar a confrontação com a realidade dolorosa. [Buckman (1998) cit. por Querido et al (2016)].

A falta de tempo para comunicar é uma queixa quer dos profissionais de saúde quer dos doentes, no entanto é possível comunicar bem, mesmo com pouco tempo. Se o tempo de que se dispõe não for o suficiente para aquela consulta por exemplo, é muitas vezes possível, marcar novos encontros para que a mensagem seja bem fornecida e recebida.

A informação muito pormenorizada ou escassa assim como, diferenças linguísticas e o jargão médico podem dificultar a compreensão dos conteúdos. Também, o estado psicológico do doente/família, como a ansiedade e o medo podem originar incompreensão do que é dito e ouvido. O paternalismo (relação de poder e controle), por parte dos profissionais de saúde, pode provocar no doente/família um sentimento de inferioridade e assim, impedir a participação na tomada de decisão, logo o estabelecimento de uma aliança terapêutica.

As expressões emocionais na comunicação podem causar dificuldades no processamento da mensagem na medida em que, podem transmitir desinteresse pela situação e pelo doente. A maior parte da nossa comunicação faz-se através da linguagem não - verbal (gestos, postura, expressão facial, tom de voz, etc. e como refere Querido, et al. (2016:820) representa *mais de 75%, do processo comunicativo*.

A comunicação terapêutica pode ser definida, segundo Sequeira (2016:6) como: *o conjunto de técnicas/competências que um profissional utiliza com vista à resolução de problemas e a um melhor relacionamento consigo mesmo e com os outros, no sentido de uma melhor adaptação a uma determinada condição de saúde e contexto de vida*. É um método de comunicação através do qual o profissional responde às necessidades explícitas e implícitas do doente. Também usado para recolher informação relacionada com a saúde da pessoa, promover o seu bem-estar e melhorar a forma de entendimento dos cuidados prestados.

O valor da comunicação é entendido como a chave para aceder e atender com dignidade todas as dimensões da pessoa doente. Assim em CP, entende-se que a comunicação efetiva com os doentes, suas famílias e com quem está envolvido no processo de cuidados, é uma componente essencial da assistência (Querido, et al. 2016).

Neste contexto, é crucial que a comunicação se desenvolva com base sempre na agenda do doente, ou seja, tendo em conta as suas necessidades de informação, suas preocupações e expectativas. Comunicar eficazmente em CP é simultaneamente importante e difícil, implicando a

utilização e desenvolvimento de competências de comunicação entre o profissional e o doente/família. Estas competências incluem ouvir, observar e tomar consciência dos nossos próprios sentimentos.

O estabelecimento da comunicação adequada é então, entendido como uma estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento associado à doença avançada e terminal. Na relação terapêutica em CP a comunicação, enquanto processo complexo de partilha de informação, emoções e atitudes, assume uma função essencial, tão importante como a realização do diagnóstico ou a seleção da terapêutica a instituir (Querido et al., 2016).

As mesmas autoras identificam como competências básicas da comunicação em CP: *a escuta ativa, a compreensão empática e o feedback*. Escuta ativa é um processo que implica quatro etapas ouvir, codificar, interpretar e responder, num contexto social e emocional que tem que ser apreendido e para a qual é necessário proporcionar um contexto físico e emocional ajustado à situação.

Na compreensão empática é possível identificar as emoções que o doente vive e sente, bem como a origem e causa dessas emoções, o que permite adaptar a resposta e apoio que é dado ao doente, compreendendo o que está a viver, mas não vivendo por ele. (...) *Não têm que sentir o que o outro sente*. Mas, compreender a vivência do outro e validar as suas emoções.

O feedback avalia a eficácia da comunicação e permite perceber as intenções do recetor. O que traduz a necessidade de se avaliar sempre o que foi percebido pelo recetor, do que foi transmitido.

Neste contexto a comunicação assume um valor acrescido e pressupõe alguns requisitos que passam por escolher o local, adotar uma posição confortável para com o doente, sentar-se, usar o toque, usar uma linguagem não - verbal positiva que transmita abertura, permitir que o outro fale, ser honesto, clarificar a informação e verificar que o que foi transmitido foi compreendido.

Comunicar com eficácia é muito relevante para os profissionais e para os doentes, pois permite, maior adesão ao plano terapêutico, melhor informação assimilada pelos doentes/família e satisfação com os cuidados prestados (Sequeira, 2016).

Ainda segundo o mesmo autor, é fundamental ter em atenção que *a informação deve ser sempre adaptada ao (s) recetor (es)*. *Não se centre apenas no que quer dizer: preocupe-se com o que o (s) outro (s) quer (em) saber* (Sequeira, 2016:81). Na prática dos CP são reconhecidas várias situações complexas de comunicação como a transmissão de más notícias, do diagnóstico e prognóstico, a conspiração do silêncio, a negação, agressão, entre outras.

Na comunicação do diagnóstico é essencial que os profissionais percebam qual o efeito que poderá ter para aquela pessoa doente/familiar no futuro. É um direito do doente/família para poderem tomar decisões com vista ao seu futuro. O protocolo de Buckman pode ajudar na transmissão do mesmo. Em relação ao prognóstico, os profissionais devem usar estratégias de forma a criar um clima que possibilite, ao doente ir adaptando-se de acordo com o seu ritmo de evolução e com o seu tempo.

É importante que o doente/família percebam que os profissionais estão disponíveis e presentes. Dar más notícias é uma das tarefas difíceis para os profissionais mesmo que sejam bem preparados. Estudos, demonstram que os doentes desejam uma informação franca e empática de um diagnóstico terminal ou de outras más notícias [(Vanderkief, 2001) cit. por Querido et al. (2016)].

O modelo de comunicação de Buckman (1988) como guião orientador pode ser usado pelos profissionais de saúde para facilitar este processo de informação/comunicação. É descrito em 6

passos: Conseguir um ambiente correto; Descobrir o que o doente já sabe; Descobrir o que o doente quer saber; Partilhar a informação; Responder às reações do doente; No fim planear e acompanhar.

A pessoa portadora de doença prolongada, progressiva e incurável, continua a ser única, com uma identidade própria e irrepetível e os profissionais/enfermeiros que cuidam têm que ter disponibilidade para Saber Ser, Saber Fazer e Saber Estar perante o doente/família.

Saber comunicar com os restantes profissionais da equipa, sem descuidar que as medidas de conforto são, *os pilares principais destes cuidados*, o que exige conhecimentos atualizados e um treino constante de habilidades. A eficácia na comunicação consegue-se através da formação e treino de todos os elementos da equipa (Querido et al., 2016:377).

A mudança de objetivos: o conforto em vez da cura, a luta diária para proporcionar ao doente a concretização de objetivos simples que, a maior parte das vezes, significam para o doente ter qualidade de vida, a capacidade de comunicar com o doente com sinceridade, a verdade e sem juízos de valor é o grande desafio da equipa de saúde em geral e em particular dos enfermeiros em CP.

O enfermeiro tem um papel primordial no suporte à pessoa com doença, em fase avançada de vida, pois é este profissional que passa mais tempo junto dela. Para dar apoio à pessoa é necessário que se consiga estabelecer com ela uma relação de ajuda, é ser empático. (...) A empatia é uma atitude que envolve emoções e é considerada como a base da relação de ajuda (Rogers, C., 2010).

A pessoa doente/família espera compreensão, atitude de escuta, disponibilidade, atenção, por parte do enfermeiro (...). Esta relação de sintonia permite identificar as emoções que a pessoa está a vivenciar e a sua causa, para isso é necessário que os profissionais/enfermeiros *utilizem técnicas de comunicação terapêutica, associadas a estratégias que facilitem o desenvolvimento do relacionamento terapêutico* (Sequeira e Coelho, 2016:105). É então, necessário conhecimento e preparação nas habilidades de comunicação (formação) que permita compreender a vivência do outro e a validação das suas emoções.

A RSL é uma visão abrangente e atualizada, suportada na pesquisa sobre o tema em estudo, a mesma dá fundamento devendo contemplar os estudos mais pertinentes e representativos do estado da arte. O propósito inicial deste método de pesquisa é *obter um profundo conhecimento de determinado fenómeno baseando-se em estudos anteriores* (Mendes et al, 2008:759).

Este método possibilita que os resultados das pesquisas se tornem mais acessíveis reduzindo alguns obstáculos da utilização do conhecimento científico, possibilitando obter acesso a diversas pesquisas que estão incluídas num único estudo.

Outro aspeto importante na RSL é que ela deve contemplar bases de dados variadas e de diversas línguas. Os manuais e textos de literatura mais respeitados nos métodos de revisão são explícitos e claros a esse respeito, é uma abordagem verdadeiramente abrangente. Esta, recorre a um conjunto de procedimentos e técnicas que *procuram minimizar o viés e o erro, ela é vista como fornecendo evidência de elevada qualidade* (Waddington et al, 2012:363).

Na RSL os critérios de exclusão não podem fundar-se na língua em que foram redigidos os estudos; além disso, permite excluir os estudos que são mal indexados.

## 2. MÉTODO

No presente capítulo abordaremos o objetivo, a questão de investigação, o tipo de estudo, bem como o protocolo da RSL.

### 2.1. OBJETIVOS E QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Esta revisão tem como objetivo: analisar qual a eficácia da comunicação, enquanto intervenção de enfermagem, nos cuidados em fim de vida. Pretende-se assim, responder à seguinte questão: Qual a eficácia da comunicação, enquanto intervenção de enfermagem, em fim de vida?

Depois de estabelecida a questão norteadora do estudo e para Santos et al. (2007:2), *a pergunta de pesquisa adequada (bem constituída) possibilita a definição correta de que informações (evidências) são necessárias para a resolução da questão clínica da pesquisa, maximiza a recuperação de evidências nas bases de dados, foca o escopo da pesquisa e evita a realização de buscas desnecessárias.* Neste sentido, a presente RSL tem como finalidade contribuir para o aumento da evidência científica sobre a eficácia da comunicação, enquanto intervenção de enfermagem, nos cuidados em fim de vida.

### 2.2. TIPO DE ESTUDO

Este estudo encontra-se inserido no paradigma de investigação e como refere Sousa, et al (2010:103), RSL - *é uma síntese rigorosa de todas as pesquisas relacionadas a uma questão específica, enfocando primordialmente estudos experimentais, comumente ensaios clínicos randomizados.* Desta forma, será possível integrar as informações explicitadas num conjunto de estudos já realizados, nos quais podemos identificar elementos semelhantes e refletir sobre os mesmos. Esta RSL teve por base o modelo conceptual da Joanna Briggs Institute (JBI).

### 2.3. PROTOCOLO DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

O protocolo da RSL inclui a questão, os critérios de inclusão e exclusão definidos, a metodologia de seleção dos estudos e por último, a avaliação da qualidade metodológica dos mesmos.

#### Questão

A questão orientadora da RSL foi desenvolvida através do método PICOT - Quadro 1.

<b>Quadro 1: Questão PICOT: Qual a eficácia da comunicação, enquanto intervenção de enfermagem, em fim de vida?</b>	
<b>Participantes</b>	Enfermeiros.
<b>Intervenção</b>	Utilizar a comunicação enquanto intervenção de enfermagem nos cuidados em fim de vida.
<b>Comparação</b>	Sem comparação.
<b>Outcomes/Resultados</b>	Resultados com impacto no âmbito dos cuidados em fim de vida.
<b>Tipo de estudo</b>	Randomizado controlado Aleatório; Meta-análises.

Dados da revisão da literatura procedeu-se a pesquisas eletrónicas de artigos, até 8 de fevereiro de 2017, nas seguintes bases de dados:

- CINAHL (EBSCO) (<http://www.ebscohost.com/>);
- MEDLINE (EBSCO) (<http://www.ebscohost.com/>);
- EMBASE (SCOPUS) (<http://www.scopus.com/>);
- Web of Science (SCOPUS) (<http://www.scopus.com/>);

As palavras-chave foram definidas tendo em conta descritores indexados – termos MeSH, CINAHL Headings, Emtree e Descritores em Ciências da Saúde (DeCS); bem como descritores não controlados, como termos relacionados com a área em estudo. Com base nestes descritores construímos a seguinte frase booleana: “(Palliative\* OR Terminal\* OR Hospice OR “End of life”) AND (care) AND (Nurs\*) AND (communication) AND (meta-analysis OR “randomised clinical trial\*” OR “clinical trial\*” OR “randomised controlled trial\*)”. Com a pesquisa pretendeu-se identificar estudos em inglês, português e espanhol, publicados até 8 de fevereiro de 2017.

## **Crítérios de Inclusão e de Exclusão**

Para a identificação final da amostra foram delineados critérios de inclusão e exclusão, descritos, no quadro 2.

Acrescentamos ainda, enquanto critério de inclusão, que sejam realizados em contexto de CP (internamento, instituição ou domicílio).

O inverso dos critérios de inclusão incorpora os critérios de exclusão, aos quais também acrescentamos a impossibilidade de acesso ao artigo em texto integral.

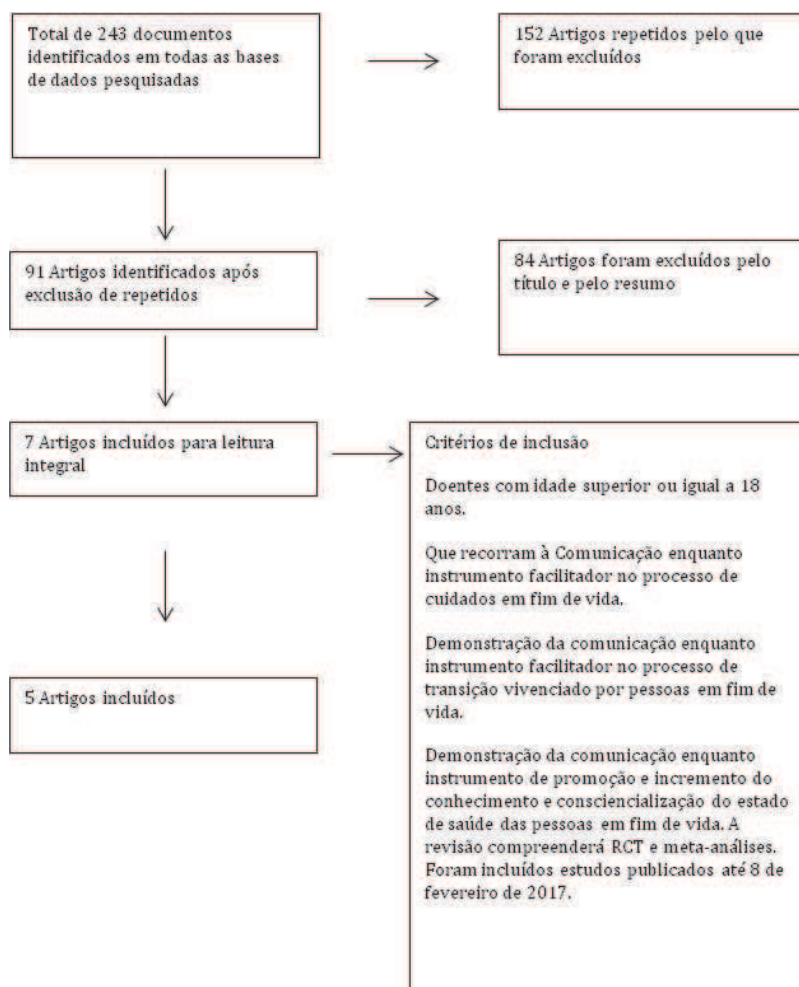
A amostra foi selecionada através da leitura do título, do resumo e sempre que necessário, do texto integral.

<b>Quadro 2: Critérios de Inclusão e Exclusão</b>		
	<b>Critérios de Inclusão</b>	<b>Critérios de Exclusão</b>
<b>Participantes</b>	Doentes com idade superior ou igual a 18 anos	Doentes com idade inferior a 18 anos
<b>Intervenção</b>	Que recorram à Comunicação enquanto instrumento facilitador no processo de cuidados em fim de vida.	Que não recorram à comunicação enquanto instrumento facilitador no processo de cuidados em fim de vida.
<b>Resultados</b>	<p>Na revisão serão apenas considerados os resultados com impacto recorrendo à comunicação enquanto instrumento facilitador no processo de cuidados em fim de vida, identificados nos artigos. Os resultados deverão incluir obrigatoriamente dois dos seguintes resultados:</p> <p>Demonstração da comunicação enquanto instrumento facilitador no processo de transição vivenciado por pessoas em fim de vida sob cuidados paliativos.</p> <p>Demonstração da comunicação enquanto instrumento de promoção e incremento do conhecimento e consciencialização do estado de saúde das pessoas em fim de vida sob cuidados paliativos.</p>	
<b>Tipos de estudo</b>	A revisão compreendeu RCT e meta-análises. Foram incluídos estudos publicados até 8 de fevereiro de 2017.	

## Seleção dos Estudos

De um total de 243 documentos numa primeira análise foram excluídos 152 repetidos, ficando 91. Recorrendo à análise pelo título e pelo resumo foram excluídos 84 documentos, restando um total de 7 artigos para leitura integral. Estes foram avaliados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão definidos.

Obtivemos uma amostra final de cinco (5) artigos para análise integral. O processo de seleção dos estudos está representado na figura 2.



**Figura 2:** Processo de seleção dos artigos

## Avaliação da Qualidade Metodológica

Os estudos integrados com base nos critérios de seleção foram avaliados metodologicamente antes de serem incluídos na revisão.

A qualidade metodológica dos estudos Randomized Clinical Trial (RCT) – foi realizada com recurso ao JBI Checklist - Lista de Verificação de Avaliação Crítica para Estudos Experimentais, adaptada de Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2011 edition. As revisões sistemáticas da literatura e a meta-análise foram avaliadas utilizando a Scottish Intercollegiate Guidelines Network methodology checklist (SIGN).

As pesquisas de artigos nas bases de dados e a seleção dos estudos com base nos critérios de inclusão e exclusão definidos foram realizadas por dois investigadores independentes, não tendo havido discrepância de opiniões quanto à inclusão/exclusão dos cinco (5) artigos analisados. Após discussão conjunta, os dois investigadores chegaram a um consenso, não excluindo nenhum dos estudos pelo que são incluídos cinco (5) artigos.

### 3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

No presente capítulo são apresentados os resultados obtidos da RSL que realizamos. A presente RSL inclui duas revisões sistemáticas da literatura, uma das quais com meta-análise e três estudos RCT, pelo que estruturamos a apresentação e discussão dos resultados em dois subcapítulos.

#### 3.1 REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA E META-ANÁLISE

Dos cinco estudos analisados, dois são revisões sistemáticas da literatura, uma delas com meta - análise.

#### Qualidade Metodológica

As RSL foram avaliadas com recurso à Scottish Intercollegiate Guidelines Network methodology checklist (Anexo X). Das RSL incluídas, uma apresentou qualidade metodológica alta (Oczkowski, Simon J., Chung, Han-Oh, Hanvey, Louise, Mbuagbaw, Lawrence e You, John, 2016) e a outra apresentou qualidade metodológica aceitável (Uitterhoeve R.J., Bensing J.M., Grol R.P., Demulder P.H.M. e Van Achterberg T., 2009). Os resultados da aplicação deste instrumento encontram-se apresentados no quadro 3.

<b>Quadro 3: Avaliação metodológica das revisões sistemáticas da literatura e meta-análises: <i>Scottish Intercollegiate Guidelines Network methodology checklist</i>.</b>		
<b>Estudo</b>	<b>E1 / 1</b> Oczkowski et al. (2016)	<b>E2 / 86</b> Uitterhoeve et al. (2009)
1.1. O estudo define claramente uma questão de investigação?	Sim	Não
1.2. No mínimo 2 pessoas selecionaram os estudos e extraíram os dados?	Sim	Incerteza
1.3. Foi realizada uma pesquisa da literatura compreensiva?	Sim	Sim
1.4. Os autores definem claramente como a revisão foi limitada pelo tipo de publicação?	Sim	Não
1.5. Os estudos incluídos e excluídos apresentam-se listados?	Não	Sim
1.6 São apresentadas as características dos estudos incluídos?	Sim	Sim
1.7. A qualidade metodológica dos estudos incluídos é avaliada e apresentada?	Sim	Sim
1.8. A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada apropriadamente?	Sim	Sim
1.9. São utilizados métodos apropriados para agrupar os resultados obtidos em cada estudo?	Sim	Sim
1.10. Os possíveis vieses são avaliados?	Sim	Não
1.11. Os conflitos de interesse são declarados?	Sim	Não
2.1. Qual a avaliação geral quanto à qualidade metodológica da revisão?	<b>Alta</b>	<b>Aceitável</b>

## Características das Revisões Sistemáticas da Literatura

As características das RSL incluídas, no presente trabalho, encontram-se descritas no quadro 4. O número de artigos incluído nas RSL variou entre os sessenta e sete e os sete estudos.

As duas revisões incluíram estudos de paradigma quantitativo (Oczkowski et al., 2016; Uitterhoeve et al., 2009). Na primeira, (Oczkowski et al., 2016) o tipo de estudos incluídos foi 46 RCT e 21 estudos observacionais, todos realizados no contexto de cuidados em ambulatório. Na segunda, (Uitterhoeve et al., 2009) foram incluídos 5 RCT, 1 programa pré test / posttest e 1 com desenho de medições repetidas.

Quanto ao local onde foram realizados os estudos analisados, 2 estudos decorreram no internamento, 2 no internamento e ambulatório e 3 no ambulatório.

Relativamente às intervenções no âmbito da comunicação, as principais categorias identificadas foram: estratégias estruturadas de comunicação verbal; sessões de ensino educativo; ferramentas de papel (brochuras, etc.); ferramentas baseadas em vídeo; ferramentas em suporte eletrónico (computador) ou baseadas na Web.

Todas as intervenções deveriam abordar a tomada de decisão, em vez de simplesmente melhorar a comunicação de más notícias (Oczkowski et al., 2016). Na segunda RSL relativamente às intervenções de enfermagem, a categoria que sobressai é o programa treino em comunicação. Este consoante os estudos analisados integra diferentes tipologias: formação modular, exercícios de role-playing com feedback e educação teórica. A intervenção pressupõe sempre o auxílio à tomada de decisão (Uitterhoeve et al., 2009).

## Principais Resultados

Nem todas as RSL incluídas na revisão reportaram conclusões positivas quanto às intervenções e resultados que se propuseram a estudar. Na primeira os principais resultados revelam que os temas a desenvolver nos programas de treino com impacto na vertente da comunicação, enquanto instrumento facilitador no processo de fim de vida, identificados nos estudos foram:

As ferramentas de comunicação estruturada para assistir a tomada de decisão em fim de vida podem melhorar o processo de comunicação e algum nível de desistência dos doentes, mas a incerteza sobre a verdadeira magnitude dos efeitos, permanece devido à baixa qualidade da evidência existente (Oczkowski et al., 2016).

Uitterhoeve et al. (2009) não conseguiram demonstrar com base na evidência que a formação em comunicação é eficaz na melhoria do comportamento comunicativo dos profissionais de saúde. Salienta-se também que há ampla evidência de que os doentes valorizam a comunicação, isto é, que as suas necessidades (emocionais) são reconhecidas e respondidas adequadamente.

Quadro 4: Características das Revisões Sistemáticas da Literatura					
Estudo/Autor Ano/País	Objetivo(s)	Amostra	Intervenções	Resultados avaliados	Principais Conclusões
E1 - 1 Oczkowski et al. (2016) Canadá	Determinar, junto de adultos em ambulatório, o efeito da aplicação de ferramentas de comunicação estruturadas para a tomada de decisão em fim de vida após conclusão de implementação de cuidados de saúde avançados.	67 estudos	O auxílio à decisão, a ferramenta de comunicação, a estratégia ou a intervenção educativa devem ser focados em auxiliar o fim da vida privilegiando a tomada de decisão. Todas as intervenções devem abordar a tomada de decisão, em vez de apenas melhorar a comunicação de más notícias.	A maioria avaliou a comunicação em doentes com idade superior a 50 anos, sem condição médica específica. Mas avaliados com cancro, doença pulmonar, doença cardíaca, doença neurológica ou renal.	O uso de ferramentas de comunicação estruturadas pode aumentar a frequência das discussões sobre a diferença entre os cuidados desejados e os cuidados recebidos pelos doentes. O uso de ferramentas de comunicação estruturadas não deve ser considerado uma abordagem <i>ad hoc</i> para a tomada de decisão no fim da vida e a implementação de tais ferramentas deve ser adaptada para atender às necessidades e ao contexto local.
E2 - 86 Uitterhoeve et al. (2009) Holanda	Determinar se a formação em comunicação dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros e médicos, no tratamento do cancro, melhora os resultados do doente.	7 estudos	Programas de treino em tempo real. Estes incorporam treino de <i>role-playing</i> com regular feedback, teoria da educação e estratégias de comunicação. Um dos programas envolve o treino com recurso ao computador, possibilitando o visionamento de vídeos que favorecem o treino da comunicação. As temáticas foram: módulo básico de estratégias de comunicação; lidar com más notícias; gerir as emoções. Colocavam-se questões práticas sobre os vídeos e era dado de imediato o feedback. Há ainda três programas que possibilitam a aplicação das competências adquiridas de comunicação, para o dia-a-dia do trabalho.	Avaliaram a satisfação dos doentes com a informação, o suporte e a avaliação das preocupações.	Há uma ampla evidência de que os doentes valorizam a comunicação centrada nas suas necessidades emocionais, reconhecendo-as e dando-lhes resposta apropriada.  Não há evidência da efetividade do treino em comunicação dos profissionais de saúde sobre o stress dos doentes.

### 3.2 ESTUDOS CONTROLADOS RANDOMIZADOS

Dos estudos incluídos, na presente RSL, são todos RCT (Curtis et al., 2013; Song et al., 2010; Walczak et al., 2017). Em todos os estudos houve um grupo de intervenção e um de controlo.

#### Qualidade Metodológica

Os estudos experimentais e quase-experimentais foram avaliados quanto à qualidade metodológica através do Appraisal Checklist Instrument de Joanna Briggs Institute (JBI) (Anexo XI), sendo que um estudo obteve uma avaliação global de nove (Song et al., 2010), outro estudo apresentou um apontuação de oito (Walczak et al., 2017) e um outro estudo obteve uma avaliação global de seis (Curtis et al., 2013). Os resultados da aplicação do instrumento encontram-se apresentados no quadro 5.

<b>Quadro 5: Avaliação metodológica dos estudos experimentais e quase-experimentais: JBI Critical Appraisal Checklist for Randomised Control / Pseudo-randomized Trial</b>			
<b>Crítérios de avaliação</b>	<b>E1 - 19</b>	<b>E2 - 80</b>	<b>E3 - 91</b>
<b>Estudo</b>	Curtis et al. (2013)	Song et al. (2010)	Walczak et al. (2017)
1. A distribuição dos participantes nos grupos foi aleatória?	<b>Sim</b>	<b>Sim</b>	<b>Sim</b>
2. O grupo a que pertencem (experimental ou controlo) foi ocultado aos participantes?	<b>Não</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
3. A alocação dos participantes aos grupos foi ocultada ao investigador?	<b>Não está claro</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
4. Os resultados dos participantes que abandonaram o estudo são descritos e incluídos na análise?	<b>Não está claro</b>	<b>Sim</b>	<b>Sim</b>
5. Quem fez a avaliação dos resultados não sabia da distribuição dos participantes nos grupos?	<b>Não está claro</b>	<b>Não está claro</b>	<b>Sim</b>
6. O grupo de controlo e o grupo experimental eram comparáveis entre si no início do estudo?	<b>Sim</b>	<b>Sim</b>	<b>Sim</b>
7. Os grupos foram tratados de forma idêntica, para além da intervenção?	<b>Sim</b>	<b>Sim</b>	<b>Sim</b>

8. Os resultados foram medidos da mesma forma em todos os grupos?	<b>Sim</b>	<b>Sim</b>	<b>Sim</b>
9. Os resultados foram medidos de uma forma fidedigna?	<b>Sim</b>	<b>Sim</b>	<b>Sim</b>
10. A análise estatística utilizada foi a apropriada?	<b>Sim</b>	<b>Sim</b>	<b>Sim</b>
<b>Avaliação global</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>8</b>

## Características dos Estudos

Dos estudos incluídos, dois foram realizados nos EUA (Curtis et al., 2013; Song et al., 2010) e um na Austrália (Walczak et al., 2017).

Quanto aos participantes e seu recrutamento, no estudo de Curtis et al. (2013) eram estagiários foram recrutados na Universidade de Washington e na Universidade Médica da Carolina do Sul entre 2007 e 2012. Estes estagiários qualificados incluíram todos os residentes de medicina interna e bolsistas em cuidados intensivos de pneumologia, oncologia, geriatria, nefrologia e subespecialidades de medicina paliativa. Os profissionais de enfermagem eram elegíveis se estivessem matriculados em, ou tivessem concluído recentemente, programas de treino que incluíam o cuidado de adultos com doenças terminais ou crônicas. No estudo de Song et al. (2010), eram Afro-Americanos com doença renal crônica em fim de vida, num total de dezanove. No trabalho de Walczak et al. (2017) os participantes foram doentes oncológicos, com uma esperança de vida estimada pelos seus oncologistas entre 2 e 12 meses. E seus cuidadores informais primários, desde que adultos e que falassem e percebessem inglês.

Quanto às intervenções implementadas, no estudo de Curtis et al. (2013), a intervenção foi adaptada para um workshop que contemplava as melhores estratégias/habilidades de comunicação dirigida a bolsistas de oncologia. Esta intervenção foi composta por oito sessões de quatro horas conduzidas, por dois docentes: um médico e uma enfermeira.

Foram desenvolvidos um esboço de conteúdo e um guia. Cada sessão integrou uma breve visão didática, incluindo uma demonstração de *role-playing* pelo corpo docente; prática de habilidades com recurso à simulação (doentes simulados, família ou clínicos). Cada sessão tratava um tópico específico (por exemplo: construindo relações, dando más notícias, falando de diretrizes antecipadas, conflito médico - enfermeiro, condução de uma conferência familiar, status de não ressuscitar e institucionalização e falar de morrer).

A intervenção utilizou duas histórias de doentes que se desenrolaram sequencialmente, começando com o diagnóstico de doença grave e terminando com a morte. Numa análise “do antes” e “do após” destes formandos, o curso foi revisto com melhorias significativas nas habilidades de comunicação em relação a dar más notícias e responder à emoção, conforme avaliado por encontros padronizados de doentes.

Song et al. (2010) concretizaram um *Plano de Cuidados Avançado Centrado no Doente (PCA-CD)* o qual, pretendia que os doentes submetidos na diálise percebessem o curso da sua doença, aclarassem os seus valores em relação ao

tratamento em situações de sobrevivência ou que colocassem em causa a qualidade de vida. O processo consistiu numa entrevista realizada por uma enfermeira especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, com 20 anos de experiência clínica, após dois dias e meio de treino. A entrevista durou cerca de uma hora numa sessão presencial, tendo sido abordados cinco assuntos da representação da doença para os participantes: avaliação representacional de crenças dos participantes sobre a sua condição de doença; exploração de lacunas ou mal-entendidos em relação à Doença Renal Crónica (DRC) e sua progressão; tratamento de manutenção da vida, incluindo diálise; criação de condições para a mudança conceptual; introdução de substituição da informação, resumo e discussão.

No estudo de Walczak et al. (2017) a intervenção compreendeu um *Programa de Apoio à Comunicação (PAC)* (Ryan e Deci, 2000; Ryan et al., 2008). Este fundamenta-se na teoria da autodeterminação, relacionada com as mudanças no comportamento de saúde. Visa aumentar a "Motivação Autónoma" para discutir o prognóstico, os CP e a autoperceção de "competência" para empreender discussões. O objetivo geral da intervenção foi aumentar a capacidade e motivação dos participantes para discutir o prognóstico e os cuidados paliativos no início do último ano de vida. Duas enfermeiras receberam treino (cerca de 40 horas) para realizar a intervenção, estruturada em duas sessões: uma que consistiu no encontro face-a-face (cerca de 45 minutos) e uma segunda, numa sessão de reforço, via telefone. As reuniões presenciais incluíram um questionário que compreendeu perguntas relacionadas com fatores identificados como importantes no processo de fim de vida, por doentes, familiares e médicos. As questões compreenderam o prognóstico, o tratamento, opções, decisões, CP, estilos de vida, suporte ao doente e família e ainda questões específicas do familiar cuidador. Uma a duas semanas após a consulta presencial (face-a-face) é feito um contacto telefónico, no sentido de reforçar o abordado anteriormente na consulta. Todas as sessões de intervenção eram gravadas de modo a discutir em reuniões regulares com o coordenador do estudo, no sentido de identificar barreiras à adesão ao protocolo. Para a realização dos diferentes estudos foram utilizados alguns instrumentos, sendo estes:

No estudo de Curtis et al. (2013), foram usados:

*Quality of Communication Questionnaire (QOC)*, o qual foi desenvolvido com recurso a grupos - focais com doentes, familiares e clínicos, estando disponível on-line. É um instrumento com vários itens (18 itens para os clínicos e 19 para os familiares): um item mede a qualidade geral da comunicação e os itens restantes medem aspetos específicos da comunicação. Cada item varia entre 0 (pobre) e 10 (absolutamente perfeito). O instrumento apresenta uma consistência interna aceitável e o constructo de validade está suportado através de correlações com medidas conceitualmente relacionadas (por ex: número de discussões com o clínico à cerca dos cuidados em fim de vida na medida em que o clínico conhece as preferências de tratamento do doente).

*Quality of End-of-life Care Questionnaire (QEOLC)*, trata-se de um questionário com vários itens (26 itens para o doente e familiares e 10 para os clínicos), foi desenvolvido através de estudos de avaliação da qualidade das competências do clínico ao providenciar cuidados em fim de vida. O instrumento apresenta uma consistência interna aceitável e o constructo de validade está suportado através de correlações com medidas conceitualmente relacionadas (por ex: conhecimento médico em CP, satisfação com os cuidados do doente e familiares e avaliação da enfermeira aos cuidados médicos).

*Personal Health Questionnaire (PHQ-8)*, mede os sintomas de depressão com recurso a 8 itens, é um instrumento amplamente utilizado para medir situações depressivas em populações

com doença crónica. O PHQ-8 tem excelente confiabilidade, estabilidade teste-reteste, sensibilidade e especificidade bem como comprovada validade e responsividade às intervenções. As pontuações de PHQ-8 somam os sintomas componentes (numa escala de 4 pontos) e podem variar de 0 (sem sintomas durante as 2 semanas anteriores) a 24 (8 sintomas experimentados quase todos os dias), com altos scores refletindo maior depressão. A pontuação foi calculada para todos os respondentes que responderam pelo menos a 7 itens, com scores para os doentes que responderam apenas a 7 itens ponderados para compensar o item em falta. A pontuação foi definida como ausente se foram respondidos menos de 7 itens.

Short-Form Health Survey (SF-12), este instrumento mede o status funcional. Tem sido usado com doentes crónicos e populações mais velhas fornecendo uma medida composta padrão com boas características psicométricas, incluindo confiabilidade interna, estabilidade teste-reteste, validade e responsividade. São necessárias respostas válidas para todos os 12 itens para a computação da pontuação composta. As pontuações na componente física do SF-12 podem variar de 10,5 a 70,1; para a componente mental, podem variar entre 7,8 e 72,0; para ambas as componentes os scores elevados representam melhor saúde. A diferença mínima clinicamente significativa foi estimada entre 4 e 7 pontos.

No âmbito do estudo de Song et al. (2010), os instrumentos utilizados foram:

Charlson Comorbidity Index - consiste num sistema de pontuação que inclui fatores de ponderação com base na gravidade da doença. Os scores variam entre 2 e 14, sendo que altos scores indicam maior risco de morrer.

30-Item Dialysis Symptom Index - avalia os sintomas físicos e emocionais específicos da diálise crónica. As opções de resposta variam de 0 (não) a 4 (muito); Pontuações mais altas indicam maior intensidade de sintomas.

13-Item Decisional Conflict Scale - Mede o nível de dificuldade de tomar decisões. Varia de 1 (concordo totalmente) e 5 (discordo totalmente). Se apresenta um score superior ou igual a 2 demonstra dificuldade na tomada de decisão.

Decision-making Confidence Scale - Mede o conforto na tomada de decisão. É constituído por 5 itens com opção entre 0 (não confia em nada) e 4 (muito confiante).

Self-Perception and Relationships Tool (S-PRT) - mede o bem-estar psico-espiritual do doente e pessoa significativa. É composta por 28 itens, cada item é pontuado com uma escala de classificação de 7 pontos (+3 a -3), entre pares de palavras.

No estudo de Walczak et al. (2017) os instrumentos utilizados foram:

Efficacy in Patient Physician/Patient Interactions (PEPPI) Scale - mede a autoeficácia da comunicação.

Functional Assessment of Cancer Therapy - General Questionnaire (Fact-G) - mede a qualidade de vida.

Cassileth Information Styles Questionnaire (CISQ) - mede as preferências por informações e envolvimento nas decisões sobre cuidados.

*Degner Control Preference Scale* – mede as preferências por informações e envolvimento nas decisões sobre cuidados.

As características dos estudos RCT encontram-se descritas, sumariamente, no quadro 6.

## Eficácia das Intervenções

O estudo de Curtis et al. (2013) apurou que não houve mudança significativa nos valores de *Quality of Communication Questionnaire (QOC)* ou *Quality of End of life Care Questionnaire (QEOLC)* avaliados nos doentes, familiares ou clínicos. Encontramos uma melhoria significativa nas classificações de QOC para os doentes que avaliaram o seu estado de saúde como "pobres", para os quais a comunicação sobre cuidados paliativos pode ser particularmente relevante. Deste estudo salienta-se uma maior cultura dos profissionais envolvidos no âmbito da comunicação, contudo não houve ganho no âmbito dos doentes e seus familiares cuidadores. Relewa-se ainda que em algumas situações se verificou depressão nos doentes e familiares cuidadores.

Os autores salientam que os doentes poderiam experimentar sintomas depressivos ou sentimentos de tristeza como resultado da discussão sobre cuidados de fim de vida. Enquanto limitações aponta-se o tempo disponível à avaliação, que pode ter sido insuficiente para os avaliadores e a falta de treino neste tipo de programas de comunicação por parte dos doentes e familiares. Assim não é possível generalizar o efeito da intervenção.

Do estudo de Song et al. (2010), é demonstrado que no pós-teste, 80% dos doentes do grupo de intervenção relataram que escolheriam continuar todos os tratamentos de manutenção da vida numa situação de baixa expectativa de sobreviver, enquanto no grupo de controlo apenas 28,6% relataram que fariam essa escolha. Também no grupo de intervenção 90% dos doentes escolheriam submeter-se a ressuscitação cardiopulmonar mesmo que a expectativa de vida fosse baixa, enquanto no grupo de controlo 57% fariam essa escolha.

Quanto ao nível de dificuldade do doente em fazer escolhas, ambos os grupos apresentaram dificuldade em as efetuar em fim de vida, no início do estudo. As mudanças antes e depois, quanto ao conflito de decisão, não foram significativamente diferentes, nos dois grupos (intervenção e controlo).

Considerando o nível de conforto das pessoas significativas na tomada de decisão, estas mostraram alta confiança em tomar decisões para seus entes queridos, e as mudanças antes e depois, na confiança, nos dois grupos (intervenção e controlo) não foram significativamente diferentes.

Relativamente ao bem-estar psico-espiritual do doente e pessoa significativa, não foram encontradas mudanças antes e depois em ambos os grupos (intervenção e controlo).

Já quanto à aceitabilidade, a perceção da qualidade da comunicação sobre o fim de vida relatada pelos doentes do grupo de intervenção foi significativamente maior que a do grupo controlo, contudo não houve diferenças significativas entre os grupos, tanto no índice de interação doente - clínico como na sensibilidade cultural do clínico.

Sobressaiu ainda deste estudo que as hipóteses de que o *Plano de Cuidados Avançado - Centrado no Cliente (PCA-CC)* diminuiria o conflito decisório dos doentes e pessoas significativas e aumentaria a sua confiança na tomada de decisão, não foram apoiadas.

Durante o PCA-CC, as díades (doente e pessoa significativa), descreveram ter fortes relações com Deus que proporcionavam satisfação com a vida e um sentido de propósito na vida. Releva-se assim, uma relação entre fortes crenças espirituais e uma alta tolerância à doença renal terminal.

Enquanto limitações do estudo são apontadas o número da amostra, dado ser diminuto (19) e a colheita de dados no tempo de uma semana (...) pode ter sido um intervalo temporal muito curto para observar mudanças no bem-estar psico-espiritual.

O estudo de Walczak et al. (2017) quanto aos resultados demonstrou que a autoeficácia dos destinatários do programa de apoio à comunicação, em saber que perguntas fazer ao seu médico, melhorou significativamente no seguimento enquanto a autoeficácia dos doentes do grupo de controlo declinou. O programa de apoio à comunicação não afetou a qualidade de vida relacionada com a saúde dos doentes ou a probabilidade de que suas informações de saúde ou preferências de tomada de decisão compartilhadas fossem atendidas. A satisfação com o programa de apoio à comunicação foi elevada.

Quanto à Auto eficácia da Comunicação não houve diferenças significativas entre os grupos (intervenção e controlo) ao longo do tempo.

Também não houve diferenças significativas entre os grupos quanto à probabilidade de os doentes atingirem ou excederem as preferências relativamente à quantidade e ao tipo de informação recebida.

Entre os dois grupos não foi encontrada qualquer diferença significativa quanto à qualidade de vida global, nem tão pouco considerando as subescalas: física, social, emocional ou de bem-estar funcional, que integram o *Functional Assessment of Cancer Therapy - General Questionnaire (FACT-G)*.

Relativamente aos níveis de satisfação com a intervenção, *Programa de suporte na Comunicação*, 50,8% manifestaram satisfação. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o grupo de intervenção e o de controlo quanto ao número de questões efetuadas. Também não se verificaram diferenças significativas entre os grupos (intervenção e controlo) quanto à perceção da qualidade de vida.

Em relação às preferências dos doentes relativas às informações respeitantes à doença oncológica, ambos os grupos (intervenção e controlo) referiram que foram satisfeitas.

Da mesma forma, 87,5% dos doentes, do grupo de controlo, e 80,8% dos doentes do grupo de intervenção, relataram que as suas preferências para o envolvimento do cuidador na tomada de decisão compartilhada foram atendidas.

A integração de treino de habilidades de comunicação para médicos oncologistas pode ser benéfica.

Enquanto limitações do estudo os autores apontam a dimensão da amostra, e o momento próximo à alta. Devido a constrangimentos logísticos e orçamentais, uma única consulta de oncologia de acompanhamento foi registada por participante.

Os participantes do grupo de intervenção receberam aproximadamente uma hora de contacto com o enfermeiro para receber o Programa de Suporte de Comunicação, enquanto os participantes do grupo de controlo não receberam esse tempo de contacto adicional com um profissional de saúde além de seus cuidados habituais.

Quadro 6: Características dos Estudos Controlados Randomizados					
Estudo/Autor Ano/País	Objetivo(s)	Amostra	Intervenções	Resultados Avaliados	Principais Conclusões
E1-19  Curtis et al. (2013)  EUA	Avaliar os efeitos de uma intervenção de habilidades de comunicação para internos de medicina e praticantes de enfermagem sobre os resultados relatados pelo doente e família.	391 Médicos internos de medicina e 81 enfermeiros praticantes entre 2007 e 2013.  Os participantes foram randomizados para uma sessão de 8, baseada em simulação:  (N =232) vs educação normal (N = 240)	Programas de treino que incluem cuidados a adultos com doenças fatais ou crónicas. Incluindo doentes com documentação de comunicação sobre cuidados em fim de vida (CP ou sem indicação de reanimar). Internados numa unidade de terapia intensiva, com internamento de 72 horas ou mais, ou idade 80 anos ou mais com um internamento de 72 horas ou mais. Para doentes de ambulatório, 3 ou mais visitas com o estagiário para aumentar a oportunidade de discutir cuidados em final de vida.  A avaliação para esse momento, por doente (até 2 estagiários), por familiar (até 2 estagiários) e, para clínicos (enfermeiros e médicos não limitaram o nº de estagiários). As pesquisas eram distribuídas aos avaliadores com base em encontros documentados.  A intervenção foi adaptada de uma oficina residencial associada a melhores habilidades de comunicação para internos de oncologia. A intervenção foi composta por oito sessões de 4 horas conduzidas por 2 docentes: 1 médico e 1 enfermeira. Desenvolveram um esboço de conteúdo e um guia orientador.	Numa análise posterior estes formandos de intervenção, revelaram que o curso foi associado a melhorias significativas nas habilidades de comunicação em relação a dar más notícias e responder à emoção.  Estudos observacionais têm sugerido que a comunicação em fim de vida é associada: à diminuição da intensidade de atendimento; aumento da qualidade de vida e além disso, as intervenções que se concentram na comunicação sobre cuidados em fim de vida, utilizando especialistas em CP. Os doentes demonstraram melhorias na qualidade de vida, diminuição dos sintomas de depressão e redução da intensidade dos cuidados no final de vida.	Entre médicos internos e enfermeiros a Formação em comunicação baseada na simulação em comparação com a Educação regular melhora a qualidade da comunicação sobre o fim de vida e a qualidade dos cuidados no final de vida. Associado a um pequeno aumento nos sintomas depressivos dos doentes. Estes resultados pressupõem questões sobre a transferência de competências do treino de simulação para o atendimento efetivo dos doentes e a avaliação de habilidades de comunicação.  O aumento dos sintomas depressivos dos doentes associados à intervenção foi notável mas, estes poderiam experimentar sintomas depressivos ou sentimentos de tristeza como resultado da discussão sobre cuidados de fim de vida. Pode esse aumento, estar associado com o nível de habilidade do clínico a conduzir a discussão.  A simulação para aprender habilidades para comunicar as más notícias a doentes com cancro foi a base de um <i>workshop</i> de 4 dias para internos de oncologia médica. Este <i>workshop</i> foi associado a uma melhoria significativa na capacidade dos participantes em dar as más notícias e discutir as transições para cuidados paliativos.

<p><b>E2 - 80</b> Song et al (2010)  Afro-Americano</p>	<p><u>Melhorar</u> a compreensão do doente e cuidador sobre a doença atual, valores e preferência dos doentes;</p> <p><u>Determinar</u> a viabilidade e a aceitabilidade do ACP entre os Afro-Americanos com estágio 5 DRC e seus cuidadores.</p>	<p>Dezanove (19) Afro-Americanos com doença renal estágio 5 DRC (hemodiálise vs diálise peritoneal) crónica e seus cuidadores.</p> <p>Dois grupos randomizados. Os submetidos ao Planeamento de Cuidados Avançados Centrados no doente (PC-ACP) <i>versus</i> os submetidos a cuidados habituais.</p> <p>Onze (11) receberam PC-ACP grupo intervenção</p> <p>Oito (8) receberam cuidados habituais – grupo controlo</p>	<p><b>As metas PC- ACP</b> para ajudar os doentes e seus cuidadores a compreenderem melhor o curso da doença e esclarecer os seus valores em relação ao tratamento em situações que a sobrevivência ou a qualidade de vida pode ser severamente comprometida. Realizou-se uma entrevista presencial com a díade (doente – cuidador) por uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, experiente na clínica e treinada em ACP; abordando cinco assuntos da representação da doença para os participantes.</p> <p><b>Cuidados Habituais</b> - foram fornecidas informações por escrito sobre diretiva antecipada. Perguntas sobre condições médicas e tratamento em fim de vida.</p>	<p>No pós-teste, <b>80%</b> dos doentes (grupo de intervenção) relataram que escolheriam todos os tratamentos que sustentam a vida numa situação de baixa hipótese de sobrevivência, enquanto <b>28,6%</b> dos doentes no grupo controlo relataram que fariam essa escolha.</p> <p><b>90%</b> dos doentes no grupo de intervenção relataram que escolheriam submeter-se à ressuscitação cardiopulmonar mesmo se a hipótese de sobreviver à tentativa fosse baixa.</p> <p><b>57%</b> dos doentes no grupo de controlo informou que eles fariam essa escolha.</p> <p>Os dois grupos (intervenção <i>versus</i> controlo) não diferiram nas características clínicas, sociais, demográficas ou medidas de resultado basais.</p>	<p>PC-ACP apresentaram melhorias superiores nas preferências de tratamento em fim de vida e melhor qualidade percebida de comunicação do que as díades de controlo.</p> <p>O Grupo de intervenção considerou a diálise como uma parte das suas vidas - "as suas vidas e a diálise eram inseparáveis".</p> <p>Durante PC-ACP, as díades descreveram ter relações fortes com Deus proporcionando satisfação com a vida e Sentido na vida.</p> <p>Verificou-se relacionamento entre Fortes crenças espirituais e uma alta tolerância.</p> <p>A qualidade de vida não é bem compreendida e é necessária investigação com especial atenção para o contexto da tomada de decisão em fim de vida.</p> <p>A influência da espiritualidade na decisão final é muito importante assim como, interações para apoiar os doentes e cuidadores (emoções, entre outras).</p> <p>Os resultados sugerem: necessidade de melhorar a intervenção para adequação cultural dos Afro-americanos com DRC; Comunicação eficaz dos clínicos sobre cuidados médicos futuros, sendo fundamental para doentes com DRC e suas famílias.</p> <p><b>As limitações</b> do estudo: pequeno tamanho da amostra, uma semana de colheita de dados, poderia ter sido curto para observar mudanças no bem-estar psico-espiritual.</p>
---	---	---	---	--	---

<p><b>E5 - 91</b> Walczak, et al (2017)  Austrália.</p>	<p>Avaliar a eficácia de um Programa de Apoio à Comunicação liderado por uma Enfermeira para doentes com cancro avançado e incurável, para ajudá-los a discutir o prognóstico e os cuidados em fim de vida.</p>	<p>Dos 363 doentes convidados a participar no estudo, 110 destes com cancro avançado incurável participaram.</p> <p>Sessenta e um (61) foram randomizados para o grupo Programa de Apoio a Comunicação (PAC) e quarenta e nove (49) para o grupo de controlo</p>	<p>A intervenção realizada com participantes de seis centros de tratamento do cancro afiliados com hospitais, incluindo a consulta.</p> <p>Os questionários de fidelidade preenchidos para cada sessão de intervenção indicaram que os principais objetivos foram quase concluídos para os Participantes da intervenção: "Apresentação e discussão da agenda de sessões"; "conhecer os participantes " e "Introdução da Questão Por Lista (QPL) ".</p> <p>O objetivo principal a seguir não foi inteiramente concluído para dois participantes de intervenção: "explorando QPL e a comunicação de saúde "desejava rever a QPL no seu próprio tempo e não na sessão.</p> <p>1.Intervenção nos <u>doentes</u></p> <p>2.Intervenção nos <u>cuidadores</u></p> <p>3.Outros preditores de comportamentos: consultas longas, presença de um cuidador, paciente com alto nível de Educação.</p> <p>4. Auto-Eficácia da Comunicação</p> <p>5.Preferências para informação e tomada de decisão. Quantidade e tipo de informação recebida ou que</p>	<p>1. Impacto da intervenção nos <u>doentes</u> - nas análises multi-variadas, as contagens de perguntas foi significativamente maior nos doentes do grupo PAC <b>versus</b> controlo (no prognóstico, cuidados de fim de vida, cuidados futuros). Quando analisadas separadamente, os doentes no grupo de intervenção não fizeram mais perguntas sobre qualquer tópico, mas deram mais pistas para a discussão de: Prognóstico, cuidados de fim de vida, temas alvo do PAC, questões gerais e não para cuidados futuros.</p> <p>2.Impacto da Intervenção nos <u>cuidadores</u> contagens de perguntas de prognóstico são maiores para os cuidadores no grupo de intervenção.</p> <p>3. As consultas longas foram associadas a maiores contagens do tópico alvo do PAC. Aos doentes com maior formação foram associadas a menores contagens do tópico alvo de PAC. Em relação à duração da consulta não foram encontradas diferenças significativas (tempo médio de consulta 20,6 min grupo de intervenção <b>vs</b> 20,4 min).</p> <p>4. Na Auto eficácia da Comunicação, não houve diferenças significativas</p>	<p>Os doentes que receberam o Programa de Apoio à Comunicação (PAC) deram significativamente mais sugestões quanto ao que desejavam discutir: Prognóstico, cuidados de fim de vida, opções de cuidados futuros e questões gerais durante a consulta.</p> <p>Os doentes sentem-se mais confortáveis quando abordadas essas questões de forma indireta, mesmo que motivados para obter essa informação. Estes resultados podem também ser influenciados pela falta de garantirem as perguntas pela lista (QPL) com a participação dos oncologistas.</p> <p>Finalmente, apesar da discussão de Enfermagem sobre o benefício precoce do prognóstico mesmo quando a morte não é imediatamente iminente; os participantes podem ter acreditado que ainda, tinham caminhos adicionais de tratamento para explorar antes do final de vida, sendo um dado relevante.</p> <p>As QPL guiadas pelos profissionais de saúde foram identificadas como cruciais: a ausência do profissional de saúde, os doentes e cuidadores não fizeram mais perguntas e não deram mais pistas para a discussão em relação aos do grupo de controlo. Não foram encontradas diferenças significativas no comprimento da consulta entre grupos, apesar do aumento da procura de informação entre os destinatários do PAC.</p> <p>A tarefa final do PAC era que os participantes selecionassem uma de três perguntas importantes a serem feitas na próxima consulta.</p> <p>A sessão de reforço telefónico também reiterou o processo regularmente de revisão da QPL e a seleção de perguntas na próxima</p>
---	---	--	--	--	--

			<p>satisfaça ou exceda preferências para o nível de controlo ao seu cuidador durante a consulta.</p> <p><b>6. Qualidade de Vida e Bem-estar</b> Total pontuações de qualidade de vida ou avaliação física, social, emocional ou funcional.</p> <p><b>7. Satisfações com a intervenção</b> As medidas de satisfação foram completadas em 50,8% pacientes no grupo PAC.</p>	<p>entre os grupos ao longo do tempo. Na Auto eficácia média saber fazer as perguntas aumentou de 3,6 para 4,2 no grupo PAC, mas diminuiu de 3,9 para 3,6 no grupo controlo.</p> <p><b>5.</b> Não houve diferenças significativas entre os grupos, tomadas de decisão e comunicação.</p> <p><b>6.</b> Nenhum efeito de intervenção significativo.</p> <p><b>7.</b> Os escores médios de satisfação de cada elemento da sessão presencial variou de 3,90 a 4,21 - um alto nível. A satisfação média com cada elemento da chamada telefónica de seguimento variou de 3,93 a 4,21 minutos.</p>	<p>consulta.</p> <p>As análises exploratórias sugeriram que o PAC aumentou a auto-eficácia em relação ao saber quais as perguntas a serem feitas ao oncologista. O PAC é uma ferramenta para ajudar a identificar questões relevantes de prognóstico e cuidados em fim de vida.</p> <p>Os doentes que receberam informação têm mais probabilidades do que os do grupo de controlo, de reportarem as suas preferências durante a próxima consulta e o nível de participação no processo de tomada de decisão é partilhado com o seu clínico.</p> <p>Estas preferências não foram cumpridas para 40% dos participantes nos dois grupos de estudo. No entanto, as preferências dos participantes, nos dois grupos, quanto ao tipo de informação recebida foram amplamente atendidas, com 20% dos de controlo e 7,4% dos participantes de intervenção.</p> <p>Da mesma forma, 87,5% dos doentes de controlo e 80,8% dos de intervenção manifestaram preferências para o envolvimento do cuidador.</p>
--	--	--	---	---	---

#### **4. LIMITAÇÕES DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

A força dos resultados de uma RSL depende, sobretudo, da robustez dos estudos que inclui. Após a análise dos resultados obtidos, consideramos as seguintes limitações:

- O número reduzido de estudos incluídos na amostra, uma vez que apenas cinco estudos estavam de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos;
- Em todos os estudos analisados não se verificou acompanhamento dos participantes após o final da intervenção, não permitindo avaliar o efeito da mesma a longo prazo;
- Não estava evidenciado nos estudos encontrados o seguimento por equipas específicas de CP ou profissionais com formação avançada em CP.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento de competências para aquisição de ferramentas de comunicação, capazes de facilitar a interação doente/familiar e equipa, são elementos poderosos e facilitadores na compreensão do Ser Pessoa.

O estabelecimento de comunicação eficaz, em fim de vida, é fundamental e ao mesmo tempo um desafio, é um processo complexo e dinâmico. É também, entendido como uma estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento associado à doença avançada e terminal.

Existe evidência científica que demonstra que a qualidade da comunicação não é uma competência inata mas sim, uma competência que se desenvolve e treina através do seu estudo, da sua aplicação com recurso a atitudes simples e humildes dos profissionais de saúde. Outras considerações:

- A eficácia da comunicação proporciona mudanças sólidas e duradouras, satisfação dos doentes/ família /cuidador e adesão aos tratamentos.
- A formação, pré e pós - graduada, é essencial para o desenvolvimento dos profissionais de saúde. É necessário incorporar programas de Comunicação Centrados no Doente na formação.
- As competências em comunicação são transversais a todos os elementos da equipa e não apenas ao domínio de um grupo profissional específico.
- Comunicar eficazmente é simultaneamente importante e difícil, implicando a utilização de técnicas e o desenvolvimento de competências de comunicação para os profissionais.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE CUIDADOS PALIATIVOS (APCP) (2016) - *Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal*. Posição da APCP enviada ao Ministério da Saúde. Fevereiro, 2016:1-65.

CAPELAS, M.L.V; COELHO, S.P.F. (2014) - *Pensar a organização de serviços de Cuidados Paliativos*. Órgão Oficial da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos. Vol.1, n.1, Março, 2014:17-26.

CARVALHO, R.T; PARSONS, H.A. (2013) - *Manual de Cuidados Paliativos*, publicação da ANCP, 2ªed. – ampliado e actualizado.

CURTIS, J. R., et al (2013) - *Effect of Communication Skills Training for Residents and Nurse Practitioners on Quality of Communication With Patients With Serious Illness: A Randomized Trial*. JAMA. American Medical Association, Vol. 310(21), 2013:2271-281; doi: 10.1001/jama.2013.282081.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE - *Programa Nacional de Cuidados Paliativos 2004*, ratificado em 2010.

DIÁRIO DA REPÚBLICA (2015) - *Ordem dos Enfermeiros - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa*, 2ª série - Nº78-22 de Abril, 2015:9967 - 9968.

FERNANDES, J. (2016) - *Apoio á Família em Cuidados Paliativos*, In Manual de Cuidados Paliativos (3ª edição). Lisboa, Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa, 2016:653-663.

HENNEZEL, M. (2002) - *Diálogo com a morte - 5ª edição*, Editorial Notícias, Março. ISBN 2-221-07830-6.

HOUBEN, C.H.M., et al. (2014)-*A randomised controlled trial on the efficacy of advance care planning on the quality of end-of-life care and communication in patients with COPD: the research protocol*. BMJ Open, Vol. 4:e004465; doi: 10.1136/bmjopen-2013-004465.

MENDES, KDS et al (2008) - *Revisão integrativa: método de pesquisa para incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & contexto – Enfermagem*. Biblioteca Digital da Produção Intelectual - BDPI da Universidade S. Paulo, volume 17, n.4, 2008:758-764.

PORTO EDITORA (2017) - *Comunicação* in Dicionário infopédia da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2017. [consult. 2017-03-21 22:06:40]. Disponível na Internet: <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/comunicação>

QUERIDO, A., et al (2016) – *Comunicação*, In Manual de Cuidados Paliativos (3ª edição). Lisboa, Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa, 2016:815-831.

ROGERS, C. (2010) - *Tornar-se Pessoa*, Coleção Educadores MEC | Fundação Joaquim Nabuco/Editora Massangana. ISBN 978-85-7019-545-6.

SILVA, M.J.P. (2006) - *Comunicação tem Remédio: A Comunicação nas relações interpessoais em saúde*, 4ª Ed., Agosto, Edição Loyola – S. Paulo Brasil. ISBN: 85-15-02553-1.

SEQUEIRA, C. (2016) - *Comunicação Clínica e Relação de ajuda*, 1ª Ed., Maio, Edição Lidel - Lisboa Portugal.

SEQUEIRA, C., COELHO, T.(2016) – *Comunicação Terapêutica* In Comunicação Clínica e Relação de ajuda, 1ª Ed., Maio, Edição Lidel - Lisboa Portugal.

SANTOS, C.M.C., et al (2007) - *A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências*. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online], vol.15, n.3, 2007:1-4.

SONG, Mi-Kyung, et al (2010) - *Effects of an intervention to improve communication about end-of-life care among African Americans with chronic kidney disease*. Applied Nursing Research. Vol. 23, 2010:65-72.

SOUZA, M.T., et al (2010) - *Revisão integrativa: o que e como fazer*. Einstein, volume - 8.

WADDINGTON, H. et al (2012) - *How to do a good systematic review of effects in international development: a tool kit*. Journal of Development Effectiveness, 4; 2012:59-387; doi:org/10.1080/19439342.2012.711765

WALCZAK, A., et al (2017) - *Encouraging early discussion of life expectancy and end-of-life care: A randomised controlled trial of a nurse-led communication support program for patients and caregivers*. International Journal of Nursing Studies, Vol. 67; 2017:31-40.

## CAPÍTULO III - CONCLUSÃO GERAL

A elaboração deste relatório procura visar e abordar, de uma forma crítica e fundamentada, as competências adquiridas que nos propusemos. Pretendemos também refletir sobre estratégias adotadas na resolução de cada situação específica na PC. No final de mais uma meta de aprendizagem, há que ressaltar que, nenhum ciclo será encerrado, mas será apenas o início de um longo caminho a percorrer quer em benefício próprio quer em prol dos outros.

Esta fase foi encarada como uma valorização pessoal e profissional, de alargamento do conhecimento e de aquisição de capacidades e competências que sem dúvida procuramos basear e utilizar em toda a atividade futura.

Com a experiência da PC e refletindo sobre todo percurso para a redação deste relatório, foi possível perceber que tipo de trabalho é desenvolvido numa EIHCP e no internamento de um SCP, experiências levadas a cabo no âmbito do 5º Mestrado em CP, que facilitaram o desenvolvimento de competências para desempenhar as atividades, enquanto Enfermeira. Sendo uma área do nosso interesse daí escolher este mestrado, também por termos a possibilidade de realizar PC foi, igualmente, um outro fator a pesar nesta decisão.

O percurso não foi fácil, até porque não estávamos, de todo, familiarizada com estas práticas e os conceitos defendidos na área de CP, tendo sido necessário um esforço para assimilar tudo. Assim, com a frequência do mestrado e a realização da PC abriu-se uma porta para a realidade laboral nesta área e para aquisição de competências diversas.

A formação específica e especializada nesta área foi um contributo importante no processo de desenvolvimento destas competências. Outro contributo, desta formação, tem a ver com a preparação em metodologias de investigação que habilitem enfermeiros no desenvolvimento de trabalhos científicos tão essenciais para a evolução desta área de atuação, tendo sempre como ponto central a maximização da qualidade de vida e a diminuição do sofrimento dos doentes/famílias.

Como mais-valias neste percurso, identificamos o contributo dos enfermeiros orientadores e o contacto com todos os outros profissionais conhecedores de distintas realidades que permitiram uma partilha de experiências e conhecimentos. O curto período de tempo em cada contexto foi encarado como um aspeto dificultador pois, a nossa integração no funcionamento do serviço, o processo de avaliação e análise assim como, o desenvolvimento de atividades com vista ao aprofundar de competências foi realizado de forma rápida. Contudo, consideramos tê-lo superado facilmente, devido, em muito, às nossas características pessoais, nomeadamente, motivação e determinação.

Refletindo em jeito de conclusão final sobre o caminho percorrido e nos aspetos relatados sobre, *COMUNICAÇÃO COMO INSTRUMENTO FACILITADOR NO PROCESSO DE CUIDADO EM CUIDADOS PALIATIVOS* consideramos que o cumprimento dos objetivos, a aquisição e desenvolvimento de competências nas áreas fundamentais, vão de encontro às exigidas pelo curso de Mestrado em CP do IPCB. Porém, este caminho não termina aqui, é infindo pois, a prática de uma Enfermagem Avançada constitui um objetivo contínuo ao longo de todo o nosso percurso profissional, o qual pretendemos, igualmente, transmitir e incutir aos outros profissionais.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVARENGA, M. (2008) - *A Comunicação na Transferência do Doente em Cuidados Curativos para os cuidados paliativos*. Tese de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (2006) -*Organização de Serviços de Cuidados Paliativos: Critérios de Qualidade para Unidades de Cuidados Paliativos - Recomendações da ANCP*.

ABREU, W.C. (2007) - *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico: Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau, 2007:295. ISBN 978-972-8485-87-0.

ARAÚJO, M., et al (2012) - *Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção a pacientes sob cuidados paliativos*. Revista da Escola de Enfermagem da USP. ISSN 1980-220X. Vol.46, nº3, 2012:626-632.

BARBOSA, A. et al., (2016) - *Manual de Cuidados Paliativos*, Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa, 3ª Ed. Lisboa, ISBN 978-972-9349-37-9.

BABARRO, A. A., BRUERA, E.(2010) - *Evaluación de síntomas en cuidados paliativos* in Medicina Paliativa Y Cuidados Continuos. Primera edición. Ediciones Universidad Católica De Chile. ISBN Nº 978-956-14-1139-5.

BERMEJO, J.C. (2008) - *Humanizar La Salud. Humanización y relación de ayuda en enfermería*. Distribuição: SAN PABLO, Madrid – España. ISBN: 84-285-1936-6.

BERNARDO, A. et al (2016) - *Trabalho em Equipa* In Manual de Cuidados Paliativos. 3ªed. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/Centro de Bioética/Faculdade de Medicina de Lisboa, 2016:907-913.

BRUNO, V.G. (2013) – *Hipodermoclise: revisão de literatura para auxiliar a prática clínica*. São Paulo, Brasil. DOI: 10.1590/S1679-45082015RW2572.

CAMPOS, R.G., (2005) – *Burnout: Uma Revisão Integrativa na enfermagem Oncológica*. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Universidade de São Paulo. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto. CDD 616.994.

CAPELAS, M. L. V. (2009) - *Cuidados Paliativos: Uma Proposta para Portugal. Cadernos da Saúde*. Vol. 2; nº 1; 2009:51-57.

CAPELAS, M.L.V., et al, (2016) – *Organização de serviços* in Manual de Cuidados Paliativos. 3ªed. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/Centro de Bioética/Faculdade de Medicina de Lisboa, 2016:915-935.

COMISSÃO NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (2017-2018) - *Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos*. Biénio 2017-2018, [paliativos@acss.min-saude.pt](mailto:paliativos@acss.min-saude.pt)

CRAIG, J.V., et al (2003) – *Prática Baseada na Evidência*, Manual para Enfermeiros. Lusociência, Edições Técnicas e Científicas Lda. Loures. ISBN 972-8383-61-4.

DIÁRIO DA REPÚBLICA (2014) - *Aprova a lei da investigação clínica*. Lei n.º 21/2014 de 16 de abril 1.ª série - N.º 75, 2014:2450-2465.

EDNA, G., PIRES, C. (2009) – *Documento Organizativo do SCP: Visão, Missão, Objetivos Gerais e Valores*, Hospital S. João EPE.

GAMONDI, C., et al (2013) - *Competências Centrais em Cuidados Paliativos: Um Guia Orientador da EAPC sobre Educação em cuidados paliativos*. Traduzido do artigo publicado no European Journal of Palliative Care 2013; 20(2): 86-91 e 2013; 20(3): 140-145. [www.ejpc.eu.com](http://www.ejpc.eu.com)

HESBEEN, W., (2000) - *Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspetiva de cuidar*. Loures: Lusociência.

HENZEZEL, M., (2002) - *Diálogo com a Morte: Os que vão morrer ensinam-nos a viver*. Ed. Notícias, 5ª edição, grupo Lusomundo. ISBN 972-46-0793-3.

HUDSON, P., et al (2008) - *Family meetings in palliative care: Multidisciplinary clinical practice guidelines*. BMC Palliative Care, doi:10.1186/1472-684X-7-12.

<http://www.biomedcentral.com/1472-684X/7/12>

JACINTA, F., (2016) - *Apoio à Família em Cuidados Paliativos* In: Manual de Cuidados Paliativos. 3ªed. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos/Centro de Bioética/Faculdade de Medicina de Lisboa, 2016:653-663.

MARTINS, J.C., (2008) - *Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética*. Pensar Enfermagem. Lisboa. ISSN 0873-8904. Vol.12, nº2; 2008:62-66.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (2004) DGS, *Circular Normativa nº 14 de 13 de Julho - Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Lisboa - Decreto-Lei n.º 101/2006. "DR I Serie". 109 (2006-06-06): 3856-3865.

NETO, G., (2016) - *Cuidados Paliativos: princípios e Conceitos Fundamentais* in Manual de Cuidados Paliativos, Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa, 3ª Ed. Lisboa, 2016:1-22.

NETO, G., (2016) - *Modelos de Controlo sintomático* in Manual de Cuidados Paliativos, Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa, 3ª Ed. Lisboa, 2016:43-48.

NETO, G., (2016) - *Cuidados na Agonia* in Manual de Cuidados Paliativos, Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética, Faculdade de Medicina de Lisboa, 3ª Ed. Lisboa, 2016:317-330.

NUNES, L., et al (2005) - *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. ISBN 972-996446-0-2.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, (2006) - *Em conjunto pela saúde*. Número 21 Abril, ISSN 1646-2629, [www.ordemenfermeiros.pt](http://www.ordemenfermeiros.pt).

ROACH, M.(1984) - *Caring: the human mode of being. Implications for nursing*. Toronto: Faculty of Nursing, Campbell, Alastair V. International Journal of Nursing Studies, Volume 22, Issue 4,345.

ROACH, M. Simone (1984) - *Caring: The Human Mode of Being, Implications for Nursing*. Toronto: Faculty of Nursing, 1984:63.

REISS, Michele (2012) - *Lições de Perda, Lições de Vida*. Guerra e Paz, Editores S.A., 1ªEd.Lisboa. ISBN 978-989-702-043-8.

SANCHO, M.J. Y MARTIN, M.O., (2009) - *Cuidados Paliativos- Control de Síntomas*. Unidad de Medicina Paliativa Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín Las Palmas Gran Canaria. Editado: Laboratórios MEDA, D.L: M-19632-2009.

SANTOS, R.N.D. (2015) - *Burnout: Um estudo em profissionais de saúde*. Dissertação apresentada na Escola superior de ciências empresariais. Instituto politécnico de Setúbal.

SAPETA, P.(2011) *Cuidar em fim de vida: o processo de interacção enfermeiro - doente*. Loures, LUSOCIENCIA. ISBN: 978-972-8930-69-1.

SAPETA, P.& LOPES, M.(2007) - *Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro doente*. Referência II.<sup>a</sup> Série. Nº4; 2007:35-57.

TWYXCROSS, R. (2003) - *Cuidados Paliativos*. Climepsi Editores. 2<sup>a</sup> ed. Lisboa. ISBN 972-796-093-6.



## APÊNDICES

## **APÊNDICE I - GUIÃO DE OBSERVAÇÃO**

## GUIÃO DE OBSERVAÇÃO

Abril 2017

Comunicação - como instrumento facilitador no processo de adaptação às perdas sucessivas e a morte em CP

O que Observar?

No acompanhamento aos doentes em Cuidados Paliativos (CP), numa EIHS/Internamento SCP, como se processa a interacção enfermeiro - doente e família/cuidador e equipa, no que respeita a Comunicação:

- Identificando as estratégias utilizadas pelos enfermeiros, neste processo de adaptação das pessoas doente às perdas sucessivas e a morte.
- Compreender as características do processo comunicativo que condiciona a melhor compreensão da informação que se pretende transmitir (barreiras).

Ao comunicar más notícias, por ex. doença que não tem cura vs paliativa, como comunicar e que estratégias a seguir – intervenção de enfermeiro?

Que tipo de linguagem / estratégias (verbal e não - verbal) é utilizada pelos enfermeiros nesta situação?

Como lidar com os silêncios, medos, emoções do doente e família/cuidador?

Que estratégias a usar com o doente e família/cuidador nas dificuldades de enfrentar a doença e a terminalidade da vida?

Como gerir a conspiração do silêncio?

Na comunicação de óbito – qual a maneira mais adequada – quais as palavras, gestos e atitudes, (antes, durante, após)? Presencial ou via telefónica?

Quais as estratégias a utilizar para facilitar a comunicação do óbito ao familiar/cuidador?

Os enfermeiros orientam-se por algum modelo ou protocolo?

Quais as habilidades que os enfermeiros possuem para tornar a comunicação eficaz e eficiente, neste contexto de terminalidade?

*Descrição narrativa destes itens após as consultas.*

## **APÊNDICE II - DIAPOSITIVOS DA APRESENTAÇÃO REALIZADA NA EIHSCP**



**A comunicação enquanto intervenção de enfermagem nos cuidados em fim de vida**  
**Revisão Sistemática da Literatura**

Elaborado por: Conceição Magno  
Orientado pela Mestre: Cátia Ferreira

Abril de 2017

**Sumário**

- Enquadramento Teórico
- Metodologia
- Análise e Discussão
- Intervenções Identificadas
- Principais Resultados
- Limitações
- Conclusão

**Enquadramento Teórico**


**Comunicação**

é fundamental em todas as profissões sendo que os enfermeiros por excelência tem por base as relações humanas....

“Somos por excelência seres de comunicação” (MILNER, 1975)

**Enquadramento Teórico**

**Cuidados Paliativos**



Cuidar da Pessoa doente (com doença crónica, progressiva e incurável) e dos seus familiares/cuidadores, diminuindo o sofrimento e maximizando o conforto, bem-estar e a qualidade de vida....

é um desafio para os profissionais de saúde da qual fazem parte os Enfermeiros

**Metodologia**

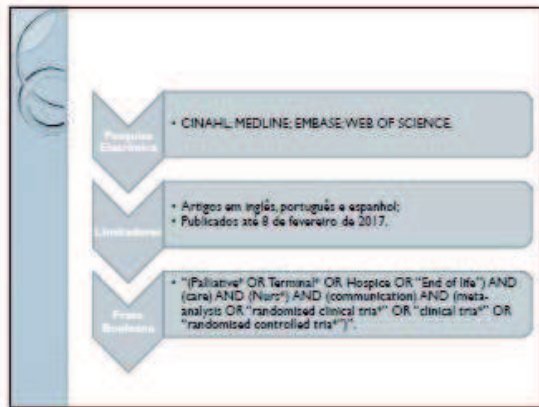
**Objetivos:**

- Perceber qual a eficácia da comunicação, enquanto intervenção de enfermagem, nos cuidados paliativos
- Descrever qual a eficácia da comunicação, enquanto intervenção de enfermagem, nos cuidados paliativos

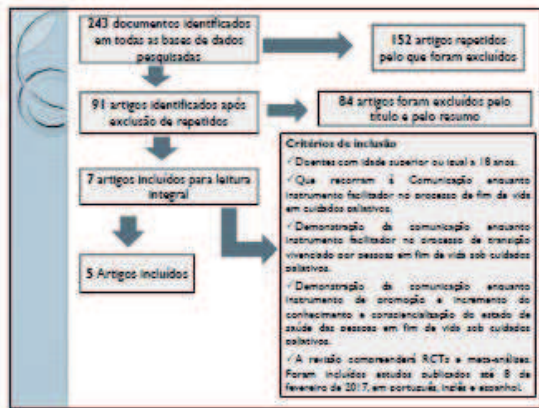
**Questão orientadora:**

Qual a eficácia da comunicação, enquanto intervenção de enfermagem, em fim de vida?

<b>F</b>	Participantes	Enfermeiros
<b>I</b>	Intervenção	Utilizar a comunicação enquanto intervenção de enfermagem nos cuidados em fim de vida.
<b>C</b>	Comparação	Sem comunicação.
<b>O</b>	Outcomes / Resultados	Resultados com impacto no âmbito dos cuidados em fim de vida.
<b>T</b>	Tipo de estudo	Randomizado Controlado Alotérico, Placebo-céego.



CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO		
	Crítérios de Inclusão	Crítérios de Exclusão
Participantes	Doentes com idade superior ou igual a 18 anos.	Doentes com idade inferior a 18 anos.
Intervenção	Que recorram à Comunicação enquanto instrumento facilitador no processo de fim de vida em cuidados paliativos.	Quando recorram à comunicação enquanto instrumento facilitador no processo de fim de vida em cuidados paliativos.
Resultados	<p>Na revisão serão apenas considerados os resultados com impacto recorrendo à comunicação enquanto instrumento facilitador no processo de fim de vida em cuidados paliativos, identificados nos artigos. Os resultados deverão incluir obrigatoriamente os seguintes resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Demonstração de comunicação enquanto instrumento facilitador no processo de transição vivenciado por pessoas em fim de vida sob cuidados paliativos.</li> <li>Demonstração de comunicação enquanto instrumento de promoção e incremento do conhecimento e conscientização do estado de saúde das pessoas em fim de vida sob cuidados paliativos.</li> </ul>	
Tipos de estudo	Análise de conveniência, RCTs e meta-análises. Foram incluídos estudos publicados até 8 de fevereiro de 2017, em português, inglês e espanhol.	



E1 - Communication Tools for End-of-Life Decision-Making in Ambulatory Care Settings: A Systematic Review and Meta-Analysis	
Autores: Zimon, Opatowski, Han-Chung, Louis, Haines, Lammie, Hougart, Jent, Jilka	
Referência / Ano / País / Pág. One / 2016 / United States	
<b>Objetivo (s)</b>	Determinar junto de adultos em ambulatório, o efeito da utilização de ferramentas de comunicação estruturadas para a tomada de decisão em fim de vida após conclusão de implementação de cuidados de saúde avançados.
<b>Amostra</b>	67 estudos (46 RCT e 21 estudos observacionais) realizados em ambulatório.
<b>Intervenções</b>	O auxílio à decisão, a ferramenta de comunicação, a estrutura ou a intervenção educativa devem ser focados em auxiliar o fim de vida envolvendo a tomada de decisão. Todas as intervenções devem abordar a tomada de decisão, em vez de apenas melhorar a comunicação de más notícias.
<b>Resultados avaliados</b>	A maioria avaliou a comunicação em doentes com idade superior a 50 anos sem condições médicas específicas mas, os diagnósticos mais frequentes: cancro, doença pulmonar crónica, neurodegenerativa e renal.
<b>Principais conclusões</b>	O uso de ferramentas de comunicação estruturadas pode aumentar a frequência das discussões sobre a diferença entre os cuidados desejados e os cuidados recebidos pelos doentes. Não deve ser considerada uma abordagem ad hoc para a tomada de decisão no fim de vida e a implementação de tais ferramentas deve ser adaptada aos padrões de necessidades e ao contexto local.

E2 - The effect of communication skills training on patient outcomes in cancer care: a systematic review of the literature	
Autores: Ukena, K., Denning, J.H., Groll, A.P., Danz, R., Hui, A. & Van Aartsberg, T.	
Referência/Ano País: European Journal of Cancer Care / 2010 / The Netherlands	
<b>Objetivo (s)</b>	Determinar se a formação em comunicação dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros e médicos, no tratamento do cancro, melhorou os resultados do doente.
<b>Amostra</b>	7 estudos (5 RCT, 1 ensaio não randomizado e 1 com desenho de medições repetidas) realizado ambulatório e/ou internamento.
<b>Intervenções</b>	Programas de treino em formato face-a-face com regular feedback, educação teórica e estratégias de comunicação. Um dos programas envolveu treino com recurso ao computador, possibilitando o visionamento de vídeos. Os temas: módulo básico de estratégias de comunicação; lidar com más notícias; sentir as emoções. As questões críticas sobre os vídeos são dadas feedback imediato. Realizado três programas que possibilitam a utilização das competências de comunicação adquiridas, com o dia-a-dia do trabalho.
<b>Resultados avaliados</b>	A informação, o suporte e a satisfação das associações foram avaliadas pela satisfação dos doentes. Formação em comunicação é eficaz para estabelecer melhoria no comportamento comunicativo dos Profissionais de saúde (HCP).
<b>Principais conclusões</b>	As evidências do estudo sugerem a eficácia do treino em comunicação sobre a satisfação e o sofrimento do doente. Importante que o programa de treino incorpore atividades para promover a transferência das competências adquiridas para a prática diária. Necessidade de mais atividades para fortalecer apoio de supervisão aos participantes do programa.

E3 - Effect of Communication Skills Training for Residents and Nurse Practitioners on Quality of Communication With Patients With Serious Illness: A Randomized Trial	
Autores: J. Fancello, Curtis, Andrew L. Sacks, Dee W. Rose, MD, MChC, Lois Downes, MA, Sarah E. Shannon, Andrew J. Doolen, Erin K. Nicos, Lynn E. Kenna, Laura C. Remster, Barbara Sidani, Richard W. Arnold, Kim O'Connor, and Ruth A. Legberg	
Referência/Ano País: 2013 / USA	
<b>Objetivo (s)</b>	Avaliar os efeitos de uma intervenção de habilidades de comunicação para internos de medicina e praticantes de enfermagem sobre os resultados relatados pelo doente e família.
<b>Amostra</b>	391 Médicos internos de medicina e 81 enfermeiros praticantes entre 2007 e 2012. Os participantes foram randomizados para uma sessão de 8, baseada em simulação (N=222) vs educação normal (N=169).
<b>Intervenções</b>	Programas de treino incluído cuidados a adultos com doença fatal ou crónica. Doentes com documentação de comunicação sobre cuidados em fim de vida. A intervenção adaptada de uma oficina residencial associada a melhores habilidades de comunicação, composta por oito sessões de 4 horas conduzidas por 2 docentes um médico e uma enfermeira. Para doentes de ambulatório, 3 ou mais visitas com o acadêmico para aumentar a oportunidade de discutir cuidados ao final da vida.
<b>Resultados avaliados</b>	A avaliação por doentes teve 2 estatísticas, por familiar teve 2 estatísticas, sem diferenças (não listarem o nº de estatísticas). O curso foi associado a melhorias significativas nas habilidades de comunicação em relação a dar más notícias e responder as emoções.
<b>Principais conclusões</b>	Entre médicos internos e enfermeiros a Formação em comunicação baseada na simulação em comparação com a Educação melhorou a qualidade de comunicação sobre o fim de vida e a qualidade dos cuidados ao final da vida.

<b>E4 - Effects of an intervention to improve communication about end-of-life care among African Americans with chronic kidney disease</b> Authors: Hyoung Song, Heidi J. Donovan, Beth M. Franks, Ilseon Choi, Judith Samardis, Denise Wexler, Candis S. Wenz Referência: <i>Am J Palliat Care</i> / 2010 / African Americans	
Objetivo(s)	Melhorar o conhecimento do doente e substituto sobre a doença atual do doente, valores e preferências. Determinar a viabilidade e a aceitabilidade dos ACP entre os Afro-Americanos com estágio 5 CKD e seus substitutos de decisão.
Amostra	19 Afro-Americanos com doença renal estágio 5 (hemodiálise vs diálise peritoneal) crônica e seus substitutos. Planejamento de Cuidados Avançados Centrado no paciente (PC-ACP) n=11 vs cuidados habituais n=8.
Intervenções	PC-ACP com ajudar os doentes e substitutos a compreenderem melhor o curso da doença e esclarecer os seus valores em relação ao tratamento em situações que a sobrevivência ou a qualidade de vida pode ser seriamente comprometida. A enfermagem realizou entrevistas presenciais com o doente (doente + substituto) abordando 5 assuntos de reconceitualização de doença vs cuidados habituais (informação escrita sobre diretrizes antecedente).
Resultados avaliados	No pré-teste, 90% grupo de intervenção escolheram todos os tratamentos que sustentam a vida mesmo com baixa chance de sobrevivência, enquanto 28,6% grupo controle fazem essa escolha.
Principais conclusões	PC-ACP demonstraram melhorias nas preferências de tratamento em fim de vida e melhor qualidade percebida de comunicação do que os cuidados de controle. Necessidade de melhorar a intervenção para adequação cultural dos Afro-americanos com DRG e comunicação eficaz dos sintomas sobre cuidados.

<b>E5 - Encouraging early discussion of life expectancy and end-of-life care: A randomized controlled trial of a nurse-led communication support program for patients and caregivers</b> Authors: Adam Walczak, Priscilla N. Sutton, Martin W.J. Tennant, Patrick H. Davidson, Jane Young, Ronald H. Szechtman, Daniel J. Carr, Joanne H. Clarke Referência: <i>Am J Palliat Care</i> / 2017 / Australia	
Objetivo(s)	Analisar a eficácia de um Programa de Apoio à Comunicação (ACP) liderado por Enfermeiras para doentes com doença avançada e incurável, para ajudá-los a discutir o prognóstico e os cuidados em fim de vida.
Amostra	Das 362 pessoas convidadas a participar, 110 com doença avançada e incurável aceitaram participar: 61 grupo ACP vs 49 grupo controle.
Intervenções	A intervenção realizada com profissionais (doentes e cuidador) de seu centro de tratamento do câncer alinhada com histórias, incluindo consultas. À cada sessão apresentavam questionários indicando se os objetivos foram concluídos. Temas sobre prognóstico e discussão de quando se deseja continuar os tratamentos; auto-eficácia de Comunicação e introdução ao plano Lista de Preocupações (QLP). Outros fatores de comportamento avaliados (consultas feitas, presença de um cuidador, nível de adaptação, preferências para informação e tomada de decisão) qualidade de vida e bem-estar. Satisfação com a intervenção.
Resultados avaliados	Impacto nos Doentes e Cuidadores - satisfação maior no grupo ACP vs controle. Não pediam mais consultas e deram mais pistas sobre a discussão de falar sobre o prognóstico, cuidados de fim de vida, cuidados futuros. Nos fatores de comportamento resultados semelhantes nos subgrupos no grupo ACP (alto nível de satisfação no documento telefônico, na auto-eficácia comunicação e duração de consultas).
Principais conclusões	Os doentes com ACP deram significativamente mais sugestões e desejavam discutir prognósticos, cuidados de fim de vida, opções de cuidados futuros e questões sobre duração e consultas. QLP, ajuda pelas profissionais identificadas como crucial assim como reforço

<b>Intervenções Identificadas</b> Revisão Sistemática Literária com Meta-análise e Revisão Sistemática Literatura (E1 e E2)	
Oczkowski et al., 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estilo estruturado de comunicação verbal;</li> <li>Sessões de ensino educativo;</li> <li>Ferramentas de papel (brochuras, etc.);</li> <li>Ferramentas baseadas em vídeo;</li> <li>Ferramentas de computador ou baseadas na Web;</li> <li>Abordar a tomada de decisão.</li> </ul>
Uttarhoova et al., 2009	<ul style="list-style-type: none"> <li>Programa treino em comunicação;</li> <li>Estudos com diferentes técnicas: formação modular, exercícios de role-play com feedback e educação séria;</li> <li>A intervenção precede sempre o auxílio à tomada de decisão.</li> </ul>

<b>Intervenções Identificadas</b> Randomizado Controlado Alceatoro (RCT) - E3-E4	
Curtis et al., 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervenção baseada em workshop com o tema as melhores estratégias/habilidades de comunicação (8 sessões de 4h orientadas por 2 docentes) - cada sessão:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>Demonstração de como de papéis pelo curso docente;</li> <li>Prática de habilidades com recurso à simulação (doentes simulados, família ou amigos);</li> <li>Role-play.</li> </ul> </li> </ul> <p>Ainda, intervenção com duas histórias de doentes começando no diagnóstico de doença crônica e terminando com a morte. Análise "do antes" e "do após" destes formandos.</p>
Song et al., 2010	Plano de Cuidados Avançados Centrado no Doente (PCA-CD), doentes em diálise, para esclarecer o curso da doença, dos tratamentos e situações de sobrevivência ou que colocasse em causa a qualidade de vida. Entrevista presencial abordando: <ul style="list-style-type: none"> <li>Avaliação de crenças sobre as condições da doença;</li> <li>Estabelecimento de lições ou ensinamentos em relação à Doença Renal Crônica (DRC) e sua orientação;</li> <li>Tratamento de manutenção de vida, incluindo diálise;</li> <li>Criação de condições para a mudança conceitual;</li> <li>Introdução de substituição de informação, leitura e discussão.</li> </ul>

<b>Intervenções Identificadas</b> Randomizado Controlado Alceatoro (RCT) - E1	
Walczak et al., 2017	Programa de Apoio à Comunicação fundamentado na teoria da autodeterminação, relacionado com as mudanças no comportamento de saúde. Visa aumentar a "Motivação Autônoma" para discutir o prognóstico, os cuidados paliativos e a autoconsciência de "competência" para empoderar decisões: <ul style="list-style-type: none"> <li>Aumentar a consciência e motivação dos participantes para discutir o prognóstico e os cuidados paliativos no início último ano de vida;</li> <li>Dois sessões estruturadas: uma o encontro face-a-face (hora de 45 minutos) e uma segunda, numa sessão de reforço, via telefone;</li> <li>As questões sobre prognóstico, o tratamento, opções, decisões, cuidados paliativos, estilos de vida, suporte ao doente e família e questões específicas do familiar cuidador;</li> <li>Uma a duas semanas após a consulta presencial (face-a-face) é realizado contacto telefónico. As sessões de intervenção eram precedidas para discutir em reuniões regulares com o coordenador do estudo no sentido de identificar barreiras à adesão ao protocolo.</li> </ul>

<b>Principais Resultados</b> Revisão Sistemática Literária com Meta-análise e Revisão Sistemática Literatura (E1 e E2)	
E1 Oczkowski et al., 2016	Demonstrar o efeito de ferramentas estruturadas para consulta de fim de vida: <ul style="list-style-type: none"> <li>Melhoria no processo de comunicação;</li> <li>O uso de ferramentas estruturadas pode aumentar a frequência das discussões sobre a diferença entre cuidados desejados e os recebidos pelos doentes.</li> </ul>
E2 Uttarhoova et al., 2009	Demonstrar os efeitos da formação dos profissionais de saúde: <ul style="list-style-type: none"> <li>Não demonstrado, com base na evidência, que a formação em comunicação a efeito na melhoria do comportamento comunicativo dos profissionais de saúde.</li> <li>Satisfação que há ampla evidência de que os doentes valorizam a comunicação, as suas necessidades (emocionais) são reconhecidas e respondidas adequadamente.</li> </ul>

### Principais Resultados

**Resumo do Controlo Aleatório (RCT) – E3, E4**

**Chen et al. 2012**

Após o treino de comunicação as habilidades de comunicação melhoraram para todos os lados.

- Há uma aplicação nas classificações de *Quality of Communication Questionnaire (QQC)* para os doentes que se trataram e em estado de saúde antes do treino.
- Há uma redução das necessidades de intervenção no âmbito da comunicação.
- Algumas situações de dependência de intervenções de saúde, em doenças e condições crónicas.
- Há formação em comunicação baseada na intervenção na situação normal relativa à qualidade da comunicação entre o fim de vida e a qualidade de vida do doente.

**Doyle et al. 2012**

Há uma melhoria em termos de comunicação de CP para os doentes com DPC.

- 100% dos doentes do grupo de intervenção receberam informação e orientação sobre a importância de vida base para o grupo de controlo apenas 17% foram essa informação.
- Ambos os grupos apresentaram dificuldade em fazer escolhas em fim de vida.
- Satisfação e percepção da qualidade de comunicação entre o fim de vida, significativamente maior no grupo intervenção.

• NCAACC, doentes e famílias recebem a ajuda e conforto na tomada de decisão.

### Principais Resultados

**Resumo do Controlo Aleatório (RCT) – E1**

**Wolcott et al. 2017**

Após o treino de comunicação as habilidades de comunicação melhoraram para todos os lados.

- Demonstrou que a auto-eficácia dos decisores do Programa de Apoio à Comunicação (ACP) em saber que perguntas fazer ao seu médico melhorou significativamente (PPT).
- A satisfação com o programa de apoio à comunicação foi elevada e os fatores de comportamento resultaram superiores no grupo ACP (alto nível de satisfação no seguimento, satisfação, auto-eficácia, comunicação e utilização de recursos).
- Auto-eficácia de comunicação, qualidade de vida global, preferências dos doentes, satisfação no momento da preferência na qualidade e nível de informação recebida, não houve diferenças significativas entre os grupos ao longo do tempo.
- A integração de treino de habilidades de comunicação para médicos melhorou para os membros.

• Pacientes com ACP foram mais capazes e dispuseram de mais preferências, satisfação em fim de vida, opções de cuidados futuros e qualidade de vida durante a consulta.


### Limitações dos estudos

- O número reduzido de estudos incluídos na amostra, uma vez que apenas cinco estudos estavam de acordo com os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos.
- Em todos os estudos analisados não se verificou acompanhamento dos participantes após o fim da intervenção, não permitindo avaliar o efeito da mesma a longo prazo.
- Não estava evidenciado nos estudos encontrados o seguimento por equipas específicas de CP ou profissionais com formação avançada em CP.

### Considerações Finais

- Há evidência científica que demonstra, que a melhor qualidade de comunicação exige treino adequado dos profissionais de saúde.
- A eficácia de comunicação proporciona mudanças sólidas e duradouras, satisfação dos doentes, família, cuidador e adesão aos tratamentos.
- Comunicação eficaz em cuidados paliativos é fundamental e ao mesmo tempo um desafio... processo complexo e dinâmico.
- Incorporar programas de comunicação centrada no doente na formação oral e pós graduada é essencial para o desenvolvimento dos profissionais de saúde.

### Obrigada pela vossa atenção!!!



## ANEXOS

## **ANEXO I - OBJETIVOS GERAIS E AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS**



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

## MESTRADO EM CUIDADOS PALIATIVOS

### Objectivos e Competências

O ciclo de estudos está orientado no sentido da formação especializada de elevado nível científico, propondo os seguintes **objectivos** gerais e a aquisição das **competências** enunciadas:

#### a) Objectivos

- Compreender e aplicar os valores e princípios dos cuidados paliativos (CP) na sua prática assistencial;
- Demonstrar competências na implementação de um plano assistencial de qualidade à pessoa com doença crónica, avançada e progressiva, à sua família e ao seu grupo social de pertença, maximizando a sua qualidade de vida e diminuindo o sofrimento em conformidade com a filosofia dos CP, sempre em colaboração com a restante equipa interdisciplinar;
- Demonstrar capacidade de reflexão ética e crítica na análise de assuntos complexos inerentes à prática dos CP;
- Desenvolver experiências de prática assistencial junto de diferentes equipas de CP, em regime de internamento ou de apoio domiciliário;
- Desenvolver a capacidade de reflexão crítica das práticas assistenciais observadas no período de estágio clínico, mediante a elaboração de um relatório final e da construção de um plano de implementação de uma equipa de CP.

#### b) Competências

- Integra os princípios e a filosofia Cuidados Paliativos (CP) na prática de cuidados e no seu papel no seio do Sistema de Saúde; Analisa valores e crenças pessoais em diferentes contextos de CP;
- Avalia e alivia a dor e outros sintomas pela utilização de vários instrumentos de medida e evidência científica;
- Actua como consultor no controlo de sintomas de maior intensidade e complexidade;
- Avalia e controla necessidades psico-sociais e espirituais dos pacientes e família;
- Analisa em profundidade e actua como consultor em aspectos éticos, legais e culturais inerentes aos CP;
- Comunica de forma terapêutica com paciente, familiares e equipa de saúde; Implementa programas de luto para pacientes e familiares;
- Implementa, avalia e monitoriza planos de cuidados personalizados com intervenção coordenada da equipa de CP;
- Promove programas de formação em CP para diferentes profissionais de saúde.
- Estrutura e implementa programas em CP;
- Avalia a qualidade dos serviços e programas implementados.

## **ANEXO II - PROTOCOLO DE SPIKES**

## Protocolo SPIKES

A expressão SPIKES é uma sigla, que resulta das fases propostas pelo modelo:

**S** – Setting - preparar o contexto

**P** - Perception - descobrir o que o doente já sabe

**I** - Invitation - descobrir o que o doente quer saber

**K** - Knowledge - partilhar informação

**E**- Emotions - responder às reações do doente

**S** - Strategy - planear o seguimento

Seguindo a esquematização de Monteiro e Castro Vale (2012), resumida no livro *Competências Clínicas de Comunicação*, do Professor Rui Mota Cardoso, apresentamos na Tabela 1 um resumo do Modelo SPIKES para a comunicação de más notícias.

<b>S</b> - Preparar o contexto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Criar privacidade</li> <li>• Comunicar sentado, próximo do doente</li> <li>• Postura relaxada</li> <li>• Cumprimentar adequadamente</li> <li>• Iniciar diálogo com questão aberta</li> </ul>
<b>P</b> - Descobrir o que o doente já sabe	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesquisar crenças e expectativas acerca do problema, seu impacto ou gravidade</li> <li>• Perguntar e ouvir antes de dizer</li> </ul>
<b>I</b> - Descobrir o que o doente quer saber	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convidar o doente á partilha de informação</li> <li>• Ouvir o verbal e prestar atenção ao não verbal</li> <li>• Avaliar se o doente está preparado para receber</li> <li>• Se o doente não quiser saber, discutir apenas o tratamento e demonstrar disponibilidade para abordar o assunto noutra ocasião</li> </ul>
<b>K</b> - Partilhar informação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar linguagem simples, adaptada ao doente</li> <li>• Dizer, parar, ouvir</li> <li>• Dar tempo ao doente de reagir a cada informação</li> <li>• Confirmar se as ideias foram percebidas</li> <li>• Ouvir e considerar as preocupações do doente</li> </ul>
<b>E</b> - Responder às reações do doente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconhecer e explorar (legitimar) a presença de emoções antes de confortar o doente ou de continuar a entrevista</li> <li>• Responder às reações emocionais com:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Silêncios</li> <li>○ Perguntas abertas</li> <li>○ Comentários empáticos</li> <li>○ Informação factual</li> </ul> </li> </ul>
<b>S</b> - Planear o seguimento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentar e negociar o plano proposto</li> <li>• Integrar a perspetiva do doente</li> <li>• Marcar consulta proximamente</li> </ul>

## **ANEXO III - TABELA DE COMPATIBILIDADE DE FÁRMACOS VIA SUBCUTÂNEA**

Tabela de compatibilidade de fármacos e soluções na via subcutânea

	Butilscopolamina	Calcitonina	Cetamina	Clonazepam	Dexametasona *	Diclofenac *	Fenobarbital *	Fentanil	Furosemida	Haloperdol	Levomepromazina	Metoclopramida	Midazolam	Morfina	Octreotido	Omeprazol	Ondansetron	Ranitidina	Tramadol
Butilscopolamina	?	?	✓	?	X	X	X	✓	?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	?	✓	?	✓
Calcitonina	?	?	?	?	X	X	X	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Cetamina	✓	?	?	✓	X	X	X	✓	?	✓	✓	✓	✓	✓	✓	?	✓	?	?
Clonazepam	?	?	✓	?	X	X	X	?	?	✓	✓	✓	✓	✓	?	?	?	?	?
Dexametasona *	X	X	X	X	?	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Diclofenac *	X	X	X	X	X	?	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Fenobarbital *	X	X	X	X	X	X	?	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Fentanil	✓	?	✓	?	X	X	X	?	✓	?	?	?	✓	?	?	?	✓	?	?
Furosemida	?	?	?	?	X	X	X	✓	?	✓	?	✓	?	✓	?	?	?	✓	?
Haloperdol	✓	?	✓	✓	X	X	X	?	✓	?	?	✓	?	✓	?	?	✓	?	?
Levomepromazina	✓	?	✓	✓	X	X	X	?	?	?	?	?	✓	✓	X	?	✓	?	?
Metoclopramida	✓	?	✓	✓	X	X	X	?	✓	✓	?	?	✓	✓	?	?	✓	✓	✓
Midazolam	✓	?	✓	✓	X	X	X	✓	?	✓	✓	✓	?	✓	?	?	✓	?	✓
Morfina	✓	?	✓	✓	X	X	X	?	✓	✓	✓	✓	?	✓	?	?	✓	X	X
Octreotido	✓	?	✓	✓	X	X	X	✓	?	✓	X	?	?	✓	?	?	✓	?	?
Omeprazol	?	?	?	?	X	X	X	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?
Ondansetron	✓	?	✓	?	X	X	X	✓	?	✓	✓	✓	✓	✓	?	?	?	?	X
Ranitidina	?	?	?	?	X	X	X	?	✓	X	?	✓	?	X	?	?	?	?	?
Tramadol	✓	?	?	?	X	X	X	?	?	✓	?	✓	✓	X	?	?	X	?	?

**Legenda:**

□ - Compatível; X - Incompatível; ? - Não testado

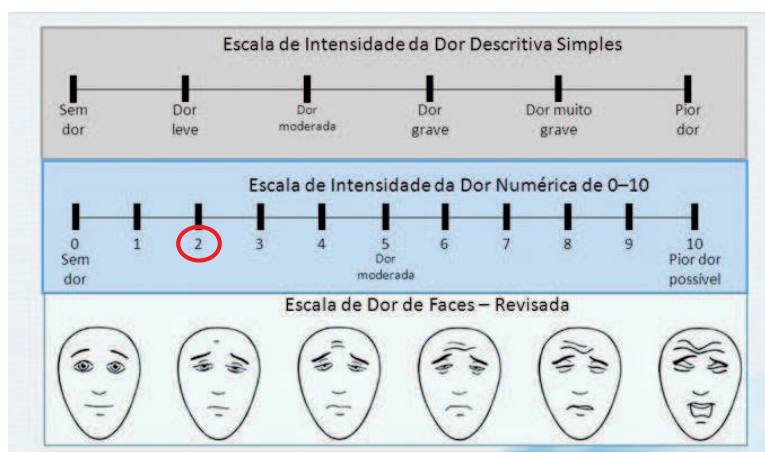
Fonte: Adap. de: Avilés, R. Gallardo; Antiñolo, F. Gamboa - Uso de la Vía Subcutánea en Cuidados Paliativos. Sociedade Española de Cuidados Paliativos, 2013.; BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Cuidados paliativos oncológicos: controle da dor. Rio de Janeiro: INCA, 2001.; MÁRQUEZ, Maria – Guía Clínica. Uso y Recomendaciones de la Via Subcutánea en Cuidados Paliativos. Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura, 2010.

**Nota:**

- Fármacos contra-indicados por via subcutânea, pela possibilidade de necrose dos tecidos: Diazepam, Clorpromazina, Cloreto de potássio e antibióticos.
- Fluidos passíveis de serem administrados por hipodermóclise: Cloreto de sódio a 0,45% ou 0,9%, Glicose a 5% em SF, Glicose a 5% e Lactato de Ringer.
- Soluções hipertônicas não estão indicadas para administração por hipodermóclise.
- É de salientar que não existe concordância na literatura no que respeita às diluições dos fármacos para administração.

## **ANEXO IV - ESCALA NUMÉRICA DA DOR**

Anexo – Escala de intensidade da Dor Numérica



## **ANEXO V - ESCALA DE BRADEN**

### Escala de Braden para avaliação do risco de úlceras de pressão

Nome do doente: \_\_\_\_\_ Nome do avaliador: \_\_\_\_\_ Data da avaliação: \_\_\_\_\_

Serviço: \_\_\_\_\_ Cama: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

	1	2	3	4		
<b>Percepção sensorial</b> Capacidade de reação significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedeção. <i>OU</i> capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos, exceto através de gemidos ou inquietação. <i>OU</i> tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. <i>OU</i> tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.		
<b>Humidade</b> Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.		
<b>Actividade</b> Nível de actividade física	1. Acamado: O doente está confinado à cama.	2. Sentado: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.		
<b>Mobilidade</b> Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitada: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.		
<b>Nutrição</b> Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lactínios). Ingerir poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido  está em jejum e/ou a dieta líquida poros durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lactínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético <i>OU</i> recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lactínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. <i>OU</i> é alimentado por sonda ou num regime de <i>OU</i> nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das ou necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lactínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.		
<b>Fricção e forças de deslizamento</b>	1. Problemas: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.			
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.					Pontuação total	13
© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1966; Validada para Portugal por Margato, C.; Miguéns, C.; Ferreira, P.; Gouveia, J.; Furtado, K. (2001)						

## **ANEXO VI - ESCALA DE AVALIAÇÃO DA FORÇA MUSCULAR**

Anexo – Escala de avaliação da Força Muscular (MRC)

Membros superiores

Research Medical Council

Sem contração visível ou palpável	0
Contração visível ou palpável, sem movimento	1
Movimento ativo, com oposição à gravidade	2
Movimento ativo, eliminando a gravidade	3
Movimento ativo, contra resistência	4
Força “norma” ou “esperada”	5

Membros inferiores

Research Medical Council

Sem contração visível ou palpável	0
Contração visível ou palpável, sem movimento	1
Movimento ativo, com oposição à gravidade	2
Movimento ativo, eliminando a gravidade	3
Movimento ativo, contra resistência	4
Força “norma” ou “esperada”	5

## **ANEXO VII - ESCALA DE ZARIT REDUZIDA**

## Tabela - Escala de Zarit reduzida

### Escala de avaliação

Nunca	Quase nunca	Às vezes	Frequentemente	Quase sempre
1	2	3	4	5

1. Sente que por causa do tempo que utiliza com o seu familiar/doente já não tem tempo suficiente para você mesmo?	1	2	3	4	5
2. Sente-se stressado, angustiado por ter que cuidar do seu familiar/doente e ao mesmo tempo ser responsável por outras tarefas?	1	2	3	4	5
3. Acha que a situação actual afecta a sua relação com os amigos ou outros elementos da família de uma forma negativa?	1	2	3	4	5
4. Sente-se exausto quando tem de estar junto do seu familiar/doente?	1	2	3	4	5
5. Sente que a sua saúde tem sido afetada por ter de cuidar do seu familiar/doente?	1	2	3	4	5
6. Sente que tem perdido o controlo da sua vida desde que a doença do seu familiar/doente se manifestou?	1	2	3	4	5
7. No geral, sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar/doente?	1	2	3	4	5

## **ANEXO VIII - II JORNADAS DE INVESTIGAÇÃO DA APCP**



**II JORNADAS  
DE INVESTIGAÇÃO  
DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA  
DE CUIDADOS PALIATIVOS**

**17 e 18 de MARÇO de 2017**

Escola Superior de Tecnologia e Gestão  
Instituto Politécnico de Bragança

**CERTIFICADO**

Certificamos que,

**CONCEIÇÃO OLIVEIRA MAGANO**

esteve presente nas **II Jornadas de Investigação da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos**, que decorreram nos dias 17 e 18 de março de 2017, na Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico de Bragança.

Bragança, 18 de março de 2017.

*Prof. Doutor Manuel Luís Capelas*  
Presidente da Associação Portuguesa  
de Cuidados Paliativos



## **ANEXO IX - WORKSHOP: QUESTÕES ÉTICAS PROCESSUAIS EM INVESTIGAÇÃO**



**II JORNADAS  
DE INVESTIGAÇÃO**  
DA ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA  
DE CUIDADOS PALIATIVOS

**17 e 18 de MARÇO de 2017**

Escola Superior de Tecnologia e Gestão  
Instituto Politécnico de Bragança

# CERTIFICADO

Certificamos que,

## CONCEIÇÃO OLIVEIRA MAGANO

frequentou o Workshop sobre *Questões éticas processuais em investigação em CP – Grupo de Reflexão Ética da APCP*, integrado nas **II Jornadas de Investigação da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos**, que decorreu no dia 17 de março de 2017, na Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico de Bragança.

Bragança, 17 de março de 2017

Prof. Doutor Manuel Luís Capelas  
Presidente da Associação Portuguesa  
de Cuidados Paliativos

## **ANEXO X - AVALIAÇÃO METODOLÓGICA DA RSL**

## **Scottish Intercollegiate Guidelines Network methodology checklist**

<b>Avaliação metodológica das revisões sistemáticas da literatura - SIGN Methodology Checklist: Systematic Reviews and Meta-analyses</b>							
Estudo	E nº autor (ano)	E nº autor (ano)	E nº autor (ano)	E nº autor (ano)	E nº autor (ano)	E nº autor (ano)	E nº autor (ano)
<b>Secção 1 - Validade Interna</b>							
1.1. O estudo define claramente uma questão de investigação							
1.2. No mínimo 2 pessoas seleccionaram os estudos e extraíram os dados.							
1.3. Uma pesquisa da literatura compreensiva foi realizada							
1.4. Os autores definem claramente como a revisão foi limitada pelo tipo de publicação							
1.5. Os estudos incluídos e excluídos apresentam-se listados.							
1.6. São apresentadas as características dos estudos incluídos.							
1.7. A qualidade metodológica dos estudos incluídos é avaliada e apresentada.							
1.8. A qualidade metodológica dos estudos foi avaliada apropriadamente.							
1.9. São utilizados métodos apropriados para agrupar os resultados obtidos em cada estudo.							
1.10. Os possíveis vieses são avaliados							
1.11. Os conflitos de interesse são declarados.							
<b>Secção 2 - Avaliação geral do estudo</b>							
2.1. Qual a avaliação geral quanto à qualidade metodológica da revisão?							

1 - Sim / Não / Incerteza

2 - Alta / Aceitável / Baixa

## **ANEXO XI - LISTA DE AVALIAÇÃO PARA ESTUDOS EXPERIMENTAIS**

## JBI Checklist - Lista de Verificação de Avaliação Crítica para Estudos Experimentais

\*(adaptada de *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2011 edition*. The Joanna Briggs Institute. ISBN: 978-1-920684-09-9)

<b>Revisor:</b>	<b>Data:</b>		
<b>Autor:</b>	<b>Ano:</b>	<b>Nº de Registo:</b>	
<b>Título:</b>			
	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Não está claro</b>
1. A distribuição dos participantes nos grupos foi aleatória?			
2. Aos participantes foi ocultada a informação sobre a que grupo pertenciam (experimental ou controlo)?			
3. A distribuição dos participantes nos grupos foi ocultada ao alocador?			
4. Os resultados das pessoas que se perderam foram descritos e incluídos na análise?			
5. Quem fez a avaliação dos resultados não sabia da distribuição dos participantes nos grupos?			
6. Os grupos de controlo e de tratamento eram comparáveis no início do estudo?			
7. Os grupos foram tratados de forma idêntica exceto no que respeita às intervenções em causa?			
8. Os resultados foram medidos de mesma forma para todos os grupos?			
9. Os resultados foram medidos de forma confiável?			
10. Análise estatística utilizada foi apropriada?			

### **Apreciação geral:**

Incluir  Excluir  Procurar mais informação \_\_\_\_\_

### **Comentários:**

--