



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

NUTRIÇÃO ARTIFICIAL EM FIM DE VIDA: A TOMADA DE DECISÃO PELO ENFERMEIRO

ARTIFICIAL NUTRITION AT THE END OF LIFE: NURSES DECISION-MAKING

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Tânia Sofia Silva dos Santos Afonso

Lisboa, 2018



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

NUTRIÇÃO ARTIFICIAL EM FIM DE VIDA: A TOMADA DE DECISÃO PELO ENFERMEIRO

ARTIFICIAL NUTRITION AT THE END OF LIFE: NURSES DECISION-MAKING

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem Médico-Cirúrgica

Por

Tânia Sofia Silva dos Santos Afonso

Sob orientação de Professora Filipa Veludo

Lisboa, 2018

*Contempla uma gota de água numa pétala de rosa.
Se contemplares essa gota de água ao microscópio,
revela-se a teus olhos um mundo infinitesimal.
Há vida onde julgavas haver morte e vazio.
Nos acontecimentos da tua existência, onde não encontras
sentido aparente, Deus põe em marcha um projeto benevolente
a teu favor. Porque te perturbas?*

Carlos Bazarra, OFM, Convite à Paz (adaptado) de Araújo e Gonzalez, 2015

AGRADECIMENTOS

Agradecer é um ato de amor, pelo que amo os que comigo partilharam este caminho e foram preenchendo o meu coração de gratidão, obrigado por continuarem a partilhar tanto e tão bom!

E em escrita, considerando que as palavras são eternas, declaro a maior gratidão ao *amor da minha vida*, o que me preenche de momentos especiais, de aprendizagens e que me recorda, sempre, de me “divertir” ao longo destes dias...a resiliência ganha, connosco, um significado maior. Obrigado ao meu *grande amor com pêlo*, o que corre em largas corridas de simplicidade e alegria comigo. Obrigado, também, ao pequeno *nós*, aquele que veio em fim de percurso e que me ajudou a escrever estas palavras.

Obrigado *Sofia, Diogo e princesa Flash*, os melhores parceiros de “crime”!

Obrigado *Diana, João, Manuel e Ricardo*, poderia nada mais ter sido bom, a verdade é que trazer-vos hoje comigo não constava do plano de estudos e foi, sem sombra de dúvida, o melhor extra académico a registar!

Obrigado *Lu* pela presença, assim como na palavra e na escrita. Conseguido contigo.

À minha *mãe académica*, a que com enorme carinho, proteção e transparência tornou este caminho possível. O apoio incondicional é uma bênção e este agradecimento é pouco, para o tanto que recebo!

E a partilha permanente, a disponibilidade infinita, o estímulo, o desafio e a confiança adjetivam o meu/nosso projeto: obrigado *Professora Filipa Veludo*, as horas e o fora de horas, os inúmeros emails e as palavras, o incentivo e os sempre sinceros esclarecimentos, independentemente do fundamento das questões.

Sem esquecer, que só pude escrever estas páginas porque fui acompanhada pela excelência em chefia, obrigado *Enfermeira Helena Cardoso*; como também agradeço a todos os meus *orientadores* e espaços de estágio, que tão bem me acolheram, acederam aos projetos propostos e promoveram a investigação em Enfermagem. Convosco construímos mais Enfermagem.

RESUMO

O presente relatório procura descrever o percurso formativo de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas, em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Foi enquadrado em plano formativo do Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.

O processo formativo compreendeu o desenvolvimento de estágio em três contextos diferenciados, tendo em comum o espaço hospitalar: Serviço de Urgência Geral, Viatura Médica de Emergência e Reanimação; Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, Unidade de Apoio Domiciliário e Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.

Pensando o desenvolvimento pessoal e profissional desejado na construção de uma intervenção do cuidado especializado foi assumida a temática central e transversal: *Nutrição Artificial em Fim de Vida: a Tomada de Decisão pelo Enfermeiro*. Esta foi abordada em processo reflexivo e crítico tendo por suporte, ao longo do relatório, a Teoria das Transições de Afaf Meleis e o Modelo da Mudança da Prática Baseada na Evidência de Mary Rosswurm e June Larrabee, assim como, os aportes de revisão integrativa da literatura elaborada. Sabendo a filosofia dos Cuidados Paliativos na promoção do conforto e qualidade de vida, em período de sucessivas transições (Meleis, 2010) o compromisso da nutrição significa a proximidade da morte (Alves, 2013), pelo que desenvolvemos diferentes atividades referentes ao tema, tais como: a construção de dossier temático sobre a nutrição artificial; a criação de protocolo de abordagem da alimentação em fim de vida; o desenvolvimento de formação sobre os critérios de avaliação da pessoa com nutrição artificial em fim de vida e a conceção de póster informativo sobre o mesmo tema.

Este relatório apresenta todo o percurso de desenvolvimento considerando a componente científica de base às atividades desenvolvidas e contextualizando as mesmas ao longo dos três espaços de estágio por explanação dos objetivos definidos, descrição reflexiva das atividades desenvolvidas e competências mobilizadas em torno do tema central.

Palavras-chave: enfermagem, enfermeira especialista, nutrição artificial, fim de vida, tomada de decisão.

ABSTRACT

This report seeks to describe the formative course of acquisition and development of specialized skills in Medical-Surgical Nursing. It was framed in a training plan of the Master's in Nursing of the Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.

The training process involved the development of a traineeship in three different contexts, having in common the hospital space: General Emergency Service, Emergency Medical Care and Reanimation; In-hospital Support Team in Palliative Care, Home Support Unit and Intensive Care Unit.

Thinking about the personal and professional development desired in the construction of a specialized care intervention was assumed the central and transversal theme: *Artificial Nutrition at the End of Life: Nurses Decision-Making*. This was addressed in a reflexive and critical process supported by Afaf Meleis and her Theory of Transitions and the Evidence-Based Practice Model by Mary Rosswurm and June Larrabee, as well as the contributions of an integrative review of the literature. Considering the palliative care philosophy in promoting comfort and quality of life in a period of transitions (Meleis, 2010), the nutritional deterioration means the proximity of death (Alves, 2013) so a multistep approach was developed: the construction of thematic file on artificial nutrition; the creation of a protocol for approaching end-of-life feeding; the development of training on the evaluation criteria of the person with artificial nutrition at the end of life and the design of an information poster on the same subject.

This report presents the whole course of development considering the basic scientific component of the activities developed and contextualizing them throughout the three stages of the internship by explaining the defined objectives, reflective description of the activities developed and competences mobilized around the central theme.

Keywords: nursing, specialist nurse, artificial nutrition, end of life and decision making.

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

Abreviaturas

D^a: Dona

n.º: Número

P.: página

Sr.: Senhor

Siglas e Acrónimos

ABCDE: Abordagem de *Airway, Breathing, Circulation, Disability e Exposure*

AVC: Acidente Vascular Cerebral

BiPAP: Bilevel Positive Airway Pressure

ECCI: Equipas de Cuidados Continuados Integrados

EEEMC: Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EIHSCP: Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

EOT: entubado orotraquealmente

fdv: fim de vida

NP 405: Norma Portuguesa 405

REPE: Regulamento de Exercício Profissional de Enfermagem

RIL: Revisão Integrativa da Literatura

RNCCI: Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SUG: Serviço de Urgência Geral

UAD: Unidade de Apoio Domiciliário

UCIP: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

UCP: Universidade Católica Portuguesa

VMER: Viatura Médica de Emergência e Reanimação

ÍNDICE GERAL

	P/
0. INTRODUÇÃO.....	9
1. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	17
“A INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO JUNTO DA PESSOA EM FIM DE VIDA NA REDUÇÃO DO RISCO DE OBSTINAÇÃO TERAPÊUTICA ASSOCIADO À NUTRIÇÃO ARTIFICIAL”.....	17
1.1. Introdução.....	20
1.2. Método	21
1.3. Resultados.....	23
1.4. Discussão.....	23
1.5. Limitações.....	27
1.6. Conclusões	27
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA CONSTRUÇÃO DO SER ENFERMEIRO ESPECIALISTA	29
2.1. O Cuidado Especializado em Serviço de Urgência Geral / Viatura Médica de Emergência e Reanimação	29
2.2. O Cuidado Especializado em Equipe Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos / Unidade de Apoio Domiciliário	41
2.3. O Cuidado Especializado em Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente.....	50
3. CONCLUSÃO	57
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61

APÊNDICES.....69

- **APÊNDICE I:** Revisão Integrativa da Literatura.....70
- **APÊNDICE II:** Serviço de Urgência Geral – Proposta de Passagem de Turno.....93
- **APÊNDICE III:** Serviço de Urgência Geral – proposta de revisão esquemática “Via Verde Sépsis”95
- **APÊNDICE IV:** Proposta de Sessão de Formação – Plano de Formação em SUG
“Comunicação junto do Utente e Família”97
- **APÊNDICE V:** Diagnóstico de Nutrição Artificial.....103
- **APÊNDICE VI:** Póster "A Intervenção do Enfermeiro junto da pessoa em fim de vida na redução do risco de obstinação terapêutica associado à Nutrição Artificial"106
- **APÊNDICE VII:** Protocolo de 6 passos na Abordagem da Alimentação em Fim de Vida – Resultados Painel de Peritos.....108
- **APÊNDICE VIII:** Protocolo de Abordagem da Alimentação em Fim de Vida.....119
- **APÊNDICE IX:** Plano de Sessão e Apresentação em Estágio EIHSCP – “Os critérios de Avaliação da pessoa em fim de vida a considerar na tomada de decisão do enfermeiro quanto à Nutrição Artificial”121
- **APÊNDICE X:** Plano de Sessão e Apresentação em Estágio UCIP – “Os critérios de Avaliação da pessoa em fim de vida a considerar na tomada de decisão do enfermeiro quanto à Nutrição Artificial”131
- **APÊNDICE XI:** Apresentação em Estágio UCIP e Póster informativo – “Os critérios de Avaliação da pessoa em fim de vida a considerar na tomada de decisão do enfermeiro quanto à Nutrição Artificial”143

ANEXOS.....145

- **ANEXO I:** Diploma de atribuição de 1º Prémio a Póster “A Intervenção do Enfermeiro junto da pessoa em fim de vida na redução do risco de obstinação terapêutica associado à Nutrição Artificial”146
- **ANEXO II:** Certificado de Participação – 2º Encontro das Unidades de Cuidados Paliativos da Luz Saúde.....148
- **ANEXO III:** Resumos submetidos ao *4th IPLeiria International Health Congress, 2018 - “End of life Person’s Evaluation criteria in the Decision Making regarding Artificial*

Nutrition” e “Nurse’s Intervention – End of Life Nutrition Approach Protocol”.....150

ÍNDICE DE FIGURAS

– **Figura 1:** Critérios de elegibilidade.....22

0. INTRODUÇÃO

O ser enfermeiro compreende o estudo e a capacitação para um cuidado autónomo e/ou interdependente, dirigido à pessoa, família e comunidade, em saúde ou doença. Estádios de vida diferenciados, com a vida e a morte contempladas na intervenção do enfermeiro.

Uma intervenção tão complexa, solicita que a formação dos enfermeiros deva assegurar o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais, pedagógicas e sociais. O enfermeiro não intervém exclusivamente junto da pessoa, tem intervenção nos campos de gestão, supervisão, políticas de saúde, assim como na educação (International Council of Nurses, 2007).

Considerando o enfermeiro especialista, este é o profissional de saúde que revela o domínio de um campo de conhecimentos aprofundado, numa área específica de Enfermagem, pensando a resposta aos processos de vida e saúde e com demonstração de uma capacidade de julgamento clínico e tomada de decisão que traduz o saber especializado na sua área de intervenção (Regulamento n.º 122/2011, Diário da República).

O Curso de Mestrado em Enfermagem, na Especialidade Médico-Cirúrgica da Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde tem por base um Plano de Estudos a que se recorre em orientação (Universidade Católica Portuguesa (UCP), 2017). No mesmo, o período de estágios foi dividido entre três contextos, a partir dos quais desenvolvi as competências que sustentam a aprendizagem especializada.

Este percurso formativo emergiu do meu desejo de especializar o cuidado, especificamente, da importância de perceber diferentes contextos de cuidados aos quais as pessoas com necessidades paliativas alvo do meu cuidado – em Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) - recorrem e de, conseguir capacitar-me face à complexidade acrescida ao cuidado, para melhor responder às necessidades de pessoas e famílias. Foi uma opção convicta a de me formar enquanto Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC), pela Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Escolha pensada, também, pelo melhor desenvolvimento de investigação nesta instituição de Ensino Superior.

O desenvolvimento de competências que abordo foi um construto subsidiado por três áreas: prática clínica, pedagógica e reflexiva/formativa. Compreende-se em processo evolutivo, a capacitação do *eu profissional*, *eu académico* e *eu pessoal* com orientação pedagógica e orientação clínica, em linha condutora de desenvolvimento do tema central identificado.

Como enfermeira, a exercer em espaço hospitalar e a título profissional desenvolvi um estudo exploratório junto dos enfermeiros de um hospital público, em 2016 com o objetivo geral de compreender o papel dos enfermeiros na tomada de decisão sobre a alimentação em pessoas em fim de vida (fdv). Nesse momento, face ao cuidado que prestava em Serviço de Medicina Interna, verificava ser este um dos focos de obstinação terapêutica e de difícil intervenção pelos enfermeiros. Os resultados obtidos registaram, em análise de questionário misto, a categorização de três grupos indo ao encontro da evidência (Alves, 2013): decisão em equipa, proximidade da pessoa/família e papel decisivo. Verificou-se que os enfermeiros compreendiam a importância da sua intervenção junto da pessoa/família no seu processo de alimentação, pese embora a sua intervenção nem sempre correspondesse ao considerado pelos mesmos. Depreendeu-se que a escassez de formação dos enfermeiros nesta área poderia contribuir para a sua insegurança, comprometendo a sua autonomia e, conseqüentemente, adiando as tomadas de decisão. A formação constituiu uma ferramenta importante de sensibilização e capacitação para o tema.

Compreendendo o trabalho desenvolvido, reconhecendo as dificuldades de intervenção pelos enfermeiros e o peso cultural que o tema acrescia para os portugueses (Alves, 2013), assumi o desejo de estudar o cuidado especializado empreendendo o desenvolvimento do tema central - *Nutrição Artificial em Fim de Vida: a Tomada de Decisão pelo Enfermeiro*. Foi elaborada, ao longo do processo de aprendizagem a Revisão Integrativa da Literatura (RIL), sob o tema “*A Intervenção do Enfermeiro junto da pessoa em fim de vida na redução do risco de obstinação terapêutica associado à Nutrição Artificial*”.

Neste âmbito, compreendem-se os Cuidados Paliativos como uma abordagem interdisciplinar, com vista à melhoria da qualidade de vida da pessoa que sofre com doença incurável, progressiva e/ou avançada e sua família, cujo prognóstico é limitado e, sobretudo, que beneficia de uma intervenção considerando a problemática física, psicológica, espiritual e social (Barbosa *et al.*, 2016; Nowarska, 2011; Organização Mundial de Saúde, 2012). Em Cuidados Paliativos privilegia-se a nutrição pela via que nos é mais natural, a via oral, consoante as necessidades da pessoa. São, contudo, comuns as situações em que, perante a

evolução da doença e/ou alterações do estado de consciência, esta nutrição oral não se encontra disponível (Prevost, 2012). Face às alterações fisiológicas são considerados os meios artificiais de apoio à nutrição, quando os meios fisiológicos normais não são viáveis, sendo as vias parental e entérica as mais conhecidas (Antoun, 2006; Nowarska, 2011).

Pese embora se saiba que os novos tratamentos aumentaram a esperança média de vida, a evidência revela que, em situação de fdv, muitos desses tratamentos irão contribuir para a obstinação terapêutica - medidas fúteis sem benefício no processo de saúde e conforto da pessoa (Lei de Bases de Cuidados Paliativos, 2012) - ao invés de garantir a melhor qualidade de vida da pessoa (Bozetti, 2011).

A complexidade da tomada de decisão quanto à nutrição em fdv resulta do questionamento: é a nutrição artificial um cuidado básico ou uma intervenção médica? A evidência considera, maioritariamente, a nutrição artificial como intervenção médica, preservando que a abordagem decidida deverá ser discutida em equipa interdisciplinar, junto da pessoa e família (Antoun, 2006). Assim, compreende-se que a tomada de decisão sobre a instituição, não instituição ou suspensão de nutrição em fdv deverá ser analisada à luz da unicidade daquela pessoa (Barbosa *et al.*, 2016; Kérouac *et al.*, 1996).

A intervenção de Enfermagem diferencia-se ao longo do tempo. Entre diferentes paradigmas, aquele que se pode aplicar ao cuidado especializado considerado neste relatório é o Paradigma da Transformação, pela perceção da unicidade dos fenómenos e, concomitantemente, da sua interação com o contexto, elemento incorporado, igualmente, na perspetiva dos Cuidados Paliativos. Os mesmos configuram o cuidado confortador, a humanização da intervenção e a perspetiva do outro como um ser em si, valorizando acima de outros aspetos, as suas necessidades (Barbosa *et al.*, 2016; Kérouac *et al.*, 1996; Silva, 2002).

Efetivamente, os novos desafios nos cuidados de saúde emergem do envelhecimento populacional, da maior incidência de doenças crónicas em desenvolvimento dos procedimentos técnicos, como também, do conjunto de transições promotoras de períodos de crise. Entre os direitos da pessoa insere-se o Direito à Saúde ratificada pela Declaração em Conferência Internacional de Alma Ata (1978) que afirma a mesma como um direito essencial do ser humano, tal como o acesso à saúde um objetivo social e, ainda nesta, é reconhecida o direito à intervenção da pessoa nas decisões em saúde, responsabilizando-a pelo seu processo de saúde-doença (Hottois e Parizeau, 1998, p.141; Silva, 2002).

Este percurso de desenvolvimento foi assente na consideração da Enfermagem como teoria, uma Enfermagem Avançada, a mesma que assume a importância do cuidado centrado na pessoa. Também a mesma que releva o acompanhamento nas transições, aspeto de vital importância para o processo de saúde-doença (Meleis, 2010; Paiva, 2007; Silva, 2002). Efetivamente, os modelos conceituais foram sendo desenvolvidos por diferentes Teóricas com vista a um desenvolvimento dos conhecimentos da disciplina de Enfermagem (Silva, 2002).

Neste sentido, a Teoria das Transições de Afaf Meleis e o Modelo da Mudança da Prática Baseada na Evidência de Mary Rosswurm e June Larrabee são os pressupostos que melhor sustentam o desenvolvimento do tema da Nutrição Artificial em fdv (Meleis, 2010; Rosswurm e Larrabee, 1999).

Estes modelos teóricos operacionalizam-se quando pensamos o cuidado em fdv e, deste, mais especificamente a nutrição. A nutrição em fdv desenvolve-se em simultâneo com a progressiva degradação do estado de saúde da pessoa. Este cuidado no final de vida em situação de compromisso na capacidade de comer e/ou beber, exige dos enfermeiros uma eficaz tomada de decisão, planeamento e execução do cuidado, incluindo frequentemente a consideração pelo uso de meios artificiais de suporte nutricional. A pessoa além da doença e do vivido na sua sequência, vê comprometida uma ação básica, a de se alimentar, associado, frequentemente à proximidade do fdv. Todos estes aspetos configuram transições, nas quais, segundo Afaf Meleis, o enfermeiro intervém capacitando a pessoa para a melhor vivência das mesmas (Alves, 2013; Meleis, 2010).

Simultaneamente e, já tendo emergido diversos modelos para guiar os enfermeiros na utilização da investigação, continuam a ser percebidas dificuldades na sintetização da evidência empírica e na repetitiva integração na prática clínica, pelo que se considerou o recurso ao modelo de Mary Rosswurm e June Larrabee ao longo do estágio. A elaboração de revisão de literatura, utilizando a evidência no decorrer do processo formativo possibilitou a orientação do desenvolvimento da temática e integração dos seus subsídios para o contexto prático (Rosswurm e Larrabee, 1999). Estas mudanças permitirão confirmar o que se reconhece à Enfermagem, enquanto ciência, a capacidade de ser um recurso efetivo para pessoas, famílias e comunidades e a sua afirmação passará pela intervenção baseada em evidência e teorias de enfermagem e adequada à aplicação prática (Nunes, 2013; Paiva, 2007; Rosswurm e Larrabee, 1999).

Definimos o sujeito da nossa ação, a *pessoa*, assumindo um dos conceitos metaparadigmáticos (Vieira, 2008). Esta é a opção que nos aproxima de noções importantes quando pensamos no cuidado em fdv, como a humanidade, a dignidade, a autonomia e o conforto e reforçam a consideração da pessoa como “(...) *um ser único maior do que as somas das suas partes, com múltiplas dimensões e indissociável do seu universo.*” (Silva, 2002, p.8). Percebe-se que, um dos aspetos diferenciadores da filosofia de Cuidados Paliativos é a abordagem da pessoa, englobando os que lhe são significativos, neste relatório designados por *família*, sendo estes as pessoas que o próprio sujeito do cuidado considerar, com quem estabelece relação pessoal próxima, independentemente da manutenção de laços de parentesco com estes (Lei de Bases de Cuidados Paliativos, 2012).

Considerando a Unidade Curricular Estágio, neste plano de estudos os contextos foram pensados num *continuum* de desenvolvimento, característicos e vitais ao desenvolvimento de competências. Efetivamente, os estágios clínicos são a vivência delimitada a um espaço concreto, a um momento e a uma realidade, os quais pela sua especificidade promovem a organização, a necessidade de planeamento e de mobilização de conhecimento entre a teoria e a prática (Alarcão e Rua, 2005).

Os três módulos de estágio permitiram-me a escolha do espaço e do seu momento. Desta forma organizei a minha aprendizagem do seguinte modo:

- módulo I – Serviço de Urgência Geral (SUG) e acompanhamento de enfermeiro orientador em Viatura Médica de Emergência e Reanimação (VMER) de hospital público, da periferia da área metropolitana;

- módulo II – Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos de um hospital central na área metropolitana e uma semana de observação com uma Unidade de Apoio Domiciliário (UAD) e respetiva Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos, de um hospital especializado na área de Oncologia;

- módulo III – Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP), em igual espaço hospitalar ao do módulo I, hospital público da periferia da área metropolitana.

Deste modo, perceciono a vivência de três realidades: a primeira a de um hospital público da periferia de uma grande cidade, orientado para a assistência de uma população menor do que a que agora recorre aos serviços hospitalares, multicultural com necessidades específicas; a segunda, espaço hospitalar em hospital público, central e universitário de área metropolitana, ao qual recorre uma comunidade diferenciada, envelhecida e dimensionado à intervenção em diferentes especialidades clínicas; por fim, a intervenção num hospital

especializado em Oncologia, pese embora se entenda o cuidado intrínseco em Cuidados Paliativos, com dificuldades em resposta a uma população crescente e com uma afluência geográfica que transcende o espaço metropolitano, considerando a sua especificidade. Todos os espaços hospitalares são acreditados e revelam preocupação pelo grau de qualidade dos serviços que prestam.

O primeiro estágio – módulo I –, em SUG e VMER decorreu entre 24 de abril e 24 de junho de 2017. Foi pensado e escolhido face à minha experiência de acompanhamento de pessoas com necessidades paliativas, as quais recorrem, de forma mais frequente do que o desejado a este tipo de serviço, pese embora se reconheça a inadaptação do mesmo em resposta às necessidades paliativas (Soares *et al.*, 2016; Wong *et al.*, 2014). Escolhi a instituição e serviço procurando identificar, num hospital com reconhecidas dificuldades em efetiva resposta do seu Serviço de Urgência face às necessidades da população, o meio de capacitação dos enfermeiros à intervenção e tomada de decisão junto das pessoas com necessidades paliativas. Compreender o percurso de admissão e acompanhamento da pessoa neste Serviço até à alta era essencial e só possível em oportunidade de Estágio, confrontando-me com a realidade.

O módulo II de 01 de setembro a 26 de outubro de 2017 em EIHSCP / UAD possibilitou-me, já possuindo formação especializada em Cuidados Paliativos, convergir a sabedoria de diferentes equipas, em possibilidade importante para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. A oportunidade de acompanhamento em âmbito domiciliário interessou-me, em complemento da experiência hospitalar que possuo, reconhecendo a importância e o desenvolvimento que a este contexto é devido, na priorização das preferências e necessidades das pessoas e famílias (Capelas, 2014; McNamara *et al.*, 2013; Soares *et al.*, 2016).

O último módulo, em Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, de 27 de outubro a 19 de dezembro de 2017 foi escolhido, propositadamente, em igual espaço hospitalar de estágio de Serviço de Urgência Geral. Esta decisão prendeu-se com os riscos de obstinação terapêutica aumentados em Serviço de Urgência, os quais se perpetuam, em muitos dos casos, até ao âmbito de Cuidados Intensivos.

Ao longo dos três módulos procurei interpretar as necessidades de cada equipa de Enfermagem, à luz do tema da Nutrição Artificial junto da Pessoa em fdv.

Face ao referido desenvolve-se o presente relatório de estágio cujos objetivos são:

- Descrever o desenvolvimento de atividades ao longo dos processos de tomada de decisão, baseados em evidência;
- Explorar o desenvolvimento de competências em processo formativo especializado;
- Certificar as atividades desenvolvidas em desenvolvimento de competências especializadas.

O que adiante se apresenta é o resultado de um trabalho conjunto entre formando, orientador pedagógico e orientador clínico. Pretende revelar o desenvolvimento em estado de competência e estadios enquanto enfermeira, refletidos na integração no cuidado e no potencial dos resultados junto do processo de saúde-doença da pessoa e família (Benner, 2001; Rabiais, 2013).

A metodologia descritiva deste relatório assenta em:

- Revisão Integrativa da Literatura (Apêndice I) supracitada em área temática, com efetivo contributo no percurso formativo e sustentando a intervenção na prática;
- Recurso ao Ciclo Reflexivo de Gibbs, enquanto instrumento promotor da prática reflexiva (Pereira-Mendes, 2016) na concretização de reflexões críticas durante o percurso de estágio, enquanto método privilegiado de desenvolvimento de competências;
- Pesquisa bibliográfica em permanente atualização, conforme os contextos de estágio e em suporte à instituição da evidência na base de intervenção;
- Orientação pedagógica, aquando de apresentação de projeto e plano de estágio, assim como, no decorrer das orientações tutoriais e orientação clínica a partir dos Enfermeiros Chefes e Enfermeiros Orientadores dos diferentes contextos de estágio (Alarcão e Rua, 2005; Elgicil e Sari, 2007; Rabiais, 2013; Vieira e Oliveira, 2010);
- Recurso à escrita reflexiva e crítica, por intermédio de diário de bordo construído em cada contato com o local de estágio (Pereira-Mendes, 2016).

Quanto à estruturação deste relatório, o mesmo divide-se em três capítulos:

- o primeiro capítulo, considerado após esta mesma introdução em que se enquadra o percurso formativo em estágio, compreende a apresentação de RIL referente ao tema central deste projeto, com o título “*A Intervenção do Enfermeiro junto da pessoa em fim de vida na redução do risco de obstinação terapêutica associado à Nutrição Artificial*” a sustentar a evidência disponível nesta temática;
- o segundo capítulo que revela a perceção do construto do enfermeiro especialista integrado nos três contextos de estágio e que explora, as atividades desenvolvidas para os

objetivos definidos e o conjunto de competências adquiridas em formação da EEEMC, numa escrita reflexiva e crítica;

- o terceiro capítulo que resume todo o conteúdo deste relatório, releva os aspetos centrais, as limitações, considerações éticas, as perspetivas futuras de desenvolvimento e divulgação do trabalho concretizado.

Em fim de relatório podem encontrar-se as referências bibliográficas de suporte, segundo a norma de referenciação bibliográfica aplicada, a Norma Portuguesa 405 (NP 405) (Marcos, 2015), em conformidade com as orientações da Universidade Católica Portuguesa. São identificados também, um conjunto de aportes, promotores da clareza dos objetivos, competências e atividades descritas previamente, como anexos e apêndices.

1. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

“A Intervenção do Enfermeiro junto da pessoa em fim de vida na redução do risco de obstinação terapêutica associado à Nutrição Artificial”

“The Nurses' intervention with the person at the end of life in reducing the risk of therapeutic obstinacy associated with Artificial Nutrition”

Apresentam-se os principais dados constantes de Revisão Integrativa de Literatura realizada no decurso de processo formativo, subsidiando a mesma o desenvolvimento de competências especializadas. O documento completo de RIL poderá ser consultado em apêndices – Apêndice I.

Resumo

Introdução: Os enfermeiros possuem uma intervenção importante na nutrição da pessoa em fim de vida. Sobre esta reconhece-se além do ponto de vista fisiológico, a componente emocional associada, com influência na vivência da pessoa e família.

Objetivo: Definir as intervenções dos enfermeiros junto das pessoas em fim de vida e suas famílias quanto à nutrição; sistematizar os elementos a considerar na tomada de decisão sobre a nutrição artificial e avaliar a influência da intervenção do enfermeiro na redução do risco de obstinação terapêutica.

Metodologia: Revisão integrativa de literatura, considerando as orientações PRISMA relativas a revisões, que reúne literatura de bases de dados Academic Search Complete, Complementary Index, CINAHL Plus with Full Text®, Psychology and Behavioral Sciences Collection, ScieELO, MEDLINE®, Directory of Open Access Journals, Supplemental Index, ScienceDirect, Education Source, Business Source Complete e MedicLatina. Foi selecionada uma amostra de 11 artigos em análise, partindo dos critérios de elegibilidade: profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado à pessoa

adulta/idosa em fim de vida; intervenção na nutrição da pessoa em fim de vida; estudos de 2000 a 2017, em Francês, Espanhol, Inglês e Português.

Resultados: O enfermeiro no cuidado à pessoa em fim de vida institui estratégias promotoras da alimentação oral prévias à aplicação de meios artificiais de nutrição e realiza o acompanhamento do processo de saúde-doença com privilegiada proximidade considerando as preferências da pessoa; configura-se como elemento privilegiado na defesa dos princípios éticos afetos à tomada de decisão, a mesma que pondera a sintomatologia presente, prognóstico, vivência psicológica e emocional da alimentação, verificando-se uma associação entre a intervenção do enfermeiro e a melhor qualidade e adequabilidade do cuidado a ser prestado, contribuindo, sem correlação direta para a redução do risco de obstinação terapêutica.

Conclusão: A intervenção do enfermeiro pressupõe conhecimentos clínicos, considera a vontade da pessoa e família, assim como, a perspectiva ética. O enfermeiro é descrito como um profissional qualificado para intervir nesta área, além de ser quem melhor conhece e comunica, pela proximidade do cuidado, a pessoa e a família. Entende-se esta como uma temática importante no cuidado em enfermagem, pressupondo um conjunto de intervenções planejadas pelo enfermeiro, a serem promovidas previamente à decisão de introdução da nutrição artificial.

Descritores: enfermagem, fim de vida, nutrição artificial, obstinação terapêutica

Abstract

Introduction: Nurses have an important role in the nutrition of the person at the end of life. This intervention is recognized beyond the physiological point of view, as it also encompasses the emotional component and the influence of the experience over the person and its family.

Objective: To define the interventions of nurses towards the end of life person and their families regarding nutrition; to systematize the elements to be considered in decision making on nutrition and to evaluate the influence of the intervention of the nurse in reducing the risk of therapeutic obstinacy.

Methodology: Integrative literature review, considering the PRISMA guidelines for reviews, which bring together the database literature Academic Search Complete, Complementary Index, CINAHL Plus with Full Text®, Psychology and Behavioral Sciences Collection, ScieELO, MEDLINE®, Directory of Open Access Journals,

Supplemental Index, ScienceDirect, Education Source, Business Source Complete and MedicLatina. A sample of 11 articles was selected, based on the eligibility criteria: health professionals providing care to the adult/elderly person at the end of life; intervention in end of life nutrition; studies from 2000 to 2017 in French, Spanish, English and Portuguese.

Results: The nurse in the care of the end-of-life person institutes strategies promoting oral feeding prior to the application of artificial means of nutrition; carries out the follow-up of the health-disease process with a privileged proximity considering the person's preferences; the nurse is a privileged patient advocate in the defence of the ethical principles of decision making, which considers the symptomatology, prognosis, psychological and emotional nutrition meaning, with an association between the nurse's intervention and the best quality and adequacy of the care to be provided, contributing, without direct correlation to the reduction of the risk of therapeutic obstinacy.

Conclusion: This intervention presupposes clinical knowledge, considers the will of the person and family, as well as the ethical perspective. The nurse is described as a qualified professional to intervene in this area, assumes a critical role due to the proximity of care of the person and the family. This is understood as an important issue in nursing care, assuming a set of interventions planned by the nurse, to be promoted prior to the decision to introduce artificial nutrition.

Keywords: nursing, end of life, artificial nutrition, therapeutic obstinacy

1.1. Introdução

A nutrição em fim de vida é uma constante em qualquer processo do cuidado nesta área de saúde. A pessoa a que nos referimos neste artigo designaremos, daqui em diante como a pessoa em fim de vida (fdv), considerada a “(...) *que apresenta doença avançada, incurável e evolutiva, (...) e que, em média, apresenta uma sobrevida esperada entre 3-6 meses.*” ou mesmo “(...) *aquele cuja sobrevida estimada é de horas ou dias, efetuada com base na sintomatologia e evidência clínica que apresenta; (...)*” (Barbosa, 2016, p. 915) como Cuidados Paliativos entendemos “*uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais.*” (Barbosa, 2016, p.2; Organização Mundial de Saúde, 2002).

Considerando a evolução de uma doença incurável, crónica e/ou avançada é frequente registar diminuição de apetite, alterações da mucosa oral e do paladar. Em associação, é sabido que a pessoa em fdv tem uma efetiva alteração da imagem, à qual se associa uma diminuição da ingesta, por anorexia, disfagia, alterações do paladar e progressão da doença (Alves, 2013). Embora seja admissível a existência de novos tratamentos, com aumento da esperança média de vida, também se assume que em situação de fdv muitos desses tratamentos irão contribuir para a obstinação terapêutica, ou seja, para “*procedimentos diagnósticos e terapêuticos que são desproporcionados e fúteis, no contexto global de cada doente, sem que daí advenha qualquer benefício para o mesmo, e que podem, por si próprios, causar sofrimento acrescido.*” (Diário da República. Lei de Bases de Cuidados Paliativos, 2012, p.5119), ao invés de garantir a melhor qualidade de vida, conforto e bem-estar para a pessoa em fdv (Bozetti, 2011).

A alimentação tem, em si, uma componente psicológica, social, emocional, espiritual, cultural, mais do que fisiológica como primeiramente associamos. Comer é o nosso sentir, o momento de reunião familiar, o prazer dos alimentos, o receio da fome e, por vezes, o último aspeto de controlo (Alves, 2013; Antoun, 2006; Pinto, 2012). Sabendo que o comer, na Sociedade de hoje em dia, se apresenta, cada vez mais, associado ao prazer e ao conforto entende-se a complexidade desta temática quando abordada na pessoa em fdv com comprometimento da via oral e, sobre a qual, se tem, em muitos casos que ponderar a

introdução, não introdução ou suspensão de meios de nutrição artificial. Estes compreendem os meios artificiais de apoio à nutrição, quando os meios fisiológicos normais não são viáveis, recorrendo-se à colocação de uma sonda em via gastrointestinal (entérica) ou por meio de um cateter em sistema venoso (parentérica) (Holmes, 2010 (a); Holmes, 2010 (c)).

Esta temática é bastante controversa em contexto paliativo, face ao questionamento sobre a qualidade de vida que será propiciada na aplicação de um destes meios e, simultaneamente, pelo questionamento ético (Alves, 2013; Antoun, 2006; Nowarska, 2011).

Ao enfermeiro cabe a responsabilidade de informar e esclarecer a pessoa em fdv/família, gerir as necessidades nutricionais, considerar a nutrição no plano avançado de cuidado, tal como, intervir na tomada de decisão sobre este tema (Alves, 2013). Questionamo-nos então se estas intervenções são efetivas na redução do risco de obstinação terapêutica.

E quando falamos da pessoa em fdv, estamos a mencionar, também, a família, que acompanha e assiste à diminuição de um conjunto de procedimentos técnicos e, que, por fim, pode ver suspenso o último elemento que associa à sobrevivência da pessoa, o alimento.

Neste sentido, o acompanhamento pela equipa de saúde às famílias configura uma intervenção muito importante, nomeadamente pelo enfermeiro (Antoun, 2006). São variadas e complexas as questões colocadas ao enfermeiro pela pessoa e família, desde as alterações fisiológicas, as alterações do comer e beber, até outras que possam alcançar o receio, medo ou angústia face à finitude da vida.

1.2. Método

Este estudo pretende responder às seguintes questões ao longo desta revisão de literatura:

Q1. Quais as intervenções de enfermagem promotoras da alimentação em fim de vida?

Q2. Quais os critérios de avaliação na pessoa em fim de vida, na tomada de decisão do enfermeiro em iniciar ou não iniciar ou suspender a nutrição artificial?

Q3. A intervenção do enfermeiro junto da pessoa em fim de vida reduz o risco de obstinação terapêutica associado à nutrição artificial?

O desenvolvimento desta revisão integrativa considera a temática da nutrição artificial em fim de vida com base nas orientações PRISMA. Foram elaboradas três questões de partida, definidos os critérios de elegibilidade, selecionada a amostra entre os artigos consultados e realizada a análise e discussão dos resultados conseguidos.

Em estratégia de pesquisa booleana recorreu aos seguintes descritores em saúde: (nutrition OR artificial nutrition OR feeding OR eating OR enteral nutrition OR enteral feeding OR tube feeding OR feeding tube OR parental nutrition OR nutritional status OR nutritional therapy OR nutritional assessment OR nutrition disorders) (TI) AND (palliative care OR terminal care OR palliative OR palliative nursing OR end of life OR therapeutic obstinacy) (AB) AND Nurs* (AB).

A pesquisa decorreu entre 15 de maio e 15 de junho de 2017, considerando artigos disponíveis com texto completo, escritos em Francês, Espanhol, Inglês e/ou Português e revistos por pares, no período temporal de 2000 a 2017, havendo indicação da literatura, em como este período se apresenta como o de melhor desenvolvimento de evidência sobre o cuidado à pessoa em fdv (Alves, 2013).

Quanto à temática em estudo definiram-se critérios de elegibilidade (Figura 1).

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
População	Profissionais de saúde que cuidam da pessoa adulta/idosa em fim de vida.	A participação de outros profissionais de saúde, que não apenas enfermeiros.
Intervenção	Estudo da intervenção do enfermeiro no cuidado associado à nutrição da pessoa em fim de vida.	
Resultados	1. Cuidado de enfermagem referentes à promoção da nutrição da pessoa em fim de vida; 2. Critérios a considerar na tomada de decisão sobre a instituição, não instituição ou suspensão da nutrição artificial; 3. Cuidado de enfermagem promotores da redução do risco de obstinação terapêutica associado à nutrição da pessoa em fim de vida.	Intervenções de enfermagem não dirigidas à nutrição da pessoa em fim de vida.
Horizonte Temporal	Entre 2000 e 2017.	Estudos anteriores a 2000.
Desenhos dos Estudos	Sem limitação de paradigma.	Ausência de estudo empírico.
Língua	Francês, Espanhol, Inglês e Português.	Outra língua, à exceção de Francês, Espanhol, Inglês e Português.

Figura 1 – Critérios de elegibilidade

As bases de dados utilizadas foram: Academic Search Complete, Complementary Index, CINAHL Plus with Full Text®, Psychology and Behavioral Sciences Collection, ScieELO, MEDLINE®, Directory of Open Access Journals, Supplemental Index, ScienceDirect, Education Source, Business Source Complete e MedicLatina.

Aos artigos pesquisados foram aplicados os critérios de inclusão e/ou exclusão em que, partindo de um conjunto de 728 referências, se excluíram 691 por leitura de título, 26 por leitura de resumo, constituindo, após leitura em texto integral a amostra final de 11 artigos

(Figura 2). Como principais motivos de exclusão no processo de amostragem destacamos referências que insidiam sobre:

- A investigação da tomada de decisão sem relação com a nutrição em fim de vida;
- A investigação da nutrição sem consideração pela intervenção do enfermeiro;
- A investigação da relação entre a nutrição e o contexto da demência.

Os 11 artigos foram classificados de acordo com o seu nível de evidência, tendo a percepção de um grau de evidência centrado em nível IIa, revendo-se uma investigação maioritariamente qualitativa (Alves, 2013) com desenhos de estudos não randomizados, bem controlados e desenhados. Não se verificaram estudos nos restantes níveis de evidência (Figura 3).

1.3. Resultados

Os resultados encontrados em pesquisa são apresentados, sob a forma de quadro, com uma análise de cada estudo considerando os seguintes dados: autor(es) – ano/país; participantes; intervenções; resultados e desenho (Figura 4). Cada um dos estudos foi explorado considerando o seu contributo a cada uma das três questões de partida, estando reunidos numa amostra de 11 artigos, com 2 artigos de estudo misto e 9 artigos de estudo qualitativo, entre 2008 e 2016.

1.4. Discussão

Os artigos analisados centraram-se no nível de evidência II (United States Department of Health and Human Services, 1992) conseguindo expressar um conjunto de respostas que permitem o cumprimento do objetivo a que nos propomos. São estudos qualitativos, um destes com método misto, tendo uma amostra média de 10 participantes.

Dos 11 artigos selecionados, 4 destes corresponderam a revisões de literatura com importantes considerações sobre a tomada de decisão em nutrição em fim de vida. Apesar das diferenças entre os estudos, percebe-se uma linha comum entre estes nas respostas às questões colocadas.

Todas os aspetos inerentes ao processo de nutrição podem contribuir para o sofrimento da pessoa e família, sendo merecedores de toda a atenção do enfermeiro, que pretende agir, primeiro, na promoção das capacidades da pessoa, colaborando em estratégias importantes

para manter a alimentação pela via oral até tal não ser aplicável e, posteriormente, acompanhar a pessoa e família quanto aos benefícios e prejuízos dos meios de nutrição artificial, a sua aplicação e gestão, assim como em acompanhar a pessoa e família nesta tomada de decisão sobre a introdução/manutenção de um meio de nutrição artificial.

Estas estratégias são uma resposta importante a uma das questões colocadas – “Quais as intervenções de enfermagem promotoras da alimentação em fim de vida em pessoas sem critério de nutrição artificial?”.

As principais estratégias e intervenções do enfermeiro na nutrição da pessoa em fim de vida englobam:

- Ser conhecedor das preferências da pessoa quanto à sua alimentação, quer no tipo de alimentos, como na apresentação, temperatura ou textura, para poder valorizar a alimentação enquanto esse for o desejo da pessoa (Acreman, 2009; Alves, 2013; Holmes (a), 2010);
- Responsabilizar-se pelo posicionamento adequado no leito ou em cadeira/cadeirão aquando dos momentos de refeição (Acreman, 2009; Alves, 2013; Holmes (a), 2010);
- Verificar a adequação do ambiente – ponderar espaço exterior para refeição -, em luz, temperatura, som e odor, face ao momento da refeição (Acreman, 2009; Alves, 2013; Holmes (a), 2010);
- Reconhecer situações de odinofagia e/ou disfagia podendo disponibilizar alimentos pastosos, frios ou mornos e valorizar a ingestão de líquidos, quando indicado com recurso a espessante alimentar para prevenção de aspiração de conteúdo alimentar (Alves, 2013; Holmes (a), 2010);
- Sinalizar xerostomia, alterações do paladar e agir em caso de náuseas e/ou vômitos securizando a pessoa face a novos episódios (Acreman, 2009; Alves, 2013; Holmes (a), 2010);
- Gerir terapêutica farmacológica e não farmacológica junto da equipa multidisciplinar: antieméticos, alimentação fracionada, aumentando o número de refeições, frias ou mornas e hipolipídicas (Acreman, 2009; Alves, 2013; Holmes (a), 2010);
- Gerir síndromes diarreicas, garantindo a ausência de fibras e lactose das refeições (Alves, 2013; Holmes (a), 2010);
- Considerar, em obstipação, o aumento de líquidos na dieta, a presença de fibras e intervir com a sua avaliação na gestão terapêutica, para recurso a terapêutica laxante (Alves, 2013; Holmes (a), 2010);

- Privilegiar o maior número de refeições, se mantida anorexia, com menor volume e menos calorias (Acreman, 2009; Alves, 2013; Holmes (a), 2010);
- Potenciar a presença de terapêutica corticosteróide ou outra, como o acetato de megestrol, ponderar a suplementação alimentar e garantir a manutenção de uma boa higiene oral, cumprindo o despiste de sinais de mucosite (Acreman, 2009; Alves, 2013; Holmes (a), 2010).

Quando, apesar dos recursos mobilizados se equaciona a possibilidade de introdução, não introdução ou, se já aplicado, suspensão da nutrição artificial, este assunto complexo implica uma tomada de decisão, sobre a qual se questiona – “Quais os critérios de avaliação na pessoa em fim de vida, na tomada de decisão do enfermeiro em iniciar ou não iniciar ou suspender a nutrição artificial?”.

A tomada de decisão é um ato preponderante na prestação do cuidado e, como tal, na garantia da sua qualidade, abrangendo aspetos diversos até à decisão final. Perceciona-se nos artigos analisados a consideração de que a tomada de decisão quanto à nutrição artificial pressupõe (Druml et al., 2016):

- A existência de uma indicação clínica/tratamento;
- Fazer parte da definição de um objetivo terapêutico a ser atingido e a existência do consentimento informado por parte da pessoa em fdv.

Deste processo fazem parte os enfermeiros, que baseiam a sua tomada de decisão nos princípios éticos – autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça – subjacentes, considerando a mesma a ser adequada, caso a caso, tendo por linha orientadora os aspetos já mencionados (Bryon, 2008; Druml *et al.*, 2016; Holmes (c), 2010; Holmes, 2011).

Os critérios a considerar nestes processos serão (Alves, 2013; Antoun, 2006; Bryon, 2008; Druml *et al.*, 2016; Holmes (a), 2010):

- A sintomatologia – com a dificuldade inerente de avaliação de sintomas, muitas vezes associado à hidratação (sensação de sede ou perceção de estado confusional), ao estado nutricional ou resultante da toxicidade de tratamentos realizados;
- A previsão de sobrevivência – prognóstico;
- A consideração do papel social da alimentação - a alimentação que é prazer, igualmente, representação de amor, carinho e momento de reunião familiar;
- Os aspetos psicológicos associados à alimentação, enquanto ato voluntário, mas principal elemento de controlo face às alterações que a doença possa ter introduzido na vida da pessoa.

Assim, a decisão em nutrição artificial deverá integrar a pessoa em fdv e família, na equipa interdisciplinar, considerando a definição do prognóstico e a efetividade do tratamento aplicado. Além disso, quer na suspensão como na instituição de medidas de nutrição dever-se-á considerar o plano avançado de saúde daquela pessoa (Alves, 2013), pensando o plano nutricional integrado no plano de cuidado, avaliando e reavaliando os objetivos definidos pela pessoa em fdv/família (Acreman, 2009).

Quando questionado se “a intervenção do enfermeiro junto da pessoa em fim de vida reduz o risco de obstinação terapêutica associado à nutrição artificial?” as respostas conseguidas não abordam diretamente o tema da obstinação terapêutica, mas correlacionam-na com a melhor qualidade do cuidado a ser prestado. Releva que o enfermeiro é o profissional que consegue garantir o melhor conforto e defesa da autonomia da pessoa, nomeadamente na orientação do processo de tomada de decisão quanto à nutrição em fim de vida (Holmes, 2010 (c); Holmes, 2011).

Percebe-se também não haver consenso sobre a opinião dos enfermeiros no que se refere à utilização de nutrição artificial na pessoa em fdv (Holmes, 2010 (c); Holmes, 2011).

A obstinação terapêutica opõe-se à qualidade do cuidado, sem evidência de benefício para a pessoa. Poderemos compreender que a intervenção do enfermeiro, no conforto da pessoa em fdv e família estará a reduzir o risco de obstinação terapêutica. Este profissional de saúde vê as suas decisões influenciadas por diversos fatores externos, desde o contexto de pessoa em fdv ao contexto de outros profissionais de saúde (Stiles, 2013).

Percebendo o impacto da nutrição na pessoa em fdv, considera a perspetiva física, psicológica, emocional, espiritual e cultural assumindo-se como promotor do melhor cuidado nesta etapa de vida, nomeadamente, na garantia de defesa da autonomia da pessoa (Holmes (c), 2010; Alves, 2013). São os enfermeiros quem assume que a nutrição é mais do que o ato de prover nutrientes, tendo em si um significado emocional. É para os profissionais de saúde e para famílias uma questão com diferentes interpretações: a nutrição artificial como um meio com poucos benefícios em fim de vida para os profissionais, enquanto que para os familiares a sua consideração tem impacto emocional, sinónimo de conforto e bem-estar. Esta divergência comprova a importância da proximidade entre enfermeiro e pessoa e família e da intervenção em comunicação, segurança e seguimento do processo de saúde-doença (Holmes (a), 2010; Van der Riet, 2008).

Apesar do descrito, verifica-se na literatura expressa que existem limitações na intervenção do enfermeiro, na qual os enfermeiros sentem que o seu papel nem sempre é

claramente definido, assumindo pouca formação e dificuldade em agir. Apesar de iniciarem o processo de tomada de decisão, não integram a sua participação, identificando o médico como decisor final, desvalorizando a sua ação ou o papel da equipa multidisciplinar. Estas fragilidades são associadas ao evitamento da pessoa/família aquando de questões complexas que os envolvem, embora seja assumida a importância da sua avaliação, intervenção e acompanhamento (Alves, 2013; Bryon, 2008). O défice de formação dos enfermeiros constitui o principal limitador na tomada de decisão sobre a nutrição, sendo ambíguo o sentimento destes profissionais que desejam intervir e sentir-se parte, embora simultaneamente reconheçam dificuldade na compreensão do fenómeno associado e escassez de formação em cuidados paliativos (Bryon, 2008; Lopez et al., 2010; Higgins et al., 2014).

Os estudos avaliados apresentam dados dispersos sobre a evidência, pelo que esta revisão possibilita a seriação do conhecimento ao reunir os principais dados em três pontos relevantes do conhecimento em enfermagem. A sistematização de informação permite a melhor orientação do cuidado, o esclarecimento de questões e confirma não só a relevância da intervenção do enfermeiro, como especifica o papel do mesmo na equipa interdisciplinar.

1.5. Limitações

São limitações do presente estudo: a pesquisa com descritor Nurs* limitando a pesquisa aos enfermeiros sem perceção dos restantes profissionais de saúde; a predominância de dados de natureza qualitativa; as bases de dados consideradas, não tendo sido englobadas outras no processo de amostragem; não terem sido adquiridos artigos para obtenção texto integral limitando-se a pesquisa à disponibilidade de artigo sem custos adicionais e o processo de seleção da amostra, que foi realizado por um único revisor. Em último ponto é importante relevar que a amostra apresentada é reduzida, sendo unânime a necessidade de incrementar investigação nesta temática, sobretudo, junto dos enfermeiros.

1.6. Conclusões

O presente estudo responde às questões apresentadas evidenciando o conjunto de intervenções dos enfermeiros junto das pessoas em fim de vida e suas famílias quanto à nutrição, sistematizando os elementos a considerar em tomada de decisão e efetivando a importância da intervenção do enfermeiro na redução do risco de obstinação terapêutica.

Verifica-se que existe escassa evidência sobre o benefício da manutenção de nutrição em situação de fase final de vida, devendo ser priorizado o cuidado da pessoa. Pressupõe-se o acompanhamento da pessoa e família no decorrer do seu processo de saúde-doença, sendo o enfermeiro um ator privilegiado na equipa, pela proximidade que assume da pessoa/família e por ser o principal defensor da autonomia e do conforto da pessoa, considerando a componente emocional, psicológica, espiritual e cultural da nutrição.

Mais investigação deverá ser encetada sobre a atuação do enfermeiro no seio da equipa interdisciplinar em acompanhamento da pessoa em fdv quanto à assistência das suas necessidades nutricionais; será pertinente compreender de que modo o enfermeiro apresenta a avaliação das necessidades da pessoa e família, junto da restante equipa interdisciplinar, quanto à temática da nutrição.

O presente estudo não tem conflito de interesses a declarar.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA CONSTRUÇÃO DO SER ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O percurso de estágios concretizado em decurso de Mestrado em Enfermagem – SUG / VMER, UCI e um estágio opcional, cuja opção recaiu em EIHSCP / UAD – compreendeu um conjunto de oportunidades e atividades procurando a aquisição e/ou desenvolvimento, das competências do cuidado especializado (UCP, 2017). Por competência entende-se a capacidade de desenvolver uma determinada ação, com um objetivo definido no âmbito do cuidado, dependendo do enfermeiro, do contexto e da interação entre/e com os diferentes ambientes (Alarcão e Rua, 2005; Serrano, 2011). Os estágios beneficiaram de uma orientação clínica e orientação pedagógica com evidente benefício no sucesso deste processo formativo.

Adiante desenvolvo, com uma escrita na primeira pessoa, a reflexão descritiva e crítica das atividades inerentes de cada estágio, mediada pelos objetivos desenhados. Exploro as problemáticas, as atividades desenvolvidas em resposta aos objetivos considerados, identifico os resultados obtidos e as competências especializadas desenvolvidas na sequência das atividades estabelecidas, sabendo que serão mencionadas as principais e que estas se desenvolvem no decorrer de todo o estágio. Este construto dedica uma atenção maior ao conjunto de situações vividas, as quais me permitem atestar a aquisição de competências da EEEMC, nomeadamente, à pessoa com necessidades paliativas.

2.1. O Cuidado Especializado em Serviço de Urgência Geral / Viatura Médica de Emergência e Reanimação

O momento de estágio em SUG decorreu entre 24 de abril e 24 de junho de 2017, realizando no período final três turnos na VMER do mesmo hospital.

Efetivamente, o SUG é um contexto especializado na resposta em saúde a situações de urgência e emergência (Direção Geral da Saúde, 2014). O referido contexto insere-se numa área geográfica extensa, como único ponto de resposta a situações agudas em saúde e planeado para responder a uma população menor, do que aquela a que agora assiste. A

equipa de enfermagem é constituída por um Enfermeiro Chefe, seis enfermeiros responsáveis e enfermeiros chefes de equipa, organizadores de cada uma das equipas de enfermeiros de cuidados gerais. O SUG responde às necessidades da pessoa em situação crítica com um espaço físico que compreende: a designada zona de verdes e azuis, destinada a pessoas triadas com a pulseira dessas respetivas cores e que se deverão dirigir a um espaço contíguo ao de SUG para observação; sala de triagem e sala de retriagem; área ambulatoria; quatro áreas de serviço de observação; sala de reanimação, dimensionada a receber duas emergências; e espaços de zona de espera, uma das quais estruturada para pessoas transferidas em maca.

Pensando este percurso de aprendizagem defini como objetivos:

Objetivo geral:

- *“Desenvolver competências na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica no âmbito do cuidado à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica e sua família”;*

Objetivos específicos:

- *“Desenvolver competências no cuidado de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família, na área de especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, considerando o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais”;*
- *“Contribuir para a capacitação dos enfermeiros do Serviço de Urgência Geral na tomada de decisão sobre a instituição, não instituição ou suspensão de nutrição entérica junto da pessoa em fim de vida e sua família”.*

Construo uma reflexão crítica sobre o vivido neste estágio considerando as atividades desenvolvidas em cumprimento dos objetivos específicos a que me propus e correlacionando-os com o tema central deste relatório.

- Desenvolver competências no cuidado de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família, na área de especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, considerando o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais

A integração decorreu de forma rápida, em apoio de orientação clínica e com uma primeira intenção de entender o percurso da pessoa e da sua família desde a admissão em sala de triagem ou sala de reanimação, até à observação em zona ambulatoria ou internamento em serviço de observação. Percebi a presença constante de enfermeiros em

todas as áreas e a importância dos mesmos no conforto e humanização do cuidado, uma meta essencial à melhoria da qualidade (Sousa, 2014).

Sobre esta observação posso partilhar um episódio vivido: sentia, nos momentos de observação de passagem de turno uma grande angústia. As passagens de turno realizadas pelos enfermeiros, quer em serviço de observação como em zona ambulatória eram muito curtas, sintéticas e com pouca referência à pessoa e ao seu cuidado, apresentando uma perspectiva biomédica, em continuidade de um método de trabalho, centrado em cuidados de enfermagem funcionais e, portanto, com parcelarização da resposta por tarefas (Costa, 2004; Paiva, 2007). O elemento de maior transtorno no meu parecer fora sim, a passagem de turno decorrer em frente da própria pessoa. Pude assistir à expressão de dúvida, de medo ou embaraço de muitas das pessoas citadas, ainda que o enfermeiro que estivesse em transmissão de informação procurasse ser discreto, em tom ou expressão.

A dignidade humana, sobretudo em contextos marcados por uma crescente vulnerabilidade do outro, dever-se-á sobrepor ao poder, qualquer que este seja, sendo a pessoa como frequente se diz, um fim em si mesma (Garcia, 2016; Pereira, 2010). O direito à privacidade, à confidencialidade dos seus dados clínicos, a ser informada sobre a sua situação de saúde são direitos consagrados na Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes e, face ao descrito, encontravam-se comprometidos (Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes, 2015).

Face à situação-problema identificada, desenvolvi esforços para procurar fundamento que suportasse a mudança. Abordei o assunto junto de orientador clínico, também ele já sensibilizado para a questão conseguindo a reflexão sobre o tema (Rosswurm e Larrabee, 1999). Suportei-me de informação legislativa sobre os direitos e deveres dos utentes (Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes, 2015), assim como de um parecer da Ordem dos Enfermeiros referente ao respeito pela privacidade e confidencialidade dos dados das pessoas em período de passagem de turno (Ordem dos Enfermeiros, Parecer CJ/20, 2001). Com os dados reunidos apresentei por escrito uma carta dirigida ao Enfermeiro Chefe de SUG com propostas claras de reestruturação do momento de passagem de turno (Apêndice II), reunindo-me, formalmente, com o mesmo em explanação do assunto.

Este configurava um assunto de preocupação e o intuito era o de vir a aplicar as sugestões de reorganização. As mesmas foram aplicadas, faseadamente, ainda no decorrer de estágio: mudança do local de passagem de turno para um espaço neutro, ao invés de ser em frente a cada uma das pessoas internadas, anulando-se a passagem de turno com reunião de um grupo de enfermeiros e deslocação ao longo das pessoas a serem cuidadas.

Posso considerar, face ao descrito, que mobilizei as seguintes competências especializadas: “*Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada*”; “*Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspectivas sobre os problemas de saúde com que se depara*”; “*Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva académica avançada*”; “*Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização*”; “*Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização*” (UCP, 2017).

A noção de dinâmica, rapidez e capacidade de resposta predominam na intervenção que estes profissionais de saúde assumem para resolver as diferentes problemáticas que se lhes apresentam. Um dos dias em que me encontrava na sala de reanimação recebi um doente idoso, com elevado grau de dependência nas suas atividades de vida diárias, proveniente de lar. Fora admitido por dificuldade respiratória.

Comecei por me apresentar, explicando a Sr. A onde se encontrava e como o pretendíamos apoiar. Articulei o cuidado com a enfermeira presente na sala de Reanimação e com o médico de apoio.

A minha avaliação do utente seguiu a abordagem (ABCDE) tendo em conta: a via área (*airway*), o Sr. A mantinha respiração audível e ruidosa, polipneico, despistei em início a possibilidade de obstrução das vias aéreas - sem corpos estranhos percebidos, fraturas ou lesões; a respiração (*breathing*) como mencionei era mantida, mas com dificuldade, avaliada simetria de expansão pulmonar e ausência de cianose, todavia a oximetria periférica era de 91% tendo sido incrementado, em decisão de equipa, o suporte de oxigenoterapia por máscara de venturi; a circulação (*circulation*) não apresentava comprometimento pela avaliação do tempo de reperfusão capilar que estabeleci, o Sr. A encontrava-se, também normotenso e após monitorização pôde ser pedido um electrocardiograma por médico de sala, enquanto puncionava acesso venoso periférico; algum sinal de défice neurológico (*disability*), tendo avaliado que o Sr. A estava consciente, ainda que com discurso lentificado e incoerente, avaliei, com recurso à escala de *Glasgow* o valor de 12 sem necessidade de outra intervenção nesta área; a exposição (*exposition*) onde foram procurados mais indicadores de justificação da atual situação de saúde do Sr. A, nomeadamente, sinais de trauma, hemorragia, erupções cutâneas percebidos como ausentes. A maior exposição

corporal da pessoa, sempre precedida da explicação dos procedimentos e procura de concordância, não revelou outros dados. Pude, por último, avaliar a temperatura corporal com o Sr. A a apresentar-se apirético (Thim, 2012). Este procedimento, que cumpro em sala de reanimação é uma intervenção essencial na priorização do atendimento da pessoa, garantindo as melhores condições para a sua recuperação e iniciada, na sua maior parte por enfermeiro. No caso do Sr. A percebeu-se, face ao seu contexto clínico que já lhe era conhecida insuficiência respiratória. Na sequência da mesma, foi investigado eventual foco infeccioso que pudesse justificar o quadro de saúde atual, sendo este um dos muitos casos que decorrem de doença crónica e de comorbilidades associadas (Sousa, 2014).

Esta seria uma pessoa com necessidades paliativas na sequência de uma doença avançada, com compromisso da sua qualidade de vida e conforto. Admitida em sequência de agravamento, este poderia eventualmente ter sido prevenido em acompanhamento paliativo (Barbosa *et al.*, 2016; Pereira, 2010). O Sr. A foi acompanhado até ao momento de transferência para o serviço de observação, não sem antes se procurar a existência de algum elemento significativo ao mesmo, em acompanhamento. Pretendia-se promover a segurança e conforto da pessoa, assim como recolher informações importantes pessoais e de saúde, em anamnese (McCarthy *et al.*, 2013).

A abordagem ABCDE constituiu-se, deste modo, como uma ferramenta de organização cognitiva à intervenção emergente e que me possibilitou uma intervenção especializada e segura, em orientação clínica e desenvolvimento de competências na resposta às necessidades da pessoa, tendo sido um dos focos de pesquisa bibliográfica no decorrer deste processo formativo (Thim, 2012).

Assumi uma atitude proactiva com pesquisa bibliográfica neste âmbito. Nesta pesquisa provi-me de evidência, assim como das noções de intervenção em Via Verde de Sépsis do Adulto. Esta pesquisa promoveu o melhor entendimento de alguns casos acompanhados. Propus-me, neste âmbito, a atualizar o documento constante em sala de reanimação - consulta da *norma atualizada n.º 010/2016, atualizada a 16/05/2017, da Direção-Geral de Saúde* (Apêndice III) -, para facilitar a sua consulta e recurso aos dados da Via Verde de Sépsis pela equipa multidisciplinar, tendo podido partilhá-lo com a equipa de Enfermagem.

Considerando a reflexão anterior poderei assumir o desenvolvimento das seguintes competências especializadas: *“Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica”*; *“Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional”*; *“Abordar questões complexas de modo*

sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização”; “Refletir na e sobre sua prática, de forma crítica”; “Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar”; Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, no âmbito da sua área de especialização”; “Zelar pelos cuidados prestados na sua área de especialização”; “Realizar a gestão dos cuidados na sua área de especialização” (UCP, 2017).

Ainda no contexto de prestação do cuidado à pessoa em situação crítica, a intervenção junto da pessoa submetida a ventilação invasiva era a que me colocava mais dúvidas e receios, reconhecendo o agravamento de saúde e a ausência de experiência profissional neste âmbito.

Em contexto de situação crítica um dos episódios mais importantes que posso destacar aconteceu em serviço de observação. Cuidei do Sr. D de 91 anos submetido a ventilação invasiva, após paragem cardio-respiratória. Pude refletir sobre a situação de saúde deste senhor em conjunto com a enfermeira responsável pelo cuidado. Em turno, junto da equipa multidisciplinar foi concretizada uma tomada de decisão de extubação da pessoa, tendo a mesma decorrido sem intercorrências. Em proximidade do horário de visitas, preveni a chegada da família procurando adequar o discurso com a restante equipa.

Se inicialmente, a enfermeira e médica envolvidas pareceram disponíveis para este aspeto tão relevante do cuidado, efetivamente, quando a família se aproximou apenas se possibilitou que a esposa visse o Sr. D a partir da entrada do serviço, sem que este notasse a sua presença, fundamentado pela possibilidade de agravamento da função respiratória face ao impacto emocional de ver a sua família.

O Sr. D ainda que mais colaborante, revelava uma função respiratória piorada, com polipneia e valores analíticos condizentes com o agravamento da sua situação de saúde. Em sequência fora definido ser uma pessoa sem condição para novo investimento invasivo, tendo em conta a fragilidade que lhe estava associada neste quadro clínico.

Considerando a problemática identificada, com prejuízo para o bem-estar da pessoa e família sensibilizei os profissionais de saúde envolvidos para a importância do conforto da pessoa, para a vulnerabilidade que lhe estava inerente e para, em sequência de agravamento percebido, aqueles poderem ser os últimos momentos do Sr. D. A decisão tomada impedira a promoção da relação da pessoa com os seus elementos significativos. Fora limitada a possibilidade de comunicar e estar, uma última vez, com os que lhe são significativos

(Capelas *et al.*, 2017; Sousa, 2014). Do mesmo modo promoveu-se, com esta ação, o risco de luto complicado desta família, condicionada ao horário, espaço e funcionamento da instituição hospitalar (Barbosa *et al.*, 2016; Capelas *et al.*, 2017; Machado *et al.*, 2011).

Este episódio de estágio foi positivo para o desenvolvimento de competências na prestação do cuidado à pessoa submetida a ventilação invasiva, mas essencialmente no desenvolvimento da capacidade relacional com a família da pessoa em fdv.

Detetando uma incapacidade dos profissionais na gestão desta situação em conversa com o orientador clínico e Enfermeiro Chefe, propus a realização de uma sessão de formação com o tema: *“Comunicação junto do Utente e Família”* (Apêndice IV). Pude planeá-la, tendo sido decidida de ser incluída em Plano de Formação de SUG. Esta sessão de formação não foi desenvolvida aquando do momento de estágio, uma vez que o Plano de Formação se iniciava por etapas e esta não seria a inicial, todavia, disponibilizei-me para colaborar com o SUG na sua execução, em contexto de trabalho deixando os documentos de planeamento e estruturação da mesma em serviço.

Pelo exposto posso assumir a aquisição e desenvolvimento das competências especializadas: *“Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral”*; *“Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica”*; *“Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional”*; *“Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização”*; *“Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização”*; *“Refletir na e sobre sua prática, de forma crítica”*; *“Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência”* e *“Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências”* (UCP, 2017).

Ainda sobre o SUG, reconheço-lhe outra grande mais-valia. A sua liderança. Efetivamente, em decorrer de estágio pretendi acompanhar por cerca de 4 dias o Enfermeiro Chefe do serviço. Pretendia compreender a organização sob outra perspetiva e perceber as maiores problemáticas.

O tipo de liderança observado centrou-se, sobretudo, numa liderança relacional, com a promoção da harmonia nas relações entre as pessoas e democrático, valorizando o contributo de cada um e promovendo a sua participação. Confessa-nos que a promoção da ação de cada

um é proporcional ao interesse que a mesma manifesta, embora o próprio procure orientar cada pessoa, considerando a identificação das maiores potencialidades de cada um. Percebe-se, neste tipo de liderança a que melhor assegura a satisfação das pessoas que recebem cuidados (Nunes e Gaspar, 2016). Este exemplo foi relevante para a minha prática profissional, em entendimento de como a valorização do outro é elemento motivador para uma melhor prática profissional.

Se as maiores dificuldades se centravam na articulação de conteúdo teórico e perícia prática, conhecimento prático dependente do fator tempo (Benner, 2001), também este pude desenvolver em presença com a VMER, já no período final de estágio. Uma VMER recente, iniciada no ano de 2016 e articulada fortemente com o SUG deste mesmo hospital. Organizada, em cada turno com uma equipa de enfermeiro e médico especializados na pessoa em situação crítica, em espaço físico próprio, com um veículo adaptado às exigências da equipa e estruturada de acordo com os protocolos instituídos pelo Instituto Nacional de Emergência Médica. Ao longo de três turnos, acompanhei a equipa na resposta a situações de emergência. Episódios de moderada a severa gravidade, com o ponto comum da importância da intervenção em equipa, sendo que enfermeiro e médico se articulam num contexto exterior em resposta às necessidades da pessoa. Este curto período, face à sua intensidade, permitiu-me desenvolver uma intervenção dinâmica e coordenada na resposta à pessoa em situação crítica.

- Contribuir para a capacitação dos enfermeiros do Serviço de Urgência Geral na tomada de decisão sobre a instituição, não instituição ou suspensão de nutrição entérica junto da pessoa em fim de vida e sua família

Em análise do segundo objetivo de estágio procurei envolver-me em episódios de cuidado junto da pessoa com necessidades paliativas admitida a SUG. Neste serviço, aquando da admissão de uma pessoa com necessidades paliativas e da transição que dessa admissão decorre, predominar maioritariamente cuidado orientado para a cura, por vezes, distanásicos, justificados sob a perspetiva de emergência e não do plano paliativo (Bozetti, 2011; McNamara, B. *et al.*, 2013; Soares, D. *et al.*, 2016).

Reconhecendo que os enfermeiros do serviço de urgência não possuem formação especializada em Cuidados Paliativos, ambicionava o desenvolvimento nestes profissionais de ações paliativas, entendidas como, “*medidas terapêuticas sem intuito curativo, isoladas*

e praticadas por profissionais sem preparação específica, que visam minorar, em internamento ou no domicílio, as repercussões negativas da doença (...)” (Diário da República. Lei de Bases de Cuidados Paliativos, 2012, p.5119).

Na sequência do mencionado procurei, em diversos momentos informais, promover a reflexão coletiva sobre os diferentes casos, assim como me disponibilizei a explicitar o apoio que a EIHS CP poderia prestar e a esclarecer questões que os enfermeiros me colocavam como: *“E retirar uma sonda de alimentação não é deixar a pessoa morrer à fome?”*, *“Que papel tenho eu como enfermeiro nessa decisão?”* (sic).

A minha resposta a estas questões foi dimensionada ao espaço e à perceção das dificuldades que ao mesmo se associa. Fundamentei sempre o discurso, com aportes obtidos de RIL e recorrendo a experiências vividas, facilitando a proximidade do questionador para um caso concreto (Phaneuf, 2005). Sabendo que a alimentação é uma constante ao longo do ciclo de vida da pessoa e reconhecendo o domínio das questões físicas, em predominância da perspetiva biomédica neste serviço, procurei relevar outra perspetiva, a da noção de significado da alimentação para a pessoa e para a família.

Apresentei estratégias para abordar situações como quando a pessoa e a família não estão em concordância quanto à suspensão de alimentação (Alves, 2013), nomeadamente, recordando que o enfermeiro é o elemento mais próximo deste binómio, interlocutor privilegiado na escuta de ambas as considerações e principal agente na educação para a saúde e no suporte, em capacitação à resposta a estas transições em saúde. Valorizar a importância de intervenções autónomas priorizando o fracionamento de refeições, a tolerância ao desejo de comer e as intervenções de promoção de alimentação, com recurso a outros meios, como o uso de seringa ou uma colher pequena tal como se percebe a partir de RIL realizada (Alves, 2013; Antoun, 2006; Meleis, 2010; Pinto, 2012). A equipa de enfermagem após esta sensibilização continuada, revelou maior crítica na sua intervenção, questionou aspetos que, antes não eram mencionados e revelou-se mais motivada a encetar outras intervenções, prévias à nutrição artificial.

Uma das pessoas que acompanhei, era uma senhora idosa. Realizara três admissões numa única semana em SUG, terminando com um internamento em serviço de observação. Recordava-me da D^a A, porque tinha sempre um senhor, igualmente idoso, a acompanhá-la na zona ambulatória. Era um casal com uma marcada vulnerabilidade, ar triste e percebida incapacidade na gestão dos seus problemas de saúde.

À D^a A fora diagnosticada uma doença oncológica, na sequência de um quadro de insuficiência respiratória aguda. Quando a acompanhei estava agitada, confusa e pouco

colaborante. Este quadro motivou a recusa alimentar. Em resposta, pretendeu-se colocar uma sonda nasogástrica para garantia da alimentação, esta que é sentida como cuidado básico e, pensada inadvertidamente como tal, ainda que se considere uma intervenção médica (Antoun, 2006). Questionei o enfermeiro responsável pelo cuidado quanto à necessidade urgente de cumprir o procedimento técnico, sensibilizando-o para: a chegada do marido e eventual efeito tranquilizando na D^a A; a importância de falar com o marido sobre esta intervenção e inclui-lo na tomada de decisão; os riscos do procedimento, considerando o quadro de agitação, no qual se deveria primeiramente intervir; o desconforto a causar pela colocação de sonda nasogástrica e explicitiei que não seria prejudicial para a utente o período em que não se estaria a alimentar, de momento.

O enfermeiro decidiu prosseguir, apesar de todos os aspetos indicados e pese embora o sucesso da sua intervenção técnica, a humanização do cuidado, o conforto da pessoa e a consideração pelo seu contexto pareceram desvalorizados. Pude concluir que o enfermeiro se encontrava num estágio de iniciado (Benner, 2001) onde o comportamento rígido e limitado à sua intervenção habitual predominava; a eficácia do procedimento técnico era a preocupação central.

Aquando da chegada do esposo, preveni a sua entrada em sala de observação tendo-me sentado com o mesmo para compreender melhor o contexto social do casal, o que motivara tantas admissões a urgência e como pensava que iria encontrar a D^a A. Este senhor, referiu-me serem um casal muito sozinho, sem outros elementos familiares próximos, dependentes de um amigo da família e já com apoio domiciliário; só sabia que a esposa nas últimas semanas deixara de andar e por isso trouxe-a ao hospital.

Articulei-me com a equipa multidisciplinar quanto ao discurso que teria com o familiar e expliquei-lhe o estado de saúde da D^a A com alguns *tiros de aviso* sobre o agravamento do mesmo – reservando a informação diagnóstica recente para ser transmitida por médica do serviço -: *Sabe a sua esposa não tem melhorado muito dos pulmões, como me disse ela parece estar mais cansada (...) querendo apoiá-la, dado que não se consegue alimentar tão bem, com risco de se engasgar facilmente com a comida, foi necessário colocar um pequeno tubo pelo nariz. Não a está a magoar e permite alimentá-la, enquanto não o conseguir fazer sozinha. Tem alguma questão em que eu o possa ajudar? O que o preocupa mais neste momento? (precipitou-se o choro; este esposo confirmou-me ter entendido a informação abordada) Importa-se que o acompanhe até perto dela, até para lhe explicar como funciona o serviço e no caso de ter alguma questão?'*

Esta foi intervenção que considero compassiva, ou seja, a que procura compreendendo o estado emocional do outro, agir confortando-o (Capelas *et al.*, 2017; Sousa, 2014). Permitiu que este familiar se sentisse seguro para chorar junto a mim e também que, quando fosse o momento certo e já mais tranquilo, me deixasse acompanhá-lo até junto da esposa, na primeira visita ao local de internamento. A relação terapêutica permitiu-me avaliar um risco social elevado, tendo, posteriormente, articulado com o serviço social, autorizada pelo esposo de D^a A.

Ao enfermeiro responsável pelo cuidado caberia a responsabilidade de informar, esclarecer, gerir, capacitar e intervir como mediador da pessoa na sua situação de saúde, em capacidade de resposta ao compromisso de comer e beber (Alves, 2013; Meleis, 2010). Este seria o cuidado de enfermagem que priorizaria o conforto e a humanização do cuidado, sendo esta pessoa um ser em maior vulnerabilidade face ao risco de desequilíbrio (Meleis, 2010). Apesar do que relato, foi possível explorar a competência de *supervisão*, acompanhamento e colaboração com a família e restante equipa multidisciplinar através da intervenção explicitada, sendo que, após o vivido pude refletir com este mesmo enfermeiro quanto a outra perspetiva do cuidador, em momento informal que o poderá ter capacitado a futuras intervenções junto da pessoa e família com compromisso da alimentação.

A vivência e as atividades desenvolvidas na sequência da mesma permitem-me afirmar o desenvolvimento das competências: *“Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral”*; *“Produzir um discurso pessoal fundamentado, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara”*; *“Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização”*; *“Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências”*; *“Exercer supervisão do exercício profissional na sua área de especialização”* (UCP, 2017).

Percebidas as dificuldades de tomada de decisão pelos enfermeiros nesta área da nutrição em fdv e em cumprimento do segundo objetivo específico promovi um diagnóstico de situação sobre o tema partindo de: entrevista junto da Dietista Coordenadora do Serviço de Alimentação e Dietética do hospital, assim como junto da Assistente Principal da Farmácia Hospitalar e dedicada à área de nutrição artificial. Pude recolher contributos que apresento em Apêndice (Apêndice V) e que apresentei a orientador clínico e Enfermeiro Chefe com o objetivo de valorizar a formação sobre nutrição artificial e o cuidado no contexto de emergência, assim como a redução dos atos de obstinação terapêutica.

Destes momentos de entrevista resultou a disponibilidade dos entrevistados e a cedência de informação sobre a nutrição entérica disponível; percebendo uma maior articulação da Farmácia hospitalar com o SUG, do que por parte do Serviço de Dietética, presente sempre que solicitado.

Em intervenção junto da equipa de Enfermagem, considerando objetivo específico acima referido entendi: a manutenção de ações de supervisão, informais, em prestação e colaboração no cuidado de enfermagem com vista a contribuir para a capacitação dos enfermeiros na tomada de decisão sobre a nutrição artificial, nomeadamente, em nutrição entérica, a mais comum em espaço de SUG; elaborei um dossier temático físico – com documentos de pesquisa na temática, organização de suporte teórico existente no próprio hospital e protocolos hospitalares associados - disponível em sala de equipa, a todos os profissionais da equipa multidisciplinar e, em cópia do mesmo, um dossier virtual constante da pasta digital partilhada do SUG; a sensibilização para esta ferramenta de formação junto dos enfermeiros da equipa do SUG; sugeri a proposta de admissão de um dos enfermeiros da equipa do SUG enquanto responsável pela área de nutrição artificial, com maior sensibilização para esta temática e que poderia ser um elemento de referência para os restantes, em esclarecimento de questões e articulação com a EIHSCP.

Deste modo, entendo o desenvolvimento das seguintes competências especializadas: *“Identificar as necessidades formativas na sua área de especialização”*; *“Promover a formação em serviço na sua área de especialização”*; *“Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências”* e *“Participar e promover a investigação em serviço na sua área de especialização”* (UCP, 2017).

Ao longo do meu percurso a *liderança, gestão e supervisão* foram elementos conceptuais desenvolvidos por intervenções como: a sensibilização dos enfermeiros do SUG para as questões da pessoa em fdv e sua família; pela colaboração, em conjunto com orientador clínico no desenvolvimento de plano de formação do SUG, concretamente em execução de tabela de agendamento de sessões de formação e proposta de sessão de formação já referida e em estruturação de dossier temático no serviço, referente à nutrição artificial.

Todos os aspetos focados foram suporte para, concomitantemente ao desenvolvimento e conclusão de RIL, neste período, criar um documento científico, em formato póster, que se submeteu, com coautoria de orientador pedagógico e orientador clínico a IX Encontro Luso-Brasileiro de Enfermagem, na Universidade Católica Portuguesa, em 1ª edição desenvolvida em Lisboa, nas datas de 02 e 03 de novembro 2017. Este, premiado com o 1º Prémio: *“A*

Intervenção do Enfermeiro junto da pessoa em fim de vida na redução do risco de obstinação terapêutica associado à Nutrição Artificial" (Apêndice VI). Este louvor pôde ser difundido junto do hospital onde teve lugar o estágio, reconhecido por Exmo. Sr. Enfermeiro Diretor do hospital.

2.2. O Cuidado Especializado em Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos / Unidade de Apoio Domiciliário

O momento de estágio em Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos / Unidade de Apoio Domiciliário teve lugar entre 01 de setembro e 26 de outubro de 2017. Ambos os espaços de estágio se localizam em área metropolitana. A primeira EIHSCP desenvolve funções em hospital central, universitário que presta apoio à formação pós-graduada e é responsável por intervenções em saúde de elevada diferenciação. A segunda EIHSCP e UAD, onde me encontrei pelo período de uma semana, está sediada em hospital especializado em intervenção oncológica, no qual se integra, por coerência, a perspetiva paliativa. Estas são equipas altamente especializadas, possuidoras de competências de intervenção prática especializada, assim como competências relacionais e de comunicação, considerando o suporte em evidência e no melhor conhecimento científico (Capelas *et al.*, 2017).

Pensado o percurso de aprendizagem foram delineados os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- *“Desenvolver competências na área de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica no âmbito do cuidado à pessoa em situação crónica e paliativa e sua família”;*

Objetivos específicos:

- *“Prestar cuidado de enfermagem à pessoa em situação crónica e paliativa e sua família, na área de especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, considerando o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais”;*
- *“Contribuir para o desenvolvimento de estratégias utilizadas pelos enfermeiros da EIHSCP, na abordagem da alimentação em fim de vida e nutrição entérica, junto da pessoa em situação crónica e paliativa e sua família”.*

Apresento a reflexão crítica descritiva deste período de estágio, com enfoque nas atividades desenvolvidas em relação com os objetivos traçados, sempre em consideração pelo desenvolvimento de competências especializadas.

- Prestar cuidado de enfermagem à pessoa em situação crônica e paliativa e sua família, na área de especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica, considerando o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais

O acolhimento e a sensação de pertença em ambas as equipas foram facilitados tendo em consideração a compreensão dos princípios, desafios e problemáticas vividas. Considero que ambas as equipas reconheceram em mim, dada a formação avançada que possuo em Cuidados Paliativos e ação profissional, competências especializadas, facilitando o processo de integração.

A equipa em todos os seus grupos profissionais que a constituem é, realmente, um conjunto que se completa e entrecruza e que, recebe, do mesmo modo que se deixa envolver ao longo de todo o conjunto de ações que constituem os Cuidados Paliativos. É pedra basilar da intervenção junto da pessoa e família, tendo podido observar uma efetiva organização de trabalho do cuidado de enfermagem em equipa (Barbosa *et al.*, 2016; Costa, 2004; Pereira, 2010).

No período de observação com UAD, integrei a EIHS CP do mesmo hospital, sendo comuns a ambas as equipas alguns dos seus profissionais. Já em relação à EIHS CP de hospital central onde decorreu o maior período de estágio, esta intervém em internamento em regime de consultadoria e ambulatório, por meio de consulta externa, não existindo equipa domiciliária afeta à mesma. Todas as equipas são constituídas por enfermeiros, médicos, administrativa, assistente social e psicóloga, podendo ter outros elementos em suporte como capelão, fisioterapeuta ou terapeuta da fala. As EIHS CP têm igualmente a função de referenciação das pessoas internadas com necessidades paliativas, à Unidade de Cuidados Paliativos-Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), mediante o seu desejo, preferência e adequação aos critérios de referenciação (Administração Central de Sistema de Saúde, 2017). Paralelamente com as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI) que cumprem intervenção em domicílio, aquando de alta hospitalar (Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, 2016).

Pensando o primeiro objetivo estruturado, posso partilhar o acompanhamento em uma das primeiras deslocações com EIHS CP até aos serviços de internamento. Pude observar o Sr. C, seguido pela equipa em consulta com doença oncológica. Fora admitido em urgência hospitalar por acidente vascular cerebral (AVC) e face ao agravamento do seu estado de dependência começou por apresentar recusa alimentar. A EIHS CP em planeamento do cuidado com o serviço de internamento estabeleceu algumas intervenções, nomeadamente a inadequação de sonda nasogástrica neste caso específico. Pese embora estas orientações, encontrava-se prostrado, emagrecido e sem reflexo a estímulos, apresentando sonda nasogástrica e alimentação entérica em curso com contenção física, em prevenção de extubação.

Este foi um dos casos que deixou a EIHS CP desconfortável. As medidas distanásicas eram inúmeras e a coordenação com a equipa de internamento complicada. Não cheguei a conhecer a família do Sr. C todavia, em reflexão junto dos enfermeiros de EIHS CP, compreendi que esta esposa era quem mais receava a suspensão de alimentação. Revi todo o procedimento que poderia reger a minha intervenção: compreender o significado da alimentação para o Sr. C, assim como para a família; antecipar o compromisso da alimentação, se possível; apoiar o Sr. C na constituição de diretivas antecipadas de vontade, se fosse de sua vontade; explicitar a progressão exetável da doença e os compromissos que a mesma poderia constituir, no que se refere à nutrição; explicitar o que se consideraria em intervenção artificial no suporte nutricional; explanar os benefícios e prejuízos de cada método, considerando as perspetivas éticas associadas; e compreender junto da pessoa e da família, quais as opções que lhes pareciam mais confortáveis, salvaguardando a possibilidade de mudança de decisão em qualquer momento do seu processo de saúde-doença (Pereira, 2010). Todos os elementos pensados poderiam ter sido cumpridos pela EIHS CP, contudo, o acompanhamento do Sr. C não permitira antecipar este evento agudo (AVC), e não tinha sido abordada a hipótese de compromisso de comer e beber.

A família possuía expetativas ajustadas à realidade, todavia a esposa não conseguia aceitar a medida de suspensão da nutrição, embora compreendesse os prejuízos que da mesma decorriam: dispneia, edemas, riscos associados se exteriorização e eventual desconforto gástrico; além do desejo anterior do próprio Sr. C de que este tipo de medidas não lhe fossem aplicadas. Este foi um episódio de importante reflexão, indo ao encontro da evidência que nos diz que a alimentação possui um significado emocional e para esta esposa a nutrição era, igualmente, a garantia de manutenção da vida (Alves, 2013; Bryon, 2008; Casarett, 2005; Holmes, 2010). As competências especializadas desenvolvidas englobam:

“Refletir na e sobre sua prática, de forma crítica” e “Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização” (UCP, 2017).

A vivência de doença segundo Meleis (2010) constitui uma transição, um compromisso do equilíbrio e estabilidade da pessoa. Considera a mesma autora que a relação terapêutica estabelecida por enfermeiro com a pessoa constitui o suporte da capacitação do outro. Efetivamente, quanto pude observar a D^a E em internamento, compreendi a vivência desse desconforto. A EIHS CP tinha sido contatada com vista a controlo sintomático por dor, numa pessoa com diagnóstico clínico de neoplasia maligna da boca, em tumor proeminente, vascularizado e facilmente friável, com evidente risco hemorrágico.

Esta senhora era autónoma, todavia, a evolução tumoral começara por comprometer o seu bem-estar, a socialização e comunicação, assim como tinha tido impacto no seu bem-estar emocional. Entendi depois o incómodo, involuntário, em expressão facial da sua única filha e a vergonha de D^a E que escondia, sempre que possível, com a mão, o tumor.

Aproximei-me na unidade de internamento, identificando-me e questionando pelo seu nome. Agi com naturalidade e de forma positiva, recordando que esta era uma senhora com enorme sensibilidade a qualquer expressão não verbal, consubstanciada na sua vivência pessoal. Deste modo, adequiei técnicas de comunicação face à situação vivida, nomeadamente: controlei a minha expressão facial para que lhe pudesse transmitir sentimentos positivos; estabeleci contato visual ao qual respondeu com muita disponibilidade, sem me focar no tumor que progredia a partir da cavidade oral; assumi uma postura corporal de disponibilidade abrindo o espaço físico entre nós e perguntando se me poderia sentar; adequiei o tom de voz, procurando ser calorosa. Este foi um momento de comunicação recíproco, autêntico e de tipo consumatório, como aborda Phaneuf (2005), (Barbosa *et al.*, 2016).

A D^a E não se sentia perturbada por perda de autonomia, uma das principais considerações do cuidado de enfermagem em fdv (Pereira, 2010). O que a perturbava, segundo me explicou era o sofrimento decorrente da dor. A evidência diz-nos que a intervenção junto da pessoa com necessidades paliativas depende, primeiramente, do controlo sintomático (Barbosa *et al.*, 2016). Efetivamente, no presente a dor maior era física, todavia a dor de D^a E era uma dor total, já mencionada por Cicely Saunders pioneira dos Cuidados Paliativos, que se verifica enquanto sofrimento decorrente do conjunto de dimensões da dor - física, psicológica, social e espiritual. Este conceito de dor emerge do entendimento da pessoa como um ser total, holístico e global, no qual as suas partes são indissociáveis, exigindo, deste modo, uma intervenção complexa (Phaneuf, 2005; Meleis, 2010; Pereira, 2010).

A médica que me acompanhava estava a iniciar a intervenção junto de D^a E para a adequação terapêutica, já após a minha intervenção de escuta ativa, quando sucede uma intensa hemorragia oral, esta constituindo uma emergência paliativa (Barbosa *et al.*, 2016; Pereira, 2010).

Socorrendo-me dos conhecimentos que já possuía da minha prática e formação avançada articulei-me com a médica que me acompanhava e enfermeiro. Enquanto o enfermeiro de EIHS CP iniciava a tentativa de punção, para acesso venoso periférico e a médica de EIHS CP solicitava alguma medicação eu estabeleci o meu foco na pessoa, a D^a E, procurando que se concentrasse em mim.

Já na posse de meios individuais de proteção e mantendo um tom de voz calmo, perguntei à D^a E se me conseguia ouvir. Em resposta afirmativa, expliquei o que estava a acontecer. Não me podendo socorrer de toalhas escuras, uma vez que o objetivo era concentrar a pessoa em mim, evitando a angústia e sensação de pânico em confronto com o impacto visual da perda de sangue, acrescentei: *D^a E a ferida que tem na boca está a deitar algum sangue, deve-se à doença e não a algo que tenha feito; vou agora explicar-lhe o que iremos fazer para a ajudar.* Conseguindo a sua atenção – *Vou levantar a cabeceira da cama e pedir que se incline um pouco e vou com estas compressas pressionar a zona que sangra, indique-me se a estiver a magoar, por favor.* Consegui a colaboração da pessoa e mantive a comunicação: *O senhor enfermeiro ao seu lado irá tentar arranjar outro acesso venoso, se nos permitir, para que possamos fazer medicação de forma a facilitar a correção desta lesão; se não entender alguma coisa do que eu disser, aperte a minha mão e tente, enquanto a ajudamos, não falar.* A D^a E socorreu-se da minha mão e apertou-a, mostrando concordância e como que agradecendo o apoio – *Deixe-me que lhe diga que nos está a ajudar muito, graças a si está a correr tudo bem.*

Foi necessário cumprir medicação hemostática e sedativa, em precaução de uma hemorragia maciça, potencialmente agravamento por episódios de ansiedade. Mantive a comunicação com a D^a E explicitando todos os passos que estava a viver e finalizei a comunicação com o reforço positivo da sua colaboração, tranquilizando-a (Phaneuf, 2005). Procurei aprovação não verbal dos restantes elementos de EIHS CP, de modo a garantir a nossa coordenação. Esta foi uma intervenção bem conseguida, seguindo as orientações da intervenção paliativa em episódio de hemorragia (Barbosa *et al.*, 2016).

Considero que os episódios descritos revelam a aquisição de competências especializadas em suporte a intervenções complexas, podendo salientar entre várias: *“Refletir na e sobre sua prática, de forma crítica”*; *“Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas*

de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura”; “Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar”; “Tomar iniciativas e ser criativo na interpretação e resolução de problemas na sua área de especialização” (UCP, 2017).

- Contribuir para o desenvolvimento de estratégias utilizadas pelos enfermeiros da EIHSCP, na abordagem da alimentação em fim de vida e nutrição entérica, junto da pessoa em situação crónica e paliativa e sua família

A proximidade do fdv ou simplesmente a vivência de uma doença crónica, progressiva e/ou incurável engloba uma sucessão de transições nas quais o cuidado deverá ser adaptado à pessoa e às suas necessidades (Meleis, 2010). Simultaneamente, em aplicação do modelo da Prática Baseada na Evidência desenvolvido por Rosswurm e Larrabee, verificando as dificuldades que os enfermeiros apresentam na articulação da evidência para o desenvolvimento da prática justifica-se a afirmação do enfermeiro como promotor do cuidado, elemento da equipa interdisciplinar e comunicador privilegiado junto da pessoa e família (Rosswurm e Larrabee, 1999).

Considerando o modelo da Prática baseada na Evidência e o Modelo das Transições procurei junto das três equipas de paliativos: avaliar a necessidade de mudança na prática em espaço de estágio; localizar, previamente, a melhor evidência conforme concretizado por RIL; criticamente analisar a evidência, desenhando a mudança ou o contributo para a mesma no contexto da prática clínica; identificar os focos de intervenção e implementar mudanças, avaliando, de forma adaptada ao tempo de implementação os contributos conseguidos (Meleis, 2010; Rosswurm e Larrabee, 1999).

Estas equipas especializadas não possuíam défice de conhecimentos, como verificara em SUG ou dificuldade evidente no processo de tomada de decisão. Todavia, reuniam dificuldades em estruturação da comunicação nesta área, não possuindo uma efetiva linha condutora da abordagem da nutrição em fdv e constrangimentos na condução do tema junto das equipas não especializadas.

Assim, em cumprimento de segundo objetivo, após reflexão conjunta com orientadora clínica e orientadora pedagógica, planeou-se e executou-se um Protocolo de abordagem da alimentação em fdv junto da pessoa com necessidades paliativas. Este Protocolo tem por

suporte o Protocolo de Buckman (Baile, 2000) e pretendeu orientar a intervenção e comunicação do enfermeiro junto da pessoa e família, em contexto geral ou especializado.

Deste modo, em setembro de 2017 criou-se a primeira versão do Protocolo, submetida, posteriormente, a um painel de peritos através de plataforma online de Formulários Google, entre 18 de outubro e 06 de novembro de 2017, num total de 15 peritos de diversas áreas, todos profissionais de saúde envolvidos na prestação de cuidados à pessoa e família com necessidade de Cuidados Paliativos. Obteve-se 13 participações (Apêndice VII).

Os resultados obtidos foram sendo partilhados com ambas as orientações, assim como com os elementos da EIHSCP. Recolhidos os aportes deste processo de revisão foi revisto o documento de 09 de outubro de 2017, até à última versão a 21 de janeiro de 2018 (Apêndice VIII).

No decorrer da construção deste instrumento, pude validar o contributo do mesmo junto de D^a L, de 53 anos, que conheceu já em primeira consulta com EIHSCP a que se dirigira por desconforto abdominal, decorrente de ascite. Diagnóstico clínico de neoplasia do cólon há cerca de dois anos. Orientada, autónoma, falou sempre de forma clara sobre a doença, apresentando-se como alguém que queria receber toda a informação para se poder preparar para os momentos menos bons, congruente com a evidência disponível (Pereira, 2010). Na semana seguinte, voltei a receber a D^a L agora na companhia do esposo. Novo desconforto abdominal, decorrente do abdómen ascítico que a tinha trazido a consulta.

Em nova consulta, a D^a L vinha acompanhada pelo esposo. A preocupação deste cuidador informal centrava-se na alimentação da mesma, tendo conhecimento sobre a doença e o seu prognóstico. Segundo o cuidador, a D^a L pouco comia e apesar de referir apetite a determinados alimentos, a ingesta era significativamente reduzida ou mesmo nula.

Pensando a aplicação do Protocolo referido, já elaborado e validado intervi sequencialmente: a) garanti as melhores condições de ambiente como privacidade, prevenção de interrupções, envolvimento, estabeleci ligação junto do cuidador, com conforto de ambos, mantendo a escuta ativa (Phaneuf, 2005). Percecionei a diminuição de ingesta e agi contextualizando a situação, a partir da informação transmitida pelo esposo, sendo que a D^a L me confirmava ter tido sempre anorexia desde o momento de diagnóstico, embora, no presente, agravada; b) Enquadrado no processo clínico e de enfermagem de D^a L, percebi que a alimentação era para o esposo garantia de vitalidade e continuação de vida, enquanto que para a própria era um aspeto menor, sem relação com qualquer evolução negativa, porque o incómodo maior derivava do abdómen volumoso, aliada a outra sintomatologia – (disgeusia, anorexia) que contribuía para o quadro atual de anorexia. A D^a L chegou a

adiantar que “*antes prefiro que me piquem, do que me obriguem a comer*” (sic), isto porque a intervenção física resolvia a problemática de dor, desconforto e cansaço. A alimentação não era associada a algo positivo, essencialmente pela incapacidade de se alimentar como desejado pelo esposo e filho (Alves, 2013).

A D^a L mostrou-se disponível para abordar o assunto e o esposo interessado em ser apoiado quanto ao tema. Devolvendo os dados que foram discutidos, ao esposo, em processo de feedback, criou-se uma linha de comunicação, relativizaram-se expectativas e possibilitou-se o incremento de conhecimento (Barbosa *et al.*, 2016; Phaneuf, 2005). Consegui a compreensão deste, quanto à importância e significado da alimentação para a D^a L. Pude prestar informação sobre as necessidades nutricionais da mesma, validar os cuidados deste esposo, valorizar a importância de manter a hidratação indo ao encontro das suas preferências – água com limão que até promoveria a salivação ou água com outros sabores, porque não apreciava a água em si. Concomitantemente ao discurso foi mantida a proximidade física, através do toque que era do agrado de D^a L e absorvidas as suas reações verbais e não verbais, validando o sofrimento que esta questão lhe impunha e incentivando o questionamento (Barbosa *et al.*, 2016; Meleis, 2010; Pereira, 2010).

No fim da consulta, a D^a L já expressava apetite por uma refeição em particular, “*apetecia-me ovos escalfados*” (sic) e o esposo, apesar de relutante, porque já tinham sido muitos os desejos não concretizados, esteve disponível para colaborar no pedido. Esta fora uma intervenção bem conseguida, cumprindo o uso de um instrumento de apoio, enquanto nova estratégia do cuidado e que permitiu tornar positiva a associação ao espaço de cuidado, à equipa e ao momento de consulta em si.

Conseguiu-se, em fim de consulta, o estabelecimento de um plano de intervenção quanto à alimentação, relevando as preocupações do esposo, mas das preferências de D^a L. Ao cuidador transmitiu-se alguma informação importante, nomeadamente: reduzir as refeições, modificar a textura dos alimentos e permitir momentos de alimentação fora das refeições principais, indo ao encontro dos desejos. Tais intervenções potenciariam a ingesta, sabendo que a mesma será ajustada ao que for do agrado da esposa, não existindo impacto direto no bem-estar da mesma.

A situação vivida colaborou para a consolidação e desenvolvimento de competências especializadas, neste caso, salientando as principais: “*Gerir e interpretar, de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada*”; “*Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao público em geral*”; “*Demonstrar*

consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização”; “Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, especialmente na sua área de especialização”; “Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura” e “Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências” (UCP, 2017).

Já em UAD tive a oportunidade de refletir a realidade sob outra perspetiva, a do enfermeiro. Pude acompanhar uma enfermeira solicitada em presença, face ao falecimento de uma das pessoas acompanhadas. A família enlutada tinha sido incapaz de prestar o cuidado ao corpo e, efetivamente, não conseguia colaborar. A minha presença era extraordinária, sendo o mais natural que aquela enfermeira se encontrasse sozinha a gerir a intervenção sem outro suporte. O desgaste da enfermeira era evidente, face ao espaço e às condições inerentes à situação. O desgaste emocional era ainda maior, pela vivência da situação, proximidade à pessoa acompanhada e relação a estabelecer em acompanhamento da família.

O ocorrido comprometeu a noção de intervenção em equipa e influenciou o desgaste emocional da enfermeira. Percebendo as contingências da intervenção da equipa, assumi um papel interventivo: conjunto com a enfermeira sobre a prestação do cuidado, sabendo que a comunicação de vivências complexas em equipa previne a ocorrência de *burnout* (Barbosa *et al.*, 2016; Pereira, 2010).

As dificuldades sentidas ao longo do meu percurso formativo neste estágio centraram-se na dificuldade de seguimento do percurso de algumas das pessoas acompanhadas pelas equipas. Adotei, em virtude dessa perceção as seguintes estratégias: a procura de presença em dias consecutivos; a anotação de dados, mantendo a confidencialidade e anonimato das pessoas; a consulta dos processos previamente, às consultas agendadas; o questionamento dos profissionais de saúde da equipa remetendo o escutado/percebido (Phaneuf, 2005) à ligação com o acompanhamento daquela pessoa/família e procurei centrar-me num grupo menor de pessoas. Estas foram atitudes com impacto positivo na minha aprendizagem.

Junto da EIHSCP propus uma formação, em exposição de um segmento de RIL, sob o tema *“Os Critérios de Avaliação da pessoa em fim de vida a considerar na tomada de decisão do enfermeiro quanto à Nutrição Artificial”* (Apêndices IX e X), que foi, desde

logo, aceite. Cumprida em duas datas diferentes considerando a importância de divulgação dos *resultados da minha prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas*, este momento possibilitou a promoção de debate sobre o tema e o aporte de novas ideias pelos diferentes profissionais de saúde. Adveio a sugestão de criar um fluxograma orientador da intervenção, assim como, sobre os critérios clínicos envolvidos nas tomadas de decisão em nutrição artificial.

Considerando que toda a intervenção de enfermagem deverá ser fundamentada na melhor evidência disponível ao longo deste período, empreendi um momento formativo, participando no 2º Encontro das Unidades de Cuidados Paliativos, Luz Saúde a 13 de outubro, do qual reuni novas estratégias para o desenvolvimento de Protocolo, nomeadamente: em conhecimento de novos estudos científicos e estabelecimento de contatos com peritos; esclarecendo questões sobre a nutrição em fdv e partilhando informações no cuidado à pessoa em situação paliativa e percebendo novas abordagens e discussão de temáticas, em exemplo, a alimentação em pessoas com demência avançada.

Compreendi esta etapa como um momento de crescente evolução, capacitação para a intervenção e desenvolvimento dado a confluência de diferentes experiências no cuidado à pessoa em situação paliativa.

2.3. O Cuidado Especializado em Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente

Em relação a momento de estágio em Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente (UCIP) de 27 de outubro a 19 de dezembro de 2017 considerando o percurso de aprendizagem foram delineados os seguintes objetivos:

Objetivo geral:

- *“Desenvolver competências científicas, técnicas e relacionais em Enfermagem Médico-Cirúrgica no âmbito do cuidado à pessoa em situação crítica e sua família”;*

Objetivos específicos:

- *“Desenvolver competências no cuidado de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família na área de especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica”*
- *“Sensibilizar os enfermeiros para a tomada de decisão sobre a nutrição entérica na pessoa em fim de vida e sua família”.*

Desenvolvo uma reflexão crítica descritiva salientando as principais atividades desenvolvidas em cumprimento dos objetivos traçados e consequente aquisição de competências especializadas.

- Desenvolver competências no cuidado de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família na área de especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Quanto ao primeiro objetivo e no que se refere à importância de desenvolver novas competências em Enfermagem será importante entender que “*Os profissionais são os actores do processo de mudança e os contextos são um imperativo ao desenvolvimento de competências.*” (Serrano, 2011, p.16; Alarcão e Rua, 2005).

Este era o momento de estágio que antecipava maiores dificuldades, nomeadamente, pela ausência de qualquer contato prévio profissional. Apesar do descrito, consegui uma integração eficaz na equipa de UCI uma equipa de cerca de 30 enfermeiros, com dois especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e a maioria de especialistas em Enfermagem de Reabilitação. Num contexto por si reservado, esta era uma unidade polivalente atendendo a diferentes necessidades de estrutura aberta, com 12 camas.

A equipa de enfermagem deste contexto distingue-se das anteriores pela sua especificidade, sendo uma equipa especializada com um método de trabalho individual (Costa, 2014) e uma liderança observada em Enfermeira Chefe, predominantemente democrática, com o envolvimento dos diferentes enfermeiros nas tomadas de decisão (Nunes e Gaspar, 2016). A intervenção em situação crítica é dinamizada, sobretudo, para a cura/tratamento, sendo evidente a preocupação destes enfermeiros no processo de atualização permanente de conhecimentos.

Segundo Aslakson *et al.* (2014) é comum o descontrolo sintomático da pessoa em cuidados intensivos, nomeadamente, de sintomas que não se relacionem com o motivo de admissão. Deste modo, a falta de ar, as dificuldades de comunicação, a dor e o cansaço são referências comuns (Aslakson *et al.*, 2014).

O caso do Sr. F poderá demonstrar a situação-problema que identifiquei: admitido a SUG por icterícia obstrutiva, já com antecedentes de hepatite C e doença hepática crónica foi transferido para UCIP por instabilidade hemodinâmica. Descrito como sonolento, admite-se um quadro de encefalopatia hepática. Apresentou sinais de agravamento clínico e ausência de resposta ao tratamento, mais medidas intensivistas foram cumpridas, com recurso a terapêutica vasopressora. O Sr. F apresentou paragem cardio-respiratória, que foi revertida

em diversas manobras de suporte avançado de vida. Ainda que fosse efetivo o agravamento e notória a irreversibilidade, é decidido pedido de tomografia axial computadorizada, que o Sr. F realizou. Faleceu minutos após o regresso de exame.

Este episódio introduziu a perspetiva dos Cuidados Paliativos em UCIP. Remeteu toda a equipa de enfermagem a um processo próprio de reflexão crítica; foi claro o desconforto e sofrimento dos que se associaram nesta intervenção. Percebeu-se a ausência de comunicação na e entre a equipa multidisciplinar e o investimento distanásico em consideração neste processo de saúde (Coelho e Yankaskas, 2017).

A minha intervenção decorreu após o sucedido, no acompanhamento das reflexões que fui escutando por parte dos enfermeiros, em sentimento de desajuste do pensado e do executado e da consideração do sentir de exclusão dos próprios, do plano de cuidados/tratamento daquele utente. Disponibilizei-me a esclarecer as questões que foram surgindo quanto àquela que poderia ter sido a intervenção da EIHSCP, falei sobre o planeamento do cuidado, referi a importância da priorização das necessidades da pessoa e do seu conforto e mesmo da inclusão da família em acompanhamento do processo de saúde (Pereira, 2010; Sousa, 2014).

É comum em qualquer das considerações a defesa da dignidade humana (Alves, 2013; Pinto, 2012) e tendo por orientação o Código Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2003) que orienta a nossa prática, segundo artigo 79º, alínea c) cabe ao enfermeiro *“proteger e defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum, sobretudo quando carecidas de indispensável competência profissional”*. Afirma-se a importância da tomada de decisão, enquanto ato preponderante na nossa prática e, como tal, na qualidade do cuidado. O cuidado representa impacto no bem-estar do outro, devendo ser avaliado como defende Vieira (2008) segundo os conceitos centrais de Enfermagem - pessoa, saúde, ambiente e cuidado de enfermagem. Das diferentes tomadas de decisão emergem problemas éticos de enfermagem como a *“(...) incerteza quanto à decisão para agir (...)”* (Deodato, 2014, p.41), e pressupõem reunir a resposta a questões complexas, uma vez que integram a pessoa e a família, um problema ético e a defesa de uma dimensão humana.

A tomada de decisão ética concretiza-se como processo contextualizado a determinado momento e à avaliação do enfermeiro, de acordo com os seus recursos internos e externos. Partindo de uma situação anormal, ou seja, diferente do expectável, na vivência da relação com o outro, exige do enfermeiro a ponderação sobre as melhores intervenções em resposta

a um problema ético de enfermagem (Deodato, 2014). – pouco integrados nos exemplos seguintes.

No que se refere á intervenção do enfermeiro, em cada tomada de decisão, percebe-se esta problemática na descrição da situação vivida junto do Sr. H, de 86 anos admitido em SUG por prostração e dificuldade respiratória, com suporte respiratório através de ventilação não invasiva – Bilevel Positive Airway Pressure (BiPAP). Esta intervenção não se revelou eficaz e o Sr. H foi entubado orotraquealmente (EOT), em modo ventilatório de pressão controlada e transferido para UCIP.

Quando acompanhei o Sr. H este apresentava abertura espontânea dos olhos e resposta motora dirigida, mantendo-se EOT. Após extubação, avaliei em escala de Glasgow a classificação de 15 correspondente à abertura espontânea dos olhos e resposta verbal e motora presente, organizada e dirigida. Pese embora a melhoria do padrão respiratório era evidente um desconforto generalizado.

Esta pessoa vivenciara um conjunto de transições e inconstância no desenvolvimento do seu processo de saúde. Dependia totalmente do enfermeiro no cumprimento das suas atividades de vida diárias e era, também, o enfermeiro o potenciador da resposta da pessoa ao conjunto de fatores externos e ambientais. A importância de perceber o contexto da pessoa verificava-se na proximidade às suas preferências, neste caso, o que o confortava e, mesmo, no tipo de comunicação estabelecida (Meleis, 2010; Pereira, 2010; Sousa, 2014).

A ausência de conforto, como nos refere Sousa (2014) engloba a interferência de um conjunto de elementos, sendo que o conforto não reside em si mesmo, ele entende a vivência da pessoa num determinado momento e à luz das influências que o ambiente e os intervenientes fazem agir sobre ela. Pensando na perspectiva da unicidade da pessoa e considerando a humanização do cuidado intervi em monitorização da dor com recurso à escala numérica (0 a 10). A avaliação do Sr. H era de uma dor de nível 3 em 10, não coerente com a sua expressão facial.

Promovi um período de escuta ativa e a participação da pessoa, possibilitando o relaxamento face à proximidade com o outro e estabelecimento de relação. Tendo em conta a avaliação de dor ligeira intervi: primeiramente, através de medidas não farmacológicas procurando com o Sr. H apoiá-lo no posicionamento mais confortável no leito; cumpri um período de massagem em região lombar, associado a hidratação cutânea e, mantendo-se a dor, associei a estas intervenções a administração de terapêutica analgésica prescrita; por último, preveni aspetos promotores de stress, pelo que revii os alarmes das diferentes monitorizações e ajustei a luminosidade da unidade.

As medidas implementadas foram bem-sucedidas, considerando a avaliação cumprida. Permitindo à pessoa a percepção deste momento de relação, questionei o Sr. H se os cuidados estabelecidos tinham sido promotores do seu conforto, conseguindo do mesmo um sorriso e um agradecimento, valorizando o seu bem-estar. O cuidado descrito concorre com a humanização que Sousa (2014) conclui quanto ao cuidado confortador da pessoa idosa hospitalizada, nomeadamente na valorização da pessoa, do seu sentir e da sua participação ao longo do seu processo de saúde.

Outro dos elementos vitais no cuidado é a comunicação. Em contexto de UCIP é um aspeto igualmente importante, nomeadamente, na manutenção de relação entre a pessoa e a sua família.

Uma das pessoas que acompanhara encontrava-se EOT, todavia, manteve sempre a comunicação com a mesma: explicava cada intervenção que pretendia cumprir; solicitava, previamente, a sua concordância; antecipava a presença de familiares para diminuir os níveis de ansiedade; permitia respostas, orientando ao uso das mãos e da comunicação não verbal em expressões da face que validava, assim como pelo uso de instrumentos de imagens em papel; disponibilizava meios de escrita em folha e acompanhava os familiares em início de visita, promovendo a partilha, incentivando o toque e explicitando a capacidade de percepção da pessoa, pese embora, a limitação verbal estivesse comprometida (Cavaco, José e Lourenço, 2013; Phaneuf, 2005).

As situações vividas são espelho da aquisição de competências especializadas como: *“Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica”*; *“Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional”*; *“Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, relativamente ao cliente, segundo uma perspectiva profissional avançada”*; *“Desenvolver uma metodologia de trabalho eficaz na assistência ao cliente”*; *“Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura”*; *“Zelar pelos cuidados prestados na sua área de especialização”* e *“Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros”* (UCP, 2017).

- Sensibilizar os enfermeiros para a tomada de decisão sobre a nutrição entérica na pessoa em fim de vida e sua família

Considerando o desenvolvimento de tema central em contexto de UCIP e segundo objetivo específico posso refletir sobre o episódio de prestação de cuidados junto de Sr. J, previamente apresentado, o qual reflete um protocolo científico de avaliação da adequabilidade da alimentação via oral. Verifica-se a tomada de decisão do enfermeiro, fundamentada em evidência e a sustentar a hipótese de suspensão da nutrição entérica.

A nutrição do Sr. J fora realizada por via entérica através de sonda nasogástrica enquanto manteve EOT. Após o processo de extubação e, posteriormente a avaliação clínica pude avaliar a tolerância da pessoa à alimentação oral.

Deste modo, socorri-me do protocolo de avaliação de disfagia do serviço, apresentado em formação de UCIP, a que tinha assistido no decorrer de estágio, por enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação.

Com a evidência de risco elevado na pessoa submetida a EOT por mais de 48 horas estabeleci as seguintes intervenções junto do Sr. J: garanti um ambiente calmo e seguro; avaliei o estado de consciência e o desejo da pessoa em se alimentar oralmente; solicitei a sua colaboração, explicando os procedimentos antes da sua execução; apoiei a pessoa no posicionamento em *fowler*; avaliei se conseguia cumprir tosse eficaz, se não apresentava secreções e avaliei a cavidade oral. Testado o dispositivo de aspiração de secreções e colocado, o mesmo, próximo da unidade, administrei uma colher de água e cumpri avaliação quanto à presença de algum critério de disfagia – lacrimejo excessivo, engasgamento ou tosse – administrei a segunda colher de água e cumpri avaliação até à terceira colher de água. Após a mesma, disponibilizei um copo cheio de água - método que previne a hiperextensão da cabeça - e avaliei a existência de algum sinal de disfagia (Tsai *et al.*, 2016).

Todo o protocolo foi cumprido com boa resposta de Sr. J que comprovou adequação à dieta, tendo sido, posteriormente, avaliadas as preferências da pessoa e solicitada uma dieta condizente com as mesmas.

Este processo já em desenvolvimento na UCIP serviu de base à discussão informal deste tema, comunicando com a equipa sobre a importância da avaliação dos processos de nutrição entérica, nomeadamente, a consideração do benefício/prejuízo da nutrição artificial relativa ao controlo sintomático, sobrevida ou qualidade de vida, aquando da proximidade de fdv.

Considero face ao relatado a aquisição de competências especializadas: “*Comunicar aspetos complexos de âmbito profissional e académico, tanto a enfermeiros quanto ao*

público em geral”; “*Formular e analisar questões/problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autónoma, sistemática e crítica*”; “*Manter, de forma contínua e autónoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional*” e “*Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências*” (UCP, 2017).

Quando refletidos estes casos, algumas das questões centravam-se no como avaliar a adequação/ou não, a nutrição artificial. Deste modo, cumpri uma proposta ao serviço ao apresentar um momento formativo, construído a partir da reflexão sobre o mesmo tema em anterior estágio com EIHS CP - *Critérios de Avaliação do utente em fim de vida a considerar na Nutrição Artificial*”.

Para a promoção da maior abrangência de todos os enfermeiros do serviço, em conjunto com orientador clínico visualizou-se o horário mensal dos enfermeiros e definiram-se duas datas as quais pudessem abranger a maioria do grupo profissional. Cumpri um plano de sessão da formação (Apêndice X); as formações tiveram lugar em sala de formação e, posteriormente, em espaço de passagem de turno com apoio de computador portátil, pretendendo melhorar a adesão dos enfermeiros de turno da manhã, dado o período de transição de turno. Esta formação, com a presença de cerca de 10 a 12 formandos por ação potenciou o processo reflexivo sobre casos vividos e a afirmação de desejo de incrementar a intervenção paliativa em serviço (Apêndice X). Estas intervenções permitiram, igualmente, o incentivo de duas enfermeiras com formação avançada em Cuidados Paliativos no empreendimento de outras ações a implementar no serviço.

Posso afirmar o desenvolvimento de competência: “*Comunicar os resultados da sua prática clínica e de investigação aplicada para audiências especializadas*”, “*Identificar as necessidades formativas na sua área de especialização*” e “*Promover a formação em serviço na sua área de especialização*” (UCP, 2017).

Deste período de estágio resulta, igualmente, a partilha de póster informativo referente aos “*Critérios de Avaliação do utente em fim de vida a considerar na Nutrição Artificial*” (Apêndice XI), comprovando a importância e aplicação da *investigação para a prática baseada na evidência*, com intervenções a *incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências*, pretendendo-se a exposição em serviço, após apresentação em 4.º Congresso Internacional de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria.

3. CONCLUSÃO

Este momento de aprendizagem incorporou a melhor experiência profissional vivida até ao presente, pela diversidade de contextos e pelo intenso processo de crescimento pessoal e profissional.

A nutrição artificial em fdv é uma temática central no cuidado, sendo comum a sua abordagem aquando do compromisso do comer e beber pela pessoa em situação crónica e paliativa, questão problemática e acentuada face ao papel cultural que a alimentação assume para a pessoa e sua. Neste âmbito, são frequentemente questionados os meios de nutrição artificial em fdv, os quais pressupõem do enfermeiro a melhor preparação para a tomada de decisão de acordo com a evidência disponível.

A nutrição tem-se desenvolvido a par com o desenvolvimento do ser humano. Os diferentes estilos de vida são altamente influenciados pela nossa alimentação. Alimentarmo-nos é não só nutrirmo-nos, garantirmos o nosso bem-estar físico ou mesmo sobrevivência, é também confortarmo-nos, de nos envolvermos com o outro, de comunicarmos, de nos expressarmos e inserirmos em determinado contexto cultural (Alves, 2013).

Neste âmbito e pela pertinência defendida explorou-se a temática central e transversal: *Nutrição Artificial em Fim de Vida: a Tomada de Decisão pelo Enfermeiro*. Conhecida a importante intervenção do enfermeiro neste âmbito o presente relatório apresenta respostas aos objetivos definidos em revisão de literatura: a importância da ação formativa na promoção da tomada de decisão; a efetividade da intervenção do enfermeiro junto da pessoa e família; a efetiva proximidade entre o enfermeiro e a pessoa, com um papel decisivo do primeiro na eficácia das intervenções delineadas.

Sabendo da relevância deste tema, da sua complexidade e da importância da intervenção do enfermeiro, o desenho de projeto agiu:

- Junto de uma equipa de enfermagem em SUG dimensionada à intervenção em situação crítica, capacitando os enfermeiros no processo de tomada de decisão pela via formativa;

- Em equipa de enfermagem especializada na intervenção em Cuidados Paliativos, com a EIHSCP / UAD criando um protocolo de intervenção em nutrição em fdv;

- Com uma equipa de enfermagem especializada na intervenção com a pessoa em situação crítica, no contexto de UCIP, sensibilizando para o tema central, promovendo a reflexão e discussão crítica e otimizando o cuidado no âmbito do conforto e qualidade de vida da pessoa em fdv.

Relevando a humanização do cuidado, o conforto e qualidade de vida da pessoa em fdv defendem-se o conjunto de aportes teóricos conseguidos enquanto elemento importante à consciencialização sobre o processo de tomada de decisão e à aproximação do enfermeiro daqueles que são os seus valores e princípios éticos norteadores.

Sugere-se, considerando o relatado que:

- Se cumpra mais investigação, em diferentes contextos fundamentando a intervenção do enfermeiro face à diversidade de acompanhamento da pessoa e família;

- Se aja em maior divulgação da intervenção do enfermeiro junto da pessoa com compromisso da nutrição, em fdv e, especificamente, em nutrição artificial.

Os enfermeiros dependem de competências adquiridas e recursos para avaliar, sintetizar e difundir as melhores evidências na prática. O incremento da investigação e da acessibilidade dos seus abrirá caminho para a mudança de paradigma da tradicional prática baseada na intuição para uma prática baseada na evidência. Considerando o anteriormente mencionado apresenta-se o conjunto de trabalhos científicos já elaborados e as propostas futuras de contribuição no âmbito da investigação em Enfermagem:

- Módulo I – SUG - divulgação de investigação pela Participação em IX Encontro Luso-Brasileiro de Enfermagem, UCP Lisboa, a 2 e 3 de novembro de 2017, com Póster premiado com 1º Prémio – “*A Intervenção do Enfermeiro junto da pessoa em fim de vida na redução do risco de obstinação terapêutica associado à Nutrição Artificial*” (Anexo I e Apêndice VI); submissão de resumo na área da Nutrição Artificial ao IV Congresso Internacional de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, a decorrer a 11 e 12 de maio de 2018 e submissão de resumo ao IX Congresso Nacional de Cuidados Paliativos, com publicação em revista da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos;

- Módulo II – EIHSCP / UAD - divulgação de investigação com o desenvolvimento de *Protocolo de Abordagem da Alimentação em Fim de Vida* (Apêndice VIII), após submissão a painel de peritos; submissão de resumo referente ao Protocolo supracitado, iniciado neste módulo e construído ao longo da unidade curricular de Estágio, aceite no IX Congresso

Internacional de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, com publicação em revista de elevado fator de impacto;

- Módulo III – UCIP - divulgação de investigação por criação de póster “*Os Critérios de Avaliação do utente em fim de vida a considerar na tomada de decisão do enfermeiro quanto à Nutrição Artificial*” (Apêndice XI); submissão de resumo na temática de póster, aceite no IX Congresso Internacional de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, a decorrer a 11 e 12 de maio de 2018, com publicação em revista científica de elevado fator de impacto;

- Após o período de estágios tem sido revista e adaptada a Revisão Integrativa da Literatura para publicação em revista científica indexada;

- Na Unidade Curricular de Teorias de Enfermagem, previamente a Unidade Curricular de Estágio foi elaborado um trabalho sobre a Análise de Conceito da Alimentação em fdv, o qual se encontra em revisão para futura publicação em revista científica nacional na área de Cuidados Paliativos;

- Acresce, ao mencionado, a intenção de propor o Protocolo de Abordagem da Alimentação em fdv (Apêndice VIII) ao Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Afirmo o desejo de enquanto Enfermeira Especialista contribuir para o melhor cuidado no meu local de trabalho, pelo que: irei propor um sistema de registo dos dados das pessoas acompanhadas pela minha equipa, pensando que os mesmos permitirão a melhor resposta às necessidades e gestão de recursos, validando a necessidade de mais enfermeiros a colaborar na EIHSCP; contribuirei com uma proposta de formação na área temática abordada ao longo deste processo formativo; pretendo sensibilizar os profissionais de saúde com quem colaboro para os aspetos abordados neste relatório e irei propor o desenvolvimento de Projeto de Investigação no hospital onde me integro, no âmbito de Doutoramento em Enfermagem que desenvolvo.

O percurso futuro é de consolidação do novo, do conseguido e do adquirido, tendo em mente o mais e o menos positivo em desenvolvimento das aprendizagens e reconhecendo-o como o início de uma oportunidade, ao invés do final da mesma. O processo formativo é recurso para a capacitação na ação junto da pessoa e família, garantindo uma tomada de decisão que se quer, informada e segura.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACREMAN, Sue – Nutrition in palliative care. **British Journal of Community Nursing**. Vol.14, n.º10 (2009), p. 427-431.
- ALARCÃO, Isabel; RUA, Marília - Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. **Texto Contexto Enfermagem**. Vol.14, n.º3 (2005), p. 373-378. [Consult. 05 jan. 2018]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v14n3/v14n3a08.pdf>.
- ALVES, Patrícia – Intervenção do Enfermeiro que Cuida da Pessoa em Fim de Vida com Alterações do Comer e Beber. **Pensar Enfermagem**. 1º semestre, Vol.17, n.º1 (2013), p. 17-30.
- ANTOUN, Sami; MERAD, Mansouriah; GABOLDE, Martine - Artificial nutrition at the end of life: is it justified? **European Journal of Palliative Care**. Vol.13, n.º5 (2006), p. 194-197.
- ARAUJO, Hermínio; GONZALEZ, Maria – **Quero dizer-te: Obrigado!** Prior Velho: Paulinas Editora, 2015. ISBN 978-989-673-473-2.
- ASLAKSON, Rebecca [*et al.*] – Evidence-Based Palliative Care in the Intensive Care Unit: A Systematic Review of Interventions. **Journal of Palliative Medicine**. Vol.17, n.º 2 (2014), p. 219-235.
- BAILE, Walter [*et al.*] – SPIKES - A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. **Oncologist**. Vol.5, n.º4 (2000), p. 302-311.
- BARBOSA, António [*et al.*] - **Manual de Cuidados Paliativos**. 3ª edição. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2016. ISBN 9789729349379.
- BENNER, Patrícia - **De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora, 2001. ISBN 972-8535-97-X.
- BOZETTI, Federico - Opinion paper: Nutritional support in oncologic patients: Where we are and where we are going. **Clinical Nutrition**. Vol. 30, (2011), p. 714-7.
- BRYON, Els [*et al.*] – Decision-making about artificial feeding in end-of-life care: literature review. **Journal of Advanced Nursing**. Vol.63, n.º1 (2008), p. 2-14.

- CAPELAS, Manuel - **Indicadores de Qualidade para os Serviços de Cuidados Paliativos**. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2014. ISBN 9789725404089.
- CAPELAS, Manuel [et al.] – **Cuidar a pessoa que sofre**. Uma teoria de Cuidados Paliativos. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2017. ISBN 9789725405611.
- CASARETT, David [et al.] - Appropriate Use of Artificial Nutrition. Nursing Standard, n and Hydration – Fundamental Principles and Recommendations. **The New England Journal of Medicine**. Vol.353, n.º24 (2005), p.2607-2612;
- CAVACO, Vera Sofia; JOSÉ, Helena Maria; LOURENÇO, Ilda Maria - Comunicar com a pessoa submetida a ventilação mecânica invasiva: que estratégias?: revisão sistemática. **Revista de Enfermagem UFPE** on line [em linha]. Vol.7, n.º5 (2013), p. 4535-4543. [Consult. 05 jan. 2018]. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4062>.
- COELHO, Cristina e YANKASKAS, James – New concepts in palliative care in the intensive care unit. **Rev Bras Ter Intensiva**. Vol.29, n.º2 (2017), p. 222-230.
- COSTA, José – Métodos de prestação de cuidados. **Revista Millenium**. Instituto Politécnico de Viseu, n.º30, (Outubro 2004).
- DEODATO, Sérgio – **Decisão Ética em Enfermagem: do Problema aos Fundamentos para o Agir**. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa, 2014. ISBN 9789724052267.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Norma nº 010/2016 DGS de 30/09/2016: Via Verde Sépsis do Adulto**. Maio, 2017. [Consultado em 05 de janeiro, 2018]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102016-de-30092016-pdf.aspx>.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Plano Nacional de Saúde 2012-2016: Roteiro de Intervenção em Cuidados de Emergência e Urgência**, Luís Campos. Novembro, 2014. [Consultado em 15 de janeiro, 2018]. Disponível em: http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2014/12/2014_4_Cuidados_de_Emerg%C3%Aancia_e_Urg%C3%Aancia.pdf.
- DRUML, Christiane [et al.] – ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. **Clinical Nutrition**. 2016, p.1-12.
- ELGICIL, Ayfer; SARI, Hatice - Determining problems experienced by student nurses in their work with clinical educators in Turkey. **Nurse Education Today**. Vol.27, (2007, p. 491-498.

- GARCIA, Maria da Glória - **Como defender hoje a Dignidade Humana**. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2016. ISBN 978-972-5405-16-1.
- GOMES, Bárbara *et al.* - Heterogeneity and changes in preferences for dying at home: a systematic review. **BMC Palliative Care**. Vol.12, n.º7 (2013), p.1-13.
- HIGGINS, Isabel [*et al.*] - Nutrition and hydration in dying patients: the perceptions of acute care nurses. **Journal of Clinical Nursing**. Vol 23, n.º17 (2014), p. 2609-17.
- HOLMES, Susan – Principles of nutrition in the palliation of long-term conditions. **International Journal of Palliative Nursing**. Vol.17, n.º5 (2011), p. 217-222.
- HOLMES, Susan (a) – Importance of nutrition in palliative care of patients with chronic disease. **Nursing Standard**. Vol.25, n.º1 (2010), p. 48-56.
- HOLMES, Susan (b) - Nutrition in the palliative care of chronic and life-threatening illness. **British Journal of Community Nursing**. 2010, p. 24-30.
- HOLMES, Susan (c) – Withholding or withdrawing nutrition at the end of life. **Nursing Standard**. Vol.25, n.º14 (2010), p. 43-46.
- HOTTOIS, Gilbert; PARIZEAU, Marie-Hélène - **Dicionário da Bioética**. Lisboa: Instituto Piaget, 1998. ISBN: 972-8407-72-6.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES - **ICN Policy Statement. Nurses and Primary Health Care**. Revisão (2007).
- KÉROUAC, Susanne [*et al.*] – **El pensamiento enfermero**. Barcelona: Masson, 1996. ISBN 84-458-0365-4.
- LOPEZ, Ruth [*et al.*] – Nurses’ perspectives on feeding decisions for nursing home residents with advanced dementia. **Journal of Clinical Nursing**. Vol.19, (2010), p.632-638.
- MACHADO, Maria do Céu [*et al.*] - *A morte e o morrer em Portugal*. Coimbra: Almedina, 2011. ISBN 978-972-40-4570-2.
- MARCOS, Isabel – **Normalização das Referências Bibliográficas de acordo com as NP 405-1, NP 405-2, NP 405-3 E NP 405-4**, (2015).
- MCCARTHY, Geraldine [*et al.*] - Emergency nurses: Procedures performed and competence in practice. **International Emergency Nursing**, Vol.21, n.º1 (2013), p. 50–57.
- MCNAMARA, Beverley [*et al.*] - Early admission to community-based palliative care reduces use of emergency departments in the ninety days before death. **Journal of Palliative Medicine**. Vol.16, n.º7 (2013), p.774-779.
- MELEIS, Afaf - *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: **Springer Publishing Company**, 2010. ISBN: 978-0-8261-0535-6.

- NOWARSKA, Anna - To feed or not to feed? Clinical aspects of withholding and withdrawing food and fluids at the end of life. **Advances in Palliative Medicine**. Vol.10, n.º1, (2011), p.3-9.
- NUNES, Elisabete MGT; GASPAR, MFM - A liderança em enfermagem e a satisfação dos pacientes em contexto hospitalar. **Rev Gaúcha Enferm**. Vol.37, n.º2, (2016), p.1-7. [Consult. 05 jan. 2018]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000200403&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.
- NUNES, Lucília - Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica em enfermagem de Nunes. Setúbal: **Instituto Politécnico de Setúbal da Escola Superior de Saúde**, 2013. [Consult. 05 out. 2017]. Disponível em <http://comum.rcaap.pt/bitstream/123456789/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Código Deontológico do Enfermeiro**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2003.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Parecer CJ/20 – 2001 – Conselho Jurisdicional**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2001.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Definition of palliative care**. OMS; 2002 [Consult em 07 jan 2017]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
- PAIVA, Abel - Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. **Servir**. Vol.55, n.º1-2 (Janeiro/Abril 2007), p. 11-20.
- PEREIRA, Sandra – **Cuidados Paliativos. Confrontar a morte**. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2010. ISBN: 978-972-54-0279-5.
- PEREIRA-MENDES, Anabela - O exercício reflexivo na aprendizagem clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. **Educare [online]**. Vol.20, n.º 1 (2016), p.189-211. [Consult. 05 jan 2018]. Disponível em http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-42582016000100189&script=sci_abstract.
- PHANEUF, Margot – **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures: Lusociência, 2005.
- PINTO, Fernando - **A alimentação em final de vida: a opinião dos enfermeiros** [dissertação]. Porto: Faculdade de Medicina Universidade do Porto, 2012.

- PREVOST, V - Nutritional support and quality of life in cancer patients undergoing palliative care. **European Journal of Cancer Care**. Vol 21, n.º 5 (2012), p. 581-90.
- RABIAIS, I. - **Processos de Aprendizagem de Cuidar dos Estudantes de Enfermagem** [Tese de Doutoramento em Enfermagem]. Lisboa [Portugal]: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde; 2013. Disponível em Internet: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/15347>.
- ROSSWURM, Mary Ann; LARRABEE, June H. – A Model for Change to Evidence-Based Practice. **Journal of Nursing Scholarship**. Vol.31, n.º4, (1999), p. 317-322.
- SERRANO, M.; CARNEIRO DA COSTA, A. & NUNES DA COSTA, N. - Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). **Revista de Enfermagem Referência**, 3, (2011), p. 15-23.
- SILVA, Daniel – Correntes de pensamento em ciências de enfermagem. **Millenium**, Vol.26, (2002), p. 1-10.
- SOARES, Daniel; NUNES, Cristina; GOMES, Bárbara - Effectiveness of Emergency Department Based Palliative Care for Adults with Advanced Disease: a Systematic Review. **Journal of Palliative Medicine**. Vol.19, n.º6 (2016), p.1-9.
- SOUSA, Patrícia – **O conforto da pessoa idosa: projeto de vivência e cuidado co-criado**. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2014. ISBN 978-972-54-0440-9.
- STILES, Ella – Providing artificial nutrition and hydration in palliative care. **Nursing Standard**. Vol.27, n.º 20 (2013), p.35-42.
- THIM, Troels [*et al.*] - Initial assessment and treatment with the Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure (ABCDE) approach. **International Journal of General Medicine**. Vol.5, (2012), p. 117-121.
- TSAI, Min-Hsuan [*et al.*] - Swallowing dysfunction following endotracheal intubation. **Medicine (Baltimore)**. Vol. 95, n.º 24 (2016), p. 1-7.
- UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Agency for Health Care Policy and Research [Internet]. Rockville, MD; Public Health Services. **Agency for Health Care Policy and Research Publications**; 1992 Disponível em Internet: <http://www.hhs.gov/>.
- UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA - **Guia de Estágio (Módulo I,II,III) – Curso de Mestrado em Enfermagem: Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica**. Lisboa, Portugal: Universidade Católica Portuguesa; 2017, p.1-15.

- VAN DER RIET, Pamela [*et al.*] – Palliative care professionals’ perceptions of nutrition and hydration at the end of life. **International Journal of Palliative Nursing**. Vol.14, n.º3 (2008), p.145-151.
- VIEIRA, Margarida – **Ser Enfermeiro. Da compaixão à Proficiência**. 2ª ed. Lisboa: Universidade Católica Editora, 2008. ISBN:978-972-54-0195-8.
- VIEIRA, Margarida; Oliveira, Irene - **Orientação de Estudantes de Enfermagem em Contexto de Prática Clínica**. In: Vieira M, International Institute of Informatics and Systemics. 9º Conferência Iberoamericana en sistemas, cibernética e Informática. 2010, jun 29-jul 02; Volume II, Florida, Estados Unidos da América; 2010, p.30-33.
- WONG, Joanne [*et al.*] - What is the incidence of patients with palliative care needs presenting to the Emergency Department? A critical review. **Palliative Medicine**. Vol.28, n.º10 (2014), p.1197-1205.

LEGISLAÇÃO CONSULTADA

- ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DOS SISTEMAS DE SAÚDE - **Circular normativa N.8/2017/CNCP/ACSS: Definição dos critérios de referenciação de utentes para as UCP-RNCCI**. [Consultado 05 jan, 2017]. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/.../Circular_Normativa_8_2017_CNCP_ACSS.pdf.
- CARTA DOS DIREITOS E DEVERES DOS DOENTES** - Diário Da República: I série, n.º57/2015 (2015), Portaria n.º 87/2015 [Consultado 1 mar, 2017]. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/home/carta-dos-direitos-e-deveres-dos-doentes/>.
- DECRETO-LEI 161/96 DE 4 DE SETEMBRO – Diário Da República: I série A, n.º 205 (1996). **Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)**, com alterações introduzidas pelo Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril. [Consultado em 05 jan, 2017]; Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

LEI DE BASES DE CUIDADOS PALIATIVOS - Diário Da República: I série – n.º172; 2012, [Consultado em 05 jan, 2017]; Disponível em: <http://www.dre.pt/pdfs/2012/09/17200/0511905124.pdf>.

PLANO ESTRATÉGICO PARA O DESENVOLVIMENTO DOS CUIDADOS PALIATIVOS – Diário Da República: II série, n.º 228 (2016). Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos, aprovado por Despacho n.º 14311-A/2016, de 28 de novembro, [Consultado em 05 jan, 2017]; Disponível em: https://dre.pt/home/-/dre/105263926/details/maximized?serie=II&parte_filter=31&day=2016-11-28&date=2016-11-01&dreId=105263924

REGULAMENTO 124/2011 DE 18 DE FEVEREIRO DE 2011 – Diário Da República: II série, n.º 35 (2011). **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica**. [Consultado em 05 jan, 2017]; Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20124_2011_CompeticasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf.

REGULAMENTO N.º 122/2011 DE 18 DE FEVEREIRO DE 2011 – Diário Da República: II série, n.º 35 (2011). **Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**. [Consultado em 05 jan, 2017]; Disponível em: http://www.aper.pt/Ficheiros/competencias_comuns.pdf.

REGULAMENTO N.º 188/2015 DE 22 DE ABRIL DE 2015 – Diário Da República: II série, n.º 78 (2015). **Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa**. [Consultado em 05 jan, 2017]; Disponível em: www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_188_2015_Competicas_Especificas_EE_Pessoa_Situacao_Cronica_Paliativa.pdf.

REGULAMENTO N.º 361/2015 DE 26 DE JUNHO DE 2015 – Diário da República: II série — n.º 123 (2015). **Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados**

Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. [Consultado em 05
jan, 2017]; Disponível em:
*[http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_3
61_2015_PadrosQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_361_2015_PadrosQualidadeCuidadosEspEnfPessoaSituacaoCritica.pdf)*.

APÊNDICES

APÊNDICE I:

Revisão Integrativa da Literatura

A Intervenção do Enfermeiro junto da pessoa em fim de vida na redução do risco de obstinação terapêutica associado à Nutrição Artificial

The Nurses' intervention with the palliative person in reducing the risk of therapeutic obstinacy associated with Artificial Nutrition

Resumo

Introdução: Os enfermeiros possuem uma intervenção importante na nutrição da pessoa em fim de vida. Sobre esta reconhece-se além do ponto de vista fisiológico, a componente emocional associada, com influência na vivência da pessoa e família.

Objetivo: Definir as intervenções dos enfermeiros junto das pessoas em fim de vida e suas famílias quanto à nutrição; sistematizar os elementos a considerar na tomada de decisão sobre a nutrição artificial e avaliar a influência da intervenção do enfermeiro na redução do risco de obstinação terapêutica.

Metodologia: Revisão integrativa de literatura, considerando as orientações PRISMA relativas a revisões, que reúne literatura de bases de dados Academic Search Complete, Complementary Index, CINAHL Plus with Full Text®, Psychology and Behavioral Sciences Collection, ScieELO, MEDLINE®, Directory of Open Access Journals, Supplemental Index, ScienceDirect, Education Source, Business Source Complete e MedicLatina. Foi selecionada uma amostra de 11 artigos em análise, partindo dos critérios de elegibilidade: profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado à pessoa adulta/idosa em fim de vida; intervenção na nutrição da pessoa em fim de vida; estudos de 2000 a 2017, em Francês, Espanhol, Inglês e Português.

Resultados: O enfermeiro no cuidado à pessoa em fim de vida institui estratégias promotoras da alimentação oral prévias à aplicação de meios artificiais de nutrição e realiza o acompanhamento do processo de saúde-doença com privilegiada proximidade considerando as preferências da pessoa; configura-se como elemento privilegiado na defesa dos princípios éticos afetos à tomada de decisão, a mesma que pondera a sintomatologia presente, prognóstico, vivência psicológica e emocional da alimentação, verificando-se

uma associação entre a intervenção do enfermeiro e a melhor qualidade e adequabilidade do cuidado a ser prestado, contribuindo, sem correlação direta para a redução do risco de obstinação terapêutica.

Conclusão: A intervenção do enfermeiro pressupõe conhecimentos clínicos, considera a vontade da pessoa e família, assim como, a perspectiva ética. O enfermeiro é descrito como um profissional qualificado para intervir nesta área, além de ser quem melhor conhece e comunica, pela proximidade do cuidado, a pessoa e a família. Entende-se esta como uma temática importante no cuidado em enfermagem, pressupondo um conjunto de intervenções planejadas pelo enfermeiro, a serem promovidas previamente à decisão de introdução da nutrição artificial.

Descritores: enfermagem, fim de vida, nutrição artificial, obstinação terapêutica

Abstract

Introduction: Nurses have an important role in the nutrition of the person at the end of life. This intervention is recognized beyond the physiological point of view, as it also encompasses the emotional component and the influence of the experience over the person and its family.

Objective: To define the interventions of nurses towards the end of life person and their families regarding nutrition; to systematize the elements to be considered in decision making on nutrition and to evaluate the influence of the intervention of the nurse in reducing the risk of therapeutic obstinacy.

Methodology: Integrative literature review, considering the PRISMA guidelines for reviews, which bring together the database literature Academic Search Complete, Complementary Index, CINAHL Plus with Full Text®, Psychology and Behavioral Sciences Collection, ScieELO, MEDLINE®, Directory of Open Access Journals, Supplemental Index, ScienceDirect, Education Source, Business Source Complete and MedicLatina. A sample of 11 articles was selected, based on the eligibility criteria: health professionals providing care to the adult/elderly person at the end of life; intervention in end of life nutrition; studies from 2000 to 2017 in French, Spanish, English and Portuguese.

Results: The nurse in the care of the end-of-life person institutes strategies promoting oral feeding prior to the application of artificial means of nutrition;

carries out the follow-up of the health-disease process with a privileged proximity considering the person's preferences; the nurse is a privileged patient advocate in the defence of the ethical principles of decision making, which considers the symptomatology, prognosis, psychological and emotional nutrition meaning, with an association between the nurse's intervention and the best quality and adequacy of the care to be provided, contributing, without direct correlation to the reduction of the risk of therapeutic obstinacy.

Conclusion: This intervention presupposes clinical knowledge, considers the will of the person and family, as well as the ethical perspective. The nurse is described as a qualified professional to intervene in this area, assumes a critical role due to the proximity of care of the person and the family. This is understood as an important issue in nursing care, assuming a set of interventions planned by the nurse, to be promoted prior to the decision to introduce artificial nutrition.

Keywords: nursing, end of life, artificial nutrition, therapeutic obstinacy

Introdução

A nutrição em fim de vida é uma constante em qualquer processo do cuidado nesta área de saúde. A pessoa a que nos referimos neste artigo designaremos, daqui em diante como a pessoa em fim de vida (fdv), considerada a “(...) *que apresenta doença avançada, incurável e evolutiva, (...) e que, em média, apresenta uma sobrevida esperada entre 3-6 meses.*” ou mesmo “(...) *aquele cuja sobrevida estimada é de horas ou dias, efetuada com base na sintomatologia e evidência clínica*

que apresenta; (...)” (Barbosa, 2016, p. 915) como Cuidados Paliativos entendemos “*uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, como a dor, mas também dos psicossociais e espirituais.*” (Barbosa, 2016, p.2; Organização Mundial de Saúde, 2002).

Considerando a evolução de uma doença incurável, crónica e/ou avançada é frequente registar diminuição de apetite, alterações da mucosa oral e do paladar. Em associação, é sabido que a pessoa em fdv tem uma efetiva alteração da imagem, à qual se associa uma diminuição da ingestão, por anorexia, disfagia, alterações do paladar e progressão da doença (Alves, 2013). Embora seja admissível a existência de novos tratamentos, com aumento da esperança média de vida, também se assume que em situação de fdv muitos desses tratamentos irão contribuir para a obstinação terapêutica, ou seja, para *“procedimentos diagnósticos e terapêuticos que são desproporcionados e fúteis, no contexto global de cada doente, sem que daí advenha qualquer benefício para o mesmo, e que podem, por si próprios, causar sofrimento acrescido.”* (Diário da República. Lei de Bases de Cuidados Paliativos, 2012, p.5119), ao invés de garantir a melhor qualidade de vida, conforto e bem-estar para a pessoa em fdv (Bozetti, 2011).

A alimentação tem, em si, uma componente psicológica, social,

emocional, espiritual, cultural, mais do que fisiológica como primeiramente associamos. Comer é o nosso sentir, o momento de reunião familiar, o prazer dos alimentos, o receio da fome e, por vezes, o último aspeto de controlo (Alves, 2013; Antoun, 2006; Pinto, 2012). Sabendo que o comer, na Sociedade de hoje em dia, se apresenta, cada vez mais, associado ao prazer e ao conforto entende-se a complexidade desta temática quando abordada na pessoa em fdv com comprometimento da via oral e, sobre a qual, se tem, em muitos casos que ponderar a introdução, não introdução ou suspensão de meios de nutrição artificial. Estes compreendem os meios artificiais de apoio à nutrição, quando os meios fisiológicos normais não são viáveis, recorrendo-se à colocação de uma sonda em via gastrointestinal (entérica) ou por meio de um cateter em sistema venoso (parentérica) (Holmes, 2010 (a); Holmes, 2010 (c)).

Esta temática é bastante controversa em contexto paliativo, face ao questionamento sobre a qualidade de vida que será propiciada na aplicação de um

destes meios e, simultaneamente, pelo questionamento ético (Alves, 2013; Antoun, 2006; Nowarska, 2011).

Ao enfermeiro cabe a responsabilidade de informar e esclarecer a pessoa em fdv/família, gerir as necessidades nutricionais, considerar a nutrição no plano avançado de cuidado, tal como, intervir na tomada de decisão sobre este tema (Alves, 2013). Questionamo-nos então se estas intervenções são efetivas na redução do risco de obstinação terapêutica.

E quando falamos da pessoa em fdv, estamos a mencionar, também, a família, que acompanha e assiste à diminuição de um conjunto de procedimentos técnicos e, que, por fim, pode ver suspenso o último elemento que associa à sobrevivência da pessoa, o alimento.

Neste sentido, o acompanhamento pela equipa de saúde às famílias configura uma intervenção muito importante, nomeadamente pelo enfermeiro (Antoun, 2006). São variadas e complexas as questões colocadas ao enfermeiro pela pessoa e família, desde as alterações fisiológicas, as

alterações do comer e beber, até outras que possam alcançar o receio, medo ou angústia face à finitude da vida.

Método

Este estudo pretende responder às seguintes questões ao longo desta revisão de literatura:

Q1. Quais as intervenções de enfermagem promotoras da alimentação em fim de vida?

Q2. Quais os critérios de avaliação na pessoa em fim de vida, na tomada de decisão do enfermeiro em iniciar ou não iniciar ou suspender a nutrição artificial?

Q3. A intervenção do enfermeiro junto da pessoa em fim de vida reduz o risco de obstinação terapêutica associado à nutrição artificial?

O desenvolvimento desta revisão integrativa considera a temática da nutrição artificial em fim de vida com base nas orientações PRISMA. Foram elaboradas três questões de partida, definidos os critérios de elegibilidade, selecionada a amostra entre os artigos consultados e realizada a análise e discussão dos resultados conseguidos.

Em estratégia de pesquisa booleana recorreu aos seguintes descritores em saúde: (nutrition OR artificial nutrition OR feeding OR eating OR enteral nutrition OR enteral feeding OR tube feeding OR feeding tube OR parental nutrition OR nutritional status OR nutritional therapy OR nutritional assessment OR nutrition disorders) (TI) AND (palliative care OR terminal care OR palliative OR palliative nursing OR end of life OR therapeutic obstinacy) (AB) AND Nurs* (AB).

período temporal de 2000 a 2017, havendo indicação da literatura, em como este período se apresenta como o de melhor desenvolvimento de evidência sobre o cuidado à pessoa em fdv (Alves, 2013).

Quanto à temática em estudo definiram-se critérios de elegibilidade (Figura 1).

As bases de dados utilizadas foram: Academic Search Complete, Complementary Index, CINAHL Plus with Full Text®, Psychology and Behavioral Sciences Collection,

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
População	Profissionais de saúde que cuidam da pessoa adulta/idosa em fim de vida.	A participação de outros profissionais de saúde, que não apenas enfermeiros.
Intervenção	Estudo da intervenção do enfermeiro no cuidado associado à nutrição da pessoa em fim de vida.	
Resultados	1. Cuidado de enfermagem referentes à promoção da nutrição da pessoa em fim de vida; 2. Critérios a considerar na tomada de decisão sobre a instituição, não instituição ou suspensão da nutrição artificial; 3. Cuidado de enfermagem promotores da redução do risco de obstinação terapêutica associado à nutrição da pessoa em fim de vida.	Intervenções de enfermagem não dirigidas à nutrição da pessoa em fim de vida.
Horizonte Temporal	Entre 2000 e 2017.	Estudos anteriores a 2000.
Desenhos dos Estudos	Sem limitação de paradigma.	Ausência de estudo empírico.
Língua	Francês, Espanhol, Inglês e Português.	Outra língua, à exceção de Francês, Espanhol, Inglês e Português.

Figura 1 – Critérios de elegibilidade

A pesquisa decorreu entre 15 de maio e 15 de junho de 2017, considerando artigos disponíveis com texto completo, escritos em Francês, Espanhol, Inglês e/ou Português e revistos por pares, no

ScieELO, MEDLINE®, Directory of Open Access Journals, Supplemental Index, ScienceDirect, Education Source, Business Source Complete e MedicLatina.

Aos artigos pesquisados foram aplicados os critérios de inclusão e/ou exclusão em que, partindo de um conjunto de 728 referências, se excluíram 691 por leitura de título, 26 por leitura de resumo, constituindo, após leitura em texto integral a amostra final de 11 artigos (Figura 2). Como principais motivos de exclusão

- A investigação da nutrição sem consideração pela intervenção do enfermeiro;
- A investigação da relação entre a nutrição e o contexto da demência.

Os 11 artigos foram classificados de acordo com o seu nível de evidência, tendo a percepção de um

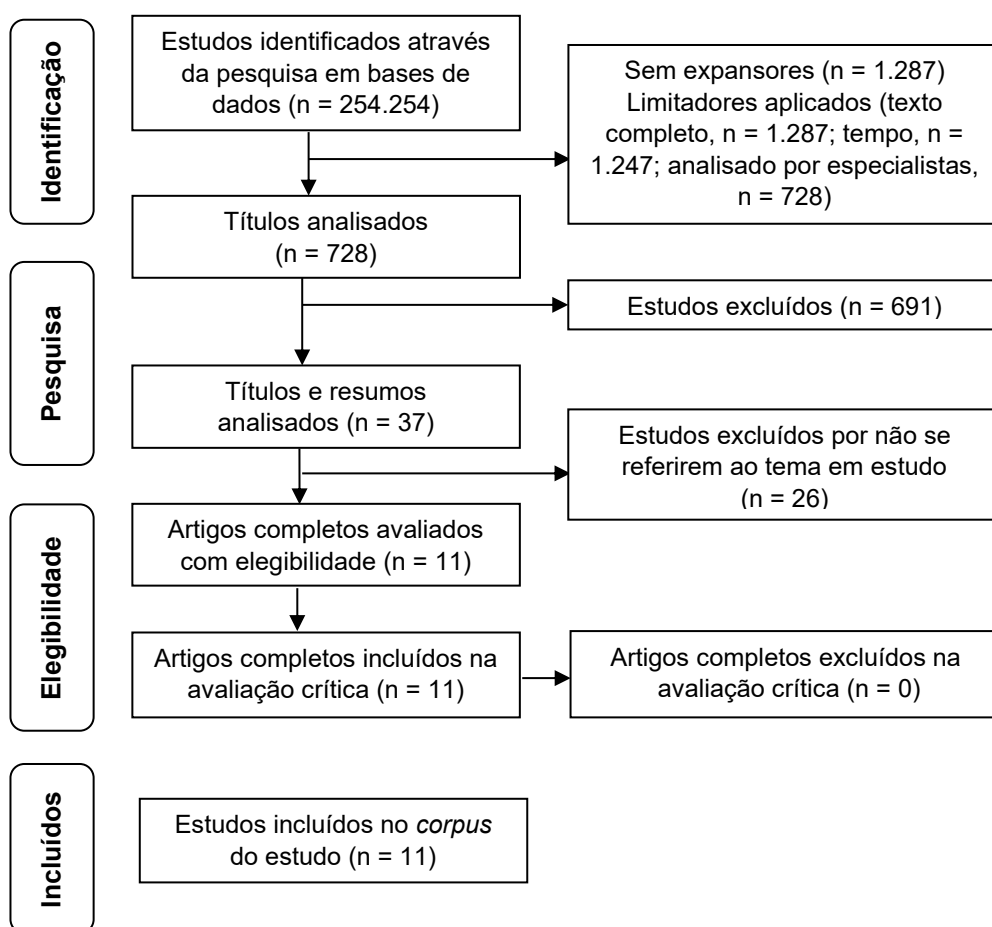


Figura 2 – Fluxograma de seleção de artigos

no processo de amostragem destacamos referências que insidiam sobre:

- A investigação da tomada de decisão sem relação com a nutrição em fim de vida;

grau de evidência centrado em nível Ila, revendo-se uma investigação maioritariamente qualitativa (Alves, 2013) com desenhos de estudos não randomizados, bem controlados e desenhados. Não se verificaram

estudos nos restantes níveis de evidência (Figura 3).

Resultados

Os resultados encontrados em pesquisa são apresentados, sob a forma de quadro, com uma análise

Nível de Evidência (US Department of Health and Human Services, 1992)		Artigos selecionados
Ia	Evidência obtida a partir da metanálise de ensaios controlados e randomizados.	Não foram encontrados estudos
Ib	Evidência obtida a partir de, no mínimo, um ensaio controlado e randomizado.	Não foram encontrados estudos
Ila	Evidência obtida a partir de, no mínimo, um estudo bem controlado, sem randomização.	Higgins <i>et al.</i> , 2013; Lopez <i>et al.</i> , 2010; Druml <i>et al.</i> , 2016; Stiles, 2013; Alves, 2013; Holmes (a), 2010; Holmes (c), 2010; Van der Riet, 2008; Acreman, 2009; Holmes, 2011, Bryon, 2008
Ilb	Evidência obtida a partir de, no mínimo, um outro estudo bem designado, quase experimental.	Não foram encontrados estudos
III	Evidência obtida a partir de estudos descritivos não experimentais, como estudos comparativos, correlativos e casos clínicos.	Não foram encontrados estudos
IV	Evidência obtida a partir de relatórios de peritos, opiniões e/ou experiências clínicas de autoridades respeitadas.	Não foram encontrados estudos.

Figura 3 – Classificação de artigos de acordo com o nível de evidência

de cada estudo considerando os seguintes dados: autor(es) – ano/país; participantes; intervenções; resultados e desenho (Figura 4). Cada um dos estudos foi explorado considerando o seu contributo a cada uma das três questões de partida, estando reunidos numa amostra de 11 artigos, com 2 artigos de estudo misto e 9 artigos de estudo qualitativo, entre 2008 e 2016.

Autor(es) - Ano/país	Participantes	Intervenções	Resultados	Desenho
Lopez <i>et al.</i> , 2010 (EUA)	Onze enfermeiros a cuidar de pessoas com demência, em lares.	Realização de onze entrevistas semi-estruturadas.	Q1. Não menciona. Q2. Os enfermeiros possuem diminuta informação empírica e sentimento ambíguo quanto à intervenção em tomada de decisão sobre a aplicação de uma sonda de alimentação e incerteza pela adequação ou não da introdução de uma sonda de alimentação; Os enfermeiros secundarizam o seu papel, por falta de formação na área, cedendo informação da sua avaliação a outros profissionais de saúde, sem se envolverem diretamente no processo de tomada de decisão. Q3. Não menciona.	Estudo qualitativo
Higgins <i>et al.</i> , 2013 (Inglaterra)	Dez enfermeiros a exercer o cuidado em unidades de cuidados agudos – medicina, oncologia e hematologia.	Realização de três <i>focus groups</i> .	Q1. Não menciona. Q2. Percepção da importância dos enfermeiros desenvolverem formação em cuidados paliativos para que se possam comprometer com a intervenção paliativa e serem mais participativos na tomada de decisão nesta etapa de vida; Escassez de formação na temática, com consequente ambiguidade na consideração sobre a nutrição em fim de vida. Q3. Não menciona.	Estudo qualitativo
Holmes, 2011 (Inglaterra)	Pessoas com necessidades paliativas e o seu acompanhamento nutricional.	Revisão narrativa de literatura a considerar os diferentes tipos de suporte nutricional e aspetos éticos subjacentes à tomada de decisão.	Q1. Recursos de gestão dietética, intervenção farmacológica e/ou suplementação oral em promoção de apetite e ingesta. Q2. Percepção de que o conforto, a consideração e autonomia da pessoa em fvd são aspetos a defender e a ter como orientação no processo de tomada de decisão quanto à alimentação em fim de vida. Q3. Não menciona.	Estudo qualitativo

Druml <i>et al.</i> , 2016 (Europa)	Sem dados a apresentar.	<i>Guideline</i> de orientação sobre os aspetos éticos subjacentes gestão de nutrição e hidratação artificial.	Q1. Não menciona. Q2. Abordados os princípios éticos – autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça – subjacentes à tomada de decisão, considerando a mesma a ser adequada caso a caso tendo por linha orientadora os princípios mencionados. Q3. Não menciona.	Estudo qualitativo
Stiles, 2013 (Inglaterra)	Enfermeiros em Inglaterra.	Revisão integrativa de literatura a investigar a consideração dos enfermeiros quanto à nutrição e hidratação artificial.	Q1. Não menciona. Q2. Não se consegue consenso quanto à perceção da opinião dos enfermeiros, relativamente à utilização de nutrição artificial em pessoas com necessidades paliativas; a tomada de decisão é influenciada por inúmeros fatores externos, desde o pessoa, à família, aos aspetos clínicos subjacentes e à intervenção de outros profissionais de saúde. A formação neste tema é um aspeto em défice e que influencia negativamente, a tomada de decisão e o cuidado. Q3. Não menciona.	Estudo misto
Alves, 2013 (Portugal)	Revisão de quatro estudos.	Revisão sistemática da literatura referente à intervenção do enfermeiro envolvido no cuidado à pessoa em fim de vida com alterações do comer e beber.	Q1. Perceção da importância da intervenção do enfermeiro junto da pessoa em fim de vida com alterações do comer e beber; A intervenção e estratégia de promoção da alimentação considera: o reconhecimento dos desejos e necessidades da pessoa e família; intervenção dirigida e preventiva; promover a apresentação da refeição, posicionamento, gestão dos tempos de alimentação, preferências de alimentação, compreender a causa de anorexia, se aplicável; promoção da higiene oral. Intervenção com base numa abordagem multidimensional, reconhecendo a alimentação como mais do que um aspeto fisiológico, para ser associada a conforto, cuidado, compaixão e carinho.	Estudo qualitativo

			<p>Q2. A tomada de decisão é caracterizada como de difícil intervenção para os profissionais de saúde, nomeadamente para os enfermeiros considerando a escassez de conhecimentos sobre a intervenção em fim de vida. São, a família e o médico, os atores principais da tomada de decisão; os enfermeiros tendem a ser os profissionais de saúde mais próximos da pessoa e família, com um contributo privilegiado na tomada de decisão pela relação terapêutica estabelecida, ainda que a intervenção seja limitada e indireta.</p> <p>Os enfermeiros consideram o seu papel como importante – apoio, orientação e informação.</p> <p>Evidenciam-se maiores incertezas no processo de tomada de decisão para a nutrição quando é um utente neurológico, ao invés de oncológico, face à imprevisibilidade de evolução da doença no primeiro caso.</p> <p>Q3. Sem menção direta ao assunto, deduz-se da intervenção do enfermeiro, como caracterizada no estudo, a redução do risco de obstinação terapêutico – sendo o profissional de saúde que melhor conhece os desejos e necessidades da pessoa/família e que personaliza o cuidado aos mesmos.</p>	
Holmes, 2010 (a) (Inglaterra)	Profissionais de saúde que acompanham pessoas em fdv.	Revisão narrativa de literatura que aborda os objetivos nutricionais em fim de vida e a intervenção do enfermeiro junto da pessoa e família.	<p>Q1. Perceção do impacto da nutrição na pessoa em fdv, considerando a perspetiva física, psicológica, emocional, espiritual e cultural;</p> <p>Intervenção do enfermeiro na assistência no comer e beber: posicionamento e ambiente; apoio na reversão de sintomatologia; refeições fracionadas; preferências alimentares a considerar; fortificar momentos de alimentação; ter em conta a textura/tipo de alimento; intervenção em controlo</p>	Estudo qualitativo

			<p>sintomático; recurso a estimulantes alimentares e disponibilizar variedade alimentar.</p> <p>Q2. Releva-se a intervenção do enfermeiro enquanto promotor do melhor cuidado nesta etapa de vida e como importante interveniente na garantia de defesa da autonomia da pessoa;</p> <p>Tomada de decisão assente em princípios éticos – autonomia, justiça, beneficência e não-maleficência - e a ter em conta, os benefícios e os prejuízos do suporte nutricional;</p> <p>Envolvimento da pessoa na tomada de decisão;</p> <p>Decisão que terá em conta o melhor interesse da pessoa.</p> <p>Q3. Não menciona.</p>	
Holmes, 2010 (c) (Inglaterra)	Profissionais de saúde que acompanham pessoas em fim de vida.	Revisão narrativa de literatura sobre a aplicação de nutrição artificial em pessoas em fdv.	<p>Q1. Não menciona.</p> <p>Q2. A tomada de decisão deve assentar nos principais objetivos do plano avançado de cuidado, consentimento informado e nos devidos princípios éticos – autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça;</p> <p>A intervenção dos enfermeiros deve considerar a defesa da pessoa, em apoio e orientação.</p> <p>Q3. Não menciona.</p>	Estudo qualitativo
Van der Riet, 2008 (Inglaterra)	15 enfermeiros e 4 médicos de duas unidades de cuidados paliativos.	Estudo qualitativo com recurso a <i>focus group</i> .	<p>Q1. Promoção do cuidado de higiene oral e prevenção de xerostomia.</p> <p>Q2. Perceções distintas entre profissionais de saúde e familiares, considerando os primeiros a nutrição artificial como um meio com poucos benefícios em fim de vida, enquanto que para os familiares a sua consideração tem impacto emocional, sendo sinónimo de conforto para a pessoa e bem-estar;</p> <p>Relevada a intervenção de enfermeiros na comunicação e educação, como meio para a melhor abordagem desta temática.</p> <p>Q3. Não menciona.</p>	Estudo qualitativo

<p>Acreman, 2009 (Inglaterra)</p>	<p>Profissionais de saúde que acompanham pessoas em fdv.</p>	<p>Revisão narrativa de literatura que aborda os principais aspetos a desenvolver na nutrição em fim de vida e estratégias de promoção nutricional.</p>	<p>Q1. A compreensão de que a nutrição é mais do que prover nutrientes, que apresenta um significado emocional para as pessoas e que deverá existir uma correta preparação formativa e profissional para o acompanhamento destes, na etapa final de vida;</p> <p>Melhoria da ingesta: alimentar a pessoa quando é manifestado esse desejo; disponibilizar pequenas porções de comida; sugerir e não insistir; considerar a apresentação do prato; tornar o momento da alimentação agradável; promover a saída da pessoa, para um espaço arejado, de preferência ao ar livre, antes da refeição; promover refeições em espaço exterior, se possível; ponderar o uso de suplementos nutricionais.</p> <p>Promover o atingimento de objetivos nutricionais através de: avaliação; consideração das problemáticas da pessoa/família; integrar a nutrição no plano de cuidado e reavaliar os objetivos definidos ao longo do processo de saúde-doença.</p> <p>Q2. Põe em consideração a resposta a questões como: qual o bem pretendido com a aplicação da nutrição?; qual o desconforto causado pelo comer e/ou beber?; qual o interesse da pessoa em continuar a comer ou beber?. Deverão os aspetos de decisão ter em consideração a pessoa, o seu contexto e percurso.</p> <p>Q3. Não menciona.</p>	<p>Estudo qualitativo</p>
<p>Bryon, 2008 (Bélgica)</p>	<p>Revisão de 12 estudos.</p>	<p>Revisão integrativa da literatura, em investigação sobre a intervenção e perceção do enfermeiro na tomada de decisão sobre a nutrição artificial em</p>	<p>Q1. Não menciona.</p> <p>Q2. Definição de que o papel do enfermeiro neste processo de tomada de decisão é limitado, mas importante pela proximidade da pessoa, enquanto elemento que garante a autonomia e defesa da pessoa, pela comunicação e orientação que presta quer à pessoa como à família; a avaliação nutricional da</p>	<p>Estudo misto</p>

		<p>peçoas em fdv.</p>	<p>peçoas em fdv pelo enfermeiro tem influência direta no processo de tomada de decisão, assim como a comunicação que surge como aspeto de envolvimento do enfermeiro na tomada de decisão.</p> <p>Apesar dos enfermeiros compreenderem a importância da sua intervenção na tomada de decisão em nutrição artificial, indicam, simultaneamente, que esta não se encontra bem definida, nem é devidamente considerada.</p> <p>Q3. Sem menção concreta quanto a este tema, no entanto percebe-se pela descrição do envolvimento do enfermeiro no processo de tomada de decisão que, a proximidade e consequente conhecimento do binómio peçoas e família, contribui para a redução do risco de obstinação terapêutica.</p>	
<p>Figura 4 – Análise dos estudos obtidos para revisão integrativa da literatura</p>				

Discussão

Os artigos analisados centraram-se no nível de evidência II (United States Department of Health and Human Services, 1992) conseguindo expressar um conjunto de respostas que permitem o cumprimento do objetivo a que nos propomos. São estudos qualitativos, um destes com método misto, tendo uma amostra média de 10 participantes.

Dos 11 artigos selecionados, 4 destes corresponderam a revisões de literatura com importantes considerações sobre a tomada de decisão em nutrição em fim de vida. Apesar das diferenças entre os estudos, percebe-se uma linha comum entre estes nas respostas às questões colocadas.

Todos os aspetos inerentes ao processo de nutrição podem contribuir para o sofrimento da pessoa e família, sendo merecedores de toda a atenção do enfermeiro, que pretende agir, primeiro, na promoção das capacidades da pessoa, colaborando em estratégias importantes para manter a alimentação pela via oral até tal não ser aplicável e, posteriormente,

acompanhar a pessoa e família quanto aos benefícios e prejuízos dos meios de nutrição artificial, a sua aplicação e gestão, assim como em acompanhar a pessoa e família nesta tomada de decisão sobre a introdução/manutenção de um meio de nutrição artificial.

Estas estratégias são uma resposta importante a uma das questões colocadas – “Quais as intervenções de enfermagem promotoras da alimentação em fim de vida em pessoas sem critério de nutrição artificial?”.

As principais estratégias e intervenções do enfermeiro na nutrição da pessoa em fim de vida englobam:

- Ser conhecedor das preferências da pessoa quanto à sua alimentação, quer no tipo de alimentos, como na apresentação, temperatura ou textura, para poder valorizar a alimentação enquanto esse for o desejo da pessoa (Acreman, 2009; Alves, 2013; Holmes (a), 2010);
- Responsabilizar-se pelo posicionamento adequado no leito ou em cadeira/cadeirão aquando dos momentos de refeição (Acreman,

2009; Alves, 2013; Holmes (a), 2010);

- Verificar a adequação do ambiente – ponderar espaço exterior para refeição -, em luz, temperatura, som e odor, face ao momento da refeição (Acreman, 2009; Alves, 2013; Holmes (a), 2010);

- Reconhecer situações de odinofagia e/ou disfagia podendo disponibilizar alimentos pastosos, frios ou mornos e valorizar a ingestão de líquidos, quando indicado com recurso a espessante alimentar para prevenção de aspiração de conteúdo alimentar (Alves, 2013; Holmes (a), 2010);

- Sinalizar xerostomia, alterações do paladar e agir em caso de náuseas e/ou vômitos securizando a pessoa face a novos episódios (Acreman, 2009; Alves, 2013; Holmes (a), 2010);

- Gerir terapêutica farmacológica e não farmacológica junto da equipa multidisciplinar: antieméticos, alimentação fracionada, aumentando o número de refeições, frias ou mornas e hipolipídicas (Acreman, 2009; Alves, 2013; Holmes (a), 2010);

- Gerir síndromes diarreicas, garantindo a ausência de fibras e

lactose das refeições (Alves, 2013; Holmes (a), 2010);

- Considerar, em obstipação, o aumento de líquidos na dieta, a presença de fibras e intervir com a sua avaliação na gestão terapêutica, para recurso a terapêutica laxante (Alves, 2013; Holmes (a), 2010);

- Privilegiar o maior número de refeições, se mantida anorexia, com menor volume e menos calorias (Acreman, 2009; Alves, 2013; Holmes (a), 2010);

- Potenciar a presença de terapêutica corticosteróide ou outra, como o acetato de megestrol, ponderar a suplementação alimentar e garantir a manutenção de uma boa higiene oral, cumprindo o despiste de sinais de mucosite (Acreman, 2009; Alves, 2013; Holmes (a), 2010).

Quando, apesar dos recursos mobilizados se equaciona a possibilidade de introdução, não introdução ou, se já aplicado, suspensão da nutrição artificial, este assunto complexo implica uma tomada de decisão, sobre a qual se questiona – “Quais os critérios de avaliação na pessoa em fim de vida, na tomada de decisão do enfermeiro

em iniciar ou não iniciar ou suspender a nutrição artificial?”.

A tomada de decisão é um ato preponderante na prestação do cuidado e, como tal, na garantia da sua qualidade, abrangendo aspetos diversos até à decisão final. Perceciona-se nos artigos analisados a consideração de que a tomada de decisão quanto à nutrição artificial pressupõe (Druml *et al.*, 2016):

- A existência de uma indicação clínica/tratamento;
- Fazer parte da definição de um objetivo terapêutico a ser atingido e a existência do consentimento informado por parte da pessoa em fdv.

Deste processo fazem parte os enfermeiros, que baseiam a sua tomada de decisão nos princípios éticos – autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça – subjacentes, considerando a mesma a ser adequada, caso a caso, tendo por linha orientadora os aspetos já mencionados (Bryon, 2008; Druml *et al.*, 2016; Holmes (c), 2010; Holmes, 2011).

Os critérios a considerar nestes processos serão (Alves, 2013;

Antoun, 2006; Bryon, 2008; Druml *et al.*, 2016; Holmes (a), 2010):

- A sintomatologia – com a dificuldade inerente de avaliação de sintomas, muitas vezes associado à hidratação (sensação de sede ou percepção de estado confusional), ao estado nutricional ou resultante da toxicidade de tratamentos realizados;
- A previsão de sobrevivência – prognóstico;
- A consideração do papel social da alimentação - a alimentação que é prazer, igualmente, representação de amor, carinho e momento de reunião familiar;
- Os aspetos psicológicos associados à alimentação, enquanto ato voluntário, mas principal elemento de controlo face às alterações que a doença possa ter introduzido na vida da pessoa.

Assim, a decisão em nutrição artificial deverá integrar a pessoa em fdv e família, na equipa interdisciplinar, considerando a definição do prognóstico e a efetividade do tratamento aplicado. Além disso, quer na suspensão como na instituição de medidas de nutrição dever-se-á considerar o plano avançado de saúde daquela

pessoa (Alves, 2013), pensando o plano nutricional integrado no plano de cuidado, avaliando e reavaliando os objetivos definidos pela pessoa em fdv/família (Acreman, 2009).

Quando questionado se “a intervenção do enfermeiro junto da pessoa em fim de vida reduz o risco de obstinação terapêutica associado à nutrição artificial?” as respostas conseguidas não abordam diretamente o tema da obstinação terapêutica, mas correlacionam-na com a melhor qualidade do cuidado a ser prestado. Releva que o enfermeiro é o profissional que consegue garantir o melhor conforto e defesa da autonomia da pessoa, nomeadamente na orientação do processo de tomada de decisão quanto à nutrição em fim de vida (Holmes, 2010 (c); Holmes, 2011).

Percebe-se também não haver consenso sobre a opinião dos enfermeiros no que se refere à utilização de nutrição artificial na pessoa em fdv (Holmes, 2010 (c); Holmes, 2011).

A obstinação terapêutica opõe-se à qualidade do cuidado, sem evidência de benefício para a pessoa. Poderemos compreender que a intervenção do enfermeiro, no

conforto da pessoa em fdv e família estará a reduzir o risco de obstinação terapêutica. Este profissional de saúde vê as suas decisões influenciadas por diversos fatores externos, desde o contexto de pessoa em fdv ao contexto de outros profissionais de saúde (Stiles, 2013).

Percebendo o impacto da nutrição na pessoa em fdv, considera a perspectiva física, psicológica, emocional, espiritual e cultural assumindo-se como promotor do melhor cuidado nesta etapa de vida, nomeadamente, na garantia de defesa da autonomia da pessoa (Holmes (c), 2010; Alves, 2013). São os enfermeiros quem assume que a nutrição é mais do que o ato de prover nutrientes, tendo em si um significado emocional. É para os profissionais de saúde e para famílias uma questão com diferentes interpretações: a nutrição artificial como um meio com poucos benefícios em fim de vida para os profissionais, enquanto que para os familiares a sua consideração tem impacto emocional, sinónimo de conforto e bem-estar. Esta divergência comprova a importância da proximidade entre enfermeiro e

pessoa e família e da intervenção em comunicação, segurança e seguimento do processo de saúde-doença (Holmes (a), 2010; Van der Riet, 2008).

Apesar do descrito, verifica-se na literatura expressa que existem limitações na intervenção do enfermeiro, na qual os enfermeiros sentem que o seu papel nem sempre é claramente definido, assumindo pouca formação e dificuldade em agir. Apesar de iniciarem o processo de tomada de decisão, não integram a sua participação, identificando o médico como decisor final, desvalorizando a sua ação ou o papel da equipa multidisciplinar. Estas fragilidades são associadas ao evitamento da pessoa/família aquando de questões complexas que os envolvem, embora seja assumida a importância da sua avaliação, intervenção e acompanhamento (Alves, 2013; Bryon, 2008). O défice de formação dos enfermeiros constitui o principal limitador na tomada de decisão sobre a nutrição, sendo ambíguo o sentimento destes profissionais que desejam intervir e sentir-se parte, embora simultaneamente reconheçam dificuldade na

compreensão do fenómeno associado e escassez de formação em cuidados paliativos (Bryon, 2008; Lopez et al., 2010; Higgins et al., 2014).

Os estudos avaliados apresentam dados dispersos sobre a evidência, pelo que esta revisão possibilita a seriação do conhecimento ao reunir os principais dados em três pontos relevantes do conhecimento em enfermagem. A sistematização de informação permite a melhor orientação do cuidado, o esclarecimento de questões e confirma não só a relevância da intervenção do enfermeiro, como especifica o papel do mesmo na equipa interdisciplinar.

Limitações

São limitações do presente estudo: a pesquisa com descritor Nurs* limitando a pesquisa aos enfermeiros sem perceção dos restantes profissionais de saúde; a predominância de dados de natureza qualitativa; as bases de dados consideradas, não tendo sido englobadas outras no processo de amostragem; não terem sido adquiridos artigos para obtenção

texto integral limitando-se a pesquisa à disponibilidade de artigo sem custos adicionais e o processo de seleção da amostra, que foi realizado por um único revisor. Em último ponto é importante relevar que a amostra apresentada é reduzida, sendo unânime a necessidade de incrementar investigação nesta temática, sobretudo, junto dos enfermeiros.

Conclusões

O presente estudo responde às questões apresentadas evidenciando o conjunto de intervenções dos enfermeiros junto das pessoas em fim de vida e suas famílias quanto à nutrição, sistematizando os elementos a considerar em tomada de decisão e efetivando a importância da intervenção do enfermeiro na redução do risco de obstinação terapêutica.

Verifica-se que existe escassa evidência sobre o benefício da manutenção de nutrição em situação de fase final de vida, devendo ser priorizado o cuidado da pessoa. Pressupõe-se o acompanhamento da pessoa e família no decorrer do

seu processo de saúde-doença, sendo o enfermeiro um ator privilegiado na equipa, pela proximidade que assume da pessoa/família e por ser o principal defensor da autonomia e do conforto da pessoa, considerando a componente emocional, psicológica, espiritual e cultural da nutrição.

Mais investigação deverá ser encetada sobre a atuação do enfermeiro no seio da equipa interdisciplinar em acompanhamento da pessoa em fdv quanto à assistência das suas necessidades nutricionais; será pertinente compreender de que modo o enfermeiro apresenta a avaliação das necessidades da pessoa e família, junto da restante equipa interdisciplinar, quanto à temática da nutrição.

O presente estudo não tem conflito de interesses a declarar.

Referências bibliográficas

ACREMAN, Sue – Nutrition in palliative care. British Journal of Community Nursing. Vol.14, n.º10 (2009), p.427-431.

ALVES, Patrícia – Intervenção do Enfermeiro que Cuida da Pessoa em Fim de Vida com Alterações do Comer e Beber. Pensar Enfermagem. Vol 17, n.º1 (2013), p. 17-30.

ANTOUN, Sami; MERAD, Mansouriah; GABOLDE, Martine - Artificial nutrition at the end of life: is it justified? European Journal of Palliative Care. Vol 13, n.º5 (2006), p. 194-197.

BARBOSA, António [et al.] - **Manual de Cuidados Paliativos**. 3ª edição. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2016. ISBN 9789729349379.

BOZETTI, Federico - Opinion paper: Nutritional support in oncologic patients: Where we are and where we are going. Clinical Nutrition. Vol. 30, (2011), p. 714-7.

BRYON, Els [et al.] – Decision-making about artificial feeding in end-of-life care: literature review. Journal of Advanced Nursing. Vol.63, n.º1 (2008), p.2-14.

DIÁRIO DA REPÚBLICA - **Lei de Bases de Cuidados Paliativos**. 1ª série – nº172; 2012, Set 5. [Consultado em 2016 Nov 07]. Disponível em:

<http://www.dre.pt/pdf1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>.

DRUML, Christiane [et al.] – ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. Clinical Nutrition. 2016, p.1-12.

HIGGINS, Isabel [et al.] - Nutrition and hydration in dying patients: the perceptions of acute care nurses. Journal of Clinical Nursing. Vol 23, n.º17 (2013), p. 2609-17.

HOLMES, Susan (a) – Importance of nutrition in palliative care of patients with chronic disease. Nursing Standard. Vol.25, n.º1 (2010), p.48-56.

HOLMES, Susan (b) - Nutrition in the palliative care of chronic and life-threatening illness. British Journal of Community Nursing. 2010, p. S24-S30.

HOLMES, Susan – Principles of nutrition in the palliation of long-term conditions. International Journal of Palliative Nursing. Vol.17, n.º5 (2011), p.217-222.

HOLMES, Susan (c) – Withholding or withdrawing nutrition at the end of life. Nursing Standard. Vol.25, n.º14 (2010), p.43-46.

LOPEZ, Ruth [et al.] – Nurses' perspectives on feeding decisions for nursing home residents with advanced dementia. Journal of Clinical Nursing. Vol.19, (2010), p.632-638.

NOWARSKA, Anna - To feed or not to feed? Clinical aspects of withholding and withdrawing food and fluids at the

end of life. Advances in Palliative Medicine. Vol 10, n.º1 (2011), p. 3-9.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE - **Definition of palliative care**. OMS; 2002 [Consultado em 2016 Jan 07]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

PINTO, Fernando - **A alimentação em final de vida: a opinião dos enfermeiros** [dissertação]. Porto: Faculdade de Medicina Universidade do Porto, 2012.

STILES, Ella – Providing artificial nutrition and hydration in palliative care. Nursing Standard. Vol 27, n.º 20 (2013), p.35-42.

VAN DER RIET, Pamela [*et al.*] – Palliative care professionals' perceptions of nutrition and hydration at

the end of life. International Journal of Palliative Nursing. Vol.14, n.º3 (2008), p.145-151.

US Department of Health and Human Services. **Agency for Health Care Policy and Research** [Internet]. Rockville, MD; Public Health Services. Agency for Health Care Policy and Research Publications; 1992 [Acesso 20 jun 2017]. Disponível em: <http://www.hhs.gov/>.

Correspondência:

Tânia Sofia Silva dos Santos Afonso
Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde
E-mail: tafonso3@gmail.com

APÊNDICE II:

Serviço de Urgência Geral – Proposta de Passagem de Turno

Tânia dos Santos Afonso

tafonso3@gmail.com |

05 de junho de 2017

Exmo. Srº Enfermeiro-Chefe,

Eu, Tânia Sofia Silva dos Santos Afonso, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem (natureza profissional), área de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Universidade Católica Portuguesa venho, por este meio colocar à vossa consideração a minha proposta de alteração da localização do momento de passagem de turno, através do documento adiante apresentado.

Em reflexão sobre este assunto pude apresentar um Parecer da Ordem dos Enfermeiros (CJ/20 – 2001, que se anexa) que salvaguarda, considerando o direito à privacidade e o dever de sigilo, mais do que o espaço de apresentação o tipo de informação vinculada no momento de passagem de turno diante dos utentes. Sendo um momento importante, o da passagem de turno, para a equipa, com um elevado número de utentes conclui ser difícil que a mesma pudesse ocorrer em dois momentos distintos como vinculado no referido Parecer, de modo que deverá ser preocupação dos enfermeiros o espaço e a apresentação da informação junto dos utentes, até pela vulnerabilidade que lhes é inerente.

Deste modo, a minha proposta é a de que:

- em **serviço de observação** a passagem de turno ocorra junto ao computador em uso pelo enfermeiro, próximo do fim do serviço, em tom baixo e sem percorrer o conjunto dos utentes em sala, considerando que pelas características do espaço se conseguirá identificar, facilmente, de modo visual, cada um dos utentes em questão;

- em **zona ambulatória (boxes)** a passagem de turno deverá ser feita no espaço de trabalho, central, junto aos computadores de uso dos enfermeiros, podendo, tal como em anterior contexto observar, facilmente os utentes;

- em **zona ambulatória (sala de espera)**, a passagem de turno de utentes em cadeira-de-rodas ou macas poderá acontecer junto às boxes 20 e 21, ao invés de passar junto aos utentes, considerando a inexistência de outras medidas de salvaguarda dos direitos dos utentes;

- em **serviço de observação 5**, conforme mencionado anteriormente a passagem de turno deve ocorrer junto ao posto de trabalho do enfermeiro, sem passagem por cada um dos utentes.

Esta é uma proposta de melhoria que surge da observação dos contextos de trabalho em serviço de urgência, da minha experiência profissional e da perceção dos utentes, os quais surgem em situação vulnerável, maioritariamente idosos, pelo que conforme nos orienta os Estatutos da Ordem dos Enfermeiros, solicita-se a reflexão sobre a possibilidade de implementação do já explicitado, de forma a garantir a melhor qualidade dos cuidados prestados.

Agradece-se, antecipadamente, toda a atenção e oportunidades dispensadas.

Com os meus melhores cumprimentos, Tânia Sofia Silva dos Santos Afonso

APÊNDICE III:

Serviço de Urgência Geral – proposta de revisão esquemática “Via Verde Sépsis”

VIA VERDE SÉPSIS (VVS)

1. TRIAGEM - Suspeita de Caso VVS?

Suspeita de SIRS + foco de infeção?

VERIFICA (2 de 3 indicadores)?

- FR > 20 cpm ou PaCO₂ < 32 mmHg;
- FC > 90 bpm
- T^oC > 38^oC ou < 36^oC



2. REANIMAÇÃO

Confirmação da Suspeita?
+
Hipoperfusão
(TAS < 90 mmHg ou Lactato > 2 mmol/L)?
+
Sem critérios de EXCLUSÃO?

2
SIM

SO
UCIP

2
NÃO

ZONA AMBULATÓRIA

Critérios de Presunção de Infeção	
a)	Alteração T ^o C + Cefaleias
b)	Alteração T ^o C + Confusão e/ < aguda Nível Consciência
c)	Alteração T ^o C + Dispneia
d)	Alteração T ^o C + Tosse
e)	Alteração T ^o C + Dor abdominal (distensão / diarreia)
f)	Alteração T ^o C + Icterícia
g)	Alteração T ^o C + Disúria ou polaquiúria
h)	Alteração T ^o C + Dor lombar
i)	Alteração T ^o C + Sinais inflamatórios cutâneos extensos
j)	Critério clínico do responsável

Critérios de Inflamação Sistémica	
a)	Confusão e/ou Alteração EstConsciência
b)	FC > 90 bpm c/ TPCap aumentado
c)	FR > 22cpm

Critérios de Exclusão da VVS	
a)	Doença cerebrovascular aguda
b)	Doente s/reserva fisiológicas p/medidas avançadas de diagnóstico e terapêutica
c)	Estado de mal asmático
d)	Gravidez
e)	Hemorragia Digestiva ativa
f)	ICC descompensada / Síndrome coronária aguda
g)	Politrauma / Grandes queimados

- Monitorização hemodinâmica;
- Punção de veia periférica: acesso venoso + colheita de sangue (+ lactato) + hemoculturas;
- Fluidoterapia c/cristalóides;
- Antibioterapia;
- Algaliação (colheita de urocultura).

Fonte: Via Verde Sépsis, norma 010/2016, atualizada a 16/05/2017, Direção Geral de Saúde, <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102016-de-30092016-pdf.aspx>

APÊNDICE IV:

Proposta de Sessão de Formação – Plano de Formação em SUG

– *“Comunicação junto do Utente e Família”*

Tânia dos Santos Afonso

tafonso3@gmail.com |

11 de junho de 2017

Exmo. Srº Enfermeiro-Chefe,

Eu, Tânia Sofia Silva dos Santos Afonso, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem (natureza profissional), área de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Universidade Católica Portuguesa venho, por este meio colocar à vossa consideração a minha proposta de inclusão da temática “Comunicação junto do Utente e Família” em plano de formação do Serviço de Urgência Geral.

Resultante da minha observação participante ao longo do estágio verifico a dificuldade dos enfermeiros na comunicação junto do utente e família, nomeadamente, de transmissão de notícias ou acompanhamento das famílias face a más notícias ou situações críticas. Considera-se que a formação poderá ser uma ferramenta importante para a sensibilização do corpo de enfermagem deste serviço na atuação junto dos utentes e famílias sabendo-se que a admissão a este serviço se associa, facilmente, a contextos de saúde complexos.

Esta é uma proposta de melhoria que se concretiza com a apresentação de um plano de sessão, a poder-se incluir no Plano de Formação a implementar no Serviço de Urgência Geral.

Agradece-se, antecipadamente, toda a atenção e oportunidades dispensadas.

Com os meus melhores cumprimentos,

Tânia Sofia Silva dos Santos Afonso

Formação: “Comunicação junto do Utente e Família”

Data: 2017

Local: Hospital

Formador: Tânia Sofia Silva dos Santos Afonso

1. Tema:

Comunicação junto do Utente e Família

2. População-Alvo:

Enfermeiros do Serviço de Urgência Geral

3. Objectivos:

3.1 Objectivo Geral

- Desenvolver competências na área da comunicação junto do utente em situação crítica e sua família.

3.2 Objectivos Específicos

- Distinguir os conceitos de *comunicação, comunicação não verbal, escuta ativa, empatia, feedback e conspiração do silêncio*;
- Explicar a importância das estratégias de comunicação na relação com o utente/família;
- Identificar os principais elementos que integram a transmissão de más notícias.

4. Pré-requisitos:

Ser enfermeiro e prestar cuidados em Serviço de Urgência.

5. Duração da Sessão: 45 minutos.

ETAPAS	ATIVIDADES DIDÁTICAS	MÉTODOS E TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	EQUIPAMENTOS/MEIOS DIDÁTICOS	AVALIAÇÃO	TEMPO
INTRODUÇÃO	Acolhimento	<u>Método Expositivo</u> Técnica da Lição	<i>Microsoft PowerPoint</i> <i>Datashow</i> Computador Portátil		1 min.
	Comunicação de Objectivos	<u>Método Expositivo</u> Técnica da Lição	<i>Microsoft PowerPoint</i> <i>Datashow</i> Computador Portátil		4 min.
	Verificação de Pré-Requisitos	<u>Método Interrogativo</u> Técnica das Perguntas	<i>Microsoft PowerPoint</i> <i>Datashow</i> Computador Portátil	Avaliação Inicial ou Diagnóstica	5 min.
DESENVOLVIMENTO	Conteúdo: Comunicação <i>Conceitos de: comunicação, comunicação não verbal, escuta ativa, compreensão empática, feedback e conspiração do silêncio</i> Barreiras à comunicação Artigo de Investigação	<u>Método Ativo</u> <i>BrainStorming</i> <u>Método Expositivo</u> Técnica da Lição <u>Método Interrogativo</u> Técnica das Perguntas	Quadro e caneta <i>Microsoft PowerPoint</i> <i>Datashow</i> Computador Portátil		5 min. 20 min.

	Síntese	<u>Método Expositivo</u> Técnica da Lição <u>Método Interrogativo</u> Técnica das Perguntas	<i>Microsoft PowerPoint</i> <i>Datashow</i> Computador Portátil	Avaliação Formativa	5 min.
CONCLUSÃO	Conclusão e Encerramento da Sessão (Espaço para Questões)	<u>Método Expositivo</u> Técnica da Lição <u>Método Interrogativo</u> Técnica das Perguntas	<i>Microsoft PowerPoint</i> <i>Datashow</i> Computador Portátil		5 min.
	Bibliografia	<u>Método Expositivo</u> Técnica da Lição	<i>Microsoft PowerPoint</i> <i>Datashow</i> Computador Portátil		20 seg.
	Avaliação da Sessão	<u>Método Expositivo</u> Técnica da Lição <u>Método Interrogativo</u> Técnica das Perguntas	<i>Microsoft PowerPoint</i> <i>Datashow</i> Computador Portátil	Avaliação Formativa	5 min.

Referências Bibliográficas (APA):

- BAILE, W. *et al* (2000) – “SPIKES - A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer” In *The Oncologist*. ISSN 1083-7159, N°5, 302-311.
- BARBOSA, António; NETO, Isabel Galriça [*et al.*] (2010) – *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª edição. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. ISBN: 972-8383-11-8.
- BARBOSA, António [*et al.*] (2011) - Apontamentos da Apresentação e Textos de apoio do Módulo “Comunicação”. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, Centro de Bioética.
- MAGUIRE, P., PITCEATHLY, C. (2002) – “Key communication skills and how to acquire them” In *British Medical Journal*. ISSN 0959-8138-697-700.
- SFAP (2000) – *Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos*. Lisboa: Lusociência. ISBN: 972-8383-17-7.
- TWYXCROSS, Robert (2003) – *Cuidados Paliativos*. 2ª edição. Lisboa: CLIMEPSI Editores. ISBN: 972-796-093-6.

APÊNDICE V:

Diagnóstico de Nutrição Artificial

Tânia dos Santos Afonso

tafonso3@gmail.com |

05 de junho de 2017

Em início do percurso de estágio uma das áreas de maior preocupação era a nutrição artificial em utentes em fim de vida presentes em serviço de urgência do Hospital. Esta temática resultou de uma inquietude sentida em contexto profissional, em medicina interna, tal como na equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP) e dos resultados de uma formação realizada junto dos enfermeiros do Hospital, no tema “Nutrição Artificial em fim de vida” a qual nos indicou que: os enfermeiros compreendem a importância da sua intervenção junto da pessoa/família no processo de alimentação, embora a sua ação no contexto profissional nem sempre corresponda ao que é considerado pelos mesmos; a escassez de formação dos enfermeiros nesta área tem alimentado a sua insegurança e comprometido a sua autonomia e que a formação constitui uma ferramenta essencial para que se ultrapassem as dificuldades avaliadas.

Pôde-se compreender, não só pelo diagnóstico já apresentado, como pela experiência enquanto enfermeira que, muitas são as situações complexas de tomada de decisão junto da pessoa e sua família, sobre a Nutrição Artificial, quando o fim de vida se aproxima. Estas conclusões foram ao encontro do observado, de forma participante, em Serviço de Urgência Geral. As primeiras semanas de estágio permitiram, na colaboração em prestação de cuidados, clarificar o diagnóstico de situação realizado e confirmar a necessidade de trabalhar a tomada de decisão dos enfermeiros relativamente à introdução, não introdução ou cessação da nutrição artificial, por via entérica, em utentes em fim de vida, admitidos por situação crítica, em serviço de urgência geral.

Deste modo, a intervenção teve por início a partilha da informação e resultados da observação participante com Sr^º Enfermeiro Orientador e com Sr^º Enfermeiro-Chefe que confirmaram a importância da atuação junto dos enfermeiros, nesta temática.

Deste modo, considerou-se relevante a Entrevista a Dr^a (...) de Serviço de Alimentação e Dietética, Dietista Coordenadora, junto de quem realizei uma entrevista exploratória semi-estruturada, com o objetivo de: esclarecer o tipo de alimentação entérica disponível no espaço hospitalar, a articulação realizada com o Serviço de Urgência e o acompanhamento prestado

aos utentes paliativos. O Serviço de Dietética não articula frequentemente com o Serviço de Urgência, exceto por solicitação, mediante os casos dos utentes. Foi-nos referida a diversidade de nutrição artificial disponível em decisão de nutrição entérica e explicitado que, maioritariamente, o Departamento acompanha os utentes em consulta externa.

Num momento posterior dirigi-me à Dr^a (...), Assistente Principal da Farmácia Hospitalar e dedicada à área de nutrição artificial, sobretudo, nutrição entérica. A decisão de procurar alguma informação junto da Farmácia Hospitalar decorreu de ser este o Departamento responsável pela Gestão do conjunto de suplementação e alimentação entérica, podendo junto da Dr^a (...), em entrevista exploratória semi-estruturada receber documentação sobre a listagem de suplementos e alimentação entérica e consultar um trabalho de formação nesta área, prestado ao Departamento Clínico do Serviço de Urgência, há alguns anos.

Estes momentos foram importantes para validar a existência destes recursos na área da nutrição artificial e para a compreensão dos moldes de organização e gestão hospitalar.

Embora se reconheça a existência dos diferentes recursos à disposição de utentes e famílias, compreende-se que, a maior dificuldade se centra na tomada de decisão de introdução, não introdução ou cessação da nutrição artificial, de modo que: se projeta a realização de ações de supervisão em prestação e colaboração na prestação de cuidados de modo a contribuir para a capacitação dos enfermeiros na tomada de decisão sobre a nutrição artificial, nomeadamente, nutrição entérica, a mais comum em espaço de Serviço de Urgência; se explicita a existência e o modo de articulação com a EIHS CP; se cria um dossier temático físico disponível em sala de equipa, junto ao Serviço de Observação, para todos os profissionais de saúde do serviço e um dossier virtual que constará da Pasta de SUG, possível de aceder por cada um dos utilizadores – profissionais de saúde – associados ao Serviço de Urgência.

Esta ferramenta de formação foi sendo partilhada com os enfermeiros, pessoalmente, de forma informal, como também, o será pelo envio de e-mail a cada um dos colegas através de e-mail institucional relevando a presença deste dossier em espaço físico, tal como, em espaço virtual e relevando a disponibilidade em apoio, por contato em e-mail ou telefónico com a EIHS CP.

Conjuntamente a este recurso, sugere-se a proposta de admissão de um dos enfermeiros da equipa do Serviço de Urgência enquanto responsável pela área de nutrição artificial, com maior sensibilização para esta temática e que poderá ser um elemento de referência para a restante equipa de enfermeiros considerando o esclarecimento de questões e articulação com a EIHS CP, quando aplicável.

Com os meus melhores cumprimentos Tânia Sofia Silva dos Santos Afonso

APÊNDICE VI:

Póster "A Intervenção do Enfermeiro junto da pessoa em fim de vida na redução do risco de obstinação terapêutica associado à Nutrição Artificial"

A Intervenção do Enfermeiro junto da pessoa em fim de vida na redução do risco de obstinação terapêutica associado à Nutrição Artificial

Introdução

A **nutrição em fim de vida** é uma constante nos processos de cuidados em saúde. No presente é associada, maioritariamente, **à manutenção da vida e ao conforto**. A sua complexidade desponta quando abordada junto da **pessoa em fim de vida com comprometimento da via oral**. Nestes casos, carece a ponderação sobre a introdução, não introdução ou suspensão de meios de nutrição artificial, pelo que é **controversa** a discussão sobre esta temática em contexto paliativo, face ao questionamento sobre a qualidade de vida que será proporcionada pela aplicação de um destes meios e, simultaneamente, pelo questionamento ético⁽¹⁾. Deste modo, investiga-se, em primeiro plano, a intervenção na promoção da alimentação por via oral.

Descritores: enfermagem, nutrição artificial, obstinação terapêutica, revisão integrativa

Objetivo

Conhecer o que a evidência científica menciona quanto às **intervenções dos enfermeiros promotoras da alimentação, na pessoa em fim de vida, sem critérios justificativos de instituição de meios de nutrição artificial.**

Resultados

No cuidado à pessoa em fim de vida instituem-se estratégias promotoras da alimentação oral, relevando a via oral e preterindo a instituição de meios artificiais de nutrição^(1,3,4)

- Relevar as **preferências/desejos da pessoa** quanto à sua alimentação⁽¹⁾;
- Adequar o **posicionamento** da pessoa⁽¹⁾;
- Controlar os **elementos ambientais**^(1,3,4);
- Identificar de **sinais/sintomas** como: odinofagia, disfagia, xerostomia, monilíase, náuseas, vômitos ou disgeusia^(1,3,4);
- Adequar o **tipo de alimentação** aos compromissos - fracionamento, temperatura e tipo de alimentação^(1,3,4);
- **Privilegiar a via oral**^(1,3,4);
- Promover a **inclusão do utente na tomada de decisão**^(1,5,6,7,8,9);
- Considerar o **Plano avançado de cuidados**⁽¹⁻⁷⁾.

Material e métodos

Revisão Integrativa de Literatura (orientações PRISMA⁽²⁾)

Descritores: Nurs* AND (nutrition OR artificial nutrition OR feeding OR eating OR enteral nutrition OR enteral feeding OR tube feeding OR feeding tube OR parental nutrition OR nutritional status OR nutritional therapy OR nutritional assessment OR nutrition disorders) AND (palliative care OR terminal care OR palliative OR palliative nursing OR end of life OR therapeutic obstinacy).

Bases de Dados: Academic Search Complete, Complementary Index, CINAHL Plus with Full Text®, Psychology and Behavioral Sciences Collection, ScieELO, MEDLINE®, Directory of Open Access Journals, Supplemental Index, ScienceDirect, Education Source, Business Source Complete e MedicLatina.

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
População	Enfermeiros que prestem cuidados à pessoa adulta/idosa em fim de vida.	Enfermeiros que prestem cuidados a crianças.
Intervenção	Intervenção do enfermeiro nos cuidados associados à alimentação da pessoa em fim de vida.	Intervenções de outro âmbito.
Resultados	Intervenções de enfermagem promotoras da alimentação da pessoa em fim de vida.	Intervenções de enfermagem de outro âmbito.
Horizonte Temporal	Entre 2000 e 2017.	Estudos anteriores a 2000.
Desenhos dos Estudos	Sem limitação de paradigma.	
Língua	Francês, Espanhol, Inglês e Português.	Outra língua, à exceção de Francês, Espanhol, Inglês e Português.

Figura 1 – Critérios de elegibilidade

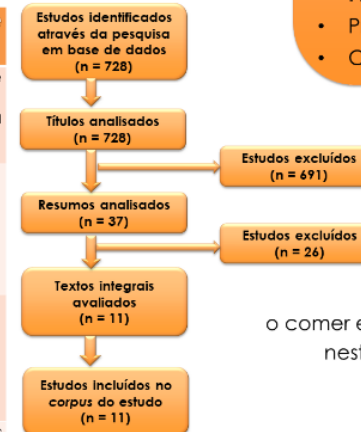


Figura 2 – Fluxograma de seleção de amostra

Discussão e Conclusões

Compreende-se que a intervenção do enfermeiro é fundamentada junto da pessoa e da sua família, considerando a melhor evidência científica, privilegiando diferentes estratégias promotoras da alimentação, quando o comer e beber se encontram comprometidos⁽¹⁰⁾. As tomadas de decisão neste contexto são complexas, pelo que pressupõem a discussão em equipa interdisciplinar, considerando o desejo da pessoa/família e o plano de cuidados e tratamento definido^(1,5,6,10). Embora se revele o mencionado, efetivando a importância da intervenção do enfermeiro como elemento privilegiado na relação com a pessoa/família e na redução do risco de obstinação terapêutica, regista-se, simultaneamente, a escassa evidência científica sobre a nutrição em fim de vida e sugerem-se novos estudos sobre a atuação do enfermeiro no seio da equipa interdisciplinar⁽¹⁾. É possível concluir que, na redução do risco de obstinação terapêutica, por instituição de medidas fúteis, como poderão constituir as medidas de nutrição artificial se deverá considerar o plano avançado de saúde da pessoa, a formular precocemente no acompanhamento da mesma.

APÊNDICE VII:

*Protocolo de 6 passos na Abordagem da
Alimentação em Fim de Vida – Resultados Painel de Peritos*

Protocolo de 6 passos na Abordagem da Alimentação em Fim de Vida

Painel de Peritos: resultados

Tânia Afonso, 12 novembro 2017

Resumo

Instrumento "**Protocolo de 6 passos na Abordagem da Alimentação em Fim de Vida**", pretende constituir um guia orientador de boa prática na comunicação sobre a alimentação em fim de vida, junto da pessoa/família/cuidador com necessidades paliativas.

O questionário contemplou quatro seções:

- 1. Caracterização dos Participantes;
- 2. Título de instrumento;
- 3. Estrutura;
- 4. Esquema/Conteúdos.

Resumo

Painel de peritos constituído por 15 peritos:

- 15 pedidos de participação;

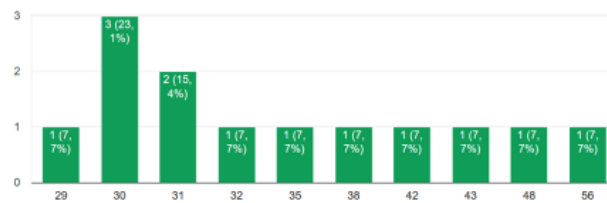
- - 13 participações;
- - 02 não participantes.

Instrumento colocado a consulta de 18 de outubro de 2017 a 12 de novembro de 2017, através da plataforma online de *Google Formulários*.

Envio de pedido de participação a: 18, 22, 23 e 27/10 e 03 e 06/11.

Idade

13 respostas



Caraterização dos Participantes



Caraterização dos Participantes



Caraterização dos Participantes

Considera o título apresentado em instrumento adequado ao mesmo? Que sugestões apresentaria?

13 respostas

Sim (5)

Adequado (2)

Sim, provavelmente não referia os 6 passos

Parece-me redundante a especificação do número de passos do protocolo, dado ser assumido que um protocolo já é um documento discutido e sintetizado para aplicação eficaz e sucinta. Sugiro apenas Protocolo de Abordagem da Alimentação em Fim de Vida

Sim.

Considero adequado - directo e esclarecedor.

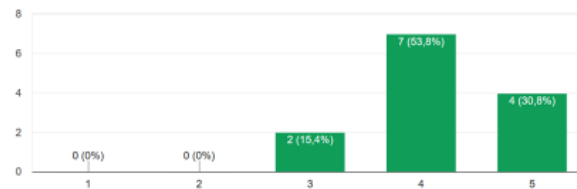
Considero o título adequado. Questiono só se será mesmo necessário colocar "de 6 passos" ou se poderia ficar "Protocolo na abordagem da alimentação em fim de vida"

sim

Protocolo de 6 Passos - Título

A estrutura deste documento é facilitadora da sua utilização?

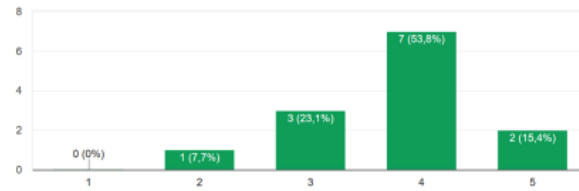
13 respostas



Protocolo de 6 Passos - Estrutura

A imagem gráfica deste instrumento parece-lhe organizada?

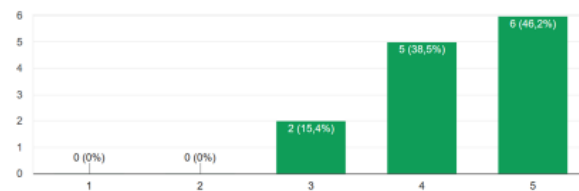
13 respostas



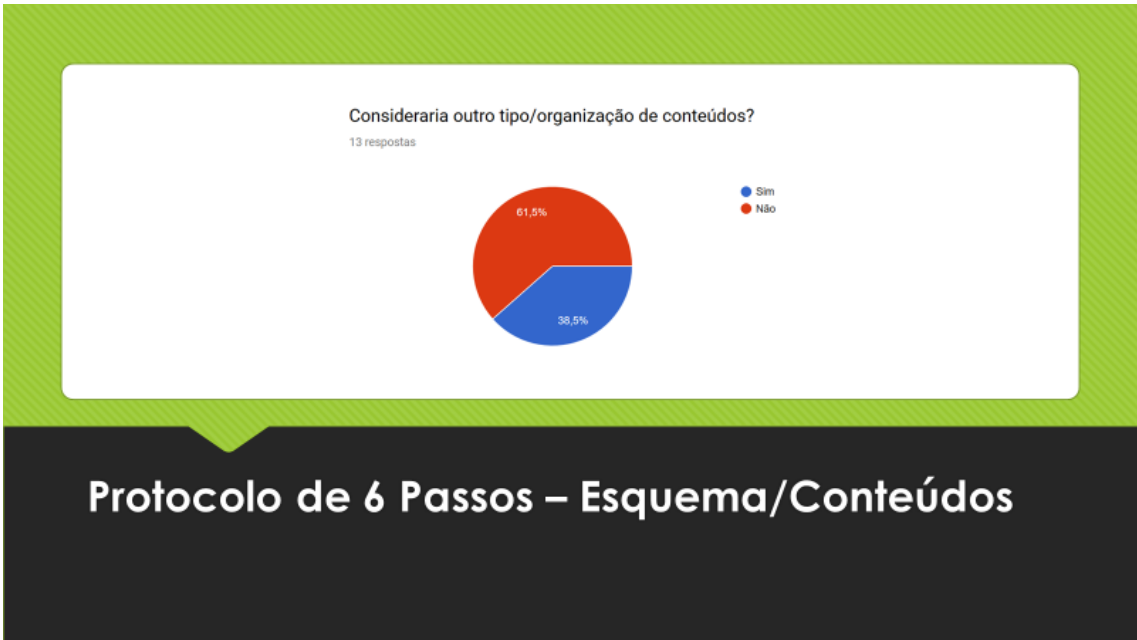
Protocolo de 6 Passos - Estrutura

Existe uma linha condutora de utilização perceptível?

13 respostas



Protocolo de 6 Passos - Estrutura



Se respondeu "Sim", indique-nos as suas sugestões, por favor.

6 respostas

Sugeria a utilização de colunas mais definidas, por vezes perdi-me nos tracejados das múltiplas setas direcionais. Por exemplo efetuar todo o algoritmo e no final colocar em caixa de texto com referência as questões mais extensas do passo Conhecimento por exemplo

De certa forma, baralha um pouco o leitor menos conhecedor desta fase da vida. Simplificar um pouco mais o algoritmo?

Considero que a organização dos conteúdos não é imediatamente perceptível, carece de alguma atenção e reflexão sobre os conteúdos. Se, eventualmente, a organização fosse mais simplificada poderia torná-lo numa ferramenta mais intuitiva de usar

Dar francamente mais relevância ao ponto 3 > fornece ideias muito práticas e úteis.

O instrumento é para consulta ou também para estar exposto? Se for para estar exposto, considero que os conteúdos subjacentes ao passo 'conhecimento' se encontram com letra demasiado pequena e com informação bastante densa.

Parece-me que não era necessário outra organização nos conteúdos, mas antes uma melhoria no grafismo.

Protocolo de 6 Passos - Estrutura

Qual o seu parecer/sugestões sobre o esquema apresentado em Protocolo?

13 respostas

Bom planeamento de fácil percepção

Concordo

Adequado

É muito importantes na comunicação que podem conduzir à capacitação

Esquema claro e compreensível. Aumentar o tamanho da letra da parte inferior.

Por exemplo o esquema de cores repetir-se ao passo Empatia pode sugerir que estamos a dividir o protocolo em dois segmentos diferentes. Sugestão de numerar os passos caso não seja possível alterar o esquema de cores. Relativamente ao conteúdo talvez faria sentido a colocação em cada um dos passos de uma questão exemplo a colocar em cada um.

Adequado.

Um pouco confuso. Muito completo com associação entre estratégias de comunicação e de nutrição?

Tal como referido anteriormente, se fosse mais simplificado, considero que seria mais perceptível a sua interpretação e constituir-se-ia de um instrumento mais intuitivo

Sem sugestões major > Parece-me pertinente não só para trabalhar doentes mas talvez sobretudo famílias. Adequado a vários contextos, oncológicos e não oncológicos.

Considero interessante usar o protocolo de Buckman para se realizar uma abordagem da temática da alimentação em fim de vida. Considero que está perceptível e que a forma esquemática de apresentação facilita a sua consulta. Contudo, e isto é apenas algo para reflexão, deixo uma questão provocatória: o SPWES por vezes corre o risco de ser limitado por parecer estar muito direccionado para situações de consulta/conferências familiares. Os enfermeiros são, muitas vezes, confrontados com estas perguntas por parte do utente/família durante um turno, sem que haja oportunidade de planeamento. No entanto, creio que é uma boa forma de se abordar esta temática da alimentação em fim de vida, que se pode tornar melindrosa também para os profissionais de saúde.

Parece bem organizado, fácil de seguir e com uma linguagem perceptível

Bem

Protocolo de 6 Passos – Esquema/Conteúdos

Qual o seu parecer/sugestões sobre a etapa "Setting/Ambiente"?

13 respostas

Adequado (2)

Dá a conhecer a importância do ambiente na alimentação, importante

Concordo

Exencial a presença do elemento que vai promover a alimentação

Incluir família/ pessoa referência

Completo, não adicionaria informação

Adequado.

Parece-me adequado

Sem sugestões major. Eventualmente sugerir um "limming" adequado como parte do ambiente.

Creio que, dependendo da situação do utente, é importante avaliar se a pessoa quer envolver pessoas significativas no momento.

Acho que engloba os factores principais

Bem

Protocolo de 6 Passos - Estrutura

Qual o seu parecer/sugestões sobre a etapa "Perception/Perceção"?

13 respostas

- Adequado (2)
- Por vezes algum desinteresse do doente/família na importância da nutrição, importa chamar atenção dessa importância
- Concordo
- Importa perceber o quanto o doente e família valorizam a alimentação
- Parece-me claro
- Completo também
- Não é muito visível de quem é a percepção exigid. Não esquecer a a percepção da família
- Parece-me adequado
- De momento sem sugestões relevantes.
- Considero adequado. Para gestão de espaço creio que se poderia colocar algo como "validação das expectativas utente/família" em vez de "informação real vs expectativas utente/família"
- Acho que engloba os factores principais
- Bem

Protocolo de 6 Passos – Esquema/Conteúdos

Qual o seu parecer/sugestões sobre a etapa "Invitation/Convite"?

13 respostas

- Adequado (3)
- Concordo
- Referir utente e cuidador
- Sem sugestões
- Nada mais a explorar
- Devia ser mais sedutor. Num doente com anorexia e outros sintomas pode ser necessário negociar
- Parece-me adequado
- De momento sem sugestões relevantes, eventualmente sugerir apoio na comunicação com a família.
- Parece-me adequado!
- Acho que engloba os factores principais
- Bem

Protocolo de 6 Passos - Estrutura

Qual o seu parecer/sugestões sobre a etapa "Knowledge/Conhecimento"?
13 respostas

Adequado (2)

"informação faseada" o que pretende nesta opção?

Concordo

Importa saber Medos???

Sem sugestões

As questões colocadas são essenciais mas muito extensas para colocar no centro do processo, colocaria no final ou como documento anexo ao protocolo

Não percebi muito bem esta etapa. É o conhecimento do que o doente gosta e quer ou do que se vai passar no futuro?

Parece-me adequado

Sugestão menor, não utilizar o Não Linguagem Científica e talvez Não Linguagem Não Acessível (científico não é necessariamente sinónimo de Inatingível).

o que se pretende com "valorizar a hidratação"? creio que este item come o risco de se tornar muito vago. Considera-se a ingestão em si? Ou encontra-se englobado a hidratação à mucosa oral em si e as estratégias de conforto para alívio da xerostomia?

Acho que engloba os factores principais

Ao analisar as intervenções nutricionais propostas, efetivamente não estou muito de acordo visto existir o problema das generalizações. Por exemplo, no caso de obstrução por oclusão maligna, a ingestão aumentada de fibras pode aumentar o desconforto do doente. O mesmo acontece com as dietas hipolipídicas no caso de náuseas/vómitos, é verdade que em teoria serão mais adequadas, mas isto não é regra e os doentes têm tolerâncias diferentes. Talvez se fosse acrescentada uma advertência a explicar cada doente deve ser aconselhado de forma individualizada, pudesse minimizar esta questão.

Protocolo de 6 Passos – Esquema/Conteúdos

Qual o seu parecer/sugestões sobre a etapa "Empathy/Empatia"?
13 respostas

Adequado (2)

Fundamental para o sucesso dos aconselhamentos nesta area

Concordo

ótimo

Sem sugestões

Completo

Excelente e obrigatória para esta missão

Parece-me adequado

De momento sem sugestões relevantes.

Parece-me muito adequado!

Acho que engloba os factores principais

Bem

Protocolo de 6 Passos – Esquema/Conteúdos

Qual o seu parecer/sugestões sobre a etapa "Strategy/Estratégia"?

13 respostas

- Adequado (3)
- Concordo
- ótimo
- Sem sugestões
- Parece-me completo também
- Foram pensadas todas as hipótese? e os doentes que não têm capacidade de tomar decisões?
- Parece-me adequado
- Sugerir reavaliação da conversa / eventual necessidade de reforçar e repetir, tão frequente.
- Parece-me adequado!
- Acho que engloba os factores principais
- Bem

Protocolo de 6 Passos - Esquema/Conteúdo

Qual o seu parecer/sugestões sobre os apontamentos de "não" a vermelho?

13 respostas

- De cor concord, realce da negatividade. Um pequeno reparo, o que quer dizer com "assumir ideias pelo utente"
- Concordo
- Deve ser mais perceptível que são os comportamentos a não ser tomados. Fica um pouco confuso se não for devidamente identificado.
- Ajudam a definir estratégias
- Parece claro
- Sinto um pouco em choque com a cores definidas para o restante documento, amarelo talvez por ser cor contrastante com azul
- Adequado
- Porque não?
- Parece-me adequado
- Sugestão: minuc não utilizar o Não Linguagem Científica (talvez Não Linguagem Não Acessível?) (penso que científico não é necessariamente sinónimo de inatingível).
- Parece-me adequado!
- Assumir ideias pelo doente: percebo o que está implícito mas a linguagem não me parece muito clara.
- Bem, embora no conjunto, o grafismo está a meu ver algo confuso.

Protocolo de 6 Passos – Esquema/Conteúdos

APÊNDICE VIII:

Protocolo de Abordagem da Alimentação em Fim de Vida

Protocolo de Abordagem da Alimentação em Fim de Vida



A. Setting/Ambiente

Discurso Privacidade Antecipar interrupções Envolver elementos significativos Criar relação: tom, toque, expressão

B. Perception/Perceção

Perceção do conhecimento prévio do utente/família Escuta ativa Informação real vs expetativas utente/família

Avaliação das Dimensões: psicológica, espiritual, social, cultural, valores, religião, crenças e estilos de vida

- **Avaliação do conhecimento do utente/família:** qual o conhecimento prévio sobre a alimentação? / quais as preferências quanto à sua alimentação? / qual o significado da alimentação?

De que modo percebe(m) a possibilidade de compromisso futuro do comer e beber?

C. Invitation/Convite

O que utente/família pretende saber

Disponibilidade para discutir opções de nutrição

D. Knowledge/Conhecimento

Conhecimento existente Linguagem Limitações Informação por etapas

- Evidenciar, se aplicável, à fase de vida do utente, a indicação da alimentação;
- Informar quanto às necessidades nutricionais do utente;
- Valorizar a hidratação do utente;
- Explorar a perceção do utente/família quanto à utilização de meios artificiais de nutrição?;
- Esclarecer os benefícios e prejuízos de meios artificiais de nutrição – SNG, PEG e alimentação parentérica – e sua indicação.

E. Emotions/Emoções

Compreender vivência emocional e social da alimentação Comportamento verbal/não verbal Validar sofrimento Escuta ativa

F. Strategy/Estratégia

Apresentação e validação de plano de cuidados/tratamento Incentivar a participação na tomada de decisão ou identificar o elemento decisor Esclarecer questões / reforçar informação / o que pode ser esperado?

Intervenções: adequar o ambiente: luz, som, T^oc e odor; se disfagia/odinofagia – privilegiar alimentos pastosos, frios ou mornos, recurso a espessante; se náuseas/vómitos – fracionar refeições, frias ou mornas, hipolípídicas; se obstipação: > líquidos e fibras; laxantes; promover a segurança do utente; posicionamento aquando da refeição; gestão terapêutica; se recusa alimentar, compreender o que a motiva e agir nessa causa; se causa física, validar o conhecimento e contextualizar o compromisso físico.

- Aconselhamento de utente/família de forma individualizada.

Crítérios para o processo de tomada de decisão em Nutrição Artificial

Sintomas / Problemas (1,3,4,5):

Avaliação de sintomas: sintomas gastrointestinais, emese, náusea, diarreia e/ou dispnéia.
Problemas inerentes: risco aumentado de infeção, pneumonia de aspiração, problemas associados à remoção de sonda nasogástrica e necessidade de contenção física.

Significado (1,3,4,7):

Significado da alimentação para o utente e para a família: alimentação pode ser momento de reunião familiar e tende a ser considerada cuidado básico, associado à manutenção da vida.

Prognóstico⁽⁴⁾:

Recurso a instrumentos preditivos de sobrevivência como: a estimativa do clínico (ECS), a Palliative Performance Scale (PPS), o Palliative Prognostic Index (PPI) e o Palliative Prognostic Score (Pa).

Vivência emocional (1,3,4):

A vivência dos momentos de refeição, a consideração do prazer de comer, vivência familiar e, por vezes, último elemento de controlo face às alterações motivadas pela doença.

Evitar

Ambiente desadequado

Pressupor ideias

Precipitar discurso

Usar linguagem não acessível

Ignorar o conhecimento prévio

Eliminar a esperança

Referências Bibliográficas: 1. AVES, Paula – Intervenção de Enfermeira que Cuida do Paciente em Fim de Vida com Abordagem da Comida e Beber. *Bol. Inf. Saúde*, Vol. 17, n.º 1 (2012), p. 17-20; 2. SAUS, Wolf (et al.) – Six-Step Protocol for Delineating Best Nurse Application to the Patient with Cancer. *Diagnosic*, Vol. 5, n.º 1 (2000), p. 202-211; 3. RYAN, D. (et al.) – Decision-making about artificial feeding in end-of-life care: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 2009, Vol. 63(1), pp.1-6; 4. HOWES, Susan. Importance of nutrition in palliative care of patients with chronic illness. *Journal of Palliative Care*, 2010, Vol.25 (1), pp.56-5; 5. CASARETTO, David (et al.) – Appropriate Use of Artificial Nutrition. *Journal of Palliative Care*, 2010, Vol.25 (1), pp.1-6; 6. HOWES, Susan. Importance of nutrition in palliative care of patients with chronic illness. *Journal of Palliative Care*, 2010, Vol.25 (1), pp.56-5; 7. TORRES, Rita. Acolheita terapêutica em fim de vida – validação de questionário de qualidade de vida em relação de sobrevivência de doentes oncológicos de um hospital carente a universidade portuguesa (dissertação). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010; 8. VAN DER SLEPE, Fransje (et al.) – Palliative care professionals' perceptions of nutrition and hydration at the end of a patient's life. *Journal of Palliative Care*, 2009, Vol.14 (2), p.145-151; 9. BARBOSA, António (et al.) – *Manual de Cuidados Paliativos*. 2ª edição. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2016. ISBN 9789723463379.

APÊNDICE IX:

Plano de Sessão e Apresentação em Estágio EIHSCP – “Os critérios de Avaliação da pessoa em fim de vida a considerar na tomada de decisão do enfermeiro quanto à Nutrição Artificial”

PLANO DE SESSÃO

SERVIÇO DE

Designação da Ação de Formação: *Os Critérios de Avaliação da pessoa em fim de vida a considerar na tomada de decisão do Enfermeiro quanto à Nutrição Artificial*

Objetivos:

Que os enfermeiros sejam capazes de:

- Descrever o conceito de Cuidados Paliativos;
- Orientar os cuidados ao utente com necessidades de comer e beber comprometidas;

Competências a adquirir/desenvolver/integrar:

- Definir cuidados paliativos;
- Distinguir o conceito de nutrição artificial;
- Enunciar as etapas da tomada de decisão em nutrição artificial junto da pessoa em fim de vida;
- Identificar os critérios de avaliação da pessoa em fim de vida a considerar na tomada de decisão quanto à nutrição artificial.

Destinatários (Grupo: Profissional, Nº por Ação): Enfermeiros – máximo de 10 enfermeiros por ação

Tempo estimado Sessão: 15 minutos

Equipa pedagógica: Enfermeira Tânia Afonso

Coordenação: Professora orientadora e Enfermeira orientadora

Método(s)/Meio(s) Pedagógicos: Método Expositivo, Interrogativo e Ativo privilegiando a interação com os formandos e explorando situações de prestações de cuidados reais / sala, computador portátil, folhas e canetas.

Tipo de Avaliação (Quantitativa ou Qualitativa): Qualitativa

Data(s):

Horário:

Local:

ETAPAS	ACTIVIDADES DIDÁCTICAS	MÉTODOS E TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	EQUIPAMENTOS/MEIOS DIDÁCTICOS	AVALIAÇÃO	TEMPO
INTRODUÇÃO	Acolhimento	<u>Método Expositivo</u> Técnica da Lição	<i>Microsoft PowerPoint</i> (slide nº1) <i>Datashow</i> Computador Portátil		10 seg.
	Sumário / Comunicação de Objetivos	<u>Método Expositivo</u> Técnica da Lição	<i>Microsoft PowerPoint</i> (slide nº2) <i>Datashow</i> Computador Portátil		20 seg.
	Verificação de Pré-Requisitos	<u>Método Interrogativo</u> Técnica das Perguntas	<i>Microsoft PowerPoint</i> (slide nº3) <i>Datashow</i> Computador Portátil	Avaliação Inicial ou Diagnóstica	10 seg.
DESENVOLVIMENTO	Conteúdo: "Critérios de Avaliação da pessoa em fim de vida quanto a Nutrição Artificial"	<u>Método Expositivo</u> Técnica da Lição <u>Método Interrogativo</u> Técnica das Perguntas	<i>Microsoft PowerPoint</i> (slide nº4-5) <i>Datashow</i> Computador Portátil		3 min.
	Atividade – Apresentação de Resultados de Revisão Integrativa da Literatura	<u>Método Ativo</u> Técnica de Estudo de Caso <u>Método Interrogativo</u> Técnica das Perguntas	<i>Microsoft PowerPoint</i> (slide nº6-8) <i>Datashow</i> Computador Portátil Folhas, canetas	Avaliação Formativa	10 min.

CONCLUSÃO	Avaliação (Síntese – questões)	<u>Método Interrogativo</u> Técnica das Perguntas	<i>Microsoft PowerPoint (slide nº9-10)</i> <i>Datashow</i> Computador Portátil Folhas	Avaliação Sumativa	30 seg.
	Conclusão e Encerramento da Sessão	<u>Método Expositivo</u> Técnica da Lição <u>Método Interrogativo</u> Técnica das Perguntas	<i>Microsoft PowerPoint (slide nº10)</i> <i>Datashow</i> Computador Portátil		1 min.
	Referências Bibliográficas	<u>Método Expositivo</u> Técnica da Lição	<i>Microsoft PowerPoint (slide nº11-12)</i> <i>Datashow</i> Computador Portátil		10 seg.

Os critérios de Avaliação da pessoa em fim de vida a considerar na tomada de decisão do enfermeiro quanto à Nutrição Artificial



Tânia dos Santos Afonso¹, Filipa Veludo² e Patricia Pontifice Sousa³

¹ Enfermeira, Mestranda em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde

² Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Mestre em Ciências da Educação, Assistente de 2º Triénio em Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa, Portugal

³ Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Doutorada em Enfermagem, Professora Auxiliar em Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa, Portugal

10 out, 2017

2

SUMÁRIO

- **Introdução**
- **Objetivos de estudo**
- **Material e método**
- **Resultados**
- **Conclusões**
- **Bibliografia**

3 INTRODUÇÃO

- À situação de doença avançada e incurável associam-se diversas alterações fisiológicas (Alves, 2013);
- A alimentação tem uma componente psicológica, social, emocional, espiritual, cultural, mais do que fisiológica (Alves, 2013; Antoun, 2006; Pinto, 2012);
- A complexidade desta temática junto da pessoa em fim de vida;
- A ponderar a introdução, não introdução ou suspensão de meios de nutrição artificial;
- Quais os critérios de avaliação da pessoa em fim de vida, na tomada de decisão do enfermeiro em iniciar ou não iniciar ou suspender a nutrição artificial?

ALVES, Patricia - Intervenção do Enfermeiro que Cuida da Pessoa em Fim de Vida, com Alterações do Comer e Beber. *Revista Enfermagem*. Vol. 17, n.º 1 (2013), p. 17-30; ANTOUN, Samir; MERAD, Malissouma; GABOLDE, Martine - Artificial nutrition at the end of life is it justified? *European Journal of Palliative Care*. Vol. 13, n.º 5 (2006), p. 194-197; RINTO, Fernando - A alimentação em fim de vida, opinião dos enfermeiros [dissertação]. Porto: Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, 2012.

4

OBJETIVOS DE ESTUDO

Conhecer o que a evidência científica apresenta quanto aos critérios de avaliação da pessoa em fim de vida, a considerar na tomada de decisão do enfermeiro, em iniciar ou não iniciar ou suspender a nutrição artificial

5 MATERIAL E MÉTODO

Estudo – revisão integrativa da literatura

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
População	Profissionais de saúde que prestem cuidados à pessoa adulta/idosa em fim de vida.	A participação de outros profissionais de saúde, que não apenas enfermeiros.
Intervenção	Estudo da intervenção do enfermeiro nos cuidados associados à nutrição da pessoa em fim de vida.	
Horizonte Temporal	Entre 2000 e 2017.	Estudos anteriores a 2000.
Resultados	Crítérios a considerar na tomada de decisão do enfermeiro sobre a instituição, não instituição ou suspensão da nutrição artificial.	Sem referência aos critérios a considerar na tomada de decisão.
Desenhos dos Estudos	Sem limitação de paradigma.	Ausência de estudo empírico.
Língua	Francês, Espanhol, Inglês e Português.	Outra língua, à exceção de Francês, Espanhol, Inglês e Português.

Figura 1 – Critérios de elegibilidade

6 RESULTADOS

- Quais os critérios de avaliação da pessoa em fim de vida, na tomada de decisão do enfermeiro em iniciar ou não iniciar ou suspender a nutrição artificial ?
 - É a nutrição artificial um cuidado básico ou uma intervenção médica?
 - As respostas não são unânimes e dificultam o trabalho das equipas;
 - Escassa evidência científica.
- A nutrição artificial é aceite como intervenção médica, mas a sua abordagem deverá sempre ser decidida em equipa interdisciplinar (Stiles, 2013).

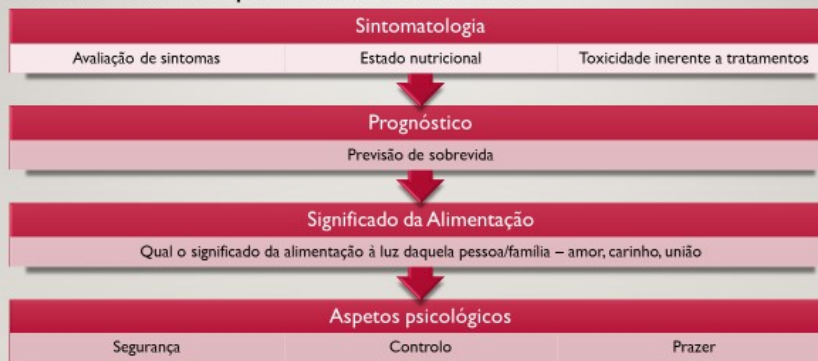
7 RESULTADOS

- **Tomada de decisão** quanto à introdução, não introdução ou suspensão da nutrição artificial pressupõe:
 - a existência de uma indicação clínica/tratamento;
 - fazer parte da definição de um objetivo terapêutico a ser atingido;
 - consideração pelos princípios éticos – autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (Bryon, 2008; Druml et al., 2016; Holmes (c), 2010; Holmes, 2011);
 - a existência do consentimento informado por parte da pessoa em fim de vida (Druml et al., 2016).

BRYON, Ely (et al.) – Decision making about artificial feeding in end-of-life care: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 54(4), n. 1, 2008, pp. 1-14; DRUML, Christine (et al.) – ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clinical Nutrition*, 35(1), p. 1-12; HOLMES, Susan – Principles of nutrition in the palliation of long-term conditions. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(1), n. 5, 2011, pp. 217-222; HOLMES, Susan (c) – Withholding or withdrawing nutrition at the end of life. *Nursing Standard*, 15(8), n. 17, 2010, pp. 40-42.

8 RESULTADOS

- **Crerios a considerar no processo de tomada de decisão**



BRYON, Ely (et al.) – Decision making about artificial feeding in end-of-life care: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 54(4), n. 1, 2008, pp. 1-14; DRUML, Christine (et al.) – ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clinical Nutrition*, 35(1), p. 1-12; HOLMES, Susan – Principles of nutrition in the palliation of long-term conditions. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(1), n. 5, 2011, pp. 217-222; HOLMES, Susan (c) – Withholding or withdrawing nutrition at the end of life. *Nursing Standard*, 15(8), n. 17, 2010, pp. 40-42.

CONCLUSÕES

- Integração da pessoa/família nas tomadas de decisão;
- Intervenção de equipa interdisciplinar;
- Plano avançado de cuidados;
- Respostas obtidas confirmam a relação proporcional entre, qualidade dos cuidados e garantia de autonomia e conforto da pessoa;
- Intervenção do enfermeiro essencial na tomada de decisão quanto à introdução, não introdução ou suspensão de nutrição artificial;
- A adequada intervenção pressupõe a redução da obstinação terapêutica.

Pensar o outro

ALIMENTAÇÃO
EM FIM DE
VIDA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, Patrícia – Intervenção do Enfermeiro que Cuida da Pessoa em Fim de Vida com Alterações do Comer e Beber. Pensar Enfermagem. Vol 17, n.º1 (2013), p. 17-30.
- ANTOUN, Sami; MERAD, Mansouriah; GABOLDE, Martine - Artificial nutrition at the end of life: is it justified? European Journal of Palliative Care. Vol 13, n.º5 (2006), p. 194-197.
- BRYON, Els [et al.] – Decision-making about artificial feeding in end-of-life care: literature review. Journal of Advanced Nursing. Vol.63, n.º1 (2008), p.2-14.
- DRUML, Christiane [et al.] – ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. Clinical Nutrition. 2016, p.1-12.
- HOLMES, Susan – Principles of nutrition in the palliation of long-term conditions. International Journal of Palliative Nursing. Vol.17, n.º5 (2011), p.217-222.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- HOLMES, Susan (c) – Withholding or withdrawing nutrition at the end of life. Nursing Standard. Vol.25, n.º14 (2010), p.43-46.
- GABOLDE, Martine - Artificial nutrition at the end of life: is it justified? European Journal of Palliative Care. Vol 13, n.º5 (2006), p. 194-197;
- PINTO, Fernando - A alimentação em final de vida: a opinião dos enfermeiros [dissertação]. Porto: Faculdade de Medicina Universidade do Porto, 2012.
- STILES, Ella – Providing artificial nutrition and hydration in palliative care. Nursing Standard. Vol 27, n.º 20 (2013), p.35-42.

APÊNDICE X:

Plano de Sessão e Apresentação em Estágio UCI – “Os critérios de Avaliação da pessoa em fim de vida a considerar na tomada de decisão do enfermeiro quanto à Nutrição Artificial”

PLANO DE SESSÃO

SERVIÇO DE

Designação da Ação de Formação: *Os Critérios de Avaliação da pessoa em fim de vida a considerar na tomada de decisão do Enfermeiro quanto à Nutrição Artificial*

Objetivos:

Que os enfermeiros sejam capazes de:

- Descrever o conceito de Cuidados Paliativos;
- Orientar os cuidados ao utente com necessidades de comer e beber comprometidas;

Competências a adquirir/desenvolver/integrar:

- Definir cuidados paliativos;
- Distinguir o conceito de nutrição artificial;
- Enunciar as etapas da tomada de decisão em nutrição artificial junto da pessoa em fim de vida;
- Identificar os critérios de avaliação da pessoa em fim de vida a considerar na tomada de decisão quanto à nutrição artificial.

Destinatários (Grupo: Profissional, Nº por Ação): Enfermeiros – máximo de 10 enfermeiros por ação

Tempo estimado Sessão: 15 minutos

Equipa pedagógica: Enfermeira Tânia Afonso

Coordenação: Professora orientadora e Enfermeira orientadora

Método(s)/Meio(s) Pedagógicos: Método Expositivo, Interrogativo e Ativo privilegiando a interação com os formandos e explorando situações de prestações de cuidados reais / sala, computador portátil, folhas e canetas.

Tipo de Avaliação (Quantitativa ou Qualitativa): Qualitativa

Data(s):

Horário:

Local:

ETAPAS	ACTIVIDADES DIDÁCTICAS	MÉTODOS E TÉCNICAS PEDAGÓGICAS	EQUIPAMENTOS/MEIOS DIDÁCTICOS	AVALIAÇÃO	TEMPO
INTRODUÇÃO	Acolhimento	<u>Método Expositivo</u> Técnica da Lição	<i>Microsoft PowerPoint</i> (slide nº1) <i>Datashow</i> Computador Portátil		10 seg.
	Sumário / Comunicação de Objetivos	<u>Método Expositivo</u> Técnica da Lição	<i>Microsoft PowerPoint</i> (slide nº2) <i>Datashow</i> Computador Portátil		20 seg.
	Verificação de Pré-Requisitos	<u>Método Interrogativo</u> Técnica das Perguntas	<i>Microsoft PowerPoint</i> (slide nº3) <i>Datashow</i> Computador Portátil	Avaliação Inicial ou Diagnóstica	10 seg.
DESENVOLVIMENTO	Conteúdo: "Critérios de Avaliação da pessoa em fim de vida quanto a Nutrição Artificial"	<u>Método Expositivo</u> Técnica da Lição <u>Método Interrogativo</u> Técnica das Perguntas	<i>Microsoft PowerPoint</i> (slide nº4-5) <i>Datashow</i> Computador Portátil		3 min.
	Atividade – Apresentação de Resultados de Revisão Integrativa da Literatura	<u>Método Ativo</u> Técnica de Estudo de Caso <u>Método Interrogativo</u> Técnica das Perguntas	<i>Microsoft PowerPoint</i> (slide nº6-12) <i>Datashow</i> Computador Portátil Folhas, canetas	Avaliação Formativa	10 min.

CONCLUSÃO	Avaliação (Síntese – questões)	<u>Método Interrogativo</u> Técnica das Perguntas	<i>Microsoft PowerPoint (slide nº13)</i> <i>Datashow</i> Computador Portátil Folhas	Avaliação Sumativa	30 seg.
	Conclusão e Encerramento da Sessão	<u>Método Expositivo</u> Técnica da Lição <u>Método Interrogativo</u> Técnica das Perguntas	<i>Microsoft PowerPoint (slide nº13)</i> <i>Datashow</i> Computador Portátil		1 min.
	Referências Bibliográficas	<u>Método Expositivo</u> Técnica da Lição	<i>Microsoft PowerPoint (slide nº14)</i> <i>Datashow</i> Computador Portátil		10 seg.

Os Critérios de Avaliação da pessoa em fim de vida a considerar na tomada de decisão do Enfermeiro quanto à Nutrição Artificial

Tânia dos Santos Afonso¹, Filipa Veludo² e Patrícia Pontífice Sousa³

¹ Enfermeira, Mestranda em Enfermagem pela Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde

² Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Mestre em Ciências da Educação, Assistente de 2º Triénio em Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa, Portugal

³ Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Doutorada em Enfermagem, Professora Auxiliar em Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa, Portugal

4 e 14 dez, 2017

SUMÁRIO

- Introdução
- Objetivos de estudo
- Material e método
- Resultados
- Conclusões
- Bibliografia

2

INTRODUÇÃO

- À situação de doença avançada e incurável associam-se diversas alterações fisiológicas (Alves, 2013);
- A alimentação tem uma componente psicológica, social, emocional, espiritual, cultural, mais do que fisiológica (Alves, 2013; Antoun, 2006; Pinto, 2012);
- A complexidade desta temática junto da pessoa em fim de vida;
- A ponderar a introdução, não introdução ou suspensão de meios de nutrição artificial;
- Quais os critérios de avaliação da pessoa em fim de vida, na tomada de decisão do enfermeiro em iniciar ou não iniciar ou suspender a nutrição artificial?

ALVES, Patrício – Intervenção do Enfermeiro que Cuida da Pessoa em Fim de Vida com Alterações do Comer e Beber. *Pensar Enfermagem*, Vol. 12, n.º 4, (2013), p. 27-30; ANTOUN, Sami, MERAD, Mansourah, GABOLDE, Martine – Artificial nutrition at the end of life: is it justified? *European Journal of Palliative Care*, Vol. 13, n.º 5, (2006), p. 384-387; PINTO, Fernando – A alimentação em fim de vida: a opinião dos enfermeiros [dissertação]. Porto: Faculdade de Medicina Universidade do Porto, 2012.

3

OBJETIVOS DE ESTUDO

Conhecer o que a evidência científica apresenta quanto aos critérios de avaliação da pessoa em fim de vida, a considerar na tomada de decisão do enfermeiro, em iniciar ou não iniciar ou suspender a nutrição artificial

4

MATERIAL E MÉTODO

Estudo – revisão integrativa da literatura

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO
População	Profissionais de saúde que prestem cuidados à pessoa adulta/idosa em fim de vida.	A participação de outros profissionais de saúde, que não apenas enfermeiros.
Intervenção	Estudo da intervenção do enfermeiro nos cuidados associados à nutrição da pessoa em fim de vida.	
Horizonte Temporal	Entre 2000 e 2017.	Estudos anteriores a 2000.
Resultados	Critérios a considerar na tomada de decisão do enfermeiro sobre a instituição, não instituição ou suspensão da nutrição artificial.	Sem referência aos critérios a considerar na tomada de decisão.
Desenhos dos Estudos	Sem limitação de paradigma.	Ausência de estudo empírico.
Língua	Francês, Espanhol, Inglês e Português.	Outra língua, à exceção de Francês, Espanhol, Inglês e Português.

Figura 1 – Critérios de elegibilidade

5

RESULTADOS

- Quais os critérios de avaliação da pessoa em fim de vida, na tomada de decisão do enfermeiro em iniciar ou não iniciar ou suspender a nutrição artificial ?
 - É a nutrição artificial um cuidado básico ou uma intervenção médica?
 - As respostas não são unânimes e dificultam o trabalho das equipas;
 - Escassa evidência científica.
- A nutrição artificial é aceite como intervenção médica, todavia a sua abordagem deverá sempre ser decidida em equipa interdisciplinar (Stiles, 2013).

STILES, Ets – Providing artificial nutrition and hydration in palliative care. *Nursing Standard*. Vol 12, n.º 20 (2013), p.35-42.

6

RESULTADOS

· Tomada de decisão quanto à introdução, não introdução ou suspensão da nutrição artificial pressupõe (Druml et al., 2016):

- a existência de uma indicação clínica/tratamento;
- fazer parte da definição de um objetivo terapêutico a ser atingido;
- consideração pelos princípios éticos – autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (Bryon, 2008; Druml et al., 2016; Holmes (c), 2010; Holmes, 2011);
- a existência do consentimento informado por parte da pessoa em fim de vida.

BRYON, B; [et al.] – Decision-making about artificial feeding in end-of-life care: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. Vol.62, n.4, (2008), p. 7-14; DRUML, Christiane; [et al.] – ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clinical Nutrition*. 2016, p. 312; HOLMES, Susan – Principles of nutrition in the palliation of long-term conditions. *International Journal of Palliative Nursing*. Vol. 27, n.45, (2011), p. 217-222; HOLMES, Susan (C) – Withholding or withdrawing nutrition at the end of life. *Nursing Standards*. Vol.25, n.94, (2010), p. 43-45

7

RESULTADOS

Avaliação de sintomas:
desconforto gastrointestinal,
emese, náusea, diarreia,
dispneia,
Problemas inerentes: risco
aumentado de infecção,
pneumonia de aspiração,
problemas associados à
remoção de sonda
nasogástrica e necessi-
dade de contenção
física.

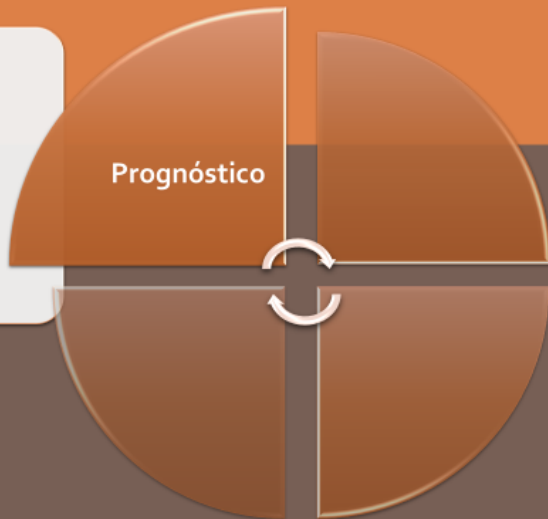
Sintomas /
Problemas

ALVES, Patricia – Intervenção do Enfermeiro que Cuida de Pessoas em Fim de Vida, com Alterações do Comer e Beber. *Pensar: Enfermagem*. 2021, Vol. 17 (1), p. 27-30; BRYON, B; [et al.] – Decision-making about artificial feeding in end-of-life care: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. Vol.62, n.4, (2008), p. 7-14; DRUML, Christiane; [et al.] – ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clinical Nutrition*. 2016, p. 312; HOLMES, Susan – Principles of nutrition in the palliation of long-term conditions. *International Journal of Palliative Nursing*. Vol. 27, n.45, (2011), p. 217-222; HOLMES, Susan (S) – Withholding or withdrawing nutrition at the end of life. *Nursing Standards*. Vol. 25, n.94, (2010), p. 43-45; HOLMES, Susan – Importance of nutrition in palliative care of patients with chronic disease. *Nursing Standard*. 2010, Vol. 24 (1), p. 40-54; TAVARES, Filipa – Acuidade prognóstica em fim de vida – valor preditivo de quatro métodos na estimativa de sobrevivência de doentes oncológicos de um hospital central e universitário português (dissertação). Lisboa: Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa, 2010

8

RESULTADOS

Recurso a instrumentos preditivos de sobrevivência como: a estimativa do clínico (ECS), a Palliative Performance Scale (PPS), o Palliative Prognostic Index (PPI) e o Palliative Prognostic Score (PaP).



ALVES, Patrícia. Intervenção do Enfermeiro que Cuida de Pessoas em Fim de Vida com Alterações do Comer e Beber. *Pain: Enfermagem*, 2021, Vol. 37 (1), p. 27-30. BRYON, Et [et al.] – Decision-making about artificial feeding in end-of-life care: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 65, n. 74 (2008), p. 244. DRUMI, Christiane [et al.] – ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clinical Nutrition*, 2018, p. 4-12. HOLMES, Susan – Principles of nutrition in the palliation of long-term conditions. *International Journal of Palliative Nursing*, Vol. 17, n. 15 (2011), p. 227-232. HOLMES, Susan (s) – Withholding or withdrawing nutrition at the end of life. *Nursing Standard*, Vol. 26, n. 94 (2010), p. 45-48. HOLMES, Susan – Importance of nutrition in palliative care of patients with chronic disease. *Nursing Standard*, 2010, Vol. 25 (1), p. 43-56. TAVARES, Filipa – Acuidade prognóstica em fim de vida – valor preditivo de quatro métodos na estimativa de sobrevivência de doentes oncológicos de um hospital central e universitário português (dissertação). Lisboa: Faculdade de Medicina Universidade de Lisboa, 2010.

RESULTADOS

A vivência dos momentos de refeição, a consideração do prazer de comer, vivência familiar e, por vezes, último elemento de controlo face às alterações motivadas pela doença.



ALVES, Patrícia. Intervenção do Enfermeiro que Cuida de Pessoas em Fim de Vida com Alterações do Comer e Beber. *Pain: Enfermagem*, 2021, Vol. 37 (1), p. 27-30. BRYON, Et [et al.] – Decision-making about artificial feeding in end-of-life care: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 65, n. 74 (2008), p. 244. DRUMI, Christiane [et al.] – ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clinical Nutrition*, 2018, p. 4-12. HOLMES, Susan – Principles of nutrition in the palliation of long-term conditions. *International Journal of Palliative Nursing*, Vol. 17, n. 15 (2011), p. 227-232. HOLMES, Susan (s) – Withholding or withdrawing nutrition at the end of life. *Nursing Standard*, Vol. 26, n. 94 (2010), p. 45-48. HOLMES, Susan – Importance of nutrition in palliative care of patients with chronic disease. *Nursing Standard*, 2010, Vol. 25 (1), p. 43-56. TAVARES, Filipa – Acuidade prognóstica em fim de vida – valor preditivo de quatro métodos na estimativa de sobrevivência de doentes oncológicos de um hospital central e universitário português (dissertação). Lisboa: Faculdade de Medicina Universidade de Lisboa, 2010.

RESULTADOS

Significado

Significado da alimentação para o utente e para a família; alimentação pode ser momento de reunião familiar e tende a ser considerada cuidado básico, associado à manutenção da vida.

ALVES, Patrícia. Intervenção do Enfermeiro que Cuida de Pessoas em Fim de Vida com Alterações do Comer e Beber. *Parceira: Enfermagem*, 2021, Vol. 17 (1), p. 27-30. BRYON, Et [et al.] - Decision-making about artificial feeding in end-of-life care: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 65, n. 76 (2008), p. 244. ORLUMI, Christiane [et al.] - ESPEN guideline: on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clinical Nutrition*, 2018, p. 1-12. HOLMES, Susan - Principles of nutrition in the palliation of long-term conditions. *International Journal of Palliative Nursing*, Vol. 17, n. 15 (2011), p. 227-232. HOLMES, Susan (s) - Withholding or withdrawing nutrition at the end of life. *Nursing Standard*, Vol. 24, n. 94 (2010), p. 45-46. HOLMES, Susan - Importance of nutrition in palliative care of patients with chronic disease. *Nursing Standard*, 2010, Vol. 25 (1), p. 43-56. TAVARES, Filipa - Acuidade prognóstica em fim de vida - valor preditivo de quatro métodos na estimativa de sobrevivência de doentes oncológicos de um hospital central e universitário português (dissertação). Lisboa: Faculdade de Medicina Universidade de Lisboa, 2010.

11

RESULTADOS

Sintomas / Problemas

Prognóstico

Significado

Vivência emocional

ALVES, Patrícia. Intervenção do Enfermeiro que Cuida de Pessoas em Fim de Vida com Alterações do Comer e Beber. *Parceira: Enfermagem*, 2021, Vol. 17 (1), p. 27-30. BRYON, Et [et al.] - Decision-making about artificial feeding in end-of-life care: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 65, n. 76 (2008), p. 244. ORLUMI, Christiane [et al.] - ESPEN guideline: on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Clinical Nutrition*, 2018, p. 1-12. HOLMES, Susan - Principles of nutrition in the palliation of long-term conditions. *International Journal of Palliative Nursing*, Vol. 17, n. 15 (2011), p. 227-232. HOLMES, Susan (s) - Withholding or withdrawing nutrition at the end of life. *Nursing Standard*, Vol. 24, n. 94 (2010), p. 45-46. HOLMES, Susan - Importance of nutrition in palliative care of patients with chronic disease. *Nursing Standard*, 2010, Vol. 25 (1), p. 43-56. TAVARES, Filipa - Acuidade prognóstica em fim de vida - valor preditivo de quatro métodos na estimativa de sobrevivência de doentes oncológicos de um hospital central e universitário português (dissertação). Lisboa: Faculdade de Medicina Universidade de Lisboa, 2010.

12

CONCLUSÕES

- Integração da pessoa/família nas tomadas de decisão;
- Intervenção de equipa interdisciplinar;
- Plano avançado de cuidados;
- Respostas obtidas confirmam a relação proporcional entre, qualidade dos cuidados e garantia de autonomia e conforto da pessoa;
- Intervenção do enfermeiro essencial na tomada de decisão quanto à introdução, não introdução ou suspensão de nutrição artificial;
- A adequada intervenção pressupõe a redução da obstinação terapêutica.

13

Pensar o Outro

Alimentação
em fim de vida

Referências bibliográficas

- ALVES, Patrícia – Intervenção do Enfermeiro que Cuida da Pessoa em Fim de Vida com Alterações do Comer e Beber. Pensar Enfermagem. Vol 17, n.º1 (2013), p. 17-30.
- ANTOUN, Sami; MERAD, Mansouriah; GABOLDE, Martine - Artificial nutrition at the end of life: is it justified? European Journal of Palliative Care. Vol 13, n.º5 (2006), p. 194-197.
- BRYON, Els [et al.] – Decision-making about artificial feeding in end-of-life care: literature review. Journal of Advanced Nursing. Vol. 63, n.º1 (2008), p. 2-14.
- CASARETT, David [et al.] - Appropriate Use of Artificial Nutrition and Hydration – Fundamental Principles and Recommendations. The New England Journal of Medicine. 2005, Vol. 353 (24), p. 2607-2612;
- DRUML, Christiane [et al.] – ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. Clinical Nutrition 2016, p. 1-12.
- HOLMES, Susan – Principles of nutrition in the palliation of long-term conditions. International Journal of Palliative Nursing. Vol 17, n.º5 (2011), p. 217-222.

15

Referências bibliográficas

- HOLMES, Susan (c) – Withholding or withdrawing nutrition at the end of life. Nursing Standard. Vol 25, n.º14 (2010), p. 43-46.
- GABOLDE, Martine - Artificial nutrition at the end of life: is it justified? European Journal of Palliative Care. Vol 13, n.º5 (2006), p. 194-197;
- PINTO, Fernando - A alimentação em final de vida: a opinião dos enfermeiros [dissertação]. Porto: Faculdade de Medicina Universidade do Porto, 2012.
- STILES, Ella – Providing artificial nutrition and hydration in palliative care. Nursing Standard. Vol 27, n.º 20 (2013), p. 35-42;
- TAVARES, Filipa - Acuidade prognóstica em fim de vida – valor preditivo de quatro métodos na estimativa de sobrevivência de doentes oncológicos de um hospital central e universitário português [dissertação]. Lisboa: Faculdade de Medicina Universidade de Lisboa, 2010.

16

APÊNDICE XI:

Póster informativo “Os critérios de Avaliação da pessoa em fim de Vida a considerar na tomada de decisão do enfermeiro quanto à Nutrição Artificial”

Os Critérios de Avaliação do utente em fim de vida a considerar na tomada de decisão do enfermeiro quanto à Nutrição Artificial

Introdução

A nutrição artificial (NA) em fim de vida (fdv) é assumida enquanto **intervenção médica**, todavia para uma larga percentagem de utentes e famílias é considerada enquanto **cuidado básico**⁽¹⁾. Pensando a pessoa em fim de vida, como a "(...) que apresenta doença avançada, incurável e evolutiva, (...) sobreviva esperada entre 3-6 meses."⁽²⁾, reflete-se, frequentemente, sobre um conjunto de questões relativas à introdução, não introdução ou suspensão de meios de nutrição artificial. É esta uma discussão controversa, com questionamento sobre a qualidade de vida que será proporcionada em aplicação de um destes meios e, simultaneamente, questionamento ético⁽³⁾. Evidencia-se a importância da compreensão do utente/família no seu todo, o que motiva a premente intervenção do enfermeiro na tomada de decisão quanto à nutrição artificial.

Descritores: enfermagem, nutrição artificial, obstinação terapêutica, revisão integrativa

Objetivo

Conhecer o que a evidência científica apresenta quanto aos critérios de avaliação da pessoa em fim de vida, a considerar na tomada de decisão do enfermeiro, em iniciar ou não iniciar ou suspender a nutrição artificial.

Materiais e métodos

Revisão Integrativa de Literatura (orientações PRISMA⁽⁴⁾)

Descritores: Nurs* AND (nutrition OR artificial nutrition OR feeding OR eating OR enteral nutrition OR enteral feeding OR tube feeding OR feeding tube OR parental nutrition OR nutritional status OR nutritional therapy OR nutritional assessment OR nutrition disorders) AND (palliative care OR terminal care OR palliative OR palliative nursing OR end of life OR therapeutic obstinacy).

Bases de Dados: Academic Search Complete, Complementary Index, CINAHL Plus with Full Text®, Psychology and Behavioral Sciences Collection, ScieELO, MEDLINE®, Directory of Open Access Journals, Supplemental Index, ScienceDirect, Education Source, Business Source Complete e MedicaLatina.

Critérios de Seleção	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
População	Enfermeiros que prestem cuidados à pessoa adulta/diosa em fim de vida.	Enfermeiros que prestem cuidados a crianças.
Intervenção	Intervenção do enfermeiro nos cuidados associados à alimentação da pessoa em fim de vida.	
Resultados	Critérios a considerar na tomada de decisão do enfermeiro sobre a instituição, não instituição ou suspensão da nutrição artificial.	Sem referência aos critérios a considerar na tomada de decisão.
Horizonte Temporal	Entre 2000 e 2017.	Estudos anteriores a 2000.
Desenhos dos Estudos	Sem limitação de paradigma.	
Língua	Francês, Espanhol, Inglês e Português.	Outra língua, à exceção de Francês, Espanhol, Inglês e Português.

Figura 1 – Critérios de elegibilidade



Figura 2 – Fluxograma de seleção de amostra

Resultados

Tomada de decisão em NA⁽⁵⁾:

- a existência de uma indicação clínica/tratamento;
- fazer parte da definição de um objetivo terapêutico;
- existência de consentimento informado por parte do utente em fdv ou representante legal.

Critérios a considerar no processo de tomada de decisão quanto à nutrição artificial no utente em fim de vida



Discussão e conclusões

É controversa a consideração da nutrição artificial, discutida como intervenção médica ou cuidado básico, sendo a primeira definição a amplamente aceite⁽¹⁾. Tal assunção não reduz a complexidade de avaliação da sua adequabilidade, aquando do fim de vida. Sabe-se sim, que a decisão em nutrição artificial deverá integrar o utente em fdv e família, ser tomada em equipa interdisciplinar, considerar a definição do prognóstico e a efetividade do tratamento aplicado⁽³⁾. Compreende-se a intervenção do enfermeiro como primordial, tendo por base a melhor evidência, em relação de proximidade privilegiada junto do utente/família, em questionamento ético subjacente^(5,6,12,13,14) considerado – princípio de autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça – e na redução do risco de obstinação terapêutica. Regista-se, em simultâneo, escassa evidência sobre a nutrição em fim de vida e sugerem-se novos estudos sobre a atuação do enfermeiro no seio da equipa interdisciplinar em acompanhamento das necessidades nutricionais do utente em fim de vida⁽³⁾. É possível concluir que, na redução do risco de obstinação terapêutica, devido à instituição de medidas fúteis, como poderão constituir as medidas de nutrição artificial, se deverá considerar o plano avançado de saúde do utente, a formular precocemente no acompanhamento do mesmo^(3,5,8,10).

Referências Bibliográficas: 1. SILES, Edo. Providing artificial nutrition and hydration in palliative care. *Nutrition Standards*, 2013, Vol 27 (2), p.35-42. 2. BARROSA, Antónia [et al.]. Manual de Cuidados Paliativos, 2ª edição. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Biologia da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. ISBN 978972949225. 3. ALVES, Patrícia. Intervenção do Enfermeiro que Cuida do Paciente em Fim de Vida com Alterações do Comer e Beber. *Enfermagem*, 2013, Vol 17 (1), p. 17-30. 4. MOHRE, David [et al.]. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Ann Intern Med*, 2009, Vol 151 (4), p. 264-269. 5. DRUM, Christiane [et al.]. ESPEN guideline on ethical aspects of artificial nutrition and hydration. *Nutrition*, 2010, Vol 25 (1), p. 1-12. 6. HICKMETS, Susan. Withholding or withdrawing nutrition at the end of life. *BMJ*, 2005, Vol 330 (7483), p. 1248-1249. 7. HICKMETS, Susan. Importance of nutrition in palliative care of patients with chronic disease. *Nutrition Standards*, 2010, Vol 25 (1), p. 48-50. 8. CASARITI, David [et al.]. Appropriate Use of Artificial Nutrition, Fluids, Electrolytes, and Hydration: Fundamental Principles and Recommendations. *Critical Care Medicine*, 2005, Vol 33 (24), p. 2497-2512. 9. Tavares, Filipa. Acuidade prognóstica em fim de vida – valor preditivo de qualidade medida na estimativa de sobrevivência de doentes oncológicos de um hospital central e universitário português [dissertação]. Lisboa: Faculdade de Medicina Universidade de Lisboa, 2010. 10. VAN DER BEEK, Pamela [et al.]. Palliative care professionals' perceptions of nutrition and hydration at the end of life. *International Journal of Palliative Nursing*, 2005, Vol 14 (3), p. 148-151. 11. HICKMETS, Susan. Importance of nutrition palliative care of patients with chronic disease. *Nutrition Standards*, 2010, Vol 25 (1), p. 48-50. 12. HICKMETS, Susan. Principles of nutrition in the palliative care of long-term conditions. *International Journal of Palliative Nursing*, 2011, Vol 17 (6), p. 217-222.

ANEXOS

ANEXO I:

Diploma de atribuição de 1º Prémio a Póster "A Intervenção do Enfermeiro junto da pessoa em fim de vida na redução do risco de obstinação terapêutica associado à Nutrição Artificial"



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

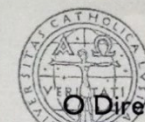
CERTIFICADO

XI ENCONTRO LUSO-BRASILEIRO DE ENFERMAGEM - O CUIDADO DE ENFERMAGEM: HISTÓRIA E INOVAÇÃO -

Certifica-se que, **TÂNIA AFONSO, PATRÍCIA PONTÍFICE SOUSA, FILIPA VELUDO e EDGAR PIRES**, apresentaram o trabalho “**A Intervenção do Enfermeiro junto da pessoa em fim de vida na redução do risco de obstinação terapêutica associado à Nutrição Artificial**”, em formato de poster, no **XI Encontro Luso-Brasileiro de Enfermagem**, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, nos dias 02 e 03 de novembro de 2017.

Este Póster foi distinguido com o 1º prémio.

Lisboa, 03 de novembro de 2017.



O Diretor
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Sérgio Deodato, PhD, RN
Professor Auxiliar

ANEXO II:

Certificado de Participação –

2º Encontro das Unidades de Cuidados Paliativos da Luz Saúde

2º Encontro das Unidades de Cuidados Paliativos da Luz Saúde

— *Certificado de Participação*

EMITIDO POR:

Hospital da Luz Learning Health
Rua Carlos Alberto da Mota Pinto, 17-9.º
1070-313 Lisboa

NOME

Tânia Afonso

DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

13255475

CÓDIGO DE CERTIFICADO

GPOVC

Evento

2º Encontro das Unidades de Cuidados Paliativos da Luz Saúde

13-10-2017 08:30 → 13-10-2017 06:00 - 9:30 horas

Destinado a médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde que trabalhem ou se interessem pela área dos Cuidados Paliativos.

Temas: Abordagem paliativa no doente agudo; A complexidade paliativa do doente crónico; A continuidade de cuidados no doente paliativo no Hospital e na Comunidade; Os cuidados paliativos em Portugal e na Luz Saúde; O papel dos cuidados paliativos num modelo integrado de cuidados.

Realiza-se no Auditório do Hospital da Luz Lisboa.

Comissão Científica e Organizadora:

Ana Raquel Pires (Hospital do Mar Cuidados Especializados Lisboa)

Catarina Amorim (Hospital Beatriz Ângelo)

Catarina Simões (Hospital da Luz Arrábida)

Fernanda Mendes (Hospital Beatriz Ângelo)

Helena Bárrios (Hospital do Mar Cuidados Especializados Lisboa)

Isabel Galriça Neto (Hospital da Luz Lisboa)

Nélia Trindade (Hospital da Luz Lisboa)

Rita Barroso (Hospital do Mar Cuidados Especializados Lisboa)

Rui Carneiro (Hospital da Luz Arrábida)

INSCRIÇÕES | 50€

Condições de cancelamento: pedidos rececionados até 1 semana antes da data de realização do evento - reembolso de 100% do valor da inscrição; após este período não haverá reembolso.



learninghealth.upstudents.pt
Comprovativo de Emissão de Certificado Electrónico
Decreto-Lei n.º 290-D/99 e 62/2003 — European Union Directive 1999/93/CE

ANEXO III:

Resumos submetidos e aceites a apresentação no 4th IPLeiria International Health Congress, 2018 - “End of life Person’s Evaluation criteria in the Decision Making regarding Artificial Nutrition” e “Nurse’s Intervention – End of Life Nutrition Approach Protocol”

Health@IPLeiria2018 <healthipleiria2018@easychair.org> ^{13/01}

Dear authors,

we acknowledge that we received new files for your Health@IPLeiria2018 submission. The information about this update is shown below.

Number: 183

Authors:

Title: End of life Person's Evaluation criteria in the Decision Making regarding Artificial Nutrition

Uploaded by: Tânia Afonso <tafonso3@gmail.com>

Updates:

paper, version 2 (468920 bytes)

To access the new version of your submission you should log in to the Health@IPLeiria2018 EasyChair page.

Critérios de Avaliação da Pessoa em fim de vida na Tomada de Decisão quanto a Nutrição Artificial

End of life Person's Evaluation criteria in the Decision Making regarding Artificial Nutrition

Background: Artificial nutrition at the end of life is assumed as a medical intervention, however for a large percentage of person's and families is considered as basic care¹. Thinking about artificial nutrition and the end of life person, such as the person with advanced, incurable and progressive disease, with a survival expectancy between 3 to 6 months² is often reflected on a set of issues. This is a controversial discussion, about the quality of life resulting of one of these means and ethical questioning³. It's relevant to look the user/family as one, which motivates the urgent intervention of the nurses in decision-making support. **Objective:** Identify scientific evidence regarding the end of life evaluation criteria, to be considered in the nurses's decision-making about artificial nutrition. **Methods:** Literature Review (15-06-2017) with PRISMA guidelines for reviews⁴ in Academic Search Complete, Complementary Index, CINAHL Plus with Full Text®, Psychology and Behavioral Sciences Collection, SciELO, MEDLINE®, Directory of Open Access Journals, Supplemental Index, ScienceDirect, Education Source, Business Source Complete and MedicLatina. Inclusion/exclusion criteria: nurses who care for adult/elderly person at the end of life, excluding nurses who care for children; articles about nurses's intervention in nutrition care with person at the end of life and his evaluation criteria; full text; in French/Spanish/English/Portuguese; peer-reviewed; published between 2000-2017. A sample of 11 articles was selected. **Results:** The evaluation criteria to be considered when making decisions on artificial nutrition are: the evaluation of symptoms/problems; emotional value of food; the meaning of diet for the person at the end of life and definition of prognosis^{3,5,6}. In every decision-making it should be considered the existence of a clinical indication/treatment, a therapeutic objective and the informed consent of a user or legal guardian. **Conclusions:** It is concluded that the decision on artificial nutrition should integrate the person at the end of life and family, be taken in an interdisciplinary team, consider the definition of the prognosis and the effectiveness of the treatment applied³. It is understood the intervention of the nurse as a primordial one, based on the best evidence, in relation of proximity⁵ considered, simultaneously, the principle of autonomy, beneficence, non-maleficence and justice. There is little evidence of end-of-life nutrition and new studies on the role of nurses within the interdisciplinary team are suggested. **Keywords:** nursing, artificial nutrition, therapeutic obstinacy, integrative review.

References:

1. Stiles E. Providing artificial nutrition and hydration in palliative care. *Nursing Standard*. 2013, 27: 35-42.
2. Barbosa A [et al.]. *Manual de Cuidados Paliativos*. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa. 2010, 2ª edição;
3. Alves P. Intervenção do Enfermeiro que Cuida da Pessoa em Fim de Vida com Alterações do Comer e Beber. *Pensar Enfermagem*. 2013, 17(1): 17-30;
4. Moher D [et al.]. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Ann Intern Med*. 2009, 151(4): 264-269;
5. Bryon E [et al.]. Decision-making about artificial feeding in end-of-life care: literature review. *Journal of Advanced Nursing*. 2008, 63(1): 2-14;
6. Holmes S. Withholding or withdrawing nutrition at the end of life. *Nursing Standard*. 2010, 25(14): 43-46.

Health@IPLeiria2018 <healthipleiria2018@easychair.org> ^{13/01}

Dear authors,

we acknowledge that we received new files for your Health@IPLeiria2018 submission. The information about this update is shown below.

Number: 231

Authors:

Title: Nurse's Intervention – End of Life Nutrition Approach Protocol

Uploaded by: Tânia Afonso <tafonso3@gmail.com>

Updates:

paper, version 3 (463445 bytes)

To access the new version of your submission you should log in to the Health@IPLeiria2018 EasyChair page.

A Intervenção do Enfermeiro – Protocolo de Abordagem da Alimentação em fim de vida **Nurse's Intervention – End of Life Nutrition Approach Protocol**

Background: Know that nutrition in the present society is increasingly associated with life maintenance and comfort, help us to understand the complexity of this subject when approached the end of life. Artificial nutrition remains controversial in a palliative context, given the questioning about the quality of life that offers¹. Protocols help nurses in the decision-making process and increasing their competences. **Objective:** To present end of life nutrition approach protocol in palliative care. **Methods:** This study is the result of three integrative literature reviews that intended to measure: which nursing interventions promote end of life nutrition in people without artificial nutrition criteria?; what are the evaluation criteria in the end of life person for nurse's decision-making of start, don't start or suspending artificial nutrition?; does the nurse's intervention towards the end of life reduce the risk of therapeutic obstinacy associated with artificial nutrition? Based in Buckman & Spikes Communication Protocol², the results were integrated in a protocol form and submitted to the opinion of 13 experts, from 18th October to 6th November 2017 and made the respective changes. Inclusion criteria of experts were: being health professionals; palliative care experience and/or work development in nutrition subjects. **Results:** Our experts have on average 37 years old; 10 carry out their activity in Palliative settings, 8 of these have advanced training in Palliative Care. Our protocol considers: setting - preparing the environment; perception - prior knowledge of the person/family information about nutrition, preferences and considerations regarding the future commitment of feeding and active listening, understand what the person/family wants to know, especially as to the meaning of nutrition, what that moment represents and invite them to address the subject; knowledge – provide adequate information in phases – contextualize the present symptoms in the disease process (prognosis) and discuss the evaluation criteria before starting artificial nutrition; emotions – attend to the emotions and provide realistic hope; strategy – interventions from the patient's needs are presented in an algorithm form, promoting oral feeding as long as possible. In all process, the person and family autonomy in decision making is preserved. At each step, we identified an element to avoid in the communication process^{1,2}. **Conclusions:** The set of nurse's interventions in end of life nutrition approach systematizes the elements to be considered in decision making and guarantee the importance of nurses' contribution in risk reduction of therapeutic obstinacy. **Keywords:** nursing, nutrition, spikes protocol, communication, palliative care.

References:

1. Alves P. Intervenção do Enfermeiro que Cuida da Pessoa em Fim de Vida com Alterações do Comer e Beber. *Pensar Enfermagem*. 2013, 17(1): 17-30;
2. Baile W [et al.]. SPIKES — A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *Oncologist*. 2000, 5(4):302-311.