

A Massagem como Promotora do Conforto à Pessoa em Fim de Vida

**Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem à Pessoa em Processo de Doença
na Comunidade**

Guida Antunes Dias

Orientadora:
Professora Pires Rosa

Co-orientador:
Professor Doutor José Amendoeira

Pensamento

Nossas vitórias sobre a doença e a morte são sempre temporárias, mas nossas necessidades de apoio, cuidado diante delas, são sempre permanentes.

Callahan, 1993

Uma das maravilhas do toque hábil, atento, é poder aliviar o desconforto em todos os níveis.

Gayle MacDonald, 2003, p.49

RESUMO

O presente relatório encontra-se dividido em duas áreas.

Na primeira parte reflecte-se sobre as competências específicas alcançadas em contexto clínico, nomeadamente no que concerne à área da prestação de cuidados junto da pessoa e família em situação de cuidados paliativos, ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, ao âmbito da melhoria contínua da qualidade, à esfera da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No âmbito da prática baseada na evidência, foi efectuada a pesquisa na EBSCO (CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text). Foram procurados artigos científicos publicados em Texto Integral publicados entre 2004 e 2011. Foi utilizado o método PI[C]O e seleccionado 1 artigo do total de 4 encontrados.

Como resultado da análise do artigo verifica-se que a introdução da massagem, como medida de conforto, na pessoa em fim de vida, aumenta os seus níveis de conforto.

Palavras-Chave: cuidados paliativos; competências; conforto; massagem; pessoa em fim de vida.

ABSTRACT

This report is divided in two areas.

The first part reflected the specific skills acquired in the clinical context, particularly the area of care the person and family in palliative care, the field of professional responsibility, ethics and legal Framework, the scope of continuous improvement quality, the área of managed care and development of apprenticeships.

The context of evidence-based practice, was conducted a research in EBSCO (CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text). Searched papers in full text published between 2004 and 2011. Used the method of PI[C]O and selected 1 of total 4 found.

As a result of the analysis of article verifies that the introduction of massage as a measure of comfort, in person at the end of life, increases the levels of comfort.

Keywords: palliative care; skills; comfort; massage; end of life.

ÍNDICE

	f.
INTRODUÇÃO	9
1. CUIDAR EM CUIDADOS PALIATIVOS	13
1.1. A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO CLÍNICO: QUE COMPETÊNCIAS EM CUIDADOS PALIATIVOS	14
2. O CONFORTO EM ENFERMAGEM	28
2.1. TEORIA DO CONFORTO DE KOLCABA	29
3. MASSAGEM: INTERVENÇÃO AUTÓNOMA DE ENFERMAGEM	31
4. A PESSOA EM FIM DE VIDA	34
5. PRÁTICA DE ENFERMAGEM BASEADA NA EVIDÊNCIA: A MASSAGEM COMO PROMOTORA DO CONFORTO À PESSOA EM FIM DE VIDA	36
5.1 REVISÃO DA LITERATURA	36
5.2 CONTRIBUTOS PARA A REFLEXÃO	38
6. CONCLUSÃO	46
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
ANEXOS	
Anexo I – Projecto Individual de Trabalho.	58
Anexo II – Instrução de Trabalho: Escala de Edmonton.	81
Anexo III – Escala de Edmonton.	85
Anexo IV – Poster: “Algoritmo da Dor”.	87
Anexo V - Quadro Conceptual.	89

Anexo VI – Processo de Pesquisa e de Selecção dos Artigos.	91
Anexo VII – Catálogo do Artigo Seleccionado	93

ÍNDICE DE TABELAS

	f.
Tabela n.º 1 - Critérios para a formulação da questão de investigação.	37
Tabela n.º 2 - Tabela do Artigo em Análise.	38

CHAVE DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CE: Conselho de Enfermagem

CIE: Conselho Internacional de Enfermeiros

CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

n.º: número

OE: Ordem dos Enfermeiros

OMS: Organização Mundial de Saúde

p.: página

RL: Revisão da Literatura

1º: primeiro

2º: segundo

INTRODUÇÃO

O aumento da esperança média de vida, e o incremento das doenças crónicas e progressivas, bem como, as alterações na rede familiar, têm tido impacto crescente na organização dos sistemas de saúde e nos recursos especificamente destinados aos doentes crónicos. Com as alterações demográficas ocorridas em toda a Europa, os Cuidados Paliativos terão uma importância crescente (PORTUGAL. Ministério da Saúde, 2004).

Clarifica-se que os Cuidados Paliativos são os cuidados que respondem aos problemas que decorrem da doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, e tentam prevenir e aliviar o sofrimento que ela gera, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso, proporcionando a máxima qualidade de vida possível e conforto às pessoas e suas famílias. Baseiam-se no controlo activo dos sintomas, na comunicação eficaz com o doente e família, e num trabalho em equipa interdisciplinar, podendo durar semanas, meses e, mais raramente anos, e prolongam-se pelo período do luto (OMS, 2002, adaptada por NETO, 2010a).

Neste paradigma de cuidados paliativos o processo de cuidados de enfermagem centrado numa abordagem global e holística, afigura-se como a pedra-de-toque em enfermagem, fundamental para que a pessoa tenha conforto até ao fim da vida e para que a família tenha a certeza absoluta de que está a ser feito tudo o que pode ser feito, pois, merecem o melhor cuidado.

Portanto, os cuidados paliativos constituem uma modalidade terapêutica integrada e multiprofissional. Essa possibilidade, descrita como de baixa tecnologia e de alto contacto, procura evitar que os últimos dias da pessoa se convertam em dias perdidos, oferecendo um tipo de cuidado apropriado às suas necessidades (SANTOS; PAGLIUCA; FERNANDES, 2007, adaptados por BRAGA; FERRACOLI; CARVALHO; FIGUEIREDO, 2010).

Assim, o investimento não deverá, tanto quanto possível, ser sempre sinónimo de utilização de medidas terapêuticas agressivas mas, ser entendido numa perspectiva de promoção do conforto e resposta tão plena quanto possível às necessidades que a pessoa apresenta, qualquer que seja a fase da doença em que se encontra (NETO, 2010b). Desta forma, o profissional de enfermagem deverá ter em linha de conta, quais são as necessidades da pessoa e em que consistem, com vista a obter resultados sensíveis consequentes da sua intervenção confortadora.

Neste contexto, todas as medidas terapêuticas, prescritas pelo enfermeiro, ao longo do processo de cuidados, visam promover o conforto da pessoa em fim de vida, pelo que, deve ir

ao encontro das suas necessidades físicas, psico-espirituais e, sociais, adaptando-o ao seu estado e condição global a cada avaliação, uma vez que, o processo de morrer despoleta alterações e vulnerabilidades a vários níveis (CHOCHINOV, 2006, adaptado por GOMES, 2010).

De acordo com NETO (2010a), cabe ao profissional de enfermagem adoptar uma estratégia terapêutica mista, com recurso não só a medidas convencionais, mas também complementares. As terapias complementares, também designadas de “não convencionais”, “alternativas” ou “naturais” são particularmente importantes e úteis, pelo que devem ser consideradas como parte da perspectiva holística no âmbito dos cuidados paliativos.

Por os profissionais de enfermagem se preocuparem, não só com o estado físico da pessoa, mas com toda a sua globalidade, percebe-se a profunda identificação das terapias complementares, com a visão holística de cuidado à pessoa (BARBOSA, EGRY, QUEIROZ, 1993 adaptados por TSUCHIYA; NASCIMENTO, 2002).

Segundo COSTA, MAGALHÃES, FÉLIX, COSTA e CORDEIRO (2005), este tipo de terapias estão a ser gradualmente implementadas na prática, ainda que com alguma relutância dos profissionais mais convencionais, muitas vezes como último recurso para os doentes de evolução prolongada. Algumas terapias complementares, tal como a massagem, podem ser desenvolvidas pelo enfermeiro, de forma autónoma desde que habilitado para o fazer, de outro modo deverá encaminhar o doente para terapeutas especializados.

A massagem é um tipo de “toque” que vai para além da pele, interfere nos músculos, nos órgãos profundos. A massagem afecta todo o ser humano, ajudando-o a tomar consciência da sua corporalidade. Este tipo de “toque holístico”, é a tomada em consideração de todo o ser na sua integralidade, o suporte da ajuda humana a atravessar uma etapa de vida inacabada na qual se encontra aqui e agora (ROXO, 2003).

O toque sobre a pele, através das manobras de massagem, induz vários estímulos que atingem o sistema nervoso central, que por sua vez desencadeiam respostas para todo o organismo, trazendo sensações de prazer e de alívio para os mais variadíssimos desconfortos (SOUZA, 2003). A utilização da massagem em algumas situações, parece ter um efeito imediato de bem-estar, de calma, de repouso. Facto que ajuda a pessoa a progredir e a encontrar sensações de conforto tão necessárias à sua recuperação de saúde (ROXO, 2003).

Para LARRY (2003) a massagem é a extensão das várias formas de contacto físico, mas com fins terapêuticos. Assim, a massagem não deve ser vista como mais um procedimento de rotina. Deve ser encarada como uma técnica holística, em que a perícia técnica é importante, mas a atitude mental tanto daquele que faz a massagem como daquele que a recebe é também importante (ROXO, 2003).

A massagem, essencialmente consiste na manipulação de tecidos maleáveis do corpo, é praticada de várias formas, desde o friccionar instintivo de um músculo tenso até técnicas altamente formalizadas, baseadas em teorias particulares (ROXO, 2003).

Segundo WRIGHT (2004, adaptado por POLUBINSKI; WEST, 2005), sendo bem administrada considera-se a massagem enquanto terapia complementar, uma ferramenta terapêutica eficaz. Inclusive a massagem está contemplada na Classificação Para a Prática de Enfermagem como Acção de Enfermagem (massajar), bem como noutras taxonomias.

Os profissionais de enfermagem, pela sua maior proximidade da pessoa, poderão mais facilmente integrar estas técnicas no quotidiano do cuidar. ACQUA, ARAÚJO e SILVA (1998, adaptados por ROXO, 2003), recomendam que os enfermeiros façam maior uso da possibilidade de tocar as pessoas, pois a estes profissionais foi concebido este privilégio; então que se faça de uma forma consciente e intencional, estando integrada na forma de cuidar.

Não esquecendo, que é imprescindível que toda a equipa de cuidados discuta e assuma os objectivos terapêuticos, nomeadamente naquelas necessidades que detêm maior impacto no doente. Pois, se o que se pretende alcançar através dos cuidados paliativos é um maior nível de conforto, é fundamental que este seja monitorizado.

Para KOLCABA (1994 adaptada por DOWD, 2004), conforto é entendido como a satisfação (activa, passiva ou cooperativa) das necessidades humanas básicas de alívio, tranquilidade e transcendência que emergem de situações causadoras de stress, em cuidados de saúde nos contextos de experiência físico, psicoespiritual e socioambiental.

A temática surge fundamentalmente devido a um interesse pessoal e profissional em explorar esta área no contexto dos cuidados paliativos, uma vez que ao implementar a massagem como intervenção autónoma da qual emergem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, estar-se-á a desenvolver a Enfermagem Avançada.

Porém verifica-se que não é uma prática utilizada frequentemente em contexto clínico, pelo que, cabe a todos nós enfermeiros reflectir sobre ela, como promotora de cuidados holísticos. Ao longo do estágio, foram várias as situações em que pude implementar esta técnica, e com toda a propriedade se percebe que esta proporciona às pessoas conforto a vários níveis.

Apesar de haver actualmente investigações realizadas em torno desta temática, são poucos os trabalhos realizados sobre a relação entre a massagem e o conforto, no contexto dos cuidados paliativos. A escolha da pessoa em fim de vida deve-se ao facto de ser a população frequentemente estudada.

Espera-se verificar, que após a pesquisa através da revisão da literatura, a massagem traz benefícios para a pessoa em fim de vida, podendo deste modo impulsionar a elaboração de um guia orientador de boas práticas, quer a nível comportamental, mas também educacional, elencado na prática de enfermagem, baseada na evidência.

Para tal, optou-se por desenvolver a temática a analisar à luz da Teoria do Conforto de Kolcaba, uma vez que no meu entender é a que mais se adequa ao objecto de estudo.

Na perspectiva da Enfermagem Avançada e, de acordo com a ficha curricular da Unidade Curricular Estágio e Relatório, o estágio pressupõe um conjunto de objectivos a cumprir, que guiam o seu desenvolvimento e, clarificam as competências a incrementar, através da mobilização dos conteúdos específicos e do recurso a estratégias, conducentes à reflexão. Especificamente, o Estágio em Cuidados Paliativos teve a duração de 15 semanas, entre os dias 29 de Outubro de 2010 a 26 de Março de 2011.

Ao longo do estágio pôde-se desenvolver o conjunto de competências transversais (no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados, das aprendizagens profissionais) emanadas da Ordem dos Enfermeiros pelos colégios das especialidades de acordo com as áreas temáticas seleccionadas, no projecto individual de trabalho (ver Anexo I).

Em continuidade, surge o relatório como resultado da operacionalização da intervenção na prática clínica de enfermagem, tendo por base as diferentes estratégias mobilizadas e descritas no referido projecto. Para além de revelador de aprendizagens a partir de um processo auto-formativo, de pesquisa, reflexão e mobilizador de um agir em contexto da prática clínica de enfermagem, pretende-se desenvolver competências no âmbito da prática baseada na evidência, através da revisão da literatura, sobre a temática em cuidados paliativos, com recurso à massagem como intervenção autónoma de enfermagem, promotora do conforto da pessoa em fim de vida.

Os objectivos do relatório são:

- Reflectir sobre as competências de enfermagem adquiridas na área dos cuidados paliativos, em contexto clínico;
- Analisar a massagem como intervenção autónoma de enfermagem, promotora do conforto da pessoa em fim de vida, no âmbito dos cuidados paliativos.

Inicialmente faz-se a reflexão sobre as competências específicas adquiridas no contexto clínico, no âmbito dos cuidados paliativos. Posteriormente elenca-se o enquadramento conceptual, aludindo à temática do conforto e à teoria de enfermagem de Kolcaba, à massagem como intervenção autónoma de enfermagem e finalmente à terminologia relativa à pessoa em fim de vida. Depois procede-se à revisão da literatura, clarifica-se a metodologia e, a análise dos seus contributos, finalizando com um epílogo final.

1. CUIDAR EM CUIDADOS PALIATIVOS

O conceito de cuidados paliativos é frequentemente utilizado de forma intercambiável com cuidados de fim de vida. Observou-se uma mudança do termo “cuidados terminais” para “cuidados paliativos”.

O NATIONAL COUNCIL OF HOSPICE AND SPECIALIST CARE SERVICES (s.d., adaptado por MAGALHÃES, 2009), numa tentativa de clarificar os conceitos, refere que os cuidados terminais constituem uma parte importante dos cuidados paliativos e, referem-se ao controlo dos doentes durante os últimos dias, semanas ou meses de vida a partir do momento em que se torna claro que o doente se encontra num estado progressivo de declínio, ou seja, cuidar da pessoa em fim de vida.

Em 2002, a OMS (adaptada por NETO, 2010b, p.3) definiu os cuidados paliativos como

“Uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes – e suas famílias – que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através de 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”.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde (2004), descreve que os cuidados paliativos constituem uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar activamente os doentes na fase final da vida, tendo como objectivo o de assegurar a melhor qualidade de vida possível à pessoa e sua família.

A Unidade de Cuidados Paliativos é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferencialmente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrentes de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde (DECRETO-LEI n.º 101/2006). As equipas de Cuidados Paliativos são interdisciplinares e nelas trabalham em sintonia médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, psicólogos, assistentes sociais, assistentes espirituais e voluntários para ajudarem as pessoas a viver tão activamente quanto possível até ao fim.

A família deve ser activamente incorporada nos cuidados prestados aos doentes e, por sua vez, ser, ela própria, objecto de cuidados, quer durante a doença, quer durante o luto. Para que os familiares possam, de forma concertada e construtiva, compreender, aceitar e colaborar

nos ajustamentos que a doença e o doente determinam, receber apoio, informação e instrução da equipa prestadora de cuidados paliativos.

Os componentes essenciais dos cuidados paliativos são: o alívio dos sintomas; a comunicação; o apoio à família; a equipa multidisciplinar, requer naturalmente, uma preparação sólida e diferenciada, por parte destes profissionais de saúde, com o intuito de desenvolver um conhecimento aprofundado neste domínio específico de enfermagem, tendo em conta as necessidades humanas relativas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão.

Tendo por base os princípios dos cuidados paliativos, o investimento do profissional de enfermagem aquando da prestação de cuidados deverá ser norteado pela promoção do conforto do doente e sua família, em resposta tão plena quanto possível às necessidades que apresentam. Neste sentido o conforto pode ser visto como resultado dos cuidados de enfermagem tecnicamente competentes e da capacidade de aceder aos recursos apropriados e influenciar os comportamentos de procura de saúde.

Neste contexto, penso que o conceito conforto deverá ser utilizado no âmbito dos cuidados paliativos, como fio condutor na aquisição de competências na prática clínica. Assim, seguidamente expõem-se as competências adquiridas, em ensino clínico, tendo por base a promoção do conforto na pessoa internada em cuidados paliativos.

1.1. A INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO CONTEXTO CLÍNICO: QUE COMPETÊNCIAS EM CUIDADOS PALIATIVOS?

No decorrer dos anos, o cuidar em enfermagem têm-se modificado, mediante os avanços tecnológicos, o progresso, as mudanças culturais e interações com outras profissões. Sendo que, o Cuidar é o verbo presente em todas as teorias de enfermagem.

Cuidado paliativo é uma “filosofia”, um “modo de cuidar” que visa aprimorar a qualidade de vida dos doentes e famílias que enfrentam problemas relacionados doenças ameaçadoras, provendo alívio da dor e de outros sintomas, suporte espiritual e psicossocial, do diagnóstico ao fim da vida e até no luto (PIMENTA, 2010). Os cuidados paliativos, têm como filosofia dar prioridade à autonomia e conforto do doente, no seu dia a dia. Mas, quando a doença adopta um decurso progressivo e irreversível, esgotadas que são as possibilidades médicas de recuperação total ou parcial, o objectivo é proporcionar cuidados multidisciplinares.

O processo do cuidar que está inserido na prática profissional de enfermagem faz interface com todos os membros da equipa de saúde, com a família, com a comunidade e também com o ambiente onde ele executa seu trabalho (FIRMINO, 2009).

Ao ter em conta as diversas mudanças de paradigma que se vão operando nos contextos de saúde, torna-se cada vez mais essencial a valorização da reciprocidade da relação de partilha e de cooperação entre os vários actores no processo de cuidados, através de um debate interprofissional. Esta discussão tem na sua essência a centralidade da pessoa no processo de cuidados, logrando desta forma de um estatuto privilegiado, na esfera dos diversos campos de intervenção de enfermagem, com os diferentes actores e com os diversos saberes, que se interligam e entrecruzam, para atingir os objectivos estipulados.

Deste modo, prestar um cuidado competente, qualificado e diferenciado até ao fim da vida é da responsabilidade de todos os profissionais de saúde, cada um focando diferentes ângulos, de acordo com sua formação e especialidade.

Para se alcançar um cuidado qualificado é imprescindível ter conhecimento na área e respeito pelas competências de cada profissional. Assim sendo, o profissional de enfermagem para intervir adequadamente em cuidados paliativos necessita de uma formação técnico-científica especializada, elencada nos propósitos da filosofia e princípios dos cuidados paliativos.

Segundo a OE (2011, p.96),

“o enfermeiro especialista detêm um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem e, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde/doença, demonstra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção”.

A definição do perfil de competências do enfermeiro especialista surgiu como um imperativo enquanto enquadramento regulador para a certificação de competências e como forma de comunicar aos cidadãos os padrões de cuidados que podem esperar, sendo assim também uma forma de os tornar mais informados e exigentes quanto aos cuidados a que têm direito (OE, 2011).

De referir que a OE descreveu o processo de definição das competências comuns e específicas, de acordo com as diferentes especialidades e, na assembleia do Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-cirúrgica, foi apresentada, votada e aprovada a proposta do projecto de regulamento das competências específicas relativas ao enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa com doença crónica e paliativa (OE, 2011). Aguarda-se a sua aprovação na assembleia geral da OE.

Esta especialidade terá como alvo de intervenção a pessoa ao longo do ciclo de vida e, como eixos organizadores, os dirigidos aos projectos de saúde da pessoa a vivenciar processos de saúde/doença crónica e/ou paliativa com vista à promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença, readaptação funcional e reinserção social, ou acompanhamento do processo de morte e de morrer em todos os contextos de vida (OE, 2010).

Segundo PIMENTA (2010), cabe ao enfermeiro, em cuidados paliativos educar, cuidar, promover, advogar e coordenar, sendo que para exercer a sua intervenção deverá ter “expertise” clínica, manter o foco no doente e família, deter actos deliberados, intencionais, de cooperação, manter a honestidade na comunicação e estar presente, disponível e atento

(discernir com sabedoria). O processo de cuidados engloba para além da prestação de cuidados físicos, uma relação com qualidade, que implica atender, física, mental e emocionalmente às necessidades do outro e assumir o compromisso de dar suporte, promover o crescimento e reparação de outro, com vista a proporcionar conforto (MAGALHÃES, 2009).

Neste contexto, cuidar em enfermagem é promover conforto, aliviar os sintomas, ser flexível, ter objectivos de cuidado, advogar pelo doente e reconhecê-lo como ser humano único (PIMENTA, 2010).

Tendo presente que o conforto é a satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência), nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental) pessoal, poder-se-á afirmar paralelamente que a intervenção de enfermagem em cuidados paliativos conforta, pelo que deve estar presente no processo de cuidados holístico, sendo essa a linha norteadora para a melhoria dos cuidados.

Os cuidados paliativos consideram a pessoa como um ser vivo e a morte como um processo natural, recusando-se provocá-la intencionalmente. Pelo que se esforçam por preservar a melhor qualidade de vida e conforto possível até ao falecimento e propor o apoio aos familiares no luto, tendo como pano de fundo o seu conhecimento e trabalho efectuado diariamente na prática clínica (NEVES, 2000).

Assim, o alívio dos sintomas angustiantes, a prestação de cuidados a pessoas que estão a morrer, a preparação do corpo após a morte e o cuidar dos familiares recentemente em luto, tem constituído uma parte importante do trabalho de enfermagem (MAGALHÃES, 2009).

Pelo que quando o médico faz o diagnóstico de morte, obedecendo a critérios objectivos e rigorosos, está apenas a fazer um juízo científico sobre a situação biológica do corpo que jaz à sua frente; mas, e o resto? Não é mais do que isso? Claro que é também um juízo com sérias repercussões no seu universo de valores e crenças, e nas convicções morais das pessoas que lhe estão próximas e que devem ser também respeitadas.

A reflexão das experiências de cuidar de pessoas em fim de vida e das suas famílias tem, claramente também, o potencial de promover o desenvolvimento pessoal, uma vez que nesta interacção ocorre um chamamento sobre as questões relativas ao sentido da vida, à própria mortalidade e à experiência universal do sofrimento. Pois são vidas com as quais se convive e acompanha entre a acção e o cuidar dos seus corpos, a avaliação dos seus sintomas de carácter físico, psico-espiritual, socio-ambiental, colocando a tónica numa morte pacífica.

A não esquecer que a família partilha frequentemente dos problemas dos doentes; outras apresentam necessidades específicas, por vezes até mais complexas que as da própria pessoa. Ela é simultaneamente prestadora de apoio e alvo dos cuidados. Pelo que os profissionais devem sempre ter isto em linha de conta e integrar de forma sistemática o apoio à família na prática dos cuidados às pessoas em fim de vida (NETO; AITKEN; PALDRON, 2004).

Sensibilizada por esta realidade, e tendo em linha de conta a autonomia do doente/família, estes actores são significativos neste processo, uma vez que têm algo a dizer e

a ensinar, são seres humanos que realmente não o deixam de ser por estarem doentes, devendo propor, solicitar, agir, reagir e que, apesar das circunstâncias a que estão sujeitos, também sonham e sentem, pelo que lhes deverá ser dada essa oportunidade. O desejo de falar, de ser ouvida e de obter respostas aos seus questionamentos torna-se, mais intenso, porque o tempo passa a ter outro significado e, na relação profissional, a pessoa anseia pela sua própria autonomia, desejosa de manter o controlo da situação, esperando ser respeitada nas suas opções.

Durante o estágio vivenciei várias situações de cuidado à pessoa em situação de fase terminal, agonia e morte. Apesar destas situações serem frequentes não deixam de ser angustiantes, mas ao mesmo tempo gratificantes. Uma vez que cada uma por si só, é única, com as suas necessidades holísticas, o que nos sujeita enquanto seres humanos e profissionais a enfrentar novos desafios e a adquirir novas estratégias, persecutórias de uma morte pacífica.

Pois, “nossas vitórias sobre a doença e a morte são sempre temporárias, mas as nossas necessidades de apoio, cuidado diante delas, são sempre permanentes” (CALLAHAN, 1993 citado por RODRIGUES; ZAGO, 2006, p.434). Logo, faz todo o sentido o conceito de morte pacífica de Kolbada, que ocorre quando os conflitos são resolvidos, os sintomas negativos são bem geridos e o processo é aceite pacificamente pelo doente e pela família.

Pude vivenciar em simultâneo, numa situação em contexto clínico, a gestão e controlo dos sintomas no fim da vida (dispneia, agitação e dor), atendendo às suas necessidades de cuidados de saúde, a preparação antecipada da fase terminal da vida, em conjunto com o médico e psicóloga e, posteriormente, a informação do óbito, os cuidados post-mortem e o apoio no luto imediato. Todo este processo fez-me tomar consciência que nestes momentos a nossa intervenção (interdisciplinar) de cariz holístico é capaz de oferecer conforto a vários níveis, de acordo com as suas necessidades.

O ser humano, ao longo da sua história, tem provado que na busca incessante em obter as melhores condições, de forma a satisfazer as suas necessidades, o aperfeiçoamento e melhoria das suas técnicas e invenções, tem-se pautado por uma força motriz que existe dentro de nós, e nos impele a procurar a melhoria. É pois uma cultura que só se atinge com a interiorização, a vivência e o esforço contínuo de todos para fazer bem e produzir o melhor, definir o que é desejável e agir em conformidade com os padrões estabelecidos.

A procura da qualidade é demanda da excelência em cada acto profissional. Profissionalmente, prestar cuidados significa que se faz de uma forma, no sentido de alcançar a excelência da prática. Independentemente da área em que trabalhem, cada vez mais os enfermeiros se confrontam com a necessidade de tomar decisões complexas que exigem adequação aos princípios da profissão, bem como uma exemplaridade no que respeita aos padrões de qualidade e ao cumprimento das orientações de boas práticas (NUNES, 2011).

A clarificação dos padrões de qualidade, no que refere aos cuidados especializados, é um passo essencial para o desenvolvimento da profissão, pois a partir daí poder-se-á desenvolver a definição dos indicadores e, em consequência, a monitorização, a avaliação e a promoção da qualidade dos cuidados de enfermagem (NUNES, 2011). Por exemplo, no âmbito da satisfação do cliente, monitorizar o índice de satisfação dos mesmos; no que concerne à prevenção de complicações, ter como indicadores os incidentes com os clientes, a infecção hospitalar; relativamente ao enunciado descritivo do bem-estar e o auto-cuidado, monitorizar o controlo da dor, a efectividade da terapêutica, a qualidade de vida e o conforto do doente; na readaptação funcional, avaliar a aceitação do estado de saúde, entre outros.

Ao longo do estágio, tendo como pano de fundo os Padrões de Qualidade emanados pela OE, bem como as normas de qualidade das respectivas unidades, contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados quer directa ou indirectamente prestados, dado que colaborei na concretização de projectos institucionais na área da qualidade, tais como, controlo da dor, controlo da infecção, monitorização da efectividade terapêutica, prevenção de complicações, dignificação da morte.

A melhoria contínua da qualidade do exercício só é conseguida através da actualização constante e oportuna dos conhecimentos e competências de enfermagem (LEPROHON, 2002). Neste sentido, pode-se afirmar que o profissional de saúde (enfermeiro) deverá integrar à sua experiência prática individual a melhor evidência externa disponível, proveniente da pesquisa científica. A conjugação destas premissas designa-se por enfermagem baseada na evidência (CRAIG; SMYTH, 2003).

Ao reconhecer que a melhoria da qualidade envolve análise e revisão das práticas, elaborou-se uma instrução de trabalho relativa à aplicação da Escala de Edmonton (ver Anexo II), bem como o respectivo impresso a preencher (ver Anexo III). Selecionou-se esta escala quer por um lado não ser uma prática corrente na Unidade e, quer por outro ser a mais recomendada através da pesquisa nas bases de dados dos resultados da investigação científica na prática.

É fundamental realizar uma avaliação exhaustiva dos sintomas do doente, para que se desenvolva estratégias de conforto apropriadas. Sendo que o registo e monitorização dos sintomas permite avaliar o impacto das medidas terapêuticas no conforto da pessoa e a necessidade de as reequacionar. Com a utilização desta escala pode em contexto clínico realizar a apreciação e a reapreciação das necessidades do doente e, intervir em conformidade, através a utilização de medidas de conforto.

No estudo efectuado por VENDLINSKI e KOLCABA (1997, adaptados por DOWD, 2004), utilizaram instrumentos de conforto, a pessoas em fim de vida, tendo demonstrado que possuem fortes propriedades psicométricas, o que significa que esses questionários são boas formas de medir o conforto e podem revelar as alterações no conforto ao longo do tempo. Pelo que urge, implementar nos contextos este tipo de ferramentas de modo a avaliar

sistematicamente a prática de enfermagem, conducente a resultados sensíveis, tais como à promoção do conforto.

Também, se verificou através da análise aleatória de vários processos que a caracterização da dor na maioria das vezes não era efectuada conforme o estipulado no protocolo da instituição, pelo que se elaborou um poster alusivo ao Algoritmo da Dor (ver Anexo IV), que se afixou na Unidade, para sensibilizar os profissionais de enfermagem, sobre a sua intervenção no controlo da dor.

Sendo o controlo sintomático um dos pilares dos cuidados paliativos, torna-se crucial que todos os enfermeiros na sua prática, utilizem as várias escalas disponíveis, bem como, tenham em conta as diferentes variáveis intervenientes no processo, para que o doente atinja os três níveis de conforto, através da implementação de medidas de conforto holísticas. WILKINSON (s.d., adaptada por MACDONALD, 2009), demonstrou no seu estudo que a massagem proporcionou a todos os doentes relaxamento, a 33% redução da dor, a 20% outros benefícios físicos, bem como, benefícios emocionais e espirituais, a metade.

Daí que, nunca é demais enfatizar a necessidade de controlo rigoroso dos sintomas, uma vez que o controlo inadequado ao longo da trajectória da doença, para além de produzir sofrimento, poderá ter um efeito adverso na progressão da doença. Quer-se com isto reforçar que, ao controlar adequadamente os sintomas, poder-se-á estar a favorecer, para além da qualidade de vida, a quantidade da mesma (MACDONALD, 2002 adaptado por NETO, 2010a).

Para garantir um controlo de sintomas eficaz é fundamental o recurso a várias medidas de conforto, quer sejam convencionais ou complementares.

A dor é um sintoma frequente nas pessoas em cuidados paliativos, reflectindo-se numa grande carga negativa a vários níveis. Sendo que o controlo da dor é um direito que assiste a quem vive em sofrimento e, pela sua proximidade que os profissionais de enfermagem têm perante estas pessoas, é fundamental que estejam sensíveis para contribuírem no controlo da dor de modo seguro e eficaz, através de medidas convencionais e complementares.

Segundo KAZANOWSKI e LACCETTI (2005, p. 3), a dor é um “fenómeno universal, subjectivo e particular que o indivíduo experimenta em algum momento da sua vida”. “Dor é uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual actual ou potencial, ou descrita em termos de tal dano” (INTERNATIONAL ASSOCIATION FOR THE STUDY OF PAIN, 1994 adaptada por TWYXCROSS, 2003, p. 83). Assim, dor é um fenómeno somatopsíquico modulado pelo humor, a moral e o significado que a dor assume para o doente. Devido à natureza multidimensional da dor, é muitas vezes útil pensar em termos de dor total, que engloba os aspectos físicos, psicológicos, sociais e espirituais do sofrimento (TWYXCROSS, 2003).

O desenvolvimento da medicina científica fez com que o alívio da dor se concentrasse na abordagem farmacológica ou em tentativas de bloquear as vias neuronais associadas com a dor, utilizando anestésicos locais ou lesões destrutivas iatrogénicas. Porém existem as terapias

complementares, que pelo facto de estes métodos não terem sido explicados pelo conhecimento científico, caíram em desuso em favor dos métodos científicos (CONIAM; DIAMOND, 1997).

De acordo com NETO (2010b, p.65), um dos princípios gerais do controlo sintomático é o de “adoptar uma estratégia terapêutica mista, com recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas”. Para COSTA *et al.* (2005), as terapias complementares são particularmente importantes em doentes crónicos e/ou em fases terminais da doença. Embora as terapêuticas farmacológicas tenham sido consideradas, até hoje, o método principal e mais eficaz para o alívio da dor, outras estratégias terapêuticas podem ser utilizadas para fomentar a gestão da dor na sua globalidade (LUZIO, 2000 De lembrar que a disponibilidade e a acessibilidade aos fármacos fundamentais, constitui, nos dias de hoje, um imperativo ético inquestionável (NETO; AITKEN; PALDRON, 2004).).

Segundo COSTA *et al.* (2005), este tipo de terapias estão a ser gradualmente implementadas na prática, ainda que com alguma relutância dos profissionais mais convencionais, muitas vezes como último recurso para os doentes de evolução prolongada. Algumas terapias complementares, tal como a massagem, pode ser desenvolvida pelo enfermeiro, de uma forma autónoma desde que habilitado para o fazer de outro modo deverá encaminhar a pessoa para terapeutas especializados.

Em algumas situações no estágio, pude realizar a técnica de massagem, com o consentimento prévio da pessoa. Tendo em conta as várias variáveis intervenientes nessas situações, através da avaliação da necessidade física de controlo da dor, planeou-se e implementou-se como medida de conforto a massagem, da qual proporcionou ao doente em questão, conforto em termos de alívio e tranquilidade, na dimensão da experiência física, psico-espiritual, ambiental e social. Ou seja, o doente manifestou após a massagem alívio da dor e relaxamento, experienciada através das sensações do corpo, de conceito de si mesmo, do meio e influências externas e das relações interpessoais.

Após pesquisa, verifiquei que existem alguns formulários que visam avaliar a experiência da massagem na perspectiva do doente, avaliar o conforto antes e após as massagem. Apesar de não me ter socorrido deles, em contexto clínico, penso que seria uma mais valia para a enfermagem no quotidiano utilizar estas ferramentas para avaliar os resultados das suas intervenções, com o intuito de melhorar os cuidados prestados.

Ao longo do estágio procedi a uma correcta gestão da dor de modo a sistematizar a apreciação das necessidades de saúde, pois, não sendo identificadas e descritas não são controladas. Para tal, na avaliação da dor utilizei a Escala de Edmonton, a Escala Visual Analógica e a Escala Numérica e, bem como, a caracterização subjectiva efectuada pelo doente, de modo a perceber a sua etiologia e tipo. Estes dados são a base para a adopção eficaz de medidas de conforto, que compelem para o alcance dos três tipos de conforto (alívio,

tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental).

Como medidas de conforto, utilizei várias, que vão desde as intervenções interdependentes às autónomas, nomeadamente, a administração de fármacos adjuvantes, opióides ou não e, a distração, a higiene corporal, a aplicação de frio e de calor, o exercício, a imobilização, a massagem.

Indubitavelmente, pode-se aferir que se a dor contempla uma visão alargada e holística, então a intervenção do profissional de enfermagem no controlo da dor concede um processo multidimensional, de avaliação, intervenção e reavaliação, de modo a produzir resultados, tal como Kolcaba propõe na sua teoria.

Assim, o compromisso da enfermagem para amenizar os desconfortos vai além das intervenções biológicas/físicas. O enfoque deve ser voltado para aspectos existenciais que permitam a expressão de sentimentos, de forma que as subjectividades sejam afloradas. Para isso, é necessário ouvir a pessoa em situação de dor e inquirir estratégias para amenizar o seu sofrimento, oferecer meios para que haja o direito de se viver com dignidade (ELER; JAQUES, 2006).

Relativamente ao controlo da infecção e indo ao encontro da melhoria e da segurança do doente, adoptei na prestação de cuidados as políticas e os procedimentos emanados pela comissão de controlo de infecção da respectiva unidade, por exemplo, na lavagem correcta das mãos, no tratamento de úlceras, na administração de terapêutica.

Comparativamente à dignificação da morte, como contributo para a melhoria da qualidade de vida e da defesa da sua dignidade, na Unidade, faz-se referência ao catálogo apresentado pela OE sobre cuidados paliativos para uma morte digna. Este instrumento serviu de suporte para a reflexão e aprofundamento do exercício profissional, organizando a intervenção de enfermagem com base nas preocupações relacionadas com a doença, repertório de preservação da dignidade e inventário da dignidade social.

Ao reflectir sobre estes enunciados, constatei que poder-se-á realizar um paralelismo com os principais conceitos da Teoria de Conforto, respectivamente com as necessidades de cuidados de saúde, os três tipos de conforto e as variáveis intervenientes, de modo a contribuir para o conforto da pessoa em cuidados paliativos, através da adopção de medidas de conforto, por parte do profissional de enfermagem. Além do mais, os resultados subsequentes relacionados com a busca da saúde conforme definida por quem recebe os cuidados, está subjacente, por exemplo uma morte pacífica.

Ao considerar a gestão do ambiente centrado na pessoa como condição imprescindível para a efectividade terapêutica e para a prevenção de incidentes, frisa-se que na prestação de cuidados utilizei estratégias de garantia da qualidade e bem-estar e de gestão do risco, com o intuito de manter um ambiente seguro, garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas e, vigiar os efeitos secundários das mesmas.

Sendo o campo de intervenção do profissional de enfermagem vasto, ainda há muito a ser feito para o desenvolvimento da profissão na área dos cuidados paliativos. Pelo que o profissional de enfermagem como gestor do processo de cuidados de enfermagem à pessoa, requer formação técnico-científica especializada, voltada aos propósitos da filosofia dos cuidados paliativos.

Assim, a sistematização do cuidar em enfermagem possibilita otimizar o trabalho, planejar e implementar os cuidados baseados nos princípios de alívio da dor e de outros sintomas angustiantes; estabelecer estratégias que não acelerem a chegada da morte nem a prolonguem; reafirmar a importância da vida, considerando a morte como um processo natural e integrando os aspectos psicológicos e espirituais ao tratamento da pessoa doente; oferecer um sistema de apoio para ajudar as pessoas doentes a conseguir uma vida o mais activa possível até que sobrevenha a morte; e estender o apoio à família, para que possa entender a doença da pessoa doente e sobreviver ao período de luto (RODRIGUES; ZAGO, 2006).

Cabe ao enfermeiro, que avalia as necessidades do doente e planeia os cuidados, determinar que acções e tarefas podem ser delegadas, sendo responsável pela apropriada delegação, devendo agir no sentido de proteger a pessoa e tomar as medidas adequadas para assegurar uma prestação de cuidados segura. O enfermeiro é responsável pela avaliação individualizada da pessoa e das circunstâncias situacionais e por ajuizar da competência daquele a quem vai delegar, antes de delegar qualquer acção (CE, 2009).

A delegação de tarefas em outros é realizada sob determinadas condições e cumprindo determinados critérios - delega-se, de modo apropriado, a prestação de acções em pessoal preparado para assistir – e não para substituir – o enfermeiro (CE, 2009). A delegação de acções não retira a responsabilidade dos enfermeiros sobre essa acção delegada. É da sua responsabilidade todo o planeamento das necessidades e dos cuidados, nomeadamente a determinação do grau de dependência da pessoa, bem como dos cuidados a prestar por outros (CE, 2009).

Mas, entenda-se que a identificação das necessidades de conforto, a apreciação de enfermagem, o estabelecimento de resultados esperados, a prescrição, a execução das intervenções e a avaliação dos resultados são da responsabilidade do enfermeiro.

Não só através da delegação e supervisão de tarefas, com posterior responsabilidade, pude ao longo do estágio, planejar o trabalho a efectuar com o doente, adequando os recursos às suas necessidades. Ainda que, não só em caso de dúvida, mas como forma de melhorar a prestação de cuidados, gerou-se momentos de discussão dos cuidados de saúde, como estratégia de gestão para a melhoria dos cuidados.

Ao longo do estágio, deleguei e supervisionei nas assistentes operacionais nomeadamente tarefas relativas à higiene, alimentação, mobilização, eliminação, de acordo com a minha formação inicial e específica. Considero que nas Unidades deveria existir protocolos de actuação dos enfermeiros, relativamente ao processo de delegação de tarefas

nas assistentes operacionais, que contemple a verificação dos critérios para a delegação; a avaliação da situação, considerando as necessidades da pessoa, o planeamento de cuidados, as circunstâncias e os recursos disponíveis; o planeamento para a acção a delegar, especificando a natureza da acção, a preparação para a realizar adequadamente e as implicações (para a pessoa, família); o fornecimento de orientações claras para a realização da acção, o que implica um adequado processo de comunicação; a supervisão do desempenho da acção; a apropriada documentação (registo) da acção e a avaliação global do processo, com vista a obtenção da melhoria dos cuidados prestados.

Tendo em linha de conta os pressupostos da Teoria de Kolcaba, na gestão dos cuidados prestados, realizei com o doente e/ou família a apreciação intencional das necessidades de conforto (físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais), de modo a planear as medidas de conforto e a efectuar a reapreciação dos níveis de conforto, após a sua implementação. Por exemplo, e tendo em conta as variáveis intervenientes e a integridade institucional, verificou-se através da avaliação que o doente verbalizava necessidade de conforto, através de uma massagem relaxante, pelo que em conjunto planeou-se o banho de imersão em simultâneo com a aplicação da massagem e música ambiente. Ao integrar o holismo nos contextos da experiência físico, psico-espiritual, ambiental e social, o resultado da nossa intervenção proporcionou ao doente os vários tipos de conforto, ou seja, o alívio da sua necessidade física e a tranquilidade, manifestando um estado de calma e de contentamento.

Outro exemplo, foi o de uma doente que apresentava-se ansiosa face ao internamento na unidade, pelo que avaliada esta necessidade, iniciou-se um processo contínuo e interdisciplinar de esclarecimento da sua situação, bem como, da filosofia e princípios dos cuidados paliativos, de forma a transmitir-lhe conforto através da nossa intervenção pela comunicação, apoio e acompanhamento diário.

Não esquecer, que a intervenção do profissional de enfermagem em cuidados paliativos acontece numa esfera interdisciplinar, pois para facilitar uma abordagem qualificada é imprescindível ter conhecimento na área e respeito à competência de cada profissional.

Para LEOVICI (1959, citado por BERNARDO; ROSADO; SALAZAR, 2010, p. 762), “o trabalho de equipa só pode ser organizado a partir de concepções orgânicas e formativas que presidiram à qualificação profissional de cada um. Em cada equipa, cada membro deve desempenhar a sua tarefa profissional, integrando-se numa função e num papel”. Para TWYLCROSS (2003), uma equipa de cuidados paliativos deve ser constituída basicamente por um médico, um enfermeiro e um assistente social. Todas as outras possibilidades de composição da equipa apenas valorizarão a própria equipa e o seu projecto.

Na Unidade tive o privilégio de trabalhar com os vários elementos que compõem a equipa interdisciplinar (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistente social, voluntários, assistente espiritual, psicóloga, fisioterapeutas, padre). A dinâmica desta equipa permite a reorganização e integração de conhecimentos de cada profissionais, em cada

momento, segundo as necessidades das situações, tendo como directivas a qualidade de vida e o conforto do doente, apoio dos familiares e/ou prestadores, bem como o funcionamento da equipa.

A sua existência permitiu-me desenvolver aspectos relacionados com o trabalho de equipa, nomeadamente no que diz respeito ao propósito partilhado, às relações e comunicação, reconhecimento e motivação.

Indubitavelmente, e de acordo com a Teoria do Conforto, esta interdisciplinariedade proporciona ao doente e família, como resultado subsequente o conforto a vários níveis, na medida em que contemplam as diferentes necessidades de cuidados de saúde, mas também as variáveis intervenientes, e a integridade institucional.

As conferências familiares são um método potencial de interacção entre o doente, familiares e profissionais de saúde, que poderão otimizar a qualidade dos cuidados prestados. Durante o estágio pude estar presente numa das conferências agendadas, conjuntamente com o familiar, o médico e a assistente social, justificada por ser uma família com necessidades socio-ambientais. Esta conferência foi uma mais valia no meu desenvolvimento profissional, dado que ainda não se tinha proporcionado nenhuma até esse momento. Pude perceber a sua estrutura, organização e que são uma forma útil para clarificar os objectivos e opções dos cuidados e partilha de informação com a pessoa doente e sua família; uma oportunidade para explicação do que o serviço poderá ou não oferecer, estratificação de prioridades e referenciação para outros profissionais.

Os cuidados paliativos são prestados de forma holística e multidisciplinar, pelo que as conferências são comumente recomendadas, porém segundo HUDSON, QUINN, O'HANLON e ARANDO (2008), a evidência científica sobre a orientação e utilidade das conferências familiares em cuidados paliativos é escassa e extrapolada de outros contextos, pelo que as normas de orientação clínica elaboradas baseiam-se em opinião de peritos. Assim sendo, será necessária uma avaliação posterior da sua aplicabilidade e eficácia em cuidados paliativos.

Assim, a comunicação constitui uma das ferramentas e uma componente essencial no cuidado prestado e, uma das áreas fulcrais em cuidados paliativos. O valor da comunicação sobressai quando se reconhece que é a chave para aceder e atender com dignidade a todas as necessidades de saúde da pessoa e variáveis intervenientes.

Comunicar eficazmente no contexto dos cuidados paliativos é simultaneamente importante e difícil, e constitui um desafio, porque implica a utilização e desenvolvimento de perícias básicas essenciais à comunicação entre o profissional de enfermagem, a pessoa e família (GASK, 2000 adaptado por QUERIDO; SALAZAR; NETO, 2009).

Vários são os temas a abordar no processo de comunicação em cuidados paliativos e, à medida que a doença avança, é muito frequente que os interesses mudem, relacionando-se cada vez mais com aspectos concretos da esfera pessoal de cada doente, que é única (QUERIDO; SALAZAR; NETO, 2009).

Ao longo do estágio, aquando da abordagem do doente centrei a minha intervenção na identificação e resposta activa às suas necessidades que determinam o seu desconforto, designadamente sentir-se apoiada, compreendida e nunca rejeitada ou abandonada. Dado que enquanto estudante disponha de tempo suficiente e disponibilidade para cuidar do doente. Pelo que a cada doente que cuidei no estágio, sempre dediquei o tempo que julguei necessário, face às suas necessidades de cuidados de saúde, manifestadas através da expressão de pensamentos, sentimentos e desejos.

Indubitavelmente os profissionais de enfermagem, na comunicação com o outro deverão estar munidos de competências básicas – escuta activa, compreensão empática, feedback – de forma a poder aceder e atender com dignidade todas as dimensões da pessoa doente.

KOVÁCS (2006) desperta para o facto de que, o que nos caracteriza como humanos é a capacidade de dizer sobre nós e a capacidade de ouvir, ouvir a nós mesmos e ouvir os outros. O ditado popular diz “Falar é prata, calar é ouro”. Apropriando-se desse ditado alude-se: “Falar é prata, escutar é ouro”. Portanto, a escuta é um elemento fundamental do processo de comunicação complexo, essencial para a compreensão da pessoa doente, no sentido de apreender o contexto e os sentimentos relacionados com a linguagem verbal e não verbal.

Na compreensão empática tem que ser capaz de estar em contacto próximo com o outro, no momento, de se colocar “no seu lugar”, com o intuito de identificar a emoção que a pessoa doente está a vivenciar e a sua causa (QUERIDO; SALAZAR; NETO, 2009).

O feedback é um processo que permite controlar a eficácia da comunicação, perceber a intenção do receptor e a sua reacção (QUERIDO; SALAZAR; NETO, 2009).

Incontestavelmente, qualquer estratégia adoptada para se conseguir uma comunicação eficaz deve-se ter em conta que cada pessoa doente é única, assim como é única e particular a situação em que se encontra e o momento que vive.

Relativamente ao processo de comunicação terapêutica, com os estágios e de forma gradual, fui implementando e aperfeiçoando a utilização destas estratégias, o que me permitiu perceber as variáveis intervenientes e as necessidades de cuidados do doente, com vista a promover o conforto. Também, constatei que é tão importante os aspectos verbais como os não verbais, ou seja, a forma como se diz é tão importante como aquilo que se diz.

Progressivamente, no contexto clínico pude treinar e aperfeiçoar a gestão da esperança, através do estabelecimento de objectivos realistas com o doente. Pois é possível aumentar a esperança de uma pessoa que se encontra próxima da morte, desde que os cuidados e o bem estar se mantenham satisfatórios (HERTH, adaptado por TWYDCROSS, 2003). Pois, é errónea a suposição de que não há mais nada a fazer pelo doente sem possibilidades de cura. Foi inicialmente difícil para mim incutir esperança no outro, mas enquanto há vida, existe esperança.

De acordo com a OE (2001, p.5), compete às instituições de saúde “adequar os recursos e criar as estruturas que obviem ao exercício profissional de qualidade. Neste contexto, às instituições de saúde desenvolvem esforços para proporcionar condições e criar um ambiente favorecedor do desenvolvimento profissional dos enfermeiros”.

Para a CIE (2007, adaptado por OE, 2001, p.5), “as instituições existem para os cidadãos, também os profissionais de saúde em geral, e aqui em particular os enfermeiros, existem para servir os cidadãos. Assim, as organizações devem, por princípio, satisfazer as necessidades dos enfermeiros favorecendo o empenho destes em prol da qualidade”.

Assim, quando as instituições incentivam a aprendizagem ao longo da vida através do apoio ao desenvolvimento profissional e a partilha mútua de conhecimentos, tornam-se organizações de aprendizagem (CIE, 2007).

Ao aproveitar os vários momentos de aprendizagem, tais como, o seminário na escola, as discussões e reflexões com a orientadora, a escuta activa dos testemunhos relatados pela equipa, a pesquisa bibliográfica, bem como, a colaboração na supervisão de estudantes de enfermagem em estágio, pode demonstrar capacidade de auto-conhecimento, de ser facilitador nos processos de aprendizagem, promovendo o desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O conceito de cuidados paliativos está centrado no cuidar que envolve uma postura ético/deontológica por parte do enfermeiro, o que exige um modelo assistencial com dimensão técnica e outras dimensões como a emocional, espiritual e ainda a de suporte familiar, para compreender as várias formas de expressão de sentimentos e apoio na sua terminalidade.

Pelo que no campo de acção dos cuidados paliativos a ética e a bioética, permite reflectir acerca do paradigma de intervenção, enfatizando-se que o cuidado por inúmeras razões óbvias deverá sobrepor-se à cura, atendendo às necessidades do doente, com vista a promover o conforto.

Assim, ao longo do estágio imprimi na minha intervenção a dupla responsabilidade de preservar a vida e promover o conforto, circunscrita ao meu papel e competência. Dada a particularidade do fim da vida, o recurso a medidas de conforto assume uma importância ainda maior, uma vez que a preservação da vida se vai tornando impossível, pelo que a atenção é direccionada para a promoção do conforto, contribuir para uma morte pacífica e não de apressá-la.

Para tal, nesta esfera, o meu estágio foi pautado num enraizamento na subjectividade das pessoas vivido numa relação recíproca de individualidades que, ao entrecruzarem se singularizam, não por intermédio de um conhecimento meramente teórico mas de uma experiência holística e contextual.

“O tratamento que não proporcione um benefício ao doente pode, ética e legalmente, ser omitido ou interrompido e o objectivo da medicina deve ser transferido para a palição dos

sintomas” (BRITISH MEDICAL ASSOCIATION, 1999, adoptada por TWYXCROSS, 2003, p.26). A tónica da questão não se coloca em tratar ou não tratar mas sim determinar qual a medida mais apropriada em função das variáveis intervenientes e das necessidades de cuidados de saúde.

Por exemplo, as perfusões intravenosas, os antibióticos são algumas das medidas de manutenção geralmente usadas em situações agudas ou crónicas, desde a crise inicial até à recuperação da saúde (TWYXCROSS, 2003). Houve algumas situações em estágio em que apliquei estas medidas, dado que estas recomendações terapêuticas basearam-se na comparação entre as possíveis vantagens (controlo eficaz e rápido da dor) e desvantagens (penosidade do tratamento) que podem resultar para o doente. Mas à medida que a morte se aproximava o interesse por estas medidas, bem como, pela hidratação e nutrição era mínimo, dado que era errado forçar o doente a aceitar alimentos e líquidos.

Estas temáticas são pontos chave nos cuidados paliativos e, frequentemente, causam discussão. Assim, para almejar o conforto a vários níveis e comportamentos de procura de saúde, ao longo do processo de cuidados, o enfermeiro terá que compreender que as necessidades de cuidados de saúde são mutáveis e holísticas.

2. O CONFORTO EM ENFERMAGEM

O termo conforto é, diariamente, empregue nos distintos contextos da prática de enfermagem e faz parte do vocabulário habitual do profissional que correntemente utilizam frases como – “prestados cuidados de higiene e conforto”; “o doente está confortável”; “Você está confortável?”; “O que posso fazer para ajudá-lo a estar mais confortável?”. Sendo um conceito que é muitas vezes interligado à dimensão física da pessoa, porém, dentro da literatura de enfermagem, o conforto assume uma designação mais alargada.

Desde sempre no coração da Enfermagem, o conforto – que etimologicamente significa consolo, ânimo, coragem, comodidade – constitui tema de grande relevância para esta disciplina, quer pela perspectiva de missão – a ajuda para que o outro experimente conforto – quer pela perspectiva de proficiência profissional ou resultado – o conforto que o cliente experimenta. Apesar de o conforto ser um dos conceitos centrais para a enfermagem, o seu significado contextual é vago, devido aos vários significados que este termo possui. Também aparece de várias formas como: confortável, desconforto, confortado e medidas de conforto.

As referências mais concisas ao conforto surgiram com NIGHTINGALE (1859, citada por APÓSTOLO, 2009, p.132), ilustradas pela seguinte citação:

“O alívio e o conforto, sentidos pelo doente após a sua pele ter sido cuidadosamente lavada e enxaguada, é uma das mais comuns observações feitas pelo doente acamado. Não deve ser esquecido, entretanto, que o alívio e o conforto obtidos, de facto, nada mais são do que um sinal de que as forças vitais foram auxiliadas pela remoção de alguma coisa que as oprimia”.

Mencionou a observação como um instrumento importante na promoção do conforto e da saúde nas pessoas bem como ao efeito confortante dos cuidados de enfermagem ao nível físico, psicológico e social.

O conforto – enquanto resultado ou enquanto processo de ajuda – surge como conceito relevantes em várias teorias de enfermagem, nomeadamente com Paterson e Zderad, Roy, Orlando, Leininger e Watson. Surgem também nos trabalhos de outros autores, como por exemplo, Benner, Morse, Meleis, Kolcaba, Cameron, Wilson-Barnett, Bécherraz, entre outros, que sob diversas metodologias, e ora valorizando a perspectiva da pessoa, ora a do enfermeiro, ou a de ambos, estudaram tais fenómenos. São também conceitos relevantes em diferentes taxonomias, nomeadamente na CIPE (versão Beta 2).

O conforto tem sido considerado um conceito que está na essência dos cuidados de enfermagem, com enorme relevância em cuidados paliativos. GROPPER (1992 citado por MALINOWSKI; STAMLER, 2002) definiu o conforto como uma necessidade humana básica perseguida por todos os seres humanos. Promover o conforto, através de determinadas intervenções é um processo interactivo de descoberta, decisão e de conhecimento da pessoa que dele necessita (OLIVEIRA, 2006), conduzindo-a a um estado de bem-estar e crescimento individual (CAMERON citado por TUTTON; SEERS, 2003).

MORSE, BOTOROFF e HUTCHINSON (1994, adaptados por MAGALHÃES, 2009), conceptualizam o termo de “conforto total”, em que compreende uma miríade de actividades em que os enfermeiros se envolvem quando acompanham doentes em fim de vida, e a forma como os primeiros potencialmente poderão auxiliar os doentes a se ajustarem a viver de uma nova forma sem serem dominados pela corporeidade. O conforto, para a pessoa doente e para a família, é uma ponte para a vida que lhes dá oportunidade de viverem com mais qualidade o tempo disponível.

Dentro do grupo de teóricas de enfermagem que estudaram o conforto, duas destacam-se pela profundidade do seu trabalho. A primeira é Janice Morse que, a partir do ano de 1980, iniciou um conjunto de estudos que deram visibilidade ao conceito de conforto no contexto da enfermagem contemporânea e a segunda é Katharine Kolcaba que, a partir do ano de 1990, se dedicou à sua conceptualização e operacionalização.

Neste sentido, cria-se espaço em cuidados paliativos, para compreender o conforto como uma experiencia imediata e holística, da pessoa que experimenta essas medidas. A pessoa doente e a família quando confortados envolvem-se facilmente em comportamentos mais saudáveis. A pessoa doente tem uma morte mais pacífica e a família um processo de luto mais adaptado (KOLCABA; TITTON; DROUIN, 2006).

2.1. TEORIA DO CONFORTO DE KOLCABA

O conforto tem sido citado como um objectivo dos cuidados de enfermagem desde há mais de um século e tem estado associado ao acompanhamento, à presença, ao toque, à empatia e à compaixão como componentes críticos dos cuidados de enfermagem (MAGALHÃES, 2009). É frequentemente usado no contexto dos cuidados e, tem sido desenvolvido em inúmeros estudos e obras na área de enfermagem.

Para SEYMOUR (2004, adaptado por MAGALHÃES, 2009), a enfermagem em cuidados paliativos tem-se desenvolvido com a ênfase clara na importância da combinação do conforto físico, emocional e espiritual, existindo desafios particulares no proporcionar conforto aos doentes que sofrem de doença avançada e que podem ter sintomas difíceis de controlar ou um grave sofrimento emocional e existencial.

KOLCABA (1994; 1999 adaptada por DOWD, 2004, p.484) define conforto como “a condição experimentada pelas pessoas que recebem as medidas de conforto. É a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental)”, evidenciando desta forma a multidimensionalidade e a importância para a conceptualização holística deste fenómeno.

O conforto é um estado em que estão satisfeitas as necessidades básicas relativamente aos estados de alívio, tranquilidade e transcendência (KOLCABA, 1991; 1994; 2003 adaptada por APÓSTOLO, 2009). Estes três estados de conforto desenvolvem-se em quatro contextos da experiência: o contexto físico, sociocultural, psico-espiritual e o ambiental (KOLCABA, 1991, 2003 adaptada por APÓSTOLO, 2009).

KOLCABA (1994 adaptada por DOWD, 2004) define necessidades de cuidados de saúde como necessidades de conforto resultantes de situações de cuidados de saúde provocadoras de tensão, que podem ser satisfeitas pelos sistemas de suporte tradicionais. Estas necessidades incluem necessidades físicas, psico-espirituais, sociais e ambientais tornadas aparentes através da monitorização e relatos verbais ou não-verbais.

As medidas de conforto são definidas como “intervenções de enfermagem concebidas para abordar necessidades de conforto específico das pessoas, incluindo fisiológicas, sociais, financeiras, psicológicas, espirituais, ambientais e físicas” (KOLCABA, 1994 adaptada por DOWD, 2004, p. 484).

As variáveis intervenientes são definidas como forças de interacção que influenciam a percepção do recipiente acerca do conforto total, tais como, experiências passadas, idade, postura, estado emocional, etc (KOLCABA, 1994 adaptada por DOWD, 2004).

O conceito de comportamentos de procura de saúde, representa a categoria alargada de resultados subsequentes relacionados com a busca da saúde conforme definida por quem recebe os cuidados (SCHLOTFELDT, 1975 adaptada por DOWD, 2004).

A integridade institucional é definida como empresas, comunidades, escolas, hospitais, igrejas, etc, que possuam qualidades ou condições de serem completos, íntegros, seguros, rectos, apelativos, honestos e sinceros (KOLCABA, 2001 adaptada por DOWD, 2004).

A Teoria de Kolcaba sustenta que em situações de cuidados de saúde stressantes, as necessidades de conforto são satisfeitas pelo profissional de enfermagem (KOLCABA, 1994 adaptada por DOWD, 2004), por exemplo através de uma massagem.

Propõe um instrumento para medir conforto (General Comfort Questionnaire), construído a partir de sua estrutura taxonómica. Este instrumento permite também avaliar a efectividade de uma intervenção, aferindo-se o grau de conforto obtido quando as necessidades de conforto, previamente identificadas, vão sendo consideradas atendidas pelo doente.

3. MASSAGEM: INTERVENÇÃO AUTÓNOMA DE ENFERMAGEM

Desde a Florence Nightingale que a prática de enfermagem tem sofrido grandes alterações, consequência de mudanças profundas no pensamento que rege a intervenção do profissional de enfermagem. Os conceitos e os objectivos têm-se alterado havendo uma preocupação cada vez maior com cada pessoa como ser único em inter-relação constante com tudo o que o rodeia. Esta visão holística obriga à reformulação de toda uma prática até aqui mais virada para o modelo mecanicista promovendo a busca por um cuidar mais personalizado, mais abrangente da pessoa como um todo (CAVALHEIRO, 2003), o que vai ao encontro das terapias complementares.

Também a OMS, desde 1978 recomenda a integração das práticas tradicionais de cura na medicina moderna, e enfatiza a necessidade de se garantir respeito, reconhecimento e colaboração entre os intervenientes dos diversos sistemas quer sejam convencionais ou complementares (COSTA *et al.*, 2005).

As terapias complementares são abordagens que visam prestar cuidados de saúde à pessoa, enquanto mente, corpo e espírito, considerando-a como um conjunto de partes interligadas (CEOLIN; HECK; PEREIRA; MARTINS; COIMBRA; SILVEIRA, 2009).

NOGUEIRA (1986, adaptado por TRÓVO; SILVA, 2002) afirma que, sob o ponto de vista holístico, ao prestar cuidados de saúde, o profissional visa harmonizar e equilibrar todas as dimensões da pessoa, actuando não só no corpo físico, mas também nas energias envolventes. Pelo que, a necessidade de procurar formas alternativas de cuidar, que tenham em linha de conta o corpo, da mente e do espírito, é notória.

Neste âmbito, os profissionais de enfermagem ocupam uma posição privilegiada e exercem um papel fundamental na sua implementação, oferecendo um leque variado de respostas, de modo a responder às diversas necessidades do doente que precisa de um cuidado mais global através do contacto.

Segundo BRO (1997, adaptado por TSUCHIYA; NASCIMENTO, 2002), essas terapias, incluem o uso de florais, a massagem, o reiki, a aromaterapia, a reflexoterapia, a fitoterapia, o toque terapêutico, dentre outras, que se caracterizam por intervenções não invasivas, ausência de efeitos colaterais e prejudiciais, importante acção preventiva de desequilíbrio nos níveis físico, mental e emocional, além de poderem ser usadas concomitantemente com outros tratamentos.

Destaca-se a massagem, que o profissional de enfermagem poderá aplicar de modo complementar no processo de cuidar em cuidados paliativos, permitindo uma abordagem holística da qual disponibiliza tempo, atenção e escuta activa, num ambiente agradável e com privacidade.

AUSTREGÉSILO (s.d., citado por SILVA; NASCIMENTO, 2001, p.108) define “massagem como a linguagem do tacto; um conjunto de toques exercidos sobre o corpo, com fins terapêuticos, desportivos, estéticos, emocionais, lúdicos, ou sexuais”.

Para LIDELL *et al.* (1998, citados por SILVA; NASCIMENTO, 2001, p.108), “ela vai para além da espessura da pele, e mais profundamente que a dos músculos e dos ossos; ela penetra directamente até às profundezas do ser. Os autores referem, ainda, que não importa a idade ou estágio da vida em que se esteja, todos necessitam de um pouco de contacto humano, de sensibilidade e dos cuidados que mostram que não estamos sós.”. Para a SFAP (2000), a massagem é um acto privilegiado que permite comunicar calor humano, apaziguar e que não é invasivo.

“A massagem é considerada uma das principais formas de realizar a estimulação cutânea, e pode ser definida como a manipulação dos tecidos moles do corpo (geralmente músculos, tendões e ligamentos), executada com as mãos, com a finalidade de produzir efeitos positivos sobre os sistemas vascular, muscular e nervoso” (LIU; FAWCETT, 2008; PIMENTA, 2000; SILVA; LEÃO, 2007; WILKINSON; BARNES; STOREY, 2008 citados por FONSECA; BRITTO, 2009, p.392). O uso de óleos ou cremes auxilia o deslizamento das mãos na realização dos movimentos, de forma a evitar puxões desagradáveis.

Para MACKEY (2001, citado por WILLIAMS; DAVIES; GRIFFITHS, 2009, p.148), a massagem tem sido definida como

“(…) usando as mãos para aplicar vários níveis de pressão e movimento sobre a pele para o acesso aos canais linfáticos subjacente ao músculo, e fáscia com a finalidade de promover o relaxamento físico e psicológico, melhorando a circulação e o tónus-muscular, aumentando amplitude de movimento, aumentando da função imunológica, aliviando dor e promover o movimento linfático”.

A massagem pode ser suave ou profunda, utilizando movimentos de deslizamento, amassamento, fricção, percussão, compressão e vibração (PIMENTA, 2004; SILVA; LEÃO, 2007 adaptados por FONSECA; BRITTO, 2009). Há vários tipos diferentes de massagem tais como, Shiatsu, Rolfing, massagem sueca, reflexologia, miofascial, entre outras (FURLAN; BROSSEAU; IMAMURA; IRVIN, 2002 adaptados por WILLIAMS; DAVIES; GRIFFITHS, 2009). Assim, devem ser considerados os tipos de movimento a serem executados durante a massagem, e o objectivo e a extensão da aplicação (local ou sistémica) (CASSAR, 2001).

Assim, a massagem remete para um universo que engloba diversas técnicas de tratamento através das mãos. Detalhar este universo implica cruzar diversas definições, parcelares, que se complementam, para relatar o mesmo fenómeno.

Não existe uma rotina fixa para esta técnica, nenhum número pré-estabelecido de vezes em que cada manobra deva ser executada e, não significa, necessariamente, uma massagem ao corpo inteiro. Com muita frequência, o tratamento é realizado em apenas uma ou duas regiões, por exemplo no abdômen e nas costas (CASSAR, 2001).

A massagem possibilita o benefício de melhorar a circulação pelo aumento do fluxo sanguíneo e linfático, estimulando a drenagem venosa, aumentando o metabolismo do tecido muscular e a elasticidade, promovendo relaxamento, com o aumento da actividade parassimpática e da redução da actividade simpática e, assim, proporcionando sensação de conforto à pessoa (FERREIRA; LAURETTI, 2007; PIMENTA; FERREIRA, 2006 adaptados por FONSECA; BRITTO, 2009). Um efeito muito significativo da massagem é o apoio emocional que proporciona à pessoa, seja efectuada numa parte do corpo ou na sua totalidade (CASSAR, 2001). Assim, para MACDONALD (2003), o toque qualificado pode aumentar a qualidade de vida, transmitir apoio emocional e diminuir a dor e outros desconfortos físicos.

Para além das medidas de tratamento, a massagem em enfermagem surge como resposta às complicações advindas da situação da pessoa em fim de vida, com a finalidade de promover o conforto, no sentido de responder à suas necessidades; a de promoção do autocuidado, na óptica de manter a autonomia, responsabilidade e envolvimento nas decisões dos cuidados; a prevenção dos efeitos da imobilidade, para evitar o aumento do grau de dependência (ALVES, 2000).

Para WILKIE, KAMPBELL e CUT (2000, adaptados por FERREIRA; LAURETTI, 2007), os efeitos adversos da massagem são poucos e, as contra-indicações são designadas a evitar uma precipitação da queda na pressão sanguínea ou a difusão de substâncias prejudiciais nos fluidos corporais.

Pode ser utilizada em pessoas com doença oncológica, com dor aguda e crónica, pessoas restritas ao leito, portadores de transtornos de ansiedade, distúrbios de sono (PIMENTA; FERREIRA, 2006). Está contra-indicada em caso de lesão de pele, óssea ou se causar dor (PIMENTA, 2000 adaptado por FONSECA; BRITTO, 2009), bem como, massajar o local do tumor (MACDONALD, 2003). Deverá ter especial atenção no caso de pessoas com trombose venosa profunda, leucopenia e trombocitopenia.

Entretanto, por exemplo em doentes oncológicos em fim de vida, o benefício fisiológico e os efeitos psicológicos da massagem têm potencial positivo para melhorar a função, aliviar sintomas e contribuir para promoção do conforto (WILKIE; KAMPBELL; CUT, 2000, adaptados por FERREIRA; LAURETTI, 2007)

Indubitavelmente, o profissional de enfermagem ao introduzir autonomamente na sua prática a massagem está a desempenhar um papel central na promoção do conforto à pessoa em fim de vida.

4. A PESSOA EM FIM DE VIDA

A concepção de cuidar do “moribundo”, “do doente terminal” foi dando lugar ao cuidar “da pessoa em fim de vida”, isto é, acompanhar em vida, dar importância a tudo o que altere ou perturbe a qualidade de vida que lhe resta (GOMES, 2010).

Neste contexto é esperado que a equipa de enfermagem, mediante a pessoa em fim de vida, desenvolva acções direccionadas a preservar a vida, fomentando o alívio do sofrimento, oferecendo conforto, apoio emocional, atenção e não somente a demanda pela cura clínica, e assim fortalecer o vínculo com o doente e seus familiares (BERNARDES *et al.*, 2008, adaptados por BRAGA *et al.*, 2010).

Segundo FRANÇA (2000, adaptado por CRESPO, 2010, p.22), a definição de pessoa em fim de vida não tem sido tarefa fácil, sendo um conceito impreciso, até porque a própria vida já é por si só terminal. Assim, considera que é “aquele que na evolução da sua doença, não responde mais a nenhuma terapêutica conhecida e aplicada sem condições de cura (...), necessitando apenas de cuidados que facilitem o máximo de conforto (...)”.

SERRÃO (1990, adaptado por CRESPO, 2010, p.21) afirma que são “aqueles para quem a ciência e a tecnologia não têm meios para suspender a morte”.

Ao longo desta revisão utiliza-se, com o mesmo significado, “pessoa em fim de vida”, “doente terminal”. Assim, entende-se pessoa em fim de vida, segundo GOMEZ, GONZALEZ e SECPAL (1999, 1996, 1999 citados por SAPETA; LOPES, 2007, p.37):

“Presença de uma doença avançada, incurável, e terminal. Escassa ou nula possibilidade de resposta ao tratamento activo, específico para a patologia de base. Podendo utilizar-se, em certas situações, recursos específicos pelo seu contributo favorável sobre a qualidade de vida. Presença de problemas, sintomas intensos, múltiplos, multifactoriais e cambiantes. Grande impacto emocional no doente, família, amigos e equipa de saúde, relacionado com o sofrimento e processo de morte. Evolução no sentido da degradação progressiva e falência multiorgânica. Prognóstico de vida limitado (mais ou menos seis meses raramente anos)”.

Próximo deste conceito e segundo SERVEI CATALÀ DE LA SALUT (1995, adaptado por SAPETA; LOPES, 2007) é aquele que apresenta doença avançada, incurável e evolutiva, com elevadas necessidades de cuidados de saúde pelo sofrimento associado e que, em média, apresenta uma sobrevivência esperada de 3 a 6 meses. É uma situação particular de saúde, de grande instabilidade como outras fases de transição do ciclo de vida, mas com a singularidade de se reportar ao fim da vida.

O cuidado à pessoa em fim de vida tem como questão primordial determinar qual o tratamento adequado em função das suas perspectivas físicas e de suas circunstâncias pessoais e sociais. No qual se inscreve os cuidados paliativos que têm como meta proporcionar à pessoa e família condições para que alcancem o conforto nos seus variados níveis (TWYGCROSS, 2003; CHOCHINOV, 2006, adaptados por GOMES, 2010).

Naturalmente esta abordagem requer a assunção de crescentes responsabilidades, uma maior implicação pessoal, com melhor preparação técnica e aquisição de um corpo de conhecimentos, de habilidades e competências pessoais e profissionais que a complexidade e delicadeza da situação o exigem (MOMPART, 1998, adaptado por SAPETA; LOPES, 2007).

Junto destes doentes, é o profissional de enfermagem o que procura mais tempo, proximidade e disponibilidade pessoal face às necessidades das pessoas em fim de vida e o que está, portanto, em melhores condições para acompanhar este ser humano em situação de vulnerabilidade, ao mesmo tempo que atende a família, fazendo com que participe nos cuidados, informando-a e apoiando-a.

Assim, na sua intervenção o profissional de enfermagem poderá utilizar a massagem como vínculo entre este e o doente em fim de vida, de modo a conferir-lhe conforto. Os conceitos supra mencionados encontram-se enquadrados num quadro conceptual que se encontra em anexo (ver Anexo V).

5. PRÁTICA DE ENFERMAGEM BASEADA NA EVIDÊNCIA: A MASSAGEM COMO PROMOTORA DO CONFORTO À PESSOA EM FIM DE VIDA

Nos últimos anos, a enfermagem tem vindo a interessar-se pelo modelo de resolução de problemas alicerçado na evidência científica. Sendo que, a prática baseada em evidências significa, integrar a experiência clínica individual à melhor evidência externa disponível oriunda da pesquisa sistemática (PEREIRA; BACHION, 2006).

Diariamente, um número cada vez maior de publicações tem sido disponibilizado, sendo necessário que estas sejam analisadas quanto à sua aplicação, tornando o conhecimento produzido mais facilmente utilizado. Respondendo a essa necessidade de sintetizar o conhecimento produzido e de separar os estudos pertinentes daqueles irrelevantes a determinada questão clínica, surge a necessidade de realizar revisões da literatura (PEREIRA; BACHION, 2006).

Mediante a Revisão da Literatura (RL), procurou-se dar resposta à seguinte questão:

- A massagem contribui para o conforto da pessoa em fim de vida?

Assim, através RL, procura-se responder a questões secundárias como: quais as técnicas e estratégias de massagem utilizadas, como se caracteriza o conforto experimentado pela pessoa em fim de vida, quais são os níveis de conforto comumente alcançados.

Partindo destas questões, justificadas pelo desconhecimento dos contributos da massagem, a utilizar pelos profissionais de enfermagem, como intervenção autónoma, junto da pessoa em fim de vida em cuidados paliativos, encetou-se o processo de investigação cujos aspectos metodológicos e achados se passa a apresentar.

5.1 REVISÃO DA LITERATURA

Este estudo de RL tem como finalidade contribuir para a síntese e integração do conhecimento produzido sobre o fenómeno através da evidência científica alcançada, tendo em vista a sua utilização na investigação, na prática de cuidados, e na formação em enfermagem. Esta RL foi realizada por um único revisor, a autora.

Para a formulação da questão de investigação e definição de critérios de selecção, e consequentemente para a composição da amostra, utilizou-se o método designado de PI[C]O.

Assim, como ponto de partida para a RL foi formulada a pergunta de investigação: “A massagem (I) contribui para o conforto (O) da pessoa em fim de vida (P) em cuidados paliativos?”

Os critérios para a formulação da questão de investigação estão delimitados na tabela n.º 1.

Tabela n.º 1 – Critérios para a formulação da questão de investigação.

Participantes	Pessoas em fim de vida, em cuidados paliativos.	Palavras-Chave <i>Massage;</i> <i>Comfort;</i> <i>End of Life</i>
Intervenção	Massagem.	
Outcomes	Conforto.	

Como critérios de inclusão privilegiaram-se os artigos com cerne na problemática da massagem, que clarificassem a promoção do conforto, junto da pessoa em fim de vida em cuidados paliativos; horizonte temporal entre 2004 e 2011. Nos critérios de exclusão inseriram-se todos os artigos em que os participantes não estão em fim de vida e noutro contexto de cuidados, dada à sua especificidade e necessidades, sem metodologia científica ou pouco clara, sem co-relação com o objecto de estudo, em duplicado e sem acesso ao artigo na íntegra.

A pesquisa em bases de dados on-line foi realizada em 07 de Dezembro de 2011, via EBSCO, utilizando língua inglesa, com o filtro cronológico de 2004 a 2011, sem restrições do tipo de apresentação ou de publicação, com a limitação da pesquisa aos termos chave e o seu cruzamento na sequência seguinte: *massage AND comfort AND end of life*¹ e, o refinamento dos resultados em Full Text:

- A busca electrónica percorreu várias bases de dados, pelos termos de busca, com os resultados obtidos, entre parêntesis: CINAHL Plus with Full Text (3); MEDLINE with Full Text (1).

Assim, a potencial amostra inicial foi constituída por 4 estudos, que através do título e pelo resumo, foi seleccionado 1, com o refinamento pelos critérios de inclusão e exclusão, seleccionou-se 1 estudo. O percurso metodológico levado a cabo no processo de pesquisa e de selecção dos artigos encontra-se em anexo (ver Anexo VI).

¹O conceito *massage* foi verificado na base internacional MeSH Browser, em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>. Os conceitos *comfort* e *end of life* foram seleccionados dada a sua pertinência para o estudo e por constituírem termos chave na base de dados.

De frisar que a opção por um horizonte temporal mais alargado, deve-se ao facto de existir poucos estudos dentro desta área temática.

Por conseguinte, para tornar perceptível e transparente a metodologia utilizada procedeu-se à listagem do artigo filtrado, que constituiu a base para a elaboração da discussão e respectivas conclusões, tendo em linha de conta a sua classificação do nível de evidência de acordo com GUYATT, RENNIE (2002) e HARRIS (2001, adaptados por MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005), os participantes, as intervenções, resultados e conclusões (ver Anexo VII).

5.2 CONTRIBUTOS PARA A REFLEXÃO

Após a pesquisa na base de dados verifica-se que é escassa a investigação realizada no âmbito dos cuidados paliativos, nomeadamente sobre a massagem como intervenção de enfermagem à pessoa em fim de vida. O artigo seleccionado encontra-se esquematizado na tabela n.º2.

Tabela n.º 2 – Tabela do Artigo em Análise.

Autor	Ano Produção	Título	Fonte	Grau Evidência
KOLCABA, K.; DOWD, T.; STEINER, R.; MITZEL; A.	2004	Efficacy of Hand Massage for Enhancing the Comfort os Hospice Patients	Journal of Hospice and Palliative Nursing	II

KOLCABA, DOWD, STEINER e MITZEL (2004, [URL:http://content.ebscohost.com/pdf13_15/pdf/2004/A0H/01Apr04/13778692.pdf?T=P&P=AN&K=2005030332&S=R&D=rzh&EbscoContent=dGJyMNLr40Sep644yNfsOLCmr0qep7FSsqi4TbCWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGtsUu2rq5MuePfgex44Dt6fIA](http://content.ebscohost.com/pdf13_15/pdf/2004/A0H/01Apr04/13778692.pdf?T=P&P=AN&K=2005030332&S=R&D=rzh&EbscoContent=dGJyMNLr40Sep644yNfsOLCmr0qep7FSsqi4TbCWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGtsUu2rq5MuePfgex44Dt6fIA)) alertam para os motivos da parca pesquisa realizada nesta área, designadamente por os cuidados paliativos serem uma área de especialidade recente, logo o seu corpo de conhecimentos é grandemente descritivo. Seguidamente, porque os doentes são internados muito tardiamente e possuem descontrolo sintomático, o que inviabiliza a colheita de dados ao longo do tempo. Terceiramente, porque a ênfase do controlo sintomático é largamente farmacológica, dando pouco interesse às terapias complementares.

Para TAYLOR (1908, adaptado por MACDONALD, 2009, p.17),

“nenhum agente terapêutico individual compara-se, em eficiência, a essa ferramenta caseira, porém, perfeita (...) a Mão Humana. Se metade da

pesquisa relativa à farmacologia tivesse sido aplicada aos princípios que controlam o tratamento manual, actualmente a mão estaria em igualdade de condições com os remédios, em aceitabilidade e força”.

Os autores do artigo consideram ser fundamental que se inicie estudos experimentais e empíricos, na área das terapias complementares, para reduzir as doses dos fármacos. Pois com o estudo e investigação a nível mundial destas terapias, está-se a contribuir de forma inegável para um cuidado Holístico que constitui o desafio de Enfermagem deste século.

Também, referem ser difícil recurtar participantes para o estudo devido ao rápido declínio das funções cognitivas do doente. Daí que remetem para o facto do estudo não ser estatisticamente significativo, no que se refere às diferenças de conforto ao longo do tempo entre os grupos em estudo, devido ao tamanho reduzido da amostra.

Em termos metodológicos, o artigo classifica-se de acordo com escala de evidência de nível II, com o tipo de desenho experimental randomizado.

Relativamente aos participantes, os autores não mencionam o tipo de patologia, tendo como critérios de inclusão serem homens ou mulheres em cuidados paliativos e de suporte, em estado de alerta e orientados, com idades superiores aos 18 anos, que entendam a língua inglesa, com a expectativa de estarem em estado de alerta pelo menos durante 3 semanas e no mínimo terem um score de Karnofsky de 40.

Os autores fazem referência no seu artigo e anexam, o protocolo da massagem, com as normas standardizadas.

Apesar de actualmente as terapias complementares serem muito divulgadas na comunicação social, ainda são pouco reconhecidas e muito menos praticadas pelos enfermeiros, talvez por desconhecimento dos seus efeitos e, ainda, dos seus direitos de praticá-las. Mas, ao analisar-se de um modo crítico o papel destas terapias nas práticas de enfermagem, surpreende-se de facto, a distância a que este assunto se coloca relativamente nos contextos europeu, americano e australiano, onde algumas práticas não só estão regulamentadas (por exemplo, a massagem) salvaguardando sempre princípios éticos e decisões consensuais, como é grande a procura por parte das pessoas.

A utilização das práticas complementares é desafiador e requer novas abordagens e novas formas de pensar, exigindo disposição na construção de novos paradigmas que permitam percepções mais amplas, a fim de perceber e actuar, a todos os níveis do universo humano.

Para MENDES (2002), é um apelo para (re)descobrir as dimensões sensoriais dos cuidados de enfermagem, a observação e o olhar, a escuta, a comunicação e os silêncios, os odores e os aromas, o tacto e o toque terapêutico ou simplesmente interactivo, indissociáveis do “estar presente”; o mesmo será dizer revalorizar a autonomia do enfermeiro, re-criando as práticas dos profissionais de enfermagem e direccionando-as para uma sociedade em mudança.

Assim sendo, cuidar da pessoa em fim de vida terá que ir para além das formalidades e técnicas, para se puder alargar horizontes e diversificar os percursos, com vista a alcançar o seu conforto. Desta forma, abre-se num novo campo de intervenção para os profissionais de enfermagem, baseado no paradigma holístico, aplicado ao cuidado integral da pessoa, elencado nas terapias complementares.

No estudo levado a cabo por SANTANA, CAMPOS, BARBOSA, BALDESSARI, PAULA, REZENDE e DUTRA (2009), os profissionais de enfermagem evidenciaram a valorização da humanização dos cuidados paliativos e a concordância de que as pessoas em fim de vida devem receber tratamento adequado e conforto. Pois um princípio básico é que se cuidam de pessoas e não de doenças, permitindo ter uma visão diferente do que é o Ser Humano, mesmo quando este se encontra em fim de vida.

Para BUCKMAN, THOMPSON *et al.* e SCHOFIELD *et al.* (2002; 2006, adaptados por RESENDE, 2009), a transição da fase curativa para a paliativa é reconhecida como um processo difícil caracterizado por um misto de incertezas e de emoções. Em que, os tratamentos curativos deixam de ter lugar e como diz TWYGCROSS (2001, citado por RESENDE, 2009, p.56), “entra a baixa tecnologia e o elevado afecto”.

Também para WATSON (2002 adaptada por MENDES, 2003, p.212), a enfermagem assume o seu papel na sociedade e na comunidade científica como uma área do conhecimento autónoma, uma disciplina científica em que “o saber, os valores, acção e a paixão estão geralmente relacionados com as interações do cuidar e com o contacto pessoal humano intersubjectivo, com o mundo vivido da pessoa que experiencia (...) O enfermeiro é um co-participante num processo em que o ideal do cuidar é a intersubjectividade (...)”. Neste sentido, a ciência e as intervenções modestamente invasivas promovem o conforto a vários níveis, experienciado nos diversos contexto físico, psico-espiritual, social e ambiental.

Esta visão holística obriga à reformulação de toda uma prática até aqui mais virada para o modelo mecanicista promovendo a busca por um cuidar mais personalizado, mais abrangente da pessoa como um todo. O conhecimento desta realidade desafia os profissionais de enfermagem, a integrarem filosofias e procedimentos terapêuticos menos convencionais mas consentâneos com as suas práticas e/ou melhorar as técnicas já desenvolvidas.

Em cuidados paliativos, os profissionais de enfermagem ocupam uma posição privilegiada na integração destas terapias complementares, usando as diferentes técnicas e englobando-as de forma natural na sua prática diária, aproveitando ao máximo os seus efeitos benéficos (AMORIM, 2003), na promoção do conforto da pessoa em fim de vida.

Neste sentido, cria-se espaço em cuidados paliativos, para compreender o conforto como uma experiência imediata e holística, da pessoa que experimenta essas medidas. O doente em fim de vida quando confortado envolve-se facilmente em comportamentos mais saudáveis. O doente tem uma morte mais pacífica.

A gestão do desconforto (especialmente físico), no contexto hospitalar é predominantemente farmacológico. Contudo a evidência sugere que os métodos não farmacológicos (CHING; SEDDON, 2003; RUSY; WEISMAN, 2000 adaptados por WILLIAMS; DAVIES; GRIFFITHS, 2009), tal como a massagem, podem ser usados de forma independente ou em combinação (AMERICAN GERIATRICS SOCIETY, 2002 adaptados por WILLIAMS; DAVIES; GRIFFITHS, 2009).

Pelo que, na prática diária o enfermeiro deverá utilizar autonomamente a massagem como terapia complementar e em combinação com outras medidas, com o intuito por exemplo de promover o controlo da dor entre outros sintomas, delineando e materializando intervenções terapêuticas adequadas à maximização dos níveis de conforto do doente.

Indubitavelmente, a massagem como intervenção de enfermagem autónoma requer uma planificação cuidadosa dos cuidados a prestar ao doente em fim de vida, em cuidados paliativos, tomando em consideração a análise dos fenómenos relativos.

O uso de técnicas complementares exige, um rigoroso critério de elegibilidade e são necessárias diversas pesquisas quanto as já desenvolvidas com a terapêutica convencional ou outra técnica invasiva.

O artigo em análise refere-se à massagem bilateral das mãos. Para KOLCABA, SCHIRM e STEINER (2006), este tipo de massagem manual é uma intervenção simples, podendo ser incorporada facilmente na prática de enfermagem, promovendo conforto e a comunicação, através do toque, da atenção individual, e da presença.

ELLIS, HILL e CAMPBELL (1995) referem que existe para as pessoas em fim de vida, várias vantagens relacionadas com a massagem bilateral das mãos: exige um mínimo de posicionamento do corpo, permite estabelecer contacto face a face entre os intervenientes, é uma intervenção não-invasiva e pode ser facilmente ensinada a profissionais e prestadores de cuidados.

A massagem é provavelmente uma das mais antigas formas de terapia utilizada pela humanidade, que tem por base o toque, uma das necessidades humanas mais fundamentais. É a extensão natural de um dos instintos mais básicos conhecido no homem. Perante um desconforto ou uma dor, a nossa reacção instintiva é a de tocarmos, premirmos ou esfregarmos a zona afectada, procurando dessa forma mitigar o problema (MARQUES, 2010).

Para LIDELL *et al.* (1998 adaptados por SILVA; NASCIMENTO, 2001, p.107), “tocar significa contactar, ou seja, relacionar-se com aquilo que se situa fora da nossa própria periferia (...). O contacto instila confiança, transmite calor, prazer, conforto, e renova a vitalidade. O contacto nos diz que não estamos sós.”. Tocar é mais profundo por mais superficial que seja o toque.

A massagem é um tipo de “toque” que vai para além da pele, interfere nos músculos, nos órgãos profundos, afectando todo o ser, ajudando a tomar consciência da corporalidade. Contudo, não deve ser vista como mais um procedimento de rotina, devendo ser encarada

como uma técnica holística, em que a perícia é importante, mas a atitude mental tanto daquele que faz a massagem como daquele que a recebe é também indispensável (ROXO, 2003).

A este propósito, RINOULT (2000, adaptado por ROXO, 2003), é da opinião que perante o toque profissional, as emoções conjugam-se, a par de outras, favorecendo o estabelecimento de uma ligação, de uma empatia entre o enfermeiro e o doente.

Pelo que a prática regular da massagem à pessoa em fim de vida, para além de promover o seu conforto, “irá modificar a visão que o enfermeiro tem do doente, que não é mais o corpo doente que ele apreendera, mas sim, um corpo com vida, uma pessoa” (ROXO, 2003, p.112), quebrando desta forma, barreiras não só físicas, mas também psico-espirituais e socio-ambientais, no contexto dos cuidados paliativos.

Os autores do artigo em análise, referem que a massagem das mãos funciona como um telefone com linha directa para a pessoa em fim de vida, porque partilha durante esta técnica os seus sentimentos e emoções, mais íntimas.

Dado que a massagem transcende o contacto físico, é uma forma de proximidade, de presença, de carinho, de comunicação não verbal, que pode contribuir para reduzir o medo, a ansiedade e proporcionar conforto a vários níveis, na pessoa em fim de vida.

Assim, recorda-se com simplicidade e humildade que a massagem não é um apanágio de nenhum cuidador. Ainda que exija uma formação complementar, simboliza simplesmente a profunda vontade dos profissionais de enfermagem abraçarem o humanismo para acompanhar e envolver de outra forma a realização dos cuidados “técnicos” e “específicos” a cada um dos grupos profissionais, a fim de oferecer, sempre, mais conforto ao doente em fim de vida.

Como resultado da análise do artigo supracitado verifica-se que a introdução da massagem como medida de conforto, na pessoa em fim de vida, aumenta os níveis de conforto, porém não os discrimina.

LAWRENCE (s.d., adaptado por APOSTÓLO, 2009, p.25), refere que o “conforto é tudo o que eu percebo que é, algo necessário que só eu sei definir”. GROPPER (1992, adaptado por RESENDE, 2009) definiu o conforto como uma necessidade humana básica perseguida por todos os seres humanos.

Sendo este uma experiência imediata de ser fortalecido por ter as necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência satisfeitas em quatro contextos (físico, psico-espiritual, social e ambiental); muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos. Trata-se de um resultado essencial do cuidado de enfermagem, sendo um estado holístico e complexo.

Graças à evolução do conhecimento, é possível afirmar que “hoje em dia, confortar não é mais uma actividade de acalmar, de ajeitar almofadas e aquecer com cobertores (...)” (MORSE, 2000 citado por OLIVEIRA; LOPES, 2009, p.70). Muito além disto, confortar é hoje entendido como “um processo, que não só trata desconfortos mas também fortalece o doente em ordem a mover-se em direcção ao seu auto conceito de saúde e objectivos e

comportamentos para a recuperação” (SIEFERT, 2002 citado por OLIVEIRA; LOPES, 2009, p.70).

Promover o conforto, através de determinadas intervenções é um processo interactivo de descoberta, decisão e de conhecimento da pessoa que dele necessita (OLIVEIRA, 2006, adaptado por RESENDE, 2009), conduzindo-a a um estado de bem-estar e crescimento individual (CAMERON, *s.d.*, adaptado por RESENDE, 2009).

Assim, considera-se a massagem como uma medida de conforto, a utilizar pelos profissionais de enfermagem, sendo necessário requer a um processo de acção confortantes, bem como, ao produto de conforto ganho pela pessoa em fim de vida.

Para MORSE, BOTIROFF e HUTCHINSON (1994, adaptados por MAGALHÃES, 2009), os enfermeiros ao trabalharem o conforto, como resultado sensível, confere aos doentes, que se encontram submersos pela dor, fadiga, exaustão e doença, a oportunidade de esquecerem (ou pelo menos reduzirem a sua atenção sobre) os seus corpos e estarem ligados de novo ao mundo de uma forma familiar, estarem confortáveis, podendo ser uma via para o viver e para a vida, sendo alcançado quando os tratamentos e o suporte dados proporcionam a oportunidade de funcionar tão normalmente quanto possível. Assim, o conforto, para o doente, é uma ponte para a vida que lhes dá oportunidade de viver com mais qualidade o tempo disponível (MORSE, 1994, adaptado por RESENDE, 2009).

Então, o processo de promover conforto, quando dirigido à globalidade e unicidade da pessoa, é experimentado como um trabalho individualizado, mediante a atenção do que é mais significativo para ela (OLIVEIRA, 2008 adaptado por OLIVEIRA; LOPES, 2009) e; de natureza dinâmica, inacabada, pro-activa e complexa.

É um processo de cuidar inevitavelmente contextualizado pelo encontro pessoa-a-pessoa, em que o enfermeiro empenhado em ajudar a melhorar o nível de conforto da pessoa em fim de vida, não se poupa em sucessivas tentativas na busca das intervenções, por vezes alternativas que confortem o doente.

Os autores do artigo seleccionado referem que o conforto holístico está em sintonia com as necessidades da pessoa em fim de vida e com as intervenções também elas holísticas que empossam no contexto da experiência física, psico-espiritual e socio-ambiental.

Os conhecimentos científicos sobre os mecanismos de acção da massagem são ainda limitados, mas a investigação conduzida por diversos autores aponta no sentido que poderão ser diversificados.

No estudo de WILKIE *et al.* (2000) faz alusão à utilização da massagem como medida de conforto, avaliando unicamente os seus efeitos imediatos na redução da intensidade da dor, na promoção do relaxamento manifestado através da diminuição da frequência cardíaca e respiratória. Assim, se o profissional de enfermagem na sua prática implementa a massagem

como medida de conforto e se esta por sua vez produz efeitos físicos positivos, logo promove o conforto na pessoa em fim de vida, com contexto dos cuidados paliativos.

Para SMELTZER, BARE; SILVA, LEÃO, (2002, 2004, adaptados por ELER; JAQUES, 2006), este método promove, principalmente: remoção de substâncias algiogénicas; aumento do suprimento de oxigénio e nutrientes, estimulando a cicatrização e reparação dos tecidos; relaxamento muscular; vasodilatação e vasoconstrição concomitante; analgesia por redução de inflamação local; estimulação nervosa. Dessa forma, reduz estímulos aferentes primários nociceptivos dos tecidos, promovendo um decréscimo na activação do sistema nervoso periférico e central e, conseqüentemente, redução da dor.

Para AMORIM (2003), a massagem contribui para aliviar o cansaço emocional, estimular a imagem que se tem do corpo e auto-estima, assim como melhorar a circulação, a drenagem da linfa e o relaxamento dos músculos. Também é possível melhorar a qualidade de vida, evitar complicações, envolver o doente e a família no processo de saúde e nos casos em que a morte é inevitável, pode torná-la mais digna, mais acompanhada.

BILLHUT e DAHLBERG (2001, adaptados por KOLCABA; SCHIRM; STEINER, 2006), descobriram que uma massagem de conforto durante 20 minutos na mão e antebraço ou pé e pernas, a pessoas com cancro, permitiu-lhes abandonar momentaneamente o sofrimento e receber a experiência de ser especial e sentir-se forte.

Também MEEK (1993, adaptado por KOLCABA; SCHIRM; STEINER, 2006), utilizou no seu estudo a massagem suave nas costas, como intervenção não farmacológica, com o intuito de promover o relaxamento de 30 doentes em cuidados paliativos e de suporte, tendo mostrado mudanças positivas em termos fisiológicos, nomeadamente no que se refere à frequência cardíaca, pressão arterial e temperatura.

Os métodos de massagem são simples e eficientes para produzir respostas mediadas por meio do sistema nervoso, da interacção com o sistema endócrino, do tecido conectivo e dos sistemas circulatórios. As técnicas de massagem são capazes de substituir a terapêutica em casos de manifestações ligeiras dos sintomas em determinadas disfunções. Como suplemento de ajuda à terapia medicamentosa pode reduzir as dosagens e a duração do uso de fármacos, diminuindo assim o risco de efeitos colaterais (FRITZ, 2001).

O poder da massagem deve-se, em grande parte, ao efeito positivo que produz em todo o corpo, melhorando a resistência geral às doenças, produzindo uma agradável sensação de bem estar (WORTH, 1997 adaptado por TSUCHIYA; NASCIMENTO, 2002).

SAPETA e LOPES (2007), descrevem que o doente vive uma situação particular de saúde, o processo de fim de vida, os resultados terapêuticos pretendidos nesta fase são, privilegiadamente, fixados na busca de conforto e de bem-estar, alívio do sofrimento físico, psicológico e espiritual, e em que toda a acção terapêutica deverá estar centrada nas necessidades individuais manifestadas pelo doente.

Os autores do artigo mencionam que é notável o significado clínico que a massagem bilateral das mãos produz no doente em fim de vida, pelo que é fundamental implementá-la no processo de cuidados de enfermagem, de forma a obter como resultado sensível o conforto da pessoa em fim de vida.

Assim, o conforto como resultado sensível aos cuidados de enfermagem, está em congruência com as necessidades da pessoa em fim de vida e com as intervenções holísticas, de acordo com o contexto da experiência física, psico-espiritual e socio-ambiental.

Portanto, os cuidados paliativos constituem uma modalidade terapêutica integrada e multiprofissional. Essa possibilidade, descrita como de baixa tecnologia e de alto contacto, procura evitar que os últimos dias da pessoa se convertam em dias perdidos, oferecendo um tipo de cuidado apropriado às suas necessidades (SANTOS *et al.*, 2010).

6. CONCLUSÃO

É um dado adquirido que os Modelos de Enfermagem inserem a componente do Holismo, onde igualmente se enquadra o toque, dado que é um gestalt, tem presente uma visão global da pessoa em fim de vida. Neste sentido, quando o profissional de enfermagem utiliza o toque através da massagem, com o intuito de contribuir para a promoção do conforto da pessoa em fim de vida deverá ter presente este aspecto. Dado que o toque transcende o contacto físico, possibilita um tipo especial de proximidade, de presença, de carinho, de comunicação não verbal, logo estes momentos são enriquecidos em termos afectivos, advindo daí, cuidados humanizados e de elevada qualidade.

Assim, neste processo de cuidados de enfermagem vale a pena lembrar que quando o doente é tocado, a componente emocional também o é. É literalmente impossível separar o emocional do físico. A intencionalidade de cuidar da pessoa em fim de vida de uma forma integrada e confortadora, no contexto dos cuidados paliativos, é deveras fundamental, dado que o ser humano é um ser indissolúvel, possuidor de aspectos biopsicossociais, ambientais e espirituais que se interrelacionam.

Como, o conforto tem sido frequentemente referido como uma experiência subjectiva e uma necessidade humana, altamente valorizada pela pessoa, deduz-se que é favorecido através de um cuidado confortador, concretizado através de um processo que decorre na interacção enfermeiro-pessoa (o processo de confortar ou de promover conforto). Este processo caracteriza-se pela complexidade e exigência, perante a singularidade de cada pessoa, pelos requisitos de atitude e de competência por parte do enfermeiro que conforta, pelos critérios de individualização da intervenção e pelas condições contextuais para o cuidado.

Tal como o caminho se faz caminhando, o processo de aquisição de competências ao longo deste estágio em contexto de cuidados paliativos também foi progressivo, tendo sido engrandecido pelo apoio de todos os que detiveram parte activa nesta etapa final do curso. Foi possível crescer e adquirir conhecimentos e competências que de outra forma não teriam passado a fazer parte do meu *background* tanto para a vida profissional como pessoal. Pois um profissional que não se envolve enquanto pessoa, não é um profissional completo.

Tenho consciência que nem sempre é possível transcrever com a perfeição desejada tudo o que se desenvolve e a forma científica como se aplica os saberes e habilidades. Apesar

disso, espero ter referenciado as várias estratégias das intervenções de enfermagem na prática clínica em cuidados paliativos que por si só demonstrem as aprendizagens significativas.

Assim, este relatório apresenta a síntese das actividades desenvolvidas ao longo do estágio que foram de extrema importância para o aprimoramento dos conhecimentos adquiridos durante o período lectivo. Através das diversas actividades supervisionadas por profissionais extremamente qualificados e empenhados na transmissão dos conhecimentos e orientação da prática clínica em cuidados paliativos pude aplicar os inúmeros conhecimentos adquiridos nas diversas unidades curriculares, de modo a atingir os objectivos a que me propus.

O contacto diário com diversos doentes contribuiu não só para aprofundar os meus conhecimentos sobre a abordagem à pessoa/família em cuidados paliativos e suas patologias e adquirir conhecimentos técnicos próprios da Enfermagem Específica, mas também para o meu desenvolvimento profissional e pessoal, principalmente no que se refere à possibilidade de explorar a comunicação terapêutica, o controlo sintomático, a fase terminal, o apoio à família e o trabalho de equipa.

Também, fez-me compreender que os cuidados paliativos são uma parte integrante do sistema de saúde, que promovem uma intervenção técnica no sentido de prevenir um grande sofrimento motivado por um variado conjunto de sintomas e, pelas múltiplas perdas (físicas e psicológicas) associadas à doença crónica e terminal bem como, reduzir o risco de lutos patológicos. Daí ser fundamental desenvolver as aprendizagens profissionais nos contextos da prática clínica, para visar a melhoria contínua da qualidade.

Relativamente à gestão dos cuidados, está alicerçada a intervenção interdisciplinar em que a pessoa doente e família são o centro gerador das decisões de uma equipa que idealmente integra médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais, dá ênfase à ética, dignidade e conforto de cada Homem, até ao final da Vida. Esta cumplicidade multidisciplinar é a chave para a maximização do conforto e da qualidade dos cuidados a oferecer ao doente e família.

Estou consciente das dificuldades que se depararam ao longo deste percurso, todavia, considero que o meu desempenho se desenvolveu dentro do âmbito da categoria profissional específica e respectivos conteúdos, dando cumprimento às normas e critérios das instituições, com vista a melhoria dos cuidados prestados.

A realização desta RL constituiu um desafio novo, deveras laborioso, mas muito interessante. Paulatinamente fui-me apercebendo que as questões do fim da vida, são similares e reúnem dificuldades transversais para os profissionais e doentes. Indubitavelmente, porque a morte é um acontecimento universal e porque o medo que determina, para além de secular, é intrínseco a todo o ser humano, em qualquer cultura.

A massagem terapêutica é uma técnica utilizada de uma forma empírica desde há milénios pelos seus efeitos benéficos, mas só recentemente tem sido alvo de estudos clínicos com o intuito de se conhecer a sua forma de actuação.

Na bibliografia consultada, não foi encontrado qualquer estudo que tivesse analisado o tema proposto para este relatório.

Verifica-se com a RL que a massagem aumenta os níveis de conforto na pessoa em fim de vida, pelo que este é o ponto de partida na elaboração de um guia orientador de boas práticas, quer a nível comportamental, mas também educacional. Assim sendo, a massagem produz na pessoa em fim de vida um resultado sensível aos cuidados de enfermagem, sendo ele a promoção do conforto.

Logo, a massagem como intervenção que promove o conforto da pessoa em fim de vida deve fazer parte do arsenal terapêutico a oferecer ao doente, de acordo com as necessidades identificadas. Deve de ser introduzida no plano de cuidados de cada doente e ser discutida em equipa, de modo que os diferentes profissionais e outras pessoas envolvidas no processo se articulem devidamente, numa prática que nunca deixe de colocar as necessidades globais do doente no seu centro.

E nesta esfera a massagem oferece um campo amplo de intervenção e com implicações na prática, pois o contacto constante do profissional de enfermagem com o doente em fim de vida favorece a implementação desta terapia com o intuito de aliviar o sofrimento, promover cuidados integrais e melhorar a qualidade de vida da pessoa.

Para tanto, nunca é demais enfatizar a necessidade de formação rigorosa dos profissionais de enfermagem nesta matéria, tão necessária como aquela que já realiza na área do controlo da doença e dos sintomas.

Só assim se poderá afirmar que os cuidados paliativos e aqueles que os prestam pretendem promover o máximo conforto dos doentes em fim de vida e garantir a qualidade dos cuidados prestados.

Através da análise do artigo elenca-se a técnica e a estratégia de massagem utilizada, porém não dão resposta às restantes questões secundárias: como se caracteriza o conforto experimentado pela pessoa, quais são os níveis de conforto comumente alcançados.

Apesar deste epílogo estabelecer a analogia, e respectiva importância da massagem no conforto da pessoa em fim de vida, em cuidados paliativos, escassas são as publicações que o evidenciam.

Pelo que urge intensificar as pesquisas na área da enfermagem sobre as terapias complementares, ampliando o campo de intervenção do enfermeiro, conduzindo a intervenções terapêuticas efectivas realizadas por esses profissionais para maximizar o conforto. As terapias complementares são uma realidade no universo da saúde, sendo utilizadas por centenas de anos, mas cabe aos pesquisadores comprovar cientificamente os benefícios destas terapias,

para que possam ser somadas às terapêuticas farmacológicas existentes, já incorporadas no sistema de saúde vigente e que a sua utilização seja o dia-a-dia e não a excepção à regra.

Este trabalho tem a pretensão de fornecer um contributo neste campo de intervenção e motivar outros investigadores a utilizá-lo como base para novas investigações.

Acredita-se que as terapias complementares, associadas ao tratamento convencional da pessoa em fim de vida, produzem melhores resultados do que com o emprego isolado de cada um desses métodos, uma vez que apresentam possibilidades de reduzir o consumo de analgésicos e, conseqüentemente, minimizar os efeitos colaterais ocasionados pela medicação de longo prazo.

As trajectórias profissionais orientadas quer pelo conjunto das actividades já reconhecidas quer por uma forte componente de inovação, são fundamentais para compreender as dinâmicas da socialização profissional dos enfermeiros, e os processos de reconhecimento de competências qualificantes, e assim a imagem de si e a representação social da enfermagem sairá muito beneficiada.

Na esteira dos cuidados paliativos, a prática de enfermagem baseada na evidência cresce diariamente uma Enfermagem Avançada.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, A.C. – A nível cutâneo. In: **Cuidados Paliativos**. Coimbra: Formasau, 2000, p.121-123.

APÓSTOLO, J.L.A. – O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. **Revista Referência**. Março, II Série, n.º 9 (2009), pp.61-67.

AMORIM, E.A.P. – A integração das terapias complementares na prática de enfermagem. In: **Terapias naturais na prática de enfermagem**. Coimbra: Formasau, 2003. p.167-183.

BERNARDO, A.; ROSADO, J.; SALAZAR, H. - Trabalho de equipa. In: **Manual de Cuidados Paliativos** (2ªEd.). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. p.761-772.

BRAGA, E.M.; FERRACOLI, K.M.; CARVALHO, R.C.; FIGUEIREDO, G.L. – Cuidados paliativos: a enfermagem e o doente terminal. **Investigação**. V.10, n.º10, Março (2010), p.26-31.

CASSAR, M.P. (2001). **Manual de massagem terapêutica**. São Paulo: Manole.

CAVALHEIRO, P. – O enfermeiro e as terapias complementares no internamento. In: **Terapias naturais na prática de enfermagem**. Coimbra: FORMASAU, 2003, p.185-192.

CEOLIN, T.; HECK, R.M.; PEREIRA, D.B.; MARTINS, A.R.; COIMBRA, V.C.C.; SILVEIRA, D.S.S. – A inserção das terapias complementares no sistema único de saúde visando o cuidado integral na assistência. **Enfermaria Global**. N.16, Junho (2009), p.1-9.

CONSELHO DE ENFERMAGEM (2009). **Rede Nacional de Cuidados Continuados integrados. Referencial do enfermeiro.** Lisboa: Autor.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIROS (2007). **Ambientes favoráveis à prática. Condições no trabalho = cuidados de qualidade. Instrumentos de informação e acção.** Genebra: Autor.

COSTA, Cristina; MAGALHÃES, Helena; FÉLIX, Rui; COSTA, Andreia; CORDEIRO, Sara (2005). **O Cancro e a Qualidade de Vida. A Quimioterapia e outros Fármacos no Combate ao cancro.** Sintra: Novartis. ISBN 972-9119-94-5.

CRAIG, J.; SMYTH, R. (2003). **Prática baseada nas evidências: manual para enfermeiros.** Loures: Lusociência.

CRESCO, S.M.A.C. – **Histórias de vida e a doença oncológica terminal.** Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto, 2009. 138 f. Dissertação de Mestrado.

DECRETO-LEI n.º 101/2006. “DR I Série A”. 109 (2006.06.06) 3856-3866.

DOWD, T. – Katherine Kolcaba. Teoria do conforto. In: **Teóricas de enfermagem e a sua obra (modelos e teorias de enfermagem) (5ªed.)**. Loures: Lusociência, 2004. p. 481-495.

ELER, G.J.; JAQUES, A.E. – O enfermeiro e as terapias complementares par o alívio da dor. **Arq. Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama.** Volume 10, n.º3, Setembro/Dezembro (2006), p. 185-190.

ELLIS, V.; HILL, J.; CAMPBELL, H. – Strengthening the family unit through the healing power of massage. **The American Journal of Hospice & Palliative Care.** Julho/Agosto (1995), p.19-22.

FERREIRA, A.S.M.; LAURETTI, G.R. – Massoterapia como técnica adjuvante no controle da dor em pacientes oncológicos sob cuidados paliativos. **Prática Hospitalar.** Ano IX, n.º53, Setembro/Outubro (2007), p.161-163.

FIRMINO, F. – Papel do enfermeiro na equipe de cuidados paliativos. In: **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2009, p.216-217.

FONSECA, J.F.D.; BRITTO, M.N. – Terapias complementares como técnicas adjuvantes no controlo da dor oncológica. **Revista Saúde e Pesquisa**. Volume 2, n.º3, Setembro/Dezembro (2009), p. 387-395.

FRITZ, S. (2001). **Fundamentos da massagem terapêutica**. São Paulo: Editora Manole.

GOMES, A.M.R. – O Cuidador e o Doente em Fim de Vida – Família e/ou Pessoa Significativa. **Enfermería Global**. N.º18, Fevereiro (2010), p.1-9. ISSN 1695-6141.

HUDSON, P.; QUINN, K.; O'HANLON, B.; ARANDO, S. – Family meetings in palliative care: multidisciplinary clinical practice guidelines. **BMC Palliative Care**. 7, 12 (2008).

KAZANOWSKI, M.K.; LACCETTI, M.S. (2005). **Dor. Fundamentos, abordagem clínica, tratamento**. Rio Janeiro: Editora Guanabara Koogan. ISBN 85-277-1075-7.

KOLCABA, K.; DOWD, T.; STEINER, R.; MITZEL, A. – Efficacy of hand massage for enhancing the comfort of hospice patients. **Journal Of Hospice And Palliative Nursing**. [Em linha]. V. 6, n.º2, April/June (2004) [Consult. 2011.12.07]. Disponível em WWW:[URL:http://content.ebscohost.com/pdf13_15/pdf/2004/A0H/01Apr04/13778692.pdf?T=P&P=AN&K=2005030332&S=R&D=rzh&EbscoContent=dGJyMNLr40Sep644yNfsOLCmr0qep7FSsqj4TbCWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGtsUu2rq5MuePfgeyx44Dt6fIA](http://content.ebscohost.com/pdf13_15/pdf/2004/A0H/01Apr04/13778692.pdf?T=P&P=AN&K=2005030332&S=R&D=rzh&EbscoContent=dGJyMNLr40Sep644yNfsOLCmr0qep7FSsqj4TbCWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGtsUu2rq5MuePfgeyx44Dt6fIA).

KOLCABA, K.; SCHIRM, V.; STEINER, R. – Effects of hand massage on comfort of nursing home residents. **Geriatric Nursing**. V. 22, n.º2 (2006), p.85-91.

KOLCABA, K.; TILTON, C.; DROUIN, C. - Comfort theory: A unifying framework to enhance the practice environment. **JONA**. 36 (11)(2006), pp. 538- 544.

KOVÁCS, M.J. – Comunicação em cuidados paliativos. In: **Dor e cuidados paliativos. Enfermagem, medicina e psicologia**. São Paulo: Manole, 2006. p.86- 102.

LARRY, C. (2003). **Massagem mente e corpo**. Porto: Dorling Kindersley. ISBN 989-550-163-3.

LEPROHON, J. – **Revista da Ordem**. N.º5, (Janeiro), 2002, pp.26.

MACDONALD, G. (2003). **Mãos que cuidam. Massagem terapêutica para pessoas com câncer**. São Paulo: Triom.

MAGALHÃES, J.C. (2009). **Cuidados em fim de vida**. Lisboa: Coisas de ler.

MALINOWSKI, A.; STAMLER, L. - Comfort: exploration of the concept in nursing. **Journal of Advanced Nursing**. 39 (6) (2002), pp.599-606.

MARQUES, C.N.C. – **A massagem terapêutica em idosos não comunicantes com doença terminal**. Lisboa: Universidade de Lisboa – Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. 147 f. Dissertação de Mestrado.

MELNYK; B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. (2005). **Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

MENDES, A.B. (2002). **Comunicação efectiva em enfermagem: do toque (terapêutico) à competência cultural**. Porto: Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto.

MORSE, J.; L BOTTORFF, J.; HUTCHINSON, S. - The phenomenology of comfort. **Journal of Advanced Nursing**. 20 (1994), pp. 189-195.

NETO, I.G. – Modelos de controlo sintomático. In: **Manual de Cuidados Paliativos (2ªEd.)**. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010a. p. 61-68.

NETO, I.G. – Princípios e Filosofia dos cuidados paliativos. In: **Manual de Cuidados Paliativos (2ªEd.)**. Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010b. p. 1-42.

NETO, I.G.; AITKEN, H.H.; PALDRON, T. (2004). **A dignidade e o sentido da vida. Uma reflexão sobre a nossa existência**. Cascais: Pergaminho.

NEVES, Chantal – A morte, a sociedade e os cuidados paliativos. In: **Cuidados Paliativos. Coimbra.** Formasau, 2000, p.9-19.

NUNES, L. – Significar os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: caminho estratégico de desenvolvimento. **Revista Ordem dos Enfermeiros.** N.º 38, Setembro (2011), p.90-95.

OLIVEIRA, C.S. - O cuidado confortador à pessoa Idosa Hospitalizada: contributos para uma revisão sistemática da literatura. **Pensar em Enfermagem.** 10 (1)(2006), pp. 2-12.

OLIVEIRA, C.S.; LOPES, M.J. – Construir laços de confiança e promover o conforto. **Pensar Enfermagem.** V.13, n.º1, 1ºSemestre (2009), p.67-74.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2001). **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.** Lisboa: Autor.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2010). **Regulamento de individualização das especialidades clínicas de enfermagem.** Lisboa: Autor.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – Conceptualização da prática clínica. Assembleias extraordinárias dos colégios de especialidade. **Revista Ordem dos Enfermeiros.** 38, Setembro (2011), p.96-107.

PEREIRA, A.L.; BACHION, M.M. - Atualidades em revisão sistemática de literatura, critérios de força e grau de recomendação de evidência. **Rev Gaúcha Enferm.** 27 (4), Dezembro (2006), p.491-498.

PIMENTA, C.A.M. – Cuidados paliativos: uma nova especialidade do trabalho da enfermagem? **Acta Paul Enfermagem.** 23 (3) (2010), p.7-8.

PIMENTA, C.A.M.P.; FERREIRA, K.A.S.L.F. – Dor no doente com câncer. In: **Dor e cuidados paliativos. Enfermagem, medicina e psicologia.** São Paulo: Manole, 2006. p.124-166.

POLUBINSKI, J.P.; WEST, L. – Implementation of a massage therapy program in the home hospice setting. **Journal of Pain and Symptom Management**. V.30, n.º1, Julho (2005), p.104-106.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde - **Programa Nacional de Cuidados Paliativos**. Lisboa, 2004, 24p.

QUERIDO, A.; SALAZAR, H.; NETO, I.G. – Comunicação. In: **Manual de Cuidados Paliativos** (2ªEd.). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010. p. 461-486.

RESENDE, A.R.P. – **Alimentar no final da vida. Transição do familiar cuidador para a recusa alimentar**. Lisboa: Universidade Aberta, 2009. **170** f. Dissertação de Mestrado.

RODRIGUES, I.G.; ZAGO, M. – O papel da enfermeira nos cuidados paliativos. In: **Dor e cuidados paliativos. Enfermagem, medicina e psicologia**. São Paulo: Manole, 2006. p. 434-449.

ROXO, J.R.S. – O toque – inserir para cuidar. In: **Terapias naturais na prática de enfermagem**. Coimbra: Formasau, 2003, p.91-118.

SANTANA, J.C.B.; CAMPOS, A.C.V.; BARBOSA, B.D.G.; BALDESSARI, C.E.F.; PAULA, K.F.; REZENDE, M.A.E.; DUTRA, B.S. – Cuidados paliativos aos pacientes terminais: percepção da equipe de enfermagem. **Bio & Thikos**. 3(1) (2009), p.77-86.

SAPETA, P.; LOPES, M. – Cuidar em fim de vida: factores que interferem no processo de interacção enfermeiro doente. **Referência**. IIª Série, n.º4, Junho (2007), p. 35-60.

SILVA, S.P.; NASCIMENTO, M.J.P. – Massagem: um instrumento para a humanização da assistência em cuidados neonatais. **Revista Enfermagem UNISA**. 2 (2001), p.107-111.

SFAP (2000). **Desafios da enfermagem em cuidados paliativos. “Cuidar”: ética e práticas**. Loures: Lusociência.

SOUZA, L.K.A. – **A influência da massagem terapêutica na imagem corporal.** Porto: Faculdade de Ciências do Desporto e da Educação Física, 2003. **144** f. Dissertação Mestrado.

TROVÓ, M.M; SILVA, M.J.P. - Terapias alternativas/complementares - a visão do graduando de enfermagem. **Rev Esc Enferm USP.** 36 (1) (2002), p.80-7.

TSUCHIYA, K.K.; NASCIMENTO, M.J.P – Terapias complementares: uma proposta para a atuação do enfermeiro. **Revista de Enfermagem UNISA.** 3 (2002), p.37-42.

TUTTON, E.; SEERS, K. - Comfort on a Ward for older people. **Journal of Advanced Nursing.** 46 (4)(2003), pp.380-389.

TWYXCROSS, R. (2003). **Cuidados paliativos** (2^aed.). Lisboa: Climepsi Editores.

WILKIE, D.J.; KAMPBELL, J.; CUTSHALL, S.; HALABISKY, H.; HARMON, H.; JOHNSON, L.P.; WEINACHT, L.; RAKE-MARONA, M. – Effects of massage on pain intensity, analgesics and quality of life in patients with cancer pain: a pilot study of a randomized clinical trial conducted within hospice care delivery. **The Hospice Journal.** V. 15 (3)(2000), p. 31-53.

WILLIAMS, A.M.; DAVIES, A.; GRIFFITHS, G. - Facilitating comfort for hospitalized patients using non-pharmacological measures: Preliminary development of clinical practice guidelines. **International Journal of Nursing Practice.** 15 (2009), p.145–155.

ANEXOS

Anexo I – Projecto Individual de Trabalho.



Projecto Individual de Trabalho

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM

1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM A PESSOA EM PROCESSO DE DOENÇA NA
COMUNIDADE

2º ANO/1º SEMESTRE

UNIDADE CURRICULAR – ESTÁGIO E RELATÓRIO

O Responsável (Docente)
Professor Doutor José Amendoeira

A Mestranda (Discente)
Guida Dias, n.º090432012

DEZEMBRO 2010



ÍNDICE

	f.
INTRODUÇÃO	3
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	6
2. PLANEAMENTO DAS ACTIVIDADES	8
2.2. CALENDARIZAÇÃO DAS ACTIVIDADES	16
3. RELATÓRIO: ESTRUTURAÇÃO DA PERGUNTA PI[C]O	17
4. CONCLUSÃO	20
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21

INTRODUÇÃO

Regulamentado pelo DECRETO-LEI n.º 107/2008, surge o Curso de Mestrado em Enfermagem a Pessoa em Processo de Doença na Comunidade, o qual integra no seu plano de estudos, de acordo com o DESPACHO conjunto n.º 20689/2009, o Estágio e Relatório, como Unidade Curricular, do 2º Ano, 1º Semestre. O referido estágio e relatório surge na sequência do desenvolvimento do processo formativo iniciado no 1º Semestre, com continuidade das aprendizagens ocorridas no 1º Ano, 2º Semestre.

Na perspectiva da Enfermagem Avançada, a estrutura deste estágio, estabeleceu um conjunto de vários objectivos, que guiam o seu desenvolvimento e, clarificam as competências a incrementar.

Ao considerar-se as especificidades das áreas de conhecimento que integram o estágio, nesta fase dar-se-á particular importância aos **Cuidados Paliativos**, tendo como finalidade a de promover o processo de profissionalização enfatizando uma abordagem humanista, científica/técnica e ecológica.

Segundo a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS, 2002, adaptada por NETO, 2010a) os Cuidados Paliativos são os cuidados que respondem aos problemas que decorrem da doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, e tentam prevenir e aliviar o sofrimento que ela gera, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso, proporcionando a máxima qualidade de vida possível aos doentes e suas famílias. Baseiam-se no controlo activo dos sintomas, na comunicação eficaz com o doente e família, e num trabalho em equipa interdisciplinar. Podem durar semanas, meses e, mais raramente anos, e prolongam-se pelo período do luto.

A Unidade de Cuidados Paliativos é uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferencialmente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento decorrentes de doença severa e/ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde (DECRETO-LEI n.º 101/2006).

As equipas de Cuidados Paliativos são interdisciplinares e nelas trabalham em sintonia médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, psicólogos, assistentes sociais, assistentes espirituais e voluntários para ajudar os doentes a viver tão activamente quanto possível até ao fim.

Neste paradigma de cuidados paliativos o processo de cuidados de enfermagem centrado numa abordagem global e holística, afiguram-se como a pedra-de-toque em enfermagem, fundamental para que a pessoa tenha qualidade de vida até ao fim e para que a família tenha a certeza absoluta de que está a ser feito tudo o que pode ser feito, pois, uma pessoa em fim de vida e a sua família devem merecer o melhor cuidado.

Impõe-se assim a necessidade da aposta num estágio e um relatório nesta área como forma de reflectir as práticas e (re)construir saberes que permitam desenvolver competências próprias no âmbito dos cuidados paliativos, centradas numa dinâmica de verdadeiro compromisso e responsabilidade, baseadas na evidência com recurso à metodologia científica e, adequando-as às novas necessidades e exigências requeridas.

A duração do Estágio em Cuidados Paliativos será de 15 semanas, entre os dias 29 de Outubro de 2010 a 26 de Março de 2011. Enquanto que, o relatório será elaborado ao longo do estágio, com acréscimo de 3 semanas em Abril.

O presente Projecto Individual de Trabalho, diz respeito à planificação das actividades a desenvolver na Unidade de Cuidados Paliativos de Tomar e na Casa de Saúde de Idanha e, à descrição da pergunta PICO, calendarização da elaboração do relatório.

Destaco ainda o carácter flexível deste documento, pois sendo um projecto é susceptível de ser alterado no decurso do estágio, após validação com o cooperante e, o responsável, bem como, de acordo com as novas necessidades identificadas, o que contribui para enriquecer o estágio. Considera-se que a sua realização constitui um guia facilitador para a aprendizagem, uma vez que organiza e orienta o estágio, contribuindo para um maior rendimento e optimização das actividades desenvolvidas.

Como objectivos deste estágio, definiram-se:

- Desenvolver competências na prestação de cuidados junto da pessoa e família em situação de cuidados paliativos;
- Desenvolver competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, em cuidados paliativos;

- Desenvolver competências no âmbito da melhoria continua da qualidade;
- Desenvolver competências na área da gestão dos cuidados, no contexto dos cuidados paliativos;
- Incrementar competências na área do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O objectivo do relatório é o de:

- Analisar criticamente a massagem como intervenção de enfermagem como promotora do conforto, junto da pessoa em cuidados paliativos.

Para tal, apresenta-se o plano de actividades, no qual consta os objectivos, as áreas específicas e, as actividades a desenvolver, tendo em conta os interesses/necessidades específicos e a capacidade das unidades em proporcionar as experiências de aprendizagens requeridas; esquematiza-se o cronograma de actividades; projecta-se a pergunta PICO; planeia-se a elaboração do relatório através de um cronograma e, posteriormente finaliza-se o este documento com a conclusão.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Com o aumento da esperança média de vida e das doenças crónicas, os Cuidados Paliativos passaram a ter um papel vital e prioritário na área da Saúde. São reconhecidos como um elemento essencial dos cuidados de saúde que requer apoio qualificado, como uma necessidade em termos de saúde pública, como um imperativo ético que promove os direitos fundamentais e como uma obrigação social.

Segundo a DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE (DGS, 2004), os Cuidados Paliativos constituem uma resposta organizada à necessidade de tratar, cuidar e apoiar activamente os doentes com prognóstico de vida limitado. São prestados por equipas e unidades específicas de Cuidados Paliativos, em internamento ou no domicílio, segundo níveis de diferenciação. Têm como componentes essenciais: o alívio dos sintomas; o apoio psicológico, espiritual e emocional; o apoio à família; o apoio durante o luto e a interdisciplinaridade.

Também o CONSELHO DA EUROPA (adaptado por DGS, 2004, p.7), reconhecendo existirem graves deficiências e ameaças ao direito fundamental do ser humano a ser apoiado e assistido na fase final da vida, recomenda a maior atenção para as condições de vida das pessoas que vão morrer, nomeadamente para a prevenção da sua solidão e sofrimento, oferecendo à pessoa a possibilidade de receber cuidados num ambiente apropriado, que promova a protecção da dignidade da pessoa incurável ou na fase final da vida, com base em três princípios fundamentais:

- a) Consagrar e defender o direito dos doentes incuráveis e na fase final da vida a uma gama completa de cuidados paliativos;
- b) Proteger o direito dos doentes incuráveis e na fase final da vida à sua própria escolha;
- c) Manter a interdição absoluta de, intencionalmente, se pôr fim à vida dos doentes incuráveis e na fase final da vida.

Segundo a OMS (2002, adaptada por NETO, 2010a), os Cuidados Paliativos:

- Proporcionam alívio da dor e de outros sintomas incomodativos e geradores de sofrimento;
- Afirmam a vida e vêem a morte como um processo normal;

- A sua intenção não é, nem apressar, nem adiar a morte;
- Integram os aspectos psicológicos e espirituais dos cuidados aos pacientes e oferecem um sistema de suporte para os ajudar a viver tão activamente quanto possível até à morte;
- Oferecem um sistema de suporte para ajudar a família a lidar com a doença do paciente e com o período de luto;
- Utilizam uma abordagem em equipa para responder às necessidades dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento durante o período do luto quando necessário;
- Realçam a qualidade de vida e podem influenciar positivamente o decurso da doença;
- São aplicáveis desde cedo no decurso da doença, em conjunto com outras terapias que visam o prolongamento da vida, tal como a quimioterapia ou a radioterapia, e incluem as investigações necessárias para melhor compreender e lidar com os incómodos das complicações clínicas.

A família deve ser activamente incorporada nos cuidados prestados aos doentes e, por sua vez, ser ela própria objecto de cuidados, quer durante a doença, quer durante o luto. Para que os familiares possam, de forma concertada e construtiva, compreender, aceitar e colaborar nos ajustamentos que a doença e o doente determinam, necessitam de receber apoio, informação e educação (DGS, 2004).

Dados os expostos anteriores, a Organização Mundial de Saúde (OMS, adaptada por DGS, 2004) considera os cuidados paliativos como uma prioridade da política de saúde, recomendando a sua abordagem programada e planificada, numa perspectiva de apoio global aos múltiplos problemas dos doentes que se encontram na fase mais avançada da doença e no final da vida.

2. PLANEAMENTO DAS ACTIVIDADES

Tendo como pano de fundo o regulamento das competências comuns dos enfermeiros especialistas, definiram-se várias áreas de intervenção prioritária.

Estas áreas, para além do interesse pessoal, surgem também após a leitura e análise atenta das políticas nacionais e internacionais de saúde, das orientações e estratégias da OMS, do Plano Nacional de Saúde 2004-2010 e dos seus Programas, nomeadamente do Programa Nacional de Cuidados Paliativos, Programa da Rede Nacional de Cuidados Continuados, Programa Nacional de Luta Contra a Dor, bem como das experiências anteriores que se realizaram ao longo do percurso académico.

Assim, pretende-se aprofundar o desenvolvimento de melhores práticas na lógica da necessidade de suportar a prática clínica na investigação e, de facilitar activamente as aprendizagens efectivas no contexto.

Assim sendo, elaborou-se um plano de actividades, organizado de acordo com os objectivos específicos a atingir e as actividades e estratégias a desenvolver, encontrando-se esquematizado na tabela seguinte.

Objectivo: Desenvolver competências na prestação de cuidados junto da pessoa e família em situação de cuidados paliativos.

Área Específica	Actividades/Estratégias	Competências	Recursos Humanos e Materiais
Fase Terminal, Agonia, Morte, Perda e Luto.	- Cuidar da pessoa em situação de fase terminal, agonia, perda, morte e luto;	B3; C1; C2; D1;	Equipa da Unidade
	- Preparação antecipada da fase terminal da vida;	D2	Mestranda Guida Dias
	- Gestão e controlo dos sintomas no fim da vida, atendendo às necessidades específicas do fim da vida;		Enfermeiro(a)
	- Cuidados de suporte à pessoa e família;		Orientador(a)
	- Informar o óbito; cuidados post-mortem, formalidades administrativas, apoio no luto imediato;		Pessoa/Família
	- Apoio à família.		Material Logístico
			Material Clínico

-
- Conhecer os conceitos centrais da fisiopatologia dos sintomas;
 - Seleccionar os melhores métodos e instrumentos de avaliação dos sintomas para cada pessoa;
 - Realizar a avaliação dos sintomas;
 - Terapia Complementar: Massagem.

- Dor:

Controlo Sintomático.

- Aspectos multidimensionais da dor;
 - Impacto da dor;
 - Escalas para Avaliação da Dor;
 - Abordagem da dor: etiologia e tipos de dor;
 - Controlo da dor: Escala Analgésica da Organização Mundial de Saúde, fármacos, adjuvantes, opióides, efeitos secundários, titulação, toxicidade;
 - Rotação de opióides;
 - Vias de administração alternativas.
-

**Comunicação
Terapêutica.**

- Facilitar a comunicação entre pessoas, familiares e equipa para fortalecer os vínculos, o apoio mútuo e viabilizar a tomada de decisão compartilhada;
 - Permitir a expressão de pensamentos, sentimentos e desejos;
 - Utilizar estratégias de comunicação terapêutica para promover o conforto e aliviar o sofrimento;
 - Comunicação de Más Notícias;
 - Comunicação Verbal e Não Verbal;
 - Compreensão das barreiras no processo de comunicação;
 - Gestão da esperança.
-

Objectivo: Desenvolver competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, em cuidados paliativos.

Área Específica	Actividades/Estratégias	Competências	Recursos Humanos e Materiais
Ética e Bioética.	- Conhecer os princípios éticos, bioéticos e legais;	A1; A2	Equipa da Unidade
	- Atende a princípios éticos, normas deontológicas e leis da profissão, na tomada de decisão;		Mestranda Guida Dias
	- Aplicar os princípios éticos e legais na análise de assuntos inerentes aos Cuidados Paliativos, reconhecendo a importância dos valores pessoais, dos códigos profissionais e das decisões dos doentes e familiares;		Enfermeiro(a) Orientador(a)
	- Cuidar respeitando a debilidade física e psicológica, perspectivas e desejos da pessoa e sua família.		Pessoa/Família
	- Assume a responsabilidade e responde pelas suas acções;		Material Logístico
	- Intervenção de enfermagem circunscrita ao seu papel e competência.		Material Clínico

Objectivo: Desenvolvimento de competências no âmbito da melhoria continua da qualidade.

Área Específica	Actividades/Estratégias	Competências	Recursos Humanos e Materiais
Qualidade Cuidados.	- Contribuir para a melhoria da qualidade, segundo os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros e normas da unidade;	B1; B2; B3	Equipa da Unidade
	- Colaborar em projectos institucionais na área da qualidade;		Mestranda Guida Dias
	- Elaboração de uma instrução de trabalho: “Escala de Edmonton”;		Enfermeiro(a) Orientador(a)
	- Elaboração de um poster: “Algoritmo da Dor”;		Pessoa/Família
	- Manutenção de um ambiente seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco;		Material Logístico
	- Garantia na segurança da administração de substâncias terapêuticas;		Material Clínico
- Vigilância de efeitos secundários de substâncias terapêuticas;			
- Pesquisa e mobilização dos resultados de investigação científica, na prática.			

Objectivo: Desenvolver competências na área da gestão dos cuidados , no contexto dos cuidados paliativos.

Área Específica	Actividades/Estratégias	Competências	Recursos Humanos e Materiais
Gestão dos Cuidados.	- Planeamento do trabalho a efectuar;	C1; C2	Equipa da Unidade
	- Adequação dos recursos às necessidades das pessoas/família;		Mestranda Guida Dias
	- Intervenção no processo de discussão dos cuidados de saúde;		Enfermeiro(a) Orientador(a)
	- Realização de uma conferência familiar;		Pessoa/Família
	- Gestão dos cuidados de saúde interprofissionais, na equipa multidisciplinar;		Material Logístico
	- Delegação e supervisão de tarefas, com posterior responsabilidade.		Material Clínico

Objectivo: Incrementar competências na área do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Área Específica	Actividades/Estratégias	Competências	Recursos Humanos e Materiais
Aprendizagens Profissionais.	- Desenvolver uma prática reflexiva na prestação de cuidados, através das avaliações a efectuar ao longo do estágio, elaboração de Relatório e Seminário na Escola;	D1; D2	Equipa da Unidade
	- Realização das reuniões (a marcar) com a responsável e o orientador;		Mestranda Guida Dias
	- Discussão/reflexão com o orientador(a) sobre o desempenho e o desenvolvimento do estágio;		Enfermeiro(a) Orientador(a)
	- Consideração dos testemunhos da equipa de cuidados paliativos;		Pessoa/Família
	- Rentabilizar as actividades quotidianas e as experiências como momentos de aprendizagem;		Material Logístico
	- Colaboração na supervisão de estudantes de enfermagem em estágio.		Material Clínico

2.2. CALENDARIZAÇÃO DAS ACTIVIDADES

Conforme os interesses pessoais e lectivos, estruturou-se o cronograma de actividades do estágio da seguinte forma:

		Cronograma de Actividades																
Ano	Mês	2010				2011												
		Nov.	Dez.			Jan.				Fev.				Março				
Semana		29	01	06	13	03	10	17	24	31	07	14	21	28	07	14	21	28
		30	03	10	17	07	14	21	28	04	11	18	25	04	11	18	25	01
Actividades																		
Elaboração do Projecto Individual de Trabalho.																		
Validação do Projecto.																		
Entrega do Projecto.																		
Prestação de Cuidados.																		
Prestação de Cuidados.																		
Seminário na Escola.																		
Reuniões Orientação.		A marcar com o responsável e a orientador (a).																

3. RELATÓRIO: ESTRUTURAÇÃO DA PERGUNTA PI[C]O

O aumento da esperança média de vida, e o incremento das doenças crónicas e progressivas, bem como, as alterações na rede familiar, têm tido impacto crescente na organização dos sistemas de saúde e nos recursos especificamente destinados aos doentes crónicos. Com as alterações demográficas ocorridas em toda a Europa, os Cuidados Paliativos terão uma importância crescente (PORTUGAL. Ministério da Saúde, 2004).

Tanto mais que o envelhecimento da população, o aumento da incidência do cancro tornam os doentes que carecem de cuidados paliativos num problema de enorme impacto social e importância crescente em termos de saúde pública (PORTUGAL. Ministério da Saúde, 2004).

A patologia oncológica é, em Portugal como internacionalmente, mesmo nos países em desenvolvimento, uma causa fundamental de morbilidade e de morte.

Em 2001, em Portugal, a taxa de mortalidade por todas as causas foi de 1025 por 100000 habitantes. Nesse mesmo ano foi de 395,6 por 100000 a mortalidade devida a patologia cardiovascular (88,1 por 100000 a mortalidade por doença isquémica do coração e 199,6 por 100000 a mortalidade por acidente vascular cerebral), e de 213,2 por 100000 a que teve como causa qualquer tumor maligno (DGS, 2003).

Actualmente, sendo os doentes com cancro o grupo mais numeroso dos que requerem apoio de Cuidados Paliativos, a capacidade de responder às necessidades específicas destes doentes é internacionalmente considerada um dos elementos de avaliação da eficácia de um Programa Nacional (DGS, 2004).

A pessoa com cancro pode experienciar ao longo da evolução da sua doença um conjunto de sintomas, sendo que, a dor é comumente vivenciada e temida. É referida por cerca de 60% dos doentes, e 30% a relatam como moderada ou intensa (RUSTOEN et al, 1994; SHVARTZMAN *et al*, 2003, adaptados em PIMENTA; FERREIRA, 2006). Para COSTA, MAGALHÃES, FÉLIX, COSTA, CORDEIRO (2005), infelizmente ainda são muitos dos doentes com cancro sofrem de dor em algum

momento após o seu diagnóstico e 70 a 90% dos doentes em fase avançada experimentam dor de moderada a severa, 33% dos casos tem dor associada ao tratamento e 75% surge com a progressão da doença.

Estima-se que praticamente todos os casos (98 e 99%) poderiam ter a dor controlada adequadamente por meio do conhecimento e dos meios disponíveis. Apesar da existência de regimes terapêuticos efectivos e da disponibilidade de orientações dirigidas ao tratamento, verificou-se através de várias pesquisas que mais de 40 a 50% das pessoas em instituições clínicas gerais não conseguem obter o alívio satisfatório da dor (KAZANOWSKI; LACCETTI, 2005).

O desenvolvimento da medicina científica fez com que o alívio da dor se concentrasse na abordagem farmacológica ou em tentativas de bloquear as vias neuronais associadas com a dor, utilizando anestésicos locais ou lesões destrutivas iatrogénicas. Porém existem terapias complementares ou alternativas, que pelo facto de estes métodos não terem sido explicados pelo conhecimento científico, caíram em desuso em favor dos métodos científicos (CONIAM; DIAMOND, 1997).

De acordo com NETO (2010b, p.65), um dos princípios gerais do controlo sintomático é o de “adoptar uma estratégia terapêutica mista, com recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas”. Para COSTA *et al* (2005), as terapias complementares são particularmente importantes em doentes crónicos e/ou em fases terminais da doença.

Embora as terapêuticas farmacológicas tenham sido consideradas, até hoje, o método principal e mais eficaz para o alívio da dor, outras estratégias terapêuticas podem ser utilizadas para fomentar a gestão da dor na sua globalidade (LUZIO, 2000).

Segundo COSTA *et al* (2005), este tipo de terapias estão a ser gradualmente implementadas na prática, ainda que com alguma relutância dos profissionais mais convencionais, muitas vezes como último recurso para os doentes de evolução prolongada.

Algumas terapias complementares, tal como a massagem, pode ser desenvolvida pelo enfermeiro, de uma forma autónoma desde que habilitado para o fazer de outro modo deverá encaminhar a pessoa para terapeutas especializados.

Não esquecendo, que é imprescindível que toda a equipa de cuidados discuta e assuma os objectivos terapêuticos, nomeadamente naqueles sintomas que maior impacto têm na pessoa.

Os profissionais de enfermagem, pela sua maior proximidade da pessoa, detêm um papel fundamental na monitorização dos sintomas e, como tal, no sucesso

do processo terapêutico (NETO, 2010b). Para além destes aspectos, poderão mais facilmente integrar estas técnicas no quotidiano do cuidar.

Mesmo assim, estudos realizados demonstram que os enfermeiros que cuidam de pessoas com dor, atribuem maior importância à administração medicamentosa, esquecendo quase por completo outras intervenções que estão ao seu alcance (NETO, 2010b).

Indubitavelmente, “o valor que os doentes atribuem à relação com os enfermeiros e a facilidade com que eles comunicam entre si, coloca os enfermeiros numa posição que lhes permite ter um maior contributo no alívio da dor” (LUZIO, 2000, p.97).

Para tal, opta-se por desenvolver a temática a analisar à luz da Teoria do Conforto de Kolcaba, uma vez que parece a que mais se adequa ao objecto de estudo.

A temática surge fundamentalmente devido a um interesse pessoal e profissional em explorar esta área no contexto dos cuidados paliativos, uma vez que ao implementar a massagem como intervenção autónoma da qual emergem resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, estar-se-á a desenvolver a Enfermagem Avançada. Indutivamente verifica-se que não é uma prática utilizada no contexto clínico, porém, cabe a todos nós enfermeiros reflectir sobre ela, como promotora de cuidados de qualidade. Dado este aspecto, e após a pesquisa através da revisão sistemática se verificar que a massagem traz benefícios para a pessoa com dor, poder-se-á elaborar um guia orientador de boa prática.

Para tal o objectivo do relatório é o de:

- Analisar criticamente a massagem como intervenção autónoma no alívio da dor, a utilizar pelos profissionais de enfermagem, junto da pessoa com cancro.

Em termos de conteúdos estruturais e conceptuais, pretendo no relatório dispor um resumo (português e inglês), a introdução, o desenvolvimento com referência aos Cuidados Paliativos e a pessoa nesse contexto, ao Modelo Teórico de KATHARINA KOLCABA – Teoria do Conforto, terapia complementar: massagem, a metodologia, a descrição e discussão dos resultados e a conclusão.

Como ponto de partida para a revisão da literatura foi formulada a pergunta de investigação: “**A massagem (I) contribui para o alívio da dor (O) na pessoa com cancro (P)?**” (formato PI[C]O).

4. CONCLUSÃO

A realização deste projecto individual de trabalho, pretende delinear os objectivos e as respectivas actividades/estratégias a desenvolver, de forma a atingi-los com sucesso, bem como, a estrutura da pergunta PICO e a metodologia.

Este projecto servirá de orientação e suporte na aquisição e consolidação de conhecimentos, contribuindo para o desenvolvimento de competências de âmbito pessoal e profissional.

Constitui uma linha orientadora de extrema importância, na medida em que, possibilita a preparação e estruturação das diferentes actividades, com intuito de alcançar os objectivos propostos.

Detentora de um conjunto de conhecimentos teórico-práticos adquiridos durante a minha formação/experiência profissional, o que permite, colocar em prática esses conhecimentos, evidenciando-se na qualidade dos cuidados prestados e no desenvolvimento do saber baseado na evidência científica.

Para este estágio as expectativas são muitas, o local do estágio é-me de todo desconhecido em termos funcionais, o que poderá causar algum constrangimento, que será amiúde colmatado.

Exalta a esperança de que a integração, seja facilitadora da aprendizagem futura, que este percurso seja propício à aquisição de muitas experiências e, ao aprofundamento das áreas de eleição, anteriormente referenciadas.

Para terminar, e em jeito de conclusão, uma frase de Camilo Castelo Branco pode ilustrar o caminho que cada um percorre em busca de algo maior: *Os dias prósperos não vêm por acaso. Nascem de muita fadiga e muitos intervalos de desalento.*

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

COSTA, Cristina; MAGALHÃES, Helena; FÉLIX, Rui; COSTA, Andreia; CORDEIRO, Sara (2005). **O Cancro e a Qualidade de Vida. A Quimioterapia e outros Fármacos no Combate ao cancro**. Sintra: Novartis. ISBN 972-9119-94-5.

DECRETO-LEI n.º 101/2006. “DR I Série A”. 109 (2006.06.06) 3856-3866.

DECRETO-LEI n.º 107/2008. “DR I Série”. 121 (2008.06.25) 3835-3853.

DESPACHO conjunto n.º 20689/2009. “DR II Série”. 178 (2009.09.14) 37518-37519.

DGS (2003). **Risco de Morrer em Portugal**, 2001. Lisboa: Autor.

KAZANOWSKI, M.K.; LACCETTI, M.S. (2005). **Dor. Fundamentos, abordagem clínica, tratamento**. Rio Janeiro: Editora Guanabara Koogan. ISBN 85-277-1075-7.

MELNYK; B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. (2005). **Evidence-based practice in nursing & healthcare. A guide to best**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

NETO, I.G. – Princípios e Filosofia dos cuidados paliativos. In: **Manual de Cuidados Paliativos** (2ªEd.). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010a. p. 1-42.

NETO, I.G. – Modelos de controlo sintomático. In: **Manual de Cuidados Paliativos** (2ªEd.). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, 2010b. p.61-68.

PIMENTA, C.A.M.P.; FERREIRA, K.A.S.L.F. – Dor no doente com câncer. In: Dor e cuidados paliativos. **Enfermagem, medicina e psicologia**. São Paulo: Manole, 2006. p.124-166.

PORTUGAL. Ministério da Saúde - **Programa Nacional de Cuidados Paliativos**. Lisboa, 2004, 24p.

Anexo II – Instrução de Trabalho: Escala de Edmonton.

	INSTRUÇÃO DE TRABALHO
	ESCALA DE EDMONTON

1. Objectivos

Este documento tem como objectivo geral servir de ferramenta auxiliar indispensável na aplicação da Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton (ESAS).

2. Âmbito

Aplica-se ao contexto da Unidade de Cuidados Paliativos.

3. Definições

ESAS: é um instrumento de avaliação composto por nove sintomas físicos e psicológicos identificados pelos cuidadores, doentes ou familiares em Cuidados Paliativos.

4. Descrição

Este documento aborda a ESAS como ferramenta indispensável para a avaliação estruturada dos nove sintomas comuns nos doentes em regime de Cuidados Paliativos.

4.1. Quando utilizar

	INSTRUÇÃO DE TRABALHO
	ESCALA DE EDMONTON

Deverá ser preenchido diariamente enquanto não houver controlo sintomático e, quando atingido, semanalmente.

4.2 Quem preenche

Idealmente deverá ser o doente a preencher o impresso da ESAS. No entanto, se este apresentar comprometimento cognitivo ou por outros motivos não o pode preencher sozinho, dever-se-á recorrer à participação do cuidador (membro da família, amigo, ou profissional de saúde).

Se o doente não pode participar na avaliação dos sintomas, ou se recusar a fazê-lo, a ESAS é completada pelo cuidador sozinho. No entanto, os sintomas considerados subjectivos não são preenchidos (ou seja, fadiga, depressão, ansiedade e o bem-estar são deixados em branco) e, o cuidador avalia os restantes sintomas de forma mais objectiva possível.

Quando o comprometimento cognitivo do doente é irreversível e não pode participar na realização da ESAS, o cuidador continua a completar a ESAS.

4.3. Com preencher

Realizar um círculo no número mais apropriado entre os dois extremos, relativo ao sintoma descrito.

Por exemplo:

Sem dor 0 1 2 3 4 5 **6** 7 8 9 10 pior dor possível

4.4. Registos

	INSTRUÇÃO DE TRABALHO
	ESCALA DE EDMONTON

- Identificar em SAPE o foco destinado ao sintoma a controlar (por exemplo, dor, ansiedade);
- Na aplicação informática SAPE, parametrizar a intervenção destinada a avaliação sintomática através da ESAS;
- No impresso “Escala de Avaliação de Sintomas de Edmonton” (A Definir).

Anexo III – Escala de Edmonton.

ESCALA DE AVALIAÇÃO DE SINTOMAS DE EDMONTON

UNIDADE: _____

SERVIÇO: _____

QUARTO: _____

DATA: _____



COMPLETADO POR:

DOENTE

CUIDADOR

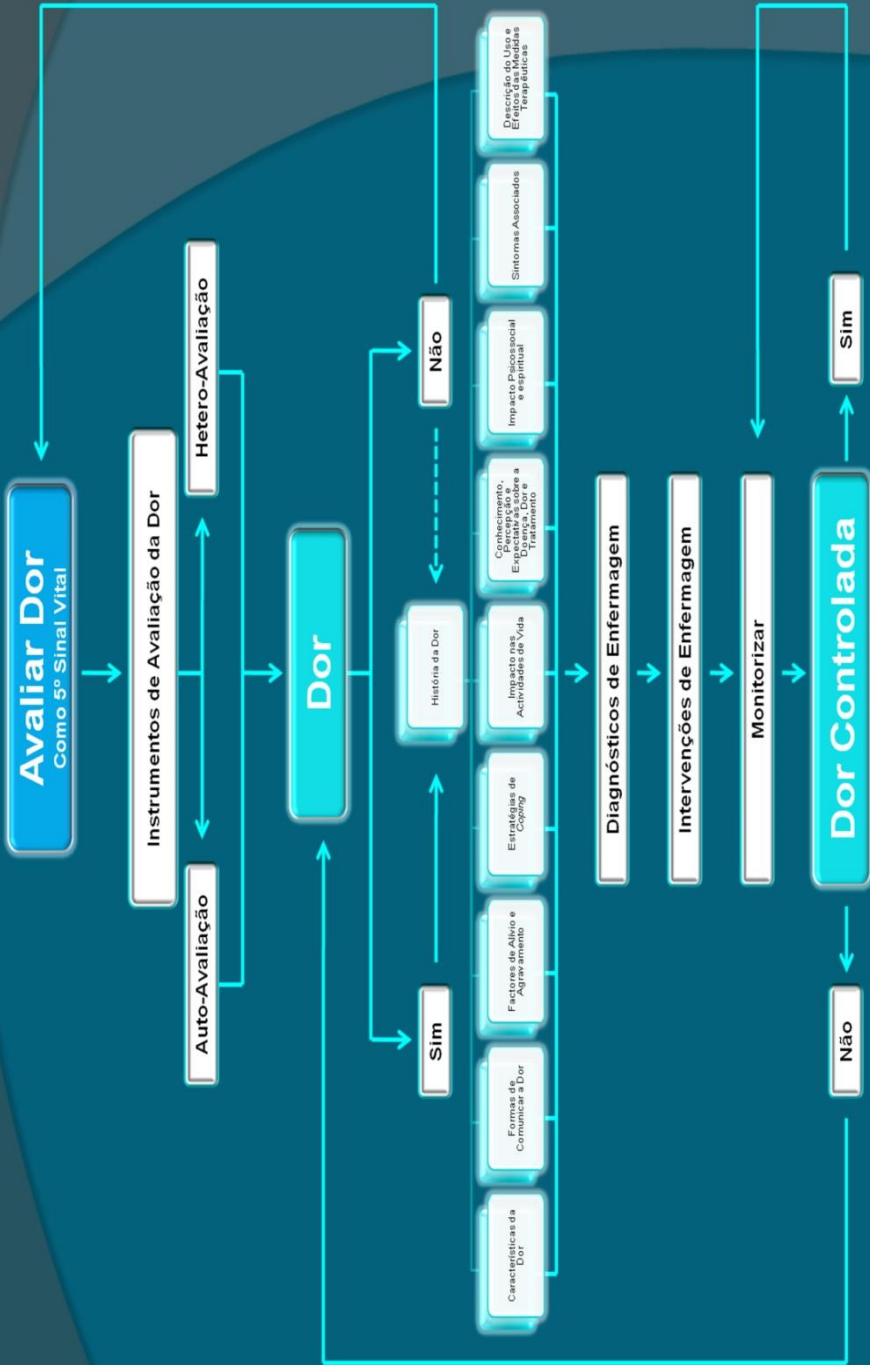
PROFISSIONAL

Sem dor	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior dor possível
Sem cansaço	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior cansaço possível
Sem náusea	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior náusea possível
Sem depressão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior depressão possível
Sem ansiedade	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior ansiedade possível
Sem sonolência	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sonolência possível
Muito bom apetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior apetite possível
Muito boa sensação de bem-estar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior sensação de bem-estar possível
Sem falta de ar	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Pior falta de ar possível
.....	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

NOTA: Por favor circule o número que melhor descreve a intensidade dos sintomas, neste momento (também se pode perguntar a média das 24 horas).

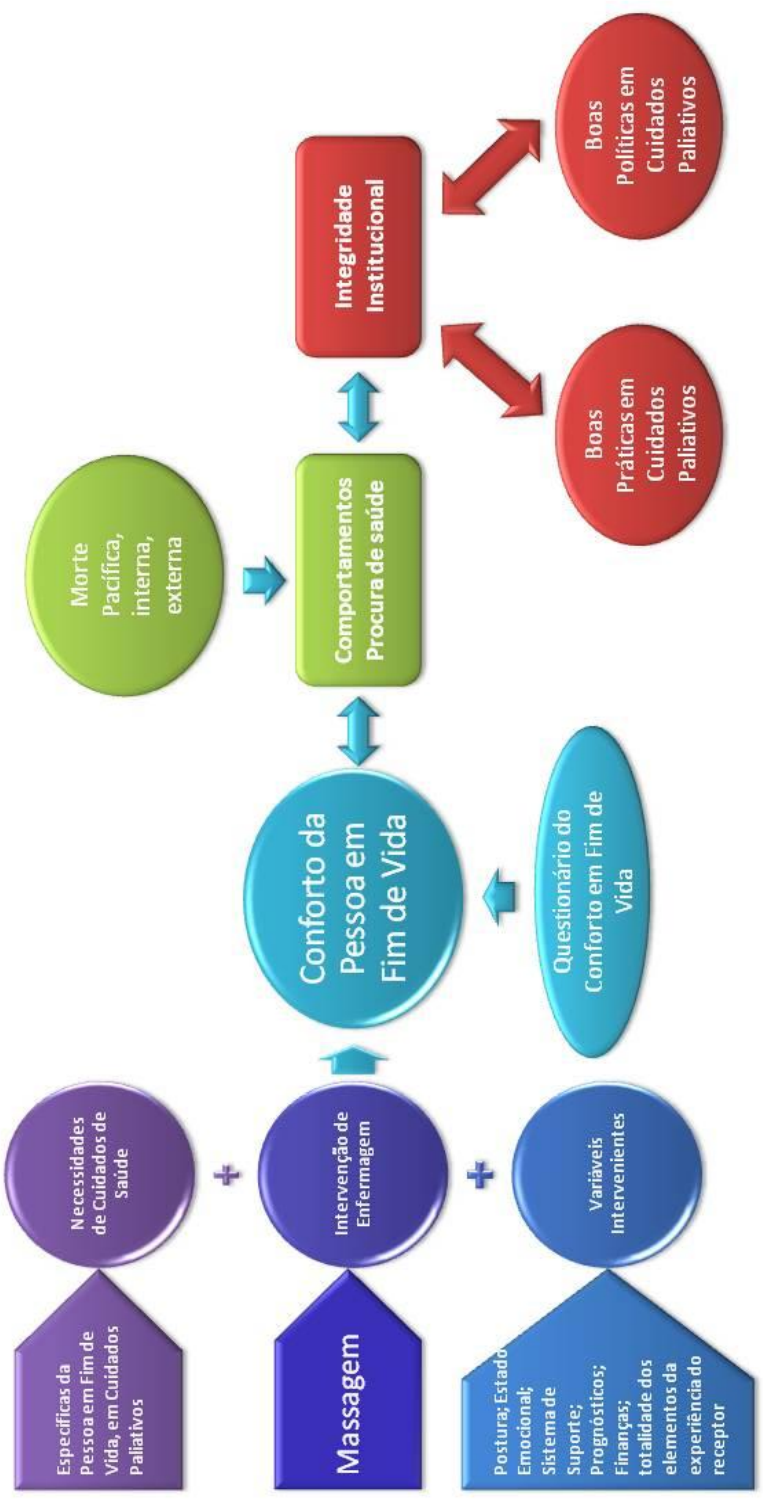
Anexo IV – Poster: “Algoritmo da Dor”.

ALGORITMO PARA O CONTROLO DA DOR

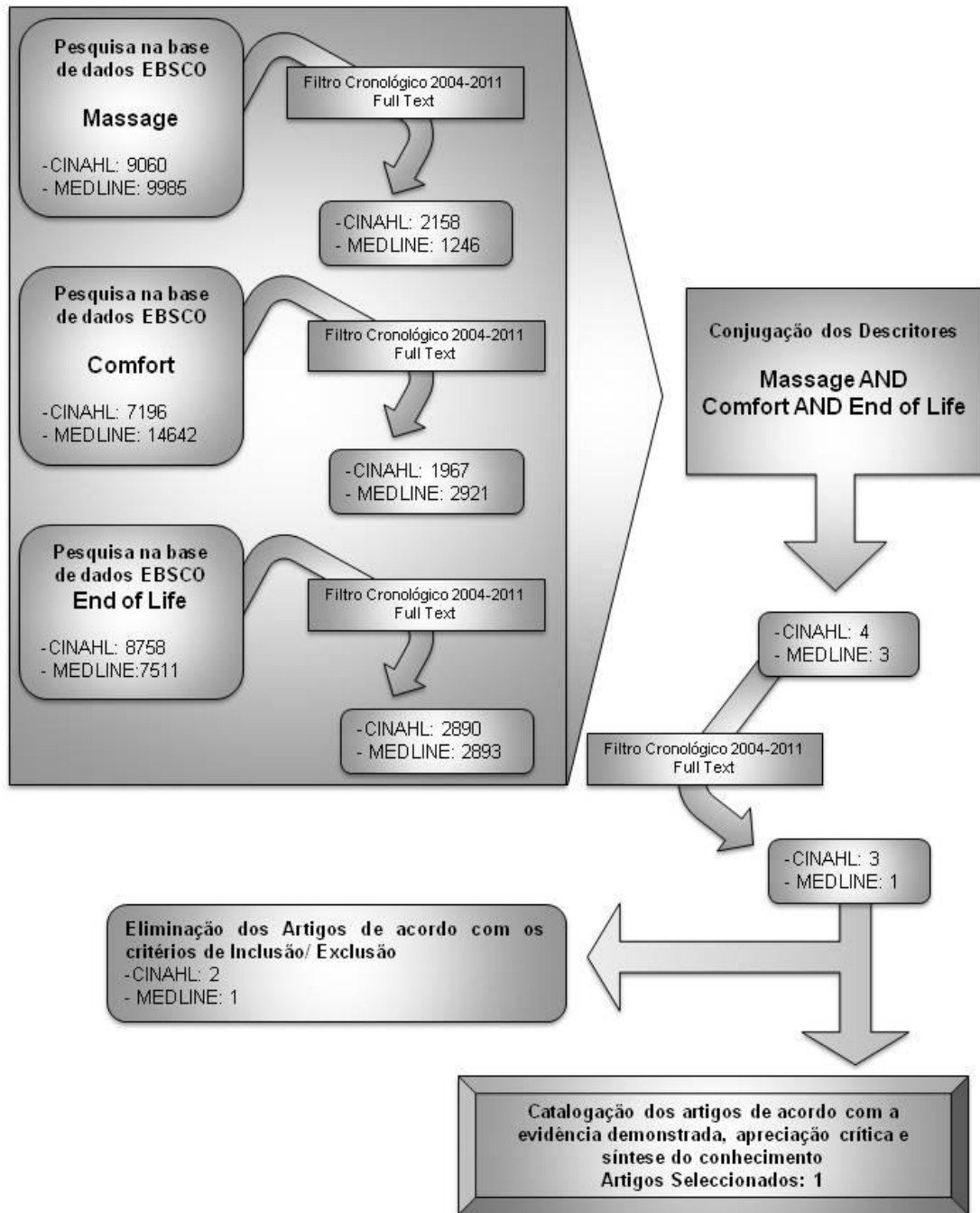


FONTE: ORDEM DOS ENFERMEIROS (2008). Dor - Guia Orientador de Boa Prática. Lisboa: Autor

Anexo V – Quadro Conceptual.



Anexo VI – Processo de Pesquisa e de Selecção dos Artigos.



Anexo VII – Catálogo do Artigo Seleccionado.

Estudo	KOLCABA; DOWD; STEINER; MITZEL (2004) Efficacy of Hand Massage for Enhancing the Comfort of Hospice Patients
Participantes	31 Pessoas em fim de vida.
Intervenções	Massagem bilateral das mãos, duas vezes por semana, durante três semanas.
Resultados	Este estudo não encontrou resultados significativos em relação com as diferenças de conforto e dos sintomas, dado que estes dois resultados são independentes. Porém, uma das descobertas interessantes foi que houve um aumento dos scores de conforto, no grupo de tratamento, mesmo aquando da inevitabilidade de uma morte próxima. Enquanto que no grupo de controlo deu-se progressivamente e inversamente o contrário.
Conclusões	É notável o significado clínico da massagem bilateral das mãos é para doentes em fim de vida.
N.º Artigo: 3	Nível Evidência: II Tipo de Estudo: Experimental