

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**Comunicação de Más Notícias a doentes em cuidados
paliativos e seus familiares – Desenvolvimento de
competências clínicas especializadas na área de
enfermagem Médico-Cirúrgica, à pessoa em situação
paliativa**

Autor

Sílvia Margarida Maia Gomes

Porto, 2023

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em
Situação Paliativa**

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientador(es)

Maria José da Silva Lumini Landeiro
Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

Paulo Alexandre Oliveira Marques
Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

Autor

Sílvia Margarida Maia Gomes

Porto, 2023

RESUMO

No âmbito da unidade curricular de estágio de desenvolvimento profissional com relatório, módulo II, incluída no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, desenvolvida no ano letivo 2022/2023, foram realizadas 340h presenciais numa unidade de cuidados paliativos e numa equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (170h em cada contexto). Este estágio teve como objetivo o desenvolvimento de competências profissionais comuns e específicas na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa.

O presente relatório tem por objetivo descrever o percurso efetuado ao longo destas horas de estágio. Foi elaborado segundo técnicas descritivas e de análise crítica, procurando descrever as situações experienciadas, ao mesmo tempo que refletia sobre as mesmas, sempre em paralelo com a análise da evidência científica disponível. O documento divide-se em três partes principais, nomeadamente uma breve caracterização dos contextos clínicos onde se desenvolveu o ensino clínico, a apresentação de dois casos da prática que foram trabalhados e os contributos da prática para o desenvolvimento das competências profissionais.

Foram desenvolvidas e adquiridas competências comuns e específicas, nomeadamente, no controlo de sintomas como a dor e a dispneia, na inclusão de familiares no processo de cuidar, no acompanhamento nas perdas consequentes da doença e do luto, entre outras.

De um modo particular, foi trabalhado o tema da comunicação de más notícias. Estas definem-se como “qualquer informação que afeta seriamente e de forma adversa a visão de um indivíduo sobre o seu futuro” (Baile et al., 2000, p.304). Segundo os mesmos autores, a forma como as más notícias são transmitidas irá influenciar o modo como o doente/familiar compreende a mensagem, a sua satisfação com o profissional de saúde, o seu nível de esperança e a adaptação psicológica que se segue. Assim, com base tanto na pesquisa bibliográfica efetuada, como na observação da prática, foram abordadas as necessidades e reações dos doentes e seus familiares aquando da comunicação de más notícias, bem como as dificuldades dos profissionais na comunicação deste tipo de informação. Foram, ainda, abordadas algumas ferramentas desenvolvidas com o objetivo de auxiliar os profissionais de saúde na transmissão de más notícias.

Todas estas competências adquiridas contribuíram para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

Palavras-chave: Enfermeiro especialista; cuidados paliativos; comunicação de más notícias.

ABSTRACT

Within the scope of the curricular unit of professional development internship with report, module II included in the Master's Degree in Medical-Surgical Palliative Care Nursing, from the Nursing School of Porto (Escola Superior de Enfermagem do Porto), developed in the academic year 2022/2023, an internship of 340 hours was carried out in a palliative care unit and in an in-hospital palliative care support team (170 hours each context). This internship aimed to develop professional skills, common and specific, in nursing to the person in a palliative situation.

The purpose of this report consists in describing the route taken during these hours of internship. It was done according to descriptive techniques and critical analysis, seeking to describe experienced situations, while reflecting on them, always in parallel with the analysis of available scientific evidence. The document is divided into three main parts, namely a brief characterization of the clinical contexts where the clinical teaching was developed, the presentation of two practical cases that were worked, and the contributions of practice to the development of professional skills.

Common and specific skills were developed and acquired, namely in the control of symptoms such as pain and shortness of breath, in including family members in the care process, in monitoring losses resulting from illness and mourning, among others.

In particular, the issue of communicating bad news was worked on. These are defined as “any information which adversely and seriously affects an individual’s view of his or her future” (Baile et al., 2000, p.304). According to the same authors, the way bad news are conveyed will influence how the patient/family member understands the message, their satisfaction with the healthcare professional, their level of hope and the psychological adaptation that follows. Thus, based on both the bibliographic research carried out, as in the observation of practice, the needs and reactions of patients and their families when bad news were communicated, as well as the difficulties of professionals in communicating this type of information were assessed. There were still some tools addressed, developed with the aim of helping healthcare professionals in delivering bad news.

All these acquired skills contributed to my professional and personal development.

Keywords: specialist-nurse, palliative care, bad news communication.

ABREVIATURAS

UCP - Unidade de Cuidados Paliativos

EIHSCP - Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

DGS - Direção Geral da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

CNCP - Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

RMN - Ressonância Magnética Nuclear

PET - Tomografia de Emissão de Positrões

PO - *Per Os*

KPC - *Klebsiella pneumoniae carbapenemase*

EPC - Enterobacteriáceas Resistentes aos Carbapenemos

EPI - Equipamento de Proteção Individual

ICN - *International Council of Nurses*

RNCCI - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

ULD - Unidade de Longa Duração

ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

ECCI - Equipa de Cuidados Continuados Integrados

HPV - Vírus do Papiloma Humano

FIGO - Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

ELA - Esclerose Lateral Amiotrófica

VNI - Ventilação Não Invasiva

SNG - Sonda Naso-Gástrica

PEG - Gastrostomia Percutânea Endoscópica

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	15
3. CASO CLÍNICO - UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS	19
3.1. Enquadramento teórico	19
3.2. Clientes	22
3.3. Medicação	23
3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	23
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	30
3.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	31
3.5. Domínios	33
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	34
3.6. Dados	56
3.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	75
3.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	77
3.7. Diagnósticos	83
3.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	91
3.8. Especificação das intervenções	93
4. CASO CLÍNICO - EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS	101
4.1. Enquadramento teórico	101
4.2. Clientes	103
4.3. Medicação	104
4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	105
4.4. Domínios	108
4.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	108
4.5. Dados	114
4.5.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	126
4.5.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	128
4.6. Diagnósticos	138
4.6.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	145
4.7. Especificação das intervenções	146
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	153
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	181
7. BIBLIOGRAFIA	183
ANEXOS	197

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Tabela 1 - Competências específicas desenvolvidas durante Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II, tendo em conta o Regulamento nº429/2018.....	160
---	-----

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

No âmbito da unidade curricular de estágio de desenvolvimento profissional com relatório, módulo II, incluída no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, desenvolvida no ano letivo 2022/2023, foi-nos solicitada a elaboração de um relatório que demonstrasse o desenvolvimento de competências profissionais comuns e específicas nesta área. Nesse sentido, foi elaborado o presente documento, com o objetivo de descrever o percurso efetuado ao longo das horas de estágio alocadas a esta unidade curricular. Na sua elaboração foram utilizadas técnicas descritivas e de análise crítica, procurando descrever as situações experienciadas, ao mesmo tempo que refletia sobre as mesmas, sempre em paralelo com a análise da evidência científica disponível.

O presente documento divide-se em três capítulos principais. O primeiro aborda a caracterização dos contextos frequentados durante o período de ensino clínico, nomeadamente, uma Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) e uma Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP). O segundo capítulo apresenta os casos clínicos selecionados e trabalhados em cada um dos contextos de estágio. Já o terceiro capítulo apresenta a reflexão conduzida sobre o desenvolvimento de competências, tanto as desenvolvidas com a frequência do ensino clínico, como as desenvolvidas na comunicação de más notícias, tema principal do relatório. Esta reflexão teve por base a pesquisa bibliográfica efetuada, bem como a observação da prática.

A seleção do tema da comunicação de más notícias foi feita com base em dois aspetos. Primeiro, durante um ensino clínico prévio, de outra unidade curricular do presente mestrado, surgiu-me um caso de elevada complexidade e que muito exigiu a nível da comunicação, nomeadamente de más notícias. Com este caso clínico foi-me possível perceber a importância da comunicação para um doente paliativo e seus familiares, bem como as suas possíveis implicações para os cuidados. Contudo, percebi também a necessidade pessoal de desenvolver este pilar dos cuidados paliativos, uma vez que nesta área, a comunicação gira em torno de informações delicadas, sensíveis e suscetíveis de influenciar negativamente os cuidados que são prestados. O segundo aspeto do meu interesse por este tema prende-se, com o contexto profissional em que estou inserida, nomeadamente um serviço de Medicina Interna. Nestes serviços a percentagem de doentes paliativos tem aumentado, sendo que muitas vezes o diagnóstico de doença e o seu prognóstico é dado no internamento. De acordo com Twycross (2003, p.41), as más notícias definem-se como “informação que altera drástica e desagradavelmente a opinião que o doente tem do seu futuro”. Apesar disto, a informação deve

ser transmitida ao doente, de forma honesta, clara e tendo em consideração as suas necessidades (Ramos, 2017). Tal como esta autora, verifico diariamente a dificuldade que os vários profissionais apresentam na comunicação de más notícias, optando, muitas vezes, por se afastarem ao invés de dar resposta às necessidades que o doente e seus familiares têm de informação. Torna-se, assim, imperioso o investimento na formação dos profissionais no que diz respeito à comunicação, uma vez que esta pode ser encarada como um “agente terapêutico muito poderoso” (Ramos, 2017, p.59).

Para além disto, um dos aspetos mais atuais e relevantes dos cuidados de saúde é a necessidade de informação demonstrada pelos doentes e seus familiares. A Carta dos Direitos dos Doentes Internados (Direção Geral da Saúde (DGS), 2005) menciona que os doentes têm o direito de ser informados sobre a sua situação de saúde de forma privada e confidencial. A esta, a Lei de Bases da Saúde (Lei nº95/2019, de 4 de setembro) acrescenta que a informação deve ser transmitida de forma honesta, mencionando o diagnóstico, prognóstico e medidas de tratamento existentes. O enfermeiro é um dos profissionais que deve dar resposta a estas necessidades, nomeadamente, assumindo “o dever de: a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem” e “c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem” (Código Deontológico dos Enfermeiros, Artigo 105º, alíneas a) e c)). De forma a dar resposta a estas necessidades, os enfermeiros e restantes profissionais de saúde utilizam a comunicação, que se torna uma das ferramentas centrais na prestação de cuidados.

Na área dos Cuidados Paliativos as necessidades demonstradas pelos doentes e suas famílias envolvem, na maioria das vezes, a transmissão de informação considerada como más notícias. Estas prendem-se não só com o diagnóstico de doença avançada, progressiva e incurável, como também, com as perdas sucessivas provocadas pelo avançar da mesma. É nesta altura que os profissionais de saúde intervêm através da comunicação, mais especificamente, da comunicação de más notícias. Assim, o desenvolvimento de competências comunicacionais que incluam as más notícias torna-se fundamental e urgente para dar uma resposta efetiva a doentes e familiares seguidos não só em cuidados paliativos, mas também nas restantes áreas de envolvimento de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2020), os cuidados paliativos integram-se numa “abordagem que promove a qualidade de vida dos doentes e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças com risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento”, devendo estes ser plena e funcionalmente integrados nos sistemas de saúde.

Pela sua trajetória própria, as doenças oncológicas conduzem a um declínio progressivo, sendo este mais evidente nos últimos 1-2 meses de vida, existindo uma inequívoca fase final de vida. Nesta fase, surgem um conjunto de sintomas associados a um declínio constitucional e funcional (Murray et al., 2005), que conduzem, inevitavelmente, a um estado de sofrimento multidimensional. Por este motivo, na fase avançada de doença, os doentes oncológicos beneficiam das intervenções prestadas pelos cuidados paliativos, sendo que “a evidência mostra que os cuidados paliativos são mais vezes providenciados a doentes com cancro versus sem cancro por causa da ‘previsibilidade’ do declínio” (Seow et al., 2018, p. 1).

1. Primeiro Contexto: Unidade de Cuidados Paliativos

Em Portugal, os cuidados paliativos são legislados pela Lei nº52/2012 - Lei de Bases de Cuidados Paliativos, que organiza a sua prestação de cuidados de forma estruturada e integrada, funcionando em parceria com outras unidades, operacionalizando-se desde serviços de internamento até equipas comunitárias especializadas. A base XVI da Lei de Bases de Cuidados Paliativos (2012) explora este conceito, preconizando que as UCP prestam cuidados diferenciados e multidisciplinares, inclusive a doentes a experienciar uma situação clínica aguda complexa. Estas unidades estão integradas em contexto hospitalar ou noutra instituição de saúde que assegure serviços de internamento, e comportam diferentes valências para além da hospitalização, desde apoio intra-hospitalar, centro de dia, apoio domiciliário e consulta externa.

No Plano Estratégico para o biénio 2021-2022, a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) refere que as necessidades de unidades de internamento, em Portugal, se constituem entre 392 a 490 camas. Contudo, e considerando a prevalência de doenças crónicas inerentes ao envelhecimento populacional, a necessidade de cuidados paliativos em doentes não oncológicos torna-se uma realidade atual, pelo que se prevê que, a curto prazo, a carência no número de camas poderá duplicar (CNCP, 2021). Ainda segundo o mesmo plano estratégico, as dotações recomendadas relativamente aos recursos profissionais para este tipo de unidades são as seguintes: dois ou mais médicos, onze ou mais enfermeiros, sete ou mais assistentes operacionais, pelo menos um psicólogo e pelo menos um assistente social (CNCP, 2021, p.41).

A UCP na qual desenvolvi o meu primeiro momento de estágio localiza-se num hospital central e tem como público-alvo pessoas com doenças graves, progressivas e incuráveis, sendo que estas doenças incluem as oncológicas e as não oncológicas. Atualmente, para dar resposta às necessidades dos doentes apresenta três valências de cuidados, nomeadamente, a EIHSCP, a Consulta Externa de Cuidados Paliativos e a UCP. No caso específico da UCP, esta tem capacidade para integrar dez doentes com necessidades de cuidados paliativos de elevada complexidade até que a situação clínica que desencadeou o internamento seja controlada e o doente possa ter alta. Esta pode ser para o exterior ou para o serviço de origem ou outro serviço de internamento que melhor se adequa às necessidades clínicas do doente, mantendo-se nos últimos dois casos o acompanhamento pela EIHSCP. Foi notável ao longo do ensino clínico, que, apesar de muito importantes, as vagas disponibilizadas pelo serviço nem sempre davam resposta às necessidades do hospital, uma vez que o número de referências para os cuidados paliativos é elevado. Dos doentes referenciados muitos apresentavam sintomas físicos e psicológicos descontrolados e nem sempre uma vaga na unidade era disponibilizada em tempo útil.

O serviço é composto por três enfermarias múltiplas e por dois quartos individuais. O serviço apresenta um espaço de copa, passível de ser utilizado pelos doentes e seus familiares, caso desejem que a visita ocorra num espaço fora da enfermaria. Apesar disto, carece de um espaço próprio e amplo para que as visitas possam ocorrer em privado. Para além disso, não tem um espaço próprio e especificamente destinado a conferências familiares ou adequado a conversas mais sensíveis que possam ser necessárias com os doentes.

Relativamente aos recursos humanos deste serviço, contabilizam-se vinte e quatro enfermeiros, sete médicos, dez assistentes operacionais, uma psicóloga (a tempo parcial), duas assistentes sociais (uma delas a tempo parcial) e um assistente espiritual. Verifica-se, deste modo, que esta unidade cumpre os requisitos das dotações recomendadas pela CNCP, à exceção da psicóloga que apenas está presente na unidade a tempo parcial. Dos vinte e quatro enfermeiros do serviço, dezoito têm formação avançada em cuidados paliativos. Para além disto, contabilizam-se treze enfermeiros especialistas, nomeadamente, dois em reabilitação, dois em enfermagem comunitária e nove em enfermagem médico-cirúrgica. Relativamente aos médicos, os sete que exercem funções no serviço têm a competência médica de cuidados paliativos. Percebe-se deste modo, a capacitação existente na equipa multidisciplinar para cuidar deste tipo de doentes. Para além disso, as diferentes especialidades da equipa de enfermagem permitem que os enfermeiros sejam capazes de dar resposta a outros níveis de cuidados passíveis de ser incorporados nos cuidados paliativos, nomeadamente, a reabilitação.

A equipa não apresenta como intervenção a realização de reuniões formais multidisciplinares para discussão dos casos dos doentes internados, sendo estes discutidos de forma informal entre os diferentes profissionais responsáveis pelo seu acompanhamento. No que diz respeito à equipa de enfermagem, esta utiliza, muitas vezes, os momentos de passagem de turno para

discussão de casos mais complexos ou que causem alguma inquietação nos diferentes membros da equipa.

Durante este período de estágio foi-me possível verificar, na prática clínica, a importância desta tipologia de unidades, assim como do trabalho desenvolvido pelos profissionais que as integram. Para além disso, e dando resposta a uma solicitação académica, foi selecionado um caso clínico da prática para ser trabalhado, correspondendo este à primeira conceção de cuidados apresentada.

2. Segundo Contexto: Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

Tal como referido anteriormente, em Portugal, os cuidados paliativos são legislados pela Lei nº52/2012 – Lei de Bases de Cuidados Paliativos. Nela preconiza-se que a EIHSCP se caracterize por ser uma equipa consultora que presta assistência e apoio diferenciado em cuidados paliativos aos diferentes profissionais e serviços do hospital, bem como aos doentes internados e suas famílias. No caso das UCP, a EIHSCP funciona nela integrada. Já nos hospitais em que estas unidades não existem, a equipa funciona de forma independente.

No Plano Estratégico para o biénio 2021-2022, a CNCP refere existirem, a nível de Portugal Continental, um total de 43 EIHSCP, todas com consulta externa integrada. Contudo, apesar da sua existência, estas equipas “continuam a necessitar de investimento em recursos humanos, instalações e equipamentos” (CNCP, 2021, p.20). Ainda segundo o mesmo plano estratégico, as dotações recomendadas relativamente aos recursos profissionais para este tipo de equipas são as seguintes: dois a três médicos, dois a três enfermeiros, dois psicólogos e dois assistentes sociais (CNCP, 2021, p.41).

O meu segundo momento de estágio realizou-se numa EIHSCP de um hospital dos arredores do distrito do Porto. Esta equipa tem três formas de dar resposta às necessidades dos doentes: consultadoria a doentes internados, consultas externas presenciais e consultas externas telefónicas. A consultadoria a doentes internados é feita após referência e pedido de colaboração das equipas médicas de outras especialidades, sendo os doentes observados em contexto de enfermaria. Dependendo das necessidades dos doentes e suas famílias podem, por exemplo, ser sugeridas outras formas de controlo sintomático ou podem ser realizadas conferências familiares para organização de cuidados. Muitos destes doentes, após alta hospitalar, mantêm necessidade de seguimento por cuidados paliativos. Assim, passam a ser seguidos em consulta externa presencial, deslocando-se periodicamente e sob marcação ao hospital. Estas consultas são multidisciplinares, estando um médico e um enfermeiro presentes e nelas procura-se perceber como evolui a situação clínica do doente no domicílio após a alta hospitalar. Caso seja necessário, fazem-se alterações terapêuticas para promover o controlo sintomático. Pode, também, ser solicitado o apoio da assistente social, caso seja detetada

alguma necessidade neste âmbito. As consultas externas telefónicas são realizadas aos doentes previamente seguidos em consulta presencial, sendo marcadas de acordo com as necessidades detetadas e tendo como objetivo perceber se o doente se mantém estável no domicílio ou se há alguma alteração que justifique a antecipação da consulta presencial.

Para a realização das consultas externas, a equipa dispõe de um gabinete próprio que providencia toda a privacidade necessária às mesmas.

No que diz respeito aos recursos humanos, esta equipa conta com uma enfermeira a tempo total e uma a tempo parcial (seis horas por semana), quatro médicos, todos a tempo parcial (dois de medicina interna, um cirurgião e um anestesista), três assistentes sociais a tempo parcial (seis horas por semana, divididas entre as três) e uma psicóloga a tempo parcial (duas horas por semana para apoio a doentes e duas horas por semana para apoio a familiares). Verifica-se, deste modo, que esta equipa não cumpre a totalidade dos requisitos das dotações recomendadas pela CNCP, uma vez que a maior parte dos seus elementos se encontra na equipa a tempo parcial, à exceção de uma das enfermeiras. Das duas enfermeiras presentes na equipa uma frequentou o mestrado e a outra a pós-graduação em cuidados paliativos. Relativamente aos médicos, apenas um tem a competência médica de cuidados paliativos. Apesar da falta de formação especializada, esta é uma equipa que dá uma resposta efetiva aos doentes e famílias que acompanha, que demonstram satisfação para com o modo como são abordados e tratados os seus diferentes problemas.

Uma vez por semana a equipa multidisciplinar tem a intervenção de se reunir para discutir os casos que tem acompanhado, bem como situações pontuais de interesse para o desenvolvimento da equipa. Uma destas situações foi, por exemplo, a realização de uma formação sobre alimentação em fim de vida, realizada por um elemento externo à equipa. Para além disso, uma vez por mês realiza uma reunião conjunta com a Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos da área, de forma a discutir e acompanhar os casos que referenciou para a comunidade. Para além disso, fornece conselhos e orientação nos casos que a equipa comunitária necessitar.

Durante este período de estágio foi-me possível verificar, na prática clínica, a importância deste tipo de equipas, assim como do trabalho desenvolvido pelos profissionais que as integram. Para além disso, e dando resposta a uma solicitação académica, foi selecionado um caso clínico da prática para ser trabalhado, correspondendo este à segunda conceção de cuidados apresentada.

3. CASO CLÍNICO - UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS

Caso Clínico 1

3.1. Enquadramento teórico

Cenário Inicial:

A D.^a LP é uma senhora de 69 anos, viúva, residente numa aldeia do norte de Portugal e com 3 filhos: o Sr. MP, doente oncológico, o Sr. CP, motorista internacional, e a D.^a LP, residente em Lisboa.

Em 2002 foi-lhe diagnosticado um carcinoma da mama à direita, tendo realizado, na altura, tumorectomia, radioterapia e hormonoterapia. Em 2021 apresenta uma recidiva da doença, tendo realizado mastectomia total à direita, com esvaziamento axilar contralateral em dezembro desse ano.

Em fevereiro de 2022 surgem-lhe lesões cutâneas na região da cicatriz da mastectomia à direita, bem como lesões cutâneas na mama esquerda. Após realização de biópsia e PET verifica-se que estas lesões se devem a "carcinoma com extensa recidiva local na região mamária direita e lesão neoplásica de alto grau metabólico na mama esquerda com extensa invasão cutânea local", tendo sido proposta para cuidados de suporte.

Em julho de 2022 muda-se para casa do filho CP e da nora AP, tendo esta assumido o papel de cuidadora da D.^a LP.

A D.^a LP vai progressivamente ficando mais asténica e dependente. Não aceita a necessidade de ajuda de terceiros, procurando fazer as suas coisas sozinha, o que resulta em quedas frequentes.

Dá entrada no serviço de urgência em janeiro de 2023 após queda da própria altura com dor e edema do membro inferior esquerdo. Após raio-X verifica-se fratura por luxação bimalleolar desse membro. Fica internada no serviço de Ortopedia até início de fevereiro, quando é transferida para a UCP.

Durante o internamento são identificados como problemas a dor e a ferida maligna, bem como ansiedade e não aceitação do aumento da dependência. Relativamente à cuidadora, a D.^a AP, apresenta sinais de exaustão.

Enquadramento Teórico:**Carcinoma da mama:**

O cancro da mama é uma das doenças oncológicas mais prevalentes tanto a nível europeu, como a nível mundial. De acordo com dados de 2018, na União Europeia, o número de novos casos de cancro da mama foi de cerca de 404 920, atingindo uma taxa de mortalidade de 98 755 (Cardoso et al., 2019).

Os principais fatores de risco de cancro da mama incluem a predisposição genética, a exposição a estrogénios (endógenos e exógenos), radiação ionizante, elevada densidade mamária, história de hiperplasia atípica, obesidade e consumo de álcool. Para além destes, a idade constituiu-se como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento do cancro da mama, sendo a faixa etária acima dos 60 anos a mais afetada (Cardoso et al., 2019).

A taxa de sobrevivência estimada a 5 anos, ou seja, pessoas com diagnóstico dentro do intervalo de 5 anos e ainda vivas (com ou sem doença), tem vindo a aumentar com o avanço dos tratamentos. Já no que diz respeito à taxa de mortalidade associada ao cancro da mama, esta tem vindo a diminuir especialmente nos grupos etários mais jovens. Para estes valores contribuem o avanço dos tratamentos e o diagnóstico precoce da doença. Contudo, o cancro da mama é, ainda, a principal causa de morte oncológica em mulheres, tanto a nível europeu como a nível mundial (Cardoso et al., 2019).

A sua prevalência em homens é rara, contribuindo com cerca de 1% da totalidade dos casos. Os fatores de risco incluem a presença de desordens sistémicas que provoquem desequilíbrios hormonais (particularmente, ginecomastia e cirrose), exposição a radiação, história familiar e predisposição genética (Cardoso et al., 2019).

Atualmente, existem programas de rastreio do cancro da mama, recomendados por *guidelines* europeias, que incluem a realização periódica (anualmente ou a cada 2 anos) de mamografia para a faixa etária de maior risco, ou seja, mulheres entre os 50 e os 69 anos. Nos casos das mulheres fora desta faixa etária a realização da mamografia é ponderada de acordo com a sua história clínica e fatores de risco. Nas mulheres com antecedentes familiares de cancro da mama, com ou sem mutações do gene BRCA, está recomendada a realização anual da mamografia e de ressonância magnética nuclear (RMN). Verifica-se, portanto, que a implementação de programas de rastreio veio contribuir para a diminuição da taxa de mortalidade associada ao seu diagnóstico precoce (Cardoso et al., 2019).

O diagnóstico de cancro da mama tem por base o exame clínico combinado com a realização de exames complementares, sendo a sua confirmação feita com recurso a análises patológicas. O exame clínico inclui a recolha de dados sobre a história clínica individual (anamnese) e a palpação bimanual de ambas as mamas e das zonas dos gânglios linfáticos regionais. Após a descoberta de uma lesão suspeita, recomenda-se a avaliação do tumor primário, através de um

exame físico mais pormenorizado e da realização de exames complementares de diagnóstico, nomeadamente, a mamografia, ecografia mamária, biopsia da lesão e, em alguns casos, RMN. Já para o diagnóstico de lesão de gânglios linfáticos recomenda-se, para além do exame físico, a realização de ecografia local e de biopsia guiada por ecografia nos casos suspeitos. O diagnóstico patológico deve ser baseado nos resultados da biopsia realizada, sendo que esta deve ser feita antes de se implementar qualquer tipo de tratamento. Em caso de tumores multifocais, todas as lesões devem ser biopsadas. Esta avaliação patológica inclui um exame histológico do tumor primário, bem como um exame citológico e/ou histológico dos gânglios axilares (Cardoso et al., 2019).

O estadiamento da doença é, atualmente, realizado de acordo com o sistema preconizado pelo *American Joint Committee on Cancer* (AJCC), e que tem como base a sigla TNM. O T corresponde à extensão do tumor primário e pode ser classificado como T0 (sem evidência de tumor primário), T1, T2, T3 ou T4 (tamanho crescente e/ou extensão local do tumor primário). O N refere-se à ausência/presença e extensão de metástases nos gânglios linfáticos regionais, podendo ser classificado como N0 (ausência de metástase nos gânglios linfáticos regionais), N1, N2 ou N3 (comprometimento crescente dos gânglios linfáticos regionais). O M refere-se à ausência ou presença de metástases à distância, podendo classificar-se em M0 ou M1, respetivamente. Este estadiamento é confirmado por exames complementares de diagnóstico, tais como ecografia, TAC ou RMN ou, mais recentemente, a Tomografia de Emissão de Positrões (PET) (Cardoso et al., 2019).

Atualmente, o tratamento do cancro da mama inclui a associação de várias técnicas individualizadas e adaptadas a cada caso. O tratamento pode, assim, ser local, quando os métodos utilizados removem ou destroem o tumor na mama (cirurgia e radioterapia) ou sistémico, quando os métodos utilizados visam a destruição tumoral em todas as áreas do corpo (quimioterapia, terapêutica hormonal e terapêutica dirigida). Os tratamentos sistémicos são muito utilizados nos casos de cancro metastizado, mas podem, também, ser usados como métodos neoadjuvantes antes da realização da cirurgia ou da radioterapia, com o objetivo de reduzir o tamanho do tumor e tornar a intervenção local menos extensa (Liga Portuguesa Contra o Cancro, n.d.).

A cirurgia é o tipo de tratamento mais utilizado no cancro da mama podendo consistir, apenas, na remoção local do tumor (tumorectomia) ou na remoção parcial ou total da mama (mastectomia segmentar, parcial ou total). Em alguns casos há, também, necessidade de remoção dos gânglios linfáticos axilares. A pesquisa do gânglio sentinela (primeiro gânglio a ser afetado em caso de metastização ganglionar) torna-se, assim, importante para a decisão do número de gânglios a remover durante a cirurgia (Liga Portuguesa Contra o Cancro, n.d.).

A radioterapia é comumente utilizada após a remoção cirúrgica do tumor, tendo como objetivo destruir células cancerígenas que possam não ter sido retiradas durante o procedimento

cirúrgico. Pode, também, ser utilizada antes da cirurgia como método neoadjuvante para diminuir o tamanho do tumor e facilitar a sua remoção (Liga Portuguesa Contra o Cancro, n.d.).

Outras opções de tratamento incluem a quimioterapia (na sua forma oral ou endovenosa, para destruir as células tumorais), a terapêutica hormonal (inibe o crescimento tumoral ao bloquear os recetores hormonais a nível sistémico) e as terapêuticas dirigidas, que incluem os anticorpos monoclonais e as terapêuticas com pequenas moléculas (inibem o crescimento tumoral através do bloqueio de alvos específicos a nível local) (Liga Portuguesa Contra o Cancro, n.d.).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 69 anos | Feminino

Cuidador

06-02-2023 08:00

Nome do cuidador: D.ª AP.

Data de nascimento do cuidador: 24-12-1975.

Parentesco: Nora / Genro.

Coabita com a pessoa dependente.

Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, a todo o tempo.

Capacidade do cuidador para adquirir informação: Sem dificuldade em reter nova informação.

Capacidade do cuidador para recuperar informação: Sem dificuldade em recuperar informação.

Cuidadora desempregada e com disponibilidade de tempo para cuidar. Contudo, dada a complexidade da situação encontra-se em situação de sobrecarga aquando do internamento da D.ª LP na UCP.

Família

21-02-2023 08:00

Família alargada.

Família com idosos ou familiar dependente.

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-02-06 08:00:00	Pantoprazol 40 mg PO (9h)	
2023-02-06 08:00:00	Furosemida 40mg PO (9h)	2023-02-21 08:00:00
2023-02-06 08:00:00	Epsicaprom 3gr aplicação cutânea na ferida maligna (9h)	
2023-02-06 08:00:00	Alprazolam 0,5 mg PO (10h-22h)	2023-02-21 08:00:00
2023-02-06 08:00:00	Bisacodilo 10mg retal (11h)	2023-02-21 08:00:00
2023-02-06 08:00:00	Lactulose 10mg/15ml (1 saqueta) (19h)	2023-02-21 08:00:00
2023-02-06 08:00:00	Bisacodilo 5mg PO (19h)	2023-02-21 08:00:00
2023-02-06 08:00:00	Gabapentina 100mg PO (22h)	2023-02-21 08:00:00
2023-02-06 08:00:00	Morfina 20mg PO (Sevredol) (SOS se dor ou dispneia até de 1h-1h, num máximo de 6/dia)	2023-02-21 08:00:00
2023-02-06 08:00:00	Metoclopramida 10mg/2ml 10mg SC (SOS se náuseas ou vômitos de 8h-8h)	
2023-02-06 08:00:00	Diclofenac 75mg/3ml 50mg SC (SOS se febre de 8h-8h)	
2023-02-06 08:00:00	Alprazolam 0,25mg PO (SOS se ansiedade ou insónia de 6h-6h)	
2023-02-06 08:00:00	Morfina libertação prolongada (MST) 100mg (PO) (10h-22h)	2023-02-21 08:00:00
2023-02-21 08:00:00	Paracetamol 1000mg PO (7h-15h-23h)	
2023-02-21 08:00:00	Gabapentina 100mg PO (15h)	
2023-02-21 08:00:00	Picossulfato de Sódio 7,5mg/ml 10gotas (23h)	
2023-02-21 08:00:00	Trazodona 100mg PO (22h)	
2023-02-21 08:00:00	Clonazepam 0,5mg PO (10h-22h)	
2023-02-21 08:00:00	Furosemida 60mg PO (9h)	
2023-02-21 08:00:00	Sertralina 200mg PO (9h)	
2023-02-21 08:00:00	Prednisolona 40mg PO (9h)	
2023-02-21 08:00:00	Bisacodilo 10mg PO (23h)	
2023-02-21 08:00:00	Lactulose 10mg/15ml (1 saqueta) (7h-15h-23h)	
2023-02-21 08:00:00	Bisacodilo 10mg retal (7h)	
2023-02-21 08:00:00	Gabapentina 300mg PO (7h-23h)	
2023-02-21 08:00:00	Morfina 30mg PO (Sevredol) (SOS se dor ou dispneia até de 1h-1h, num máximo de 6/dia)	2023-03-24 08:00:00
2023-02-21 08:00:00	Morfina libertação prolongada (MST) 160mg PO (10h-22h)	2023-03-24 08:00:00
2023-03-24 08:00:00	Morfina 40mg PO (Sevredol) (SOS se dor ou dispneia até de 1h-1h, num máximo de 6/dia)	
2023-03-24 08:00:00	Morfina 40mg PO (Sevredol) (30 minutos antes dos cuidados de higiene e de penso)	
2023-03-24 08:00:00	Morfina libertação prolongada (MST) 200mg PO (10h-22h)	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

O controlo de sintomas é um dos pilares fundamentais dos cuidados paliativos. Para que este seja alcançado, uma das ferramentas utilizadas é o tratamento farmacológico.

Especificamente no presente caso clínico foram utilizados os seguintes fármacos:

Pantoprazol:

Integra o grupo farmacológico dos inibidores da bomba de protões, sendo indicado na esofagite de refluxo, erradicação da *Helicobacter Pilory*, úlceras duodenais e gástricas e na síndrome de Zollinger-Ellison e outras condições de hipersecreção patológica. O seu mecanismo de ação está relacionado com a inibição da secreção de ácido clorídrico no estômago, uma vez que bloqueia especificamente a bomba de protões das células parietais. É metabolizado, maioritariamente, a nível hepático e eliminado via renal, tendo uma semi-vida de aproximadamente 1h. Os seus efeitos secundários incluem cefaleias, dor abdominal, diarreia e hiperglicemia (Deglin & Vallerand, 2009). Neste caso foi utilizado numa perspetiva preventiva, como protetor gástrico, considerando a quantidade de medicação administrada à doente.

Furosemida:

Integra o grupo farmacológico dos anti-hipertensores diuréticos de ansa, sendo indicado no tratamento do edema secundário à insuficiência cardíaca congestiva, doença hepática ou renal, no tratamento da hipertensão e no tratamento da hipercalcemia grave (uso não registado). O seu mecanismo de ação relaciona-se com a inibição da reabsorção de sódio e de cloro através da ansa de Henle e dos túbulos renais distais, ao mesmo tempo que promove a excreção renal de água, sódio, cloro, magnésio, hidrogénio e cálcio. Pode, também, apresentar efeitos vasodilatadores renais e periféricos. A sua eficácia mantém-se mesmo nos casos de insuficiência renal. É metabolizado a nível hepático e eliminado via renal, tendo uma semi-vida de aproximadamente 1h-1h30 (sendo esta aumentada nos casos de insuficiência renal). Os seus efeitos secundários incluem hipotensão, náuseas, vômitos, poliúria, hipovolémia, hiponatremia e hiperglicemia (Deglin & Vallerand, 2009). Neste caso, foi utilizada com o objetivo de aumentar o débito urinário da doente, de forma a diminuir os edemas periféricos que apresentava.

Ácido Aminocapróico:

Integra o grupo farmacológico dos anti-hemorrágicos antifibrinolíticos, sendo indicado na

prevenção da destruição de coágulos pela plasmina, o que impede o aparecimento de hemorragia devido à atividade excessiva do sistema fibrinolítico. Afeta o sistema enzimático fibrinolítico, inibindo-o de duas formas: em concentrações baixas inibe os ativadores de plasminogénio por mecanismo competitivo; em concentrações mais altas inibe a atividade da plasmina. É maioritariamente metabolizado e eliminado por via renal, com um tempo de semi-vida de 2h. Pode, ainda, ser administrado por via endovenosa e topicamente nos casos de hemorragias externas de pequeno volume. Os seus efeitos secundários incluem mialgias, rabdomiólise, hipotensão, náuseas, vômitos, confusão e diminuição do débito urinário (Deglin & Vallerand, 2009). Neste caso, foi utilizado por via tópica, sendo aplicado diretamente nos pontos hemorrágicos da ferida maligna, de modo a promover o controlo hemorrágico da mesma.

Alprazolam:

Integra o grupo farmacológico dos ansiolíticos, sedativos e hipnóticos, sendo indicado no tratamento da ansiedade, crises de pânico e dos sintomas da síndrome pré-menstrual. O seu efeito é, provavelmente, exercido através da ligação a recetores específicos em vários pontos do sistema nervoso central, provocando uma atividade depressora deste, relacionada com a dose de fármaco administrada. É metabolizado a nível hepático e eliminado por via renal, tendo uma semi-vida de aproximadamente 12-15h. Os seus efeitos secundários incluem tonturas, sonolência, letargia, cefaleias, náuseas, vômitos e dependência física e/ou psicológica (Deglin & Vallerand, 2009). Neste caso, foi utilizado como adjuvante no controlo da ansiedade referida pela doente, primeiro como medicação fixa e depois como fármaco de resgate.

Clonazepam:

Integra o grupo farmacológico dos antiepiléticos e anticonvulsivantes, apresentando propriedades farmacológicas comuns às benzodiazepinas, nomeadamente, propriedades anticonvulsivas, sedativas, miorrelaxantes e ansiolíticas. Está indicado como profilaxia de pequeno mal, pequeno mal variante, paralisias, convulsões mioclónicas e tratamento das crises de pânico. Pode ainda ser usado nos casos de movimentos incontroláveis dos membros inferiores durante o sono, neuropatia e sedação. O seu mecanismo de ação deve-se à estimulação da afinidade dos recetores GABA para o seu neurotransmissor, intensificando a modulação alostérica positiva, aumentando a libertação do GABA no fluxo de iões da membrana pós sináptica. É metabolizado a nível hepático e eliminado por via renal, sendo a sua semi-vida de aproximadamente 30-40h. Os seus efeitos secundários incluem sonolência, alterações do comportamento, diplopia, aumento das secreções, palpitações, obstipação e retenção urinária (Deglin & Vallerand, 2009). Neste caso, foi utilizado como adjuvante no controlo da ansiedade referida pela doente.

Sertralina:

Integra o grupo farmacológico dos antidepressivos (inibidores seletivos da recaptação da serotonina), sendo indicado no tratamento da depressão, crises de pânico, perturbações obsessivo-compulsivas e stresse pós-traumático. O seu mecanismo de ação deve-se ao facto de ser um inibidor potente e específico da recaptação neuronal da serotonina. É metabolizado a nível hepático e eliminado por via intestinal, sendo a sua semi-vida de aproximadamente 26h. Os resultados começam a ser notados cerca de 2 a 4 semanas após início do tratamento. Os seus efeitos secundários incluem cefaleias, tonturas, tremores, insónia, sonolência, fadiga, boca seca, náuseas, diarreia e hipersudorese (Deglin & Vallerand, 2009). Neste caso, foi utilizada como adjuvante no controlo da ansiedade e sintomas depressivos demonstrados pela doente.

Trazodona:

Integra o grupo farmacológico dos antidepressivos, sendo indicado no tratamento da depressão grave e no tratamento de síndromes de dor crónica, incluindo a neuropatia diabética (uso não registado). O seu mecanismo de ação deve-se, provavelmente, ao facto da depressão se associar a uma diminuição do limiar de perceção das situações desagradáveis, sendo que a trazodona atua no sentido de normalizar esse limiar. É metabolizado a nível hepático e eliminado por via renal, sendo o seu tempo de semi-vida de, aproximadamente, 9-11h. Os resultados começam a ser notados cerca de 1 a 2 semanas após início do tratamento. Os seus efeitos secundários incluem sonolência, hipotensão, boca seca, astenia, insónia, confusão, dores torácicas, obstipação e mialgias (Deglin & Vallerand, 2009). Neste caso, foi utilizada como adjuvante no controlo da ansiedade e sintomas depressivos demonstrados pela doente, para além de contribuir, potencialmente, para o controlo da dor.

Bisacodilo:

Integra o grupo farmacológico dos laxantes de contacto, sendo indicado no tratamento da obstipação. Promove a acumulação de água e eletrólitos no lúmen intestinal, estimulando a defecação, redução do tempo de trânsito e o amolecimento das fezes. As pequenas quantidades que são absorvidas são metabolizadas a nível hepático, sendo eliminado por via intestinal e renal. A sua semi-vida é de aproximadamente, 16h30. Os seus efeitos secundários incluem náuseas, cólicas, diarreia, hipocalemia e fraqueza muscular (Deglin & Vallerand, 2009).

Lactulose:

Integra o grupo farmacológico dos laxantes osmóticos, sendo indicado no tratamento da obstipação crónica e no tratamento adjuvante da encefalopatia hepática. O seu mecanismo de

ação, no caso da obstipação, deve-se à decomposição molecular da lactulose em ácidos orgânicos de baixo peso molecular. Estes provocam uma redução do pH do cólon, aumentando, através do efeito osmótico, o conteúdo intestinal que, por sua vez, estimula o peristaltismo e normaliza a consistência das fezes. É metabolizado e eliminado a nível renal. Os seus efeitos secundários incluem cólicas, distensão abdominal, flatulência e eructações (Deglin & Vallerand, 2009).

Picossulfato de sódio:

Integra o grupo farmacológico dos laxantes de contacto, sendo indicado no tratamento da obstipação. O seu mecanismo de ação envolve a estimulação do peristaltismo a nível do cólon, o que promove a acumulação de água e eletrólitos. Isto conduz a uma estimulação da defecação, redução do tempo de trânsito e amolecimento das fezes. É metabolizado e eliminado por via intestinal. Os seus efeitos secundários incluem cólicas e dores abdominais, diarreia, náuseas e vômitos (Deglin & Vallerand, 2009).

Neste caso, estes **últimos três fármacos** foram utilizados em combinação, com o objetivo de prevenir a obstipação associada aos fármacos opióides, e como estimulantes do processo de defecação, para o qual a doente não apresentava capacidade.

Paracetamol:

Integra o grupo farmacológico dos analgésicos e antipiréticos, sendo indicado no tratamento de síndromes gripais, cefaleias, enxaquecas, dores traumáticas e musculares, e febre. O seu mecanismo de ação relaciona-se com a inibição da síntese de prostaglandinas cerebrais e com a inibição dos efeitos dos pirogêneos endógenos sobre o centro termorregulador do hipotálamo. É metabolizado a nível hepático e eliminado por via renal, sendo o seu tempo de semi-vida de 1h30 - 2h30. Os seus efeitos secundários incluem sonolência, náuseas, vômitos e hipersudorese (Deglin & Vallerand, 2009). Neste caso, foi utilizado como adjuvante do controlo da dor.

Morfina:

Integra o grupo farmacológico dos analgésicos estupefacientes, sendo indicado no alívio da dor grave. No caso específico dos cuidados paliativos, a morfina é, também, indicada no controlo da dispneia e da tosse refratária. O seu mecanismo de ação resulta do seu efeito agonista dos recetores dos opiáceos no sistema nervoso central, nomeadamente dos recetores *Mu* e dos recetores *Kappa*. Os primeiros estão associados à analgesia supraespinal e à depressão respiratória, enquanto os segundos são responsáveis pela analgesia espinal, miose e sedação. É metabolizada tanto a nível hepático, como a nível renal e intestinal. Apresenta um tempo de

semi-vida de aproximadamente 2h30 – 3h e é eliminada, maioritariamente pela excreção renal (90%). Relativamente à sua posologia, esta depende da gravidade da dor e da necessidade prévia de analgésicos opiáceos:

- Formulações de libertação imediata: forma de eleição para iniciar o tratamento para controlo da dor (5 a 10 mg de 4/4 horas *per-os* (PO)). O seu início de ação ocorre cerca de 30 minutos após administração, atingindo o pico plasmático ao fim de 1h. Tem uma duração de ação de cerca de 4h.
- Formulações de libertação prolongada: usadas no tratamento de manutenção (10 a 30mg de 12/12horas PO). O seu início de ação ocorre cerca de 1h após administração, atingindo o pico plasmático ao fim de 2 a 6 h. Tem uma duração de ação de cerca de 12h.
- Doses de resgate (SOS's): $\frac{1}{6}$ da dose total, na formulação de libertação imediata (num intervalo máximo de administração de 1h-1h, devido à sua toxicidade).

Os seus principais efeitos secundários incluem náuseas, vômitos, obstipação e sonolência (Deglin & Vallerand, 2009).

Neste caso, foi administrada por via oral, tanto na sua formulação de libertação imediata como na de libertação prolongada, com o objetivo de promover o controlo da dor referida pela doente. Numa fase posterior, foi também administrada com o objetivo de controlar a dispneia que a doente referia, usando a depressão do centro respiratório como efeito secundário benéfico no controlo sintomático.

Gabapentina:

Integra o grupo farmacológico dos anticonvulsivantes, sendo indicado no tratamento adjuvante de crises convulsivas parciais com ou sem generalização secundária em adultos. O seu uso é, também, indicado no tratamento da dor crónica. Apesar do seu mecanismo de ação não ser totalmente conhecido, pensa-se que este esteja relacionado com o transporte de aminoácidos através das membranas neuronais. É metabolizada e excretada quase na totalidade pelo sistema renal e tem uma semi-vida de cerca de 5-7h. Os seus principais efeitos secundários são a sonolência, ataxia, tonturas, hipertensão, anorexia e parestesias (Deglin & Vallerand, 2009). Neste caso, foi utilizada como adjuvante no controlo da dor.

Prednisolona:

Integra o grupo farmacológico dos glucocorticóides, estando indicado no tratamento de doenças crónicas inflamatórias, alérgicas, hematológicas, neoplásicas e autoimunes e no tratamento de substituição na insuficiência suprarrenal. O seu mecanismo de ação relaciona-se com a sua

capacidade anti-inflamatória elevada, mais potente do que a hidrocortisona endógena. Apresenta efeitos antialérgicos (através da inibição das imunorreações agudas), antiproliferativo, antiedematoso, antitóxicos não especificados (protetor da membrana dos vasos) e estimulantes da microcirculação (através da estabilização da circulação periférica). É metabolizado a nível hepático, tendo um tempo de semi-vida de aproximadamente 2-3h30 (plasmática) e de 18-36h (tecidos). Os seus principais efeitos secundários incluem cefaleias, depressão, hipertensão, náuseas, anorexia, úlceras pépticas, diminuição da cicatrização de lesões, hiperglicemia, aspeto de “*Cushing*” e aumento da suscetibilidade a infeções (Deglin & Vallerand, 2009). Neste caso, foi utilizada com o objetivo de manutenção e controlo do crescimento tumoral, para além de ser um fármaco adjuvante no controlo da dor.

Segundo Gonçalves (2019), os corticosteróides podem ser utilizados como analgésicos adjuvantes na dor associada ao cancro, apesar do seu mecanismo de ação nestas situações não ser, ainda, conhecido (pensa-se que se deve aos seus efeitos anti-edema, antinflamatórios e anti-neoplásicos). Estes fármacos têm sido utilizados

na dor óssea metastática, dor neuropática devida a compressão nervosa, dor devida a obstrução de vísceras ocas ou a distensão da cápsula. De um modo geral, pode dizer-se que quando há efeito de massa e edema peritumoral, os corticosteróides podem ter um efeito benéfico (Gonçalves, 2019).

Metoclopramida:

Integra o grupo farmacológico dos modificadores da motilidade gástrica ou procinéticos e o grupo farmacológico dos antieméticos e antivertiginosos, sendo indicado na prevenção de vômitos e no tratamento da estase gástrica, refluxo esofágico, náuseas e/ou vômitos e no tratamento de soluços e enxaquecas. O seu mecanismo de ação resulta de dois efeitos antagonistas. O primeiro, a nível dos recetores dopaminérgicos D2, através do efeito antagonista na zona de atuação dos quimiorrecetores e no centro emético da medula. O segundo ocorre através do antagonismo dos recetores serotoninérgicos 5-HT3 e do agonismo dos recetores 5-HT4, relacionados com o vômito induzido pela quimioterapia. É metabolizado a nível hepático e eliminado por via renal, sendo a sua semi-vida de aproximadamente 2h30 -5h. Os seus efeitos secundários incluem agitação, sonolência, fadiga, reações extrapiramidais, boca seca e obstipação (Deglin & Vallerand, 2009). Neste caso, estava prescrita em SOS, com o objetivo de prevenção e tratamento das náuseas e/ou vômitos, no caso de surgirem como queixas da doente.

Diclofenac:

Integra o grupo farmacológico dos anti-inflamatórios não esteróides derivados do ácido acético, sendo indicado no tratamento de situações inflamatórias como a artrite reumatóide, osteoartrite e espondilose anquilosante, bem como no alívio da dor fraca ou moderada e da febre. O seu mecanismo de ação envolve o seu efeito inibidor da cicloxigenase, o que conduz a uma redução significativa da síntese de prostaglandinas, prostaciclina e tromboxano. Para além disto, inibe a segunda fase da agregação plaquetária. É metabolizado a nível hepático e eliminado a nível renal, sendo a sua semi-vida de aproximadamente 1-2h. Os seus efeitos secundários incluem hemorragia gastrointestinal, dor abdominal, dispepsia, ardor no tórax anterior, sonolência e edema (Deglin & Vallerand, 2009). Neste caso, estava prescrito em SOS, com o objetivo de prevenção e tratamento de febre, caso esta se desenvolvesse na doente.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

06-02-2023 08:00

Cateter urinário

Características do dispositivo: Silicone 18 Fr.

Intervenções de Enfermagem

06-02-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de infeção do sistema urinário [Sem horário]

06-02-2023 08:00 - Remover cateter urinário [SOS]

06-02-2023 08:00 - Trocar cateter urinário [30/30 dias]

21-02-2023 08:00

Cheiro da urina: sui generis.

Cor da urina: Amarelo-palha.

Transparência da urina: Límpida.

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.50 °C.

09-03-2023 08:00

Cheiro da urina: sui generis [MANTEVE].

Cor da urina: Amarelo-palha.

Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.70 °C.

24-03-2023 08:00

Cheiro da urina: sui generis [MANTEVE].

Cor da urina: Amarelo-palha.

Transparência da urina: Límpida [MANTEVE].

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.20 °C.

Sonda de oxigénio

Características do dispositivo: Cânula nasal.

Oxigenoterapia para conforto a 1L/min.

Intervenções de Enfermagem

24-03-2023 08:00 - Otimizar sonda de oxigénio [Sem horário]

Regime de Isolamento

06-02-2023 08:00

Regime de Isolamento

Características do regime de isolamento: Isolamento contacto por KPC positivo.

Conhecimento sobre regime de isolamento: facilitador.

Intervenções de Enfermagem

06-02-2023 08:00 - Implementar regime de isolamento [Sem horário]

21-02-2023 08:00

Conhecimento do cuidador sobre regime de isolamento: facilitador.

3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.

Cateter urinário

O cateterismo urinário, segundo Batista (2002, p.69) “consiste na introdução de uma sonda ou cateter vesical através do meato urinário até à bexiga, que assegura a eliminação contínua de urina”.

Este procedimento é realizado com recurso a um cateter urinário que pode ser feito de material látex, poliuretano, silicone ou hidrogel. Quanto ao seu tamanho, os cateteres urinários são selecionados consoante o tamanho estimado da uretra do doente, sendo o seu calibre medido com recurso à unidade francesa French (Fr).

De acordo com a DGS (2022) a colocação de um cateter urinário está indicada nas seguintes situações: retenção urinária aguda ou obstrução; necessidade de monitorização rigorosa do débito urinário; procedimentos pré-operatórios específicos, como cirurgias ao trato urinário; doentes com incontinência de esfíncter urinário que apresentem lesões ou úlceras por pressão nas regiões sagrada e/ou perineal; necessidade de imobilização prolongada do doente e

promoção do conforto em cuidados de fim de vida.

O principal risco associado à cateterização vesical é o desenvolvimento de infeção urinária. Segundo a DGS (2022), as infeções urinárias associadas à presença de cateter vesical são das mais frequentes a nível hospitalar. Este facto corrobora o apresentado por Batista (2002, p.70) que acrescenta que a cateterização vesical “é uma manobra invasiva, potencialmente traumática, não isenta de riscos e que representa uma agressão à esterilidade do trato urinário inferior (60 a 80% dos doentes algaliados contraem infeção urinária)”. Atualmente, aceita-se que este tipo de infeções é evitável através do uso de técnicas asséticas e cuidados específicos que incluem, por exemplo, a minimização do número de algaliações desnecessárias (DGS, 2022).

Reportando-me ao presente caso, a doente encontrava-se algaliada pelo risco de retenção urinária resultante da sua doença e dos efeitos secundários da medicação prescrita. Para além disto, a presença de cateter urinário promovia o conforto da doente na medida que minimizava a sua mobilização para troca de fralda ou colocação de aparadeira aquando das micções, uma vez que a mobilização era dolorosa para a doente.

Sonda de oxigénio:

Quando um doente necessita de aporte extra de oxigénio, mantendo uma ventilação espontânea, a seleção do dispositivo a utilizar deve ter em consideração alguns fatores, como o padrão respiratório do doente, o uso ou não de músculos acessórios, a monitorização da saturação periférica de oxigénio, gasimetria arterial, entre outros (Sanar, 2022).

A cânula nasal é o tipo de dispositivo mais utilizado devido, principalmente, à sua facilidade de uso. Utiliza um sistema de baixo fluxo de oxigénio, que pode ir até 6L/min, com uma fração inspiratória de oxigénio máxima de 45%. Este tipo de dispositivo está indicado nos casos de hipoxemia leve, em que a saturação periférica de oxigénio se encontra no intervalo de 92-94%. O seu uso prolongado pode levar à secura e desenvolvimento de lesões da mucosa nasal (Sanar, 2022).

No caso clínico explorado, a doente apresentou um episódio de descompensação respiratória no dia 22/03, descrito em diário clínico, com referência a falta de ar, saturação periférica de oxigénio de 75%, polipneia e utilização de musculatura acessória. Foi colocada cânula nasal a 1L/min, com melhoria acentuada do estado e conforto da doente. Por este motivo, a doente fica com oxigenoterapia por cânula nasal prescrita para conforto, que mantém com fluxo de 1L/min durante o turno realizado a 24/03.

Regime de isolamento por KPC positivo:

Um dos problemas atuais que mais preocupa as unidades de controlo de infeção é o aumento da incidência e infeção por Enterobacteriaceas Resistentes aos Carbapenemos (ERC). As Enterobacteriaceas são uma família de bactérias gram negativas, que provocam, sobretudo, infeções urinárias, intra-abdominais e bacteriemias. As ERC são “dotadas de resistência aos antibióticos do grupo dos carbapenemos” (DGS, 2017). Destas, a mais comum em Portugal, responsável por surtos frequentes a nível hospitalar é a Carbapenemase de *Klebsiella pneumoniae* (KPC), sendo esta a que parece apresentar maior grau de transmissibilidade.

Os principais fatores de risco para colonização e infeção por ERC são: colonização ou infeção prévia por ERC nos últimos 12 meses; administração prévia de antibióticos (não só de carbapenemos, mas também quinolonas e cefalosporinas de 3ª geração); internamento ou institucionalização prévias, incluindo em ambiente de cuidados continuados ou residencial; estadia prévia em cuidados intensivos; cirurgias ou procedimentos invasivos prévios; presença de feridas crónicas, nomeadamente escaras ou úlceras de pressão, estomas ou dispositivos invasivos, como algalias; imunodepressão e transplantação; diálise; deficiente estado geral, com elevado grau de dependência; estadia em áreas com elevada prevalência de ERC, mesmo sem internamento (DGS, 2017, p.6).

As medidas de prevenção de transmissão cruzada incluem, para além da higienização das mãos, a utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI) adequado à via de transmissão. Assim, deve ser implementado ao doente contaminado um regime de isolamento de contacto, cujo EPI inclui a utilização de luvas e bata de proteção.

No presente caso, a doente encontrava-se KPC positiva, tendo sido implementadas medidas de controlo de infeção, nomeadamente, a utilização de EPI apropriado, higienização das mãos e informação à doente e suas visitas sobre as medidas próprias que deviam adotar para controlo de infeção. Importa realçar que o isolamento não interferiu com a prestação de cuidados diferenciada e individualizada, privilegiando-se sempre o conforto e as necessidades da doente.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
06-02-2023 08:00	Função motora fina	
06-02-2023 08:00	Sistema cardiovascular	
06-02-2023 08:00	Eliminação intestinal	
06-02-2023 08:00	Eliminação urinária	
06-02-2023 08:00	Mucosas	
06-02-2023 08:00	Pele	
06-02-2023 08:00	Volume de líquidos	

Início	Domínios	Fim
06-02-2023 08:00	Sono	
06-02-2023 08:00	Emoção	
06-02-2023 08:00	Virar-se	
06-02-2023 08:00	Transferir-se	
06-02-2023 08:00	Cuidar da higiene pessoal	
06-02-2023 08:00	Vestir-se ou despir-se	
06-02-2023 08:00	Alimentar-se	
06-02-2023 08:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
06-02-2023 08:00	Regime de Isolamento	
21-02-2023 08:00	Dor	
21-02-2023 08:00	Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado	
21-02-2023 08:00	Stresse do Cuidador	
09-03-2023 08:00	Autoconceito	
09-03-2023 08:00	Status Espiritual	
24-03-2023 08:00	Sistema respiratório	

3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Função motora fina:

A função motora fina é uma

das ações motoras que exigem maior grau de integração e funcionamento adequado do sistema nervoso central [...], caracterizada como a capacidade de controlar um conjunto de atividades de movimento de certos segmentos do corpo, com emprego de força mínima, a fim de atingir uma resposta precisa à tarefa (Okuda et. al., 2011, p.352).

No presente caso, a função motora fina foi identificada como foco de intervenção, uma vez que se encontrava comprometida devido a um acidente que a doente teve anos antes, enquanto trabalhava em atividades agrícolas e onde lesionou o membro superior esquerdo. Desde então, a doente ficou com menos amplitude de movimento e com a mão “em garra”. Para além disso, desenvolveu um melanoma *in situ* do tipo lentigo maligno neste membro, tendo sido submetida a cirurgia em 2016. Ambas estas situações levaram a um compromisso da motricidade fina neste mesmo membro. Considerei, assim, este domínio de atenção importante pela dificuldade inerente na realização dos autocuidados, por parte da doente.

Sistema cardiovascular:

A perfusão dos tecidos, segundo o *International Council of Nurses* (ICN, 2019) define-se como um processo vascular, em que há um movimento da corrente sanguínea, através dos tecidos periféricos, para fornecer oxigénio, líquidos e nutrientes a nível celular. Este processo está,

ainda, associado a outros fatores, como a temperatura e cor da pele, diminuição do pulso arterial, alterações na pressão sanguínea arterial, entre outros.

No presente caso, a doente apresentava uma fratura, por luxação bimalleolar, do tornozelo esquerdo, que estava a ser corrigida com recurso a 3 fixadores externos, um no maléolo externo e um no maléolo interno do tornozelo esquerdo e outro na região tibial esquerda. Apesar de raras, existem algumas complicações graves resultantes de fraturas ósseas que podem influenciar a perfusão dos tecidos, particularmente se estas “comprometem os vasos sanguíneos, a perfusão tecidual e/ou os nervos” (Campagne, 2021). No caso de a fratura ocorrer num membro, deve-se avaliar “as feridas abertas, os sinais ou sintomas de lesão neurovascular (parestesia, paralisia, má perfusão) e a síndrome compartimental (p. ex., dor desproporcional às lesões, palidez, parestesia, resfriamento, ausência de pulso)” (Campagne, 2021).

Para além disto, a eficaz perfusão tecidual promove uma eficiente cicatrização das feridas. A doente apresentava 3 feridas cirúrgicas nos locais de colocação dos fixadores externos. De acordo com Baltazar (2021, p.67), existem fatores que aumentam o risco de infeção da ferida cirúrgica, nomeadamente “a infeção local, falhas na técnica cirúrgica, tensão excessiva dos bordos da ferida e baixa perfusão sanguínea na área circundante da ferida cirúrgica”.

Assim, o domínio do sistema cardiovascular foi identificado de forma a manter uma vigilância contínua da perfusão dos tecidos do membro inferior esquerdo durante a prática de cuidados.

Eliminação Intestinal:

No domínio da eliminação intestinal foi reconhecido o diagnóstico de obstipação. Esta, segundo o ICN (2019), pode definir-se como “processo do sistema gastrointestinal comprometido: diminuição na frequência da defecação acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta das fezes; passagem de fezes excessivamente duras e secas”.

Em cuidados paliativos, de acordo com Araújo et al. (2017), a obstipação é um sintoma frequente e presente em cerca de 18 a 90% dos doentes, tendo como critérios de definição

menos de 3 defeções semanais, esforço durante mais de 25% das defecações, fezes duras que podem formar fecalomas e recurso a manobras manuais em mais de 25% das defeções, sensação de evacuação incompleta em pelo menos 25% das vezes e defecação que demora mais de 10 minutos (Araújo et al., 2017, p.67).

Os doentes paliativos apresentam um maior risco de desenvolver obstipação pela combinação de fatores orgânicos e funcionais, sendo que os fatores orgânicos incluem “fármacos, transtornos metabólicos, alterações neurológicas, anomalias estruturais como massas tumorais pélvicas, fibrose pós-radiação, entre outras” (Gonçalves, 2019, p.24). Já os fatores funcionais estão “relacionados com a dieta (falta de apetite, pouca ingestão de líquidos), relacionados com

o meio ambiente (falta de privacidade) e também outros fatores como a idade avançada, acamamento, depressão e sedação” (Gonçalves, 2019, p.24).

Sabe-se que a incidência da obstipação é maior nos doentes a realizar terapêutica com fármacos opióides, sendo que a obstipação induzida por estes fármacos “é muitas vezes subavaliada e subtratada pelos profissionais de saúde, deixando os doentes sem tratamento adequado e eficaz, acarretando mal-estar e sofrimento desnecessários” (Dias et al., 2017). Cerca de 80% dos doentes em fim de vida, e a quase totalidade dos doentes sob opióides precisam de laxantes, sendo o principal objetivo de tratamento tornar o processo de defecação confortável, não sendo uma necessidade a sua regularidade (Araújo et al., 2017).

A avaliação dos sintomas do doente neste domínio inclui:

início dos sintomas (última vez que defecou); fatores de agravamento e de alívio; hábitos intestinais atuais e prévios, avaliando a frequência das dejeções e suas características (volume, consistência, presença de muco ou sangue); se a defecação requer esforço, é dolorosa ou incompleta; se o doente sente necessidade/vontade de defecar, mas não consegue; presença de outros sintomas: náuseas, vômitos, dor ou distensão abdominal, flatulência, agitação, confusão ou outros (Araújo et al., 2017, p.68).

É, assim, da responsabilidade do enfermeiro implementar intervenções de forma a prevenir e tratar a obstipação, quer causada pela doença, quer a induzida pelo uso de fármacos (Dias et al., 2017).

No presente caso, este domínio tornou-se um foco de atenção porque a doente apresentava fatores de risco promotores de obstipação, nomeadamente a imobilidade física, e o uso de analgésicos opióides. Após ajuste da terapêutica laxante, a doente passou de uma dejeção por semana a uma dejeção por dia, mantendo, contudo, a necessidade de manobras manuais de estimulação da defecação.

Eliminação Urinária:

Uma das áreas em que é frequente que os doentes em cuidados paliativos apresentem alterações é a eliminação urinária. Problemas como a incontinência ou a retenção urinária acontecem muitas vezes, sendo por isso, pertinente implementar medidas que promovam o conforto dos doentes. De acordo com Gonçalves (2018, p.1) “a sua avaliação e o seu tratamento devem enquadrar-se no estado clínico dos doentes, no seu prognóstico e nos objetivos gerais de tratamento para cada doente”.

Um dos métodos comumente utilizados nos doentes com problemas urinários é a colocação de um cateter vesical. Tal como já foi referido, dois dos critérios para a avaliação de um doente são a promoção do conforto em cuidados de fim de vida e a retenção urinária aguda. Da prática

clínica, sabe-se que um doente em cuidados de fim de vida apresenta um risco maior de desenvolver uma retenção urinária (DGS, 2022).

Para além do já referido previamente, a presença da algália permitia manter uma vigilância rigorosa sobre o débito urinário, facilitando a gestão entre a ingestão hídrica, a dose de furosemina prescrita e a evolução dos edemas. Portanto, o domínio da eliminação urinária foi identificado de forma a manter-se este aspeto sob vigilância durante a prestação de cuidados à doente.

Mucosas:

A membrana mucosa pode ser definida como:

componente do sistema tegumentar: camadas de revestimento natural, sem queratina, na superfície interna do corpo, forrando cavidades ou canais que abrem para o exterior do corpo; incluem as mucosas da boca, nariz, vagina, tubo digestivo, vias respiratórias e trato geniturinário; as mucosas protegem as estruturas subjacentes, segregam muco que lubrifica as estruturas associadas, absorvem água, sais e outros solutos (ICN, 2019).

No presente caso, verificou-se que a doente fazia, diversas vezes, referência a boca seca, sendo esta a característica definidora de xerostomia. Este é um dos problemas orais mais frequentes nos doentes em cuidados paliativos, tendo uma prevalência de até 80% na doença oncológica avançada. As suas causas são variadas e multifatoriais, podendo estar associadas à doença de base e/ou tratamentos e fármacos utilizados. O seu tratamento pode incluir estratégias farmacológicas e não farmacológicas, contribuindo para uma melhoria da qualidade de vida e alívio do sofrimento (Carneiro, 2017). Para além disso, os problemas de saúde oral são promotores de complicações como anorexia, desnutrição, pneumonia por aspiração, entre outros (Delgado et al., 2021).

A observação da mucosa oral quanto ao seu estado de hidratação, presença/ausência de lesões eritematosas da mucosa e presença/ausência de cáries contribuem para uma ideia mais precisa do diagnóstico, devendo ser o primeiro passo dos cuidados de higiene oral a ser implementado. Ao avaliar o grau de xerostomia deve-se procurar perceber qual a sua causa, se a patologia é reversível ou não e quais as suas repercussões na perda de conforto e qualidade de vida do doente. Quando a xerostomia é provocada pelos fármacos prescritos deve-se rever a terapêutica, procurando diminuir os efeitos iatrogénicos. Já quando a sua causa se deve à doença de base nem sempre poderá ser controlada, uma vez que muitas das doenças que causam xerostomia não são curáveis.

Assim, a hidratação oral é uma medida essencial no tratamento da xerostomia, quer a nível local, quer através da ingestão de grandes quantidades de água e outros líquidos. O tratamento

não farmacológico da xerostomia inclui

terapia de estimulação: uso de pastilha elástica ou rebuçados de sabor cítrico, mas sem açúcar; terapia substitutiva de saliva: uso de gelo moído ou água em spray, uso de saliva artificial, creme hidratante para os lábios; terapia nutricional: aumentar aporte hídrico (quando possível), refeições com alimentos moles e com molhos, alimentos frios/tépidos, sugar em pequenos cubos congelados de ananás, pepino ou maçã (Carneiro, 2017 p.143).

Estas estratégias devem ser adaptadas a cada doente, de forma individual, considerando uma avaliação multidimensional e a existência de outros sintomas e/ou necessidades.

Pele:

O domínio da pele foi identificado pela presença de feridas na doente. De facto, esta apresentava 3 feridas cirúrgicas resultantes da aplicação de fixadores externos para correção de uma fratura por luxação bimalleolar do tornozelo esquerdo, colocados no maléolo externo e interno esquerdo, e na região tibial esquerda. Para além destas lesões, a doente apresentava uma ferida de origem maligna resultante da progressão da doença oncológica, a nível do tórax e bilateralmente.

1-Ferida Cirúrgica:

A ferida cirúrgica define-se como:

ferida: corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo; ou num órgão, produzindo drenagem de soro e sangue, que se espera que seja limpa, ou seja, sem mostrar quaisquer sinais de infeção ou pus (ICN, 2019).

Segundo Baltazar (2021) “a cicatrização é o processo pelo qual um tecido lesado é substituído por tecido conjuntivo vascularizado”, envolvendo quatro fases, nomeadamente, hemostase, inflamação, proliferação e maturação.

As feridas cirúrgicas podem apresentar três tipos de cicatrização: por primeira intenção (os bordos da ferida mantêm-se unidos, perda de tecido ausente ou mínima e menor risco de infeção), segunda intenção (frequente nas feridas traumáticas, com perda de tecido e bordos da ferida irregulares, cuja área lesada é gradualmente preenchida por tecido de granulação) e por terceira intenção (feridas que se mantêm por cicatrizar durante um período indeterminado) (Baltazar, 2021). “A ferida cirúrgica, resultante do ato cirúrgico, pode tornar-se complexa, quando apresenta complicações locais como: seroma, hematoma, infeção e deiscência” (Baltazar, 2021, p.28), podendo esta evolução conduzir a um tempo aumentado de cicatrização.

A principal e mais comum complicação de uma ferida cirúrgica é a infeção, que se caracteriza pela presença de conteúdo purulento no local da incisão. “A infeção do local cirúrgico (ILC), consiste numa infeção que pode surgir no local da incisão cirúrgica, ou, na zona circundante durante os primeiros 30 dias após a cirurgia, ou durante um ano caso tenha sido colocado um implante” (Baltazar, 2021, p.19). Desta forma, o enfermeiro deve estar atento aos sinais sugestivos de infeção, adotando medidas específicas de prevenção e controlo.

Neste caso, a doente desenvolveu uma celulite na ferida cirúrgica do maléolo interno esquerdo. Inicialmente, apresentava sinais inflamatórios de rubor, calor, edema e dor, tendo, posteriormente, desenvolvido febre. Para além do tratamento à ferida cirúrgica, com recurso a materiais esterilizados, a doente fez uma semana de antibiótico, tendo a situação sido resolvida.

2-Ferida Maligna:

As feridas malignas, segundo Gozzo et al. (2014, p.271) “ocorrem devido à quebra da integridade da pele, decorrente da proliferação celular descontrolada com consequente infiltração de células malignas nas estruturas da pele”. Desenvolvem-se, frequentemente, associadas a melanomas, carcinoma da mama e tumores da cabeça/pescoço, surgindo em zonas como “mama (62%), cabeça e pescoço (24%), genitais, região inguinal e tórax posterior (3%) e outras áreas (8%)” (Vicente et al., 2021, p.4). Apresentam-se com aspeto de cratera, couve-flor ou a combinação de ambas, surgindo nos 6 a 12 meses prévios à morte do doente (Starace et al., 2022). Os principais sintomas deste tipo de feridas incluem hemorragia, odor, dor, prurido, exsudado e infeção superficial.

A hemorragia resulta do “desequilíbrio fisiológico das células derivado do crescimento tumoral, erosão dos vasos sanguíneos pelo tumor ou necrose dos tecidos” (Vicente et al., 2021, p.5). O controlo deste sintoma pode ser alcançado com recurso a fármacos como o ácido aminocapróico aplicado topicamente no leito da ferida e com medidas preventivas, como a utilização de apósitos não aderentes à ferida.

O odor deve-se à “vascularização pobre dos tecidos, elevada carga bacteriana (colonização), infeção, elevado nível de exsudado (saturação/fuga de exsudado dos pensos)” (Vicente et al., 2021, p.5). Este sintoma é aquele que mais compromete a qualidade de vida dos doentes, conduzindo, muitas vezes, ao seu isolamento social. O controlo do odor pode ser feito com a execução diária do tratamento da ferida, utilizando produtos de limpeza e desbridamento adequados. Por outro lado, o controlo do exsudado e da infeção também promovem o controlo do odor.

A dor pode ser provocada por múltiplos fatores, nomeadamente, “erosão e quebra das terminações nervosas da lesão (...), aumento do tumor que pressiona as estruturas e terminações nervosas, e surge edema resultante do comprometimento capilar e linfático”

(Vicente et al., 2021, p.5). Para além de física, a dor pode, também, ser entendida como psicoemocional devido a todas as implicações psicológicas e sociais decorrentes da presença da ferida maligna. A dor pode ser controlada com recurso a estratégias não farmacológicas, como a utilização de apósitos não aderentes, e estratégias farmacológicas, como a prescrição de analgésicos de ação rápida, administrados antes da execução do tratamento da ferida.

O prurido desenvolve-se por “pressão dos nódulos tumorais subcutâneos que desencadeiam irritação das terminações nervosas” (Vicente et al., 2021, p.5). Normalmente, não responde ao uso de fármacos anti-histamínicos, sendo que a aplicação de cremes ou outros produtos que mantenham a pele fresca têm maior sucesso terapêutico.

O exsudado deve-se “à alta permeabilidade vascular do tumor; inflamação, infeção e degradação tecidual pelo aumento das proteases” (Vicente et al., 2021, p.5). O principal objetivo no que diz respeito ao exsudado é contê-lo no interior do penso fechado. De acordo com o grau de exsudado deve ser selecionado um apósito apropriado, relativamente ao seu grau de absorção. Deve-se, ainda, ter em atenção a pele circundante, procurando prevenir e evitar que esta fique macerada.

Devido às características próprias deste tipo de feridas “a colonização bacteriana local é expectável” (Vicente et al., 2021, p.5), evoluindo, em alguns casos, para infeção. Esta pode ser tratada com recurso a antibióticos e uso de materiais antimicrobianos no tratamento da ferida maligna.

“Uma vez que não existe cura para as feridas malignas, o seu tratamento é desafiante e, muitas vezes, paliativo; visa, maioritariamente, o alívio de sintomas, a preservação do conforto e a manutenção da qualidade de vida dos doentes.” (Starace et al., 2022, p.7616). Para além disto, o enfermeiro deve ter em conta “que o paciente apresenta, além do sofrimento físico e psicológico, relacionados ao diagnóstico de câncer, isolamento social, imagem corporal prejudicada, sensação de enojamento de si e constrangimento causados pela presença dessas lesões” (Gozzo et al., 2014, p.271). Assim, os doentes com ferida maligna devem ser avaliados e acompanhados de forma holística, procurando-se não só o controlo dos sintomas resultantes da ferida, como também transmitindo o apoio psicológico e emocional necessários para lidar com as implicações da sua condição.

Volume de líquidos:

Edema consiste no aumento de volume dos tecidos, decorrente do aumento do líquido intersticial. A doente do caso clínico em estudo apresentava edema a nível dos membros inferior e superior à esquerda.

O edema identificado no membro inferior esquerdo estendia-se até à região poplíteia, e era

resultante do processo decorrente da cicatrização das feridas cirúrgicas e da fratura por luxação bimaléolar. Para além disso, a presença de celulite associada à ferida cirúrgica do maléolo interno contribuía, também, para o edema tecidual.

Quanto ao edema do membro superior esquerdo, este devia-se maioritariamente ao linfedema resultante do esvaziamento ganglionar que a doente realizou juntamente com a mastectomia à esquerda. O linfedema “resulta de uma insuficiência mecânica do sistema linfático e, portanto, de uma redução no transporte linfático global”, podendo ser primário (causas congénitas) ou secundário (remoção de gânglios linfáticos, trauma, irradiação, entre outros) (Roque, 2022, p.5). Este processo patológico pode resultar em “efeitos negativos no bem-estar psicológico, na função dos membros superiores e na qualidade de vida em mulheres com cancro da mama” (Roque, 2022, p.6-7).

O domínio do volume de líquidos foi, então, identificado de forma a monitorizar a evolução destes edemas e a implementar estratégias para a sua redução.

Sono:

Sono define-se como “Processo corporal: diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordado acompanhado de; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos” (ICN, 2019).

O sono influencia e é influenciado pelas atividades e experiências diurnas, podendo interferir nos processos vitais da pessoa. Quando está alterado, conduz a estados de “fadiga progressiva, sonolência, alteração da concentração e irritabilidade. As alterações do sono podem ser sintomas de doenças psiquiátricas como a depressão e a ansiedade, mas podem também precedê-las” (Gonçalves, 2022, p.1).

O sono comprometido traduz-se pela insónia:

Sono comprometido: incapacidade crónica de dormir ou de se manter a dormir a noite toda ou durante os períodos de sono planeados, apesar de estar posicionado confortavelmente num ambiente agradável; desperto; falta de sono; frequentemente associada a fatores psicológicos ou físicos como o stress emocional, ansiedade, dor, desconforto, tensão, perturbação da função cerebral e abuso de drogas (ICN, 2019).

Em cuidados paliativos, a insónia é mais frequente nos doentes oncológicos, devendo cada doente ser questionado quanto à qualidade e duração do sono.

A depressão e a ansiedade associam-se a alterações do sono, pelo que é essencial estar-se atento à sua presença. No caso particular da ansiedade, acontece que esta pode aumentar quando o doente está na cama só com os seus pensamentos e já não distraído com as

atividades do dia, o que impede o início do sono, podendo mesmo, com a repetição, a ansiedade aparecer com a perspectiva de não se adormecer, criando-se assim um condicionamento (Gonçalves, 2022, p. 3).

O tratamento da insónia pode ser feito através de medidas farmacológicas, com a gestão de medicação e através de medidas não farmacológicas. Quanto às medidas não farmacológicas, hipóteses de tratamento serão:

manter bom controlo de sintomas; manter um ciclo sono-vigília tão regular quanto possível; acordar de manhã à mesma hora todos os dias independentemente do número de horas de sono; usar a cama apenas para dormir; se após 15-20 minutos na cama não conseguir dormir, deve sair da cama e mudar para outra divisão da casa e realizar uma atividade como ler com uma luz pouco intensa e evitar ver televisão, voltando para a cama só quando houver sono; evitar estar desnecessariamente na cama durante o dia, minimizando o sono durante o dia para aumentar o sono à noite; se necessário, fazer uma sesta de cerca de 30 minutos no princípio da tarde; manter um dia tão ativo quanto possível; minimizar as interrupções do sono à noite; evitar substâncias estimulantes, particularmente nas horas anteriores à hora de deitar; para os doentes acamados, que obviamente não podem seguir algumas das recomendações anteriores, há que providenciar tanta estimulação física e cognitiva quanto possível durante o dia (Gonçalves, 2022, p.5).

A doente do caso clínico apresentado referia que, à noite, ficava mais ansiosa e lhe vinham todo o tipo de pensamentos à ideia, evidenciando medo da noite, referido por vários doentes em cuidados paliativos. Deve-se, por isso, ter em atenção que em “doentes com cancro avançado pode haver medo de dormir como símbolo da perda de controlo, isolamento ou mesmo da morte” (Gonçalves, 2022, p.3).

Emoção:

O sofrimento relacionado com o diagnóstico de cancro da mama relaciona-se não só com os sintomas físicos, mas também com sintomas psicológicos, emocionais, sociais, financeiros e espirituais. Dos sintomas psicológicos, a depressão e a ansiedade são os mais frequentes, influenciando negativamente a qualidade de vida dos doentes. Desta forma, “reconhecer a pessoa como uma entidade com corpo, alma e espírito pode prevenir e aliviar o sofrimento” (Sunilkumar et al., 2021, p.242).

1-Ansiedade:

A ansiedade define-se como uma “emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia” (ICN, 2019). Pelo risco de vida que apresentam, os doentes oncológicos são muito

suscetíveis ao desenvolvimento de ansiedade. Pode classificar-se como transitória ou crónica, podendo evoluir para desadaptativa.

A ansiedade não se constituiu como um sintoma isolado e independente dos restantes sintomas referidos pelos doentes em cuidados paliativos. De facto, “há um crescente corpo de evidências para a correlação entre ansiedade em pacientes com cancro e dor concomitante, náuseas, problemas de sono, fadiga, dispneia e humor deprimido, com uma combinação desses sintomas aumentando o risco de ansiedade” (Brekel et al., 2020, p.4). De acordo com os mesmos autores, os sintomas referidos são reconhecidos como preditores da ansiedade.

Além disso, “Um equívoco comum entre enfermeiros é a suposição de que a ansiedade representa nada mais do que uma reação compreensível por ter uma doença incurável e que nada pode ser feito sobre isso” (Zweers et al., 2020, p.1). Estes profissionais falham, assim, na avaliação da ansiedade que fica aquém das necessidades dos doentes, aumentando o seu sofrimento físico psicossocial e espiritual (Zweers et al., 2020).

Segundo os mesmos autores, a comunicação é tida como um instrumento fundamental para auxiliar o doente a mais e melhores revelações acerca da sua ansiedade. Contudo, “alguns enfermeiros tinham medo de discutir dificuldades emocionais com os doentes por se preocuparem em fazer o doente se sentir pior” (Zweers et al., 2020, p.2). Assim, a abordagem da ansiedade pelos profissionais de enfermagem depende, fundamentalmente, das competências de cada profissional, devendo estes desenvolver conhecimento sobre as estratégias e intervenções mais eficazes a implementar nestas situações.

Relativamente ao caso clínico trabalhado, o diagnóstico de ansiedade foi identificado no domínio da emoção, uma vez que a doente referia especificamente sentir-se ansiosa. Esta ansiedade aumentava à noite e nos momentos que antecederiam os cuidados de higiene e tratamento da ferida maligna (por aumento da dor).

2-Luto:

O luto define-se como uma “resposta psicológica: processo de resolver o luto; reação emocional para ajudar a ultrapassar uma grande perda pessoal, sentimentos de pena ou perda extrema, que se processam através do pranto e do nojo; trabalho consciente com reações e emoções de sofrimento” (ICN, 2019).

Na literatura são definidos vários tipos de luto, entre os quais o luto preparatório e o luto antecipatório. O luto preparatório refere-se às perdas vividas pelo doente ao longo do seu processo de doença, isto é, “a pessoa poderá passar por um processo de desenvolvimento perante as diversas perdas irreversíveis que ocorreram a curto e a médio prazo. (...) É um meio de preparação para o fim de vida que se aproxima” (Pimenta & Capelas, 2019, p.8).

Já o luto antecipatório refere-se às perdas vividas pelos familiares do doente, antes deste morrer efetivamente. É definido por Rando (1986) como

o fenómeno que engloba o processo de luto, de *coping*, de interação, planeamento e reorganização psicossocial que é estimulada e começa, em parte, como resposta à consciência da perda iminente de um ente querido (morte) e no reconhecimento de perdas passadas, presentes e futuras que possam estar associadas (Rando, 1986, como citado em Johnson et al., 2017, p.1).

Os doentes em cuidados paliativos referem perdas relacionadas, por exemplo, com a perda de independência, de objetivos de vida ou relacionadas com a alteração de papéis dentro da família, decorrente do estado de doença. Assim, o luto preparatório pode ser visto como associado não só à morte iminente, mas também a perdas que vão surgindo entre o momento do diagnóstico da doença terminal e o momento da morte.

Os aspetos psicológicos mais frequentes associados a este tipo de luto são a desesperança, a ansiedade e a depressão que se tornam fortes indicadores do luto preparatório. Associados a estas emoções podem ser identificados os cinco estádios do luto definidos por Kubler-Ross em 1969, nomeadamente, negação, raiva, depressão, negociação e aceitação. Estes estádios sobrepõem-se uns aos outros, na maioria dos casos.

Segundo Tsilika et al. (2009, p.145), “O luto é muitas vezes experienciado em ondas, que são geralmente desencadeadas pela resposta a uma perda específica. Novas ondas de luto podem ser previsíveis, desencadeadas por uma resposta a uma nova perda, ou imprevisíveis, desencadeadas por incidentes aparentemente menores”. Cada uma destas perdas pode ser encarada como uma morte, sendo que o doente passa por várias mortes ao longo do processo de doença terminal, sejam elas físicas, psicológicas ou sociais.

No caso clínico trabalhado, a doente referia sentimentos de tristeza e ansiedade relacionados com a perda de independência, o sentir-se um fardo para os filhos e restante família e com o facto de não poder regressar à sua casa, na aldeia.

3-Tristeza:

A tristeza define-se como uma “emoção negativa: sentimentos de desalento e de melancolia associados com falta de energia” (ICN, 2019).

Em cuidados paliativos, a tristeza pode ser considerada como uma resposta adequada e apropriada às vivências próprias de uma doença avançada, progressiva e incurável. Segundo Gonçalves (2023, p.2), a tristeza apresenta as seguintes características “mantém ligação com os outros, sensação de ser uma situação transitória; capaz de memórias felizes, autoestima mantida, estado ocasional, capaz de olhar para o futuro, mantém capacidade de ter prazer,

desejo de viver”.

Um aspeto importante a ter em consideração é que, no que respeita a tratamentos, a tristeza não responde à administração de antidepressivos, enquanto a depressão sim. Deste modo, as estratégias implementadas para reduzir a tristeza passam por estratégias não farmacológicas de distração, relaxamento e comunicação efetiva. De facto, um dos aspetos geradores de tristeza em cuidados paliativos são as más notícias, bem como o modo como estas são comunicadas. Define-se má notícia como “qualquer informação que afeta seriamente e de forma adversa a visão de um indivíduo sobre o seu futuro” (Baile et al., 2000, p.304). Magano (2017, p.2) refere que a comunicação pode “funcionar como um analgésico potente, mas que deve ser bem doseado, senão pode causar danos irreversíveis”.

A comunicação em cuidados paliativos pode, assim, ser usada como intervenção promotora do bem-estar dos doentes, tendo como objetivos:

determinar o nível de compreensão do doente relativamente à sua condição clínica e prognóstico; determinar a quantidade de informação clínica que o doente quer saber; determinar o nível de vontade do doente participar ativamente nas tomadas de decisões relevantes; determinar se o doente quer partilhar a informação disponível e as tomadas de decisão com as suas pessoas significativas; compreender o doente como ele é, procurando saber qual o significado desta doença para ele, quais as suas estratégias de *coping*, conhecer as suas crenças, valores, dimensão espiritual, objetivos, prioridades; perceber qual é a maior fonte de sofrimento para o doente; determinar as redes de apoio do doente e da família e, se necessário potenciá-las; facilitar as decisões que sejam do melhor interesse do doente, mas ter sempre presente que o doente é autónomo, ativo e superior na sua tomada de decisão; atentar nas necessidades emocionais de todos os envolvidos (incluindo a equipa multidisciplinar), a fim de relevar a sua individualidade e dignidade (Registo, 2016, p.46).

No que se refere ao caso clínico trabalhado, a doente apresentou momentos de tristeza relacionados com a referenciação e transferência para uma ULD da RNCCI. Associada a esta tristeza estava implícito o medo que a doente tinha do desconhecido.

Atividades do autocuidado:

No presente caso, a doente apresentava-se com necessidade de ajuda nas diferentes atividades do autocuidado, nomeadamente no posicionar-se, transferir-se, cuidar da higiene pessoal, vestir-se ou despir-se e alimentar-se. Esta necessidade era resultado do estado de doença avançada em que se encontrava, tendo a sua atividade limitada por fatores como as feridas cirúrgicas no membro inferior esquerdo, a função motora comprometida e o linfedema no membro superior esquerdo e a ferida maligna a nível torácico.

Autocuidado define-se como uma “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades da vida diária” (ICN, 2019). A sua avaliação relaciona-se com a determinação do grau de dependência dos doentes, procurando perceber quais as necessidades de cuidados que apresentam, bem como promover a sua satisfação, bem-estar e conforto. De facto, avaliar “o grau de dependência e as necessidades de cuidados da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, promovendo a sua máxima satisfação, o bem-estar e o conforto” é um critério de avaliação da unidade de competência do Enfermeiro Especialista “Identifica as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/familiares” (Regulamento n.º 429/2018).

A avaliação do nível de dependência no autocuidado do doente permite, também, a identificação das necessidades dos familiares/cuidadores, de modo que estes possam satisfazer as necessidades do familiar em situação de dependência.

Dor:

A OMS (2020), preconiza que os cuidados paliativos têm a finalidade de prevenir e aliviar o sofrimento através da identificação precoce, avaliação rigorosa e tratamento da dor e outros problemas, sejam, eles físicos, psicossociais ou espirituais. Para além disso, deve ter-se em consideração que a gestão de sintomas se constitui como um dos quatro pilares fundamentais dos cuidados paliativos.

A dor define-se como uma

percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite (ICN, 2019).

A *International Association for the Study of Pain* (IASP, n.d.) acrescenta que a dor corresponde a “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada ou semelhante a uma lesão tecidual real ou potencial”. Devido à sua prevalência e transversalidade à maioria das situações de doença que exigem cuidados de saúde, a dor é considerada, desde 2003, o 5º sinal vital pela DGS.

É um dos sintomas mais frequentes, sendo referida em cerca de 64% dos doentes em fase avançada ou terminal da doença (Santos et al., 2015). Nos doentes oncológicos, de forma específica, a sua prevalência varia ao longo do decurso da doença “de 39% em doentes em tratamento curativo até 66-80% nas fases avançadas ou terminais” (Jara et al., 2017, p.97).

Nestes doentes, a dor pode justificar-se pelo envolvimento tumoral e consequente compressão nervosa e/ou pela presença de metástases.

Nos doentes oncológicos surge, frequentemente, a dor irruptiva que consiste numa “exacerbação transitória da dor que ocorre quer espontaneamente quer desencadeada por um fator específico (previsível ou imprevisível), apesar do relativamente estável e adequado controlo da dor basal” (Santos et al., 2015, p.10). Está presente em 40-80% dos doentes com cancro, tendo uma maior prevalência nos doentes com doença avançada, com cancro da cabeça/pescoço, gastrointestinal e pulmão e com uma “*performance status*” de Karnofsky baixo (Santos et al., 2015).

A presença de dor pode contribuir para o descontrolo de outros sintomas físicos e/ou psicológicos, devendo ser avaliada sob uma perspetiva multidimensional, dada a sua influência no bem-estar e qualidade de vida dos doentes.

O controlo da dor deve basear-se no reconhecer, avaliar e tratar adequadamente, através de uma abordagem multidisciplinar e considerando a sua multidimensionalidade e subjetividade.

A avaliação e registo da intensidade da dor, pelos profissionais de saúde, tem de ser feita de forma contínua e regular, à semelhança dos sinais vitais, de modo a otimizar a terapêutica, dar segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida do doente (DGS, 2003, p.1).

Os profissionais devem basear a sua avaliação da dor nos seguintes aspetos:

exame físico; descrição das características da dor, nomeadamente localização, qualidade, intensidade, duração e frequência; formas de comunicar a dor e/ou expressões de dor; fatores de alívio e agravamento; estratégias de *coping*; implicações da dor nas atividades de vida; conhecimento/entendimento sobre a doença; impacto emocional, socioeconómico e espiritual da dor; sintomas associados; descrição do uso e efeito das medidas farmacológicas e não farmacológicas; escolher os instrumentos de avaliação de dor atendendo ao tipo de dor, idade, situação clínica, propriedades psicométricas, critérios de interpretação, escala de quantificação comparável, facilidade de aplicação, experiência de utilização em outros locais; avaliar a intensidade da dor, privilegiando instrumentos de autoavaliação; assegurar a compreensão das escalas de autorrelato pela pessoa/cuidador principal/família após ensino (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Uma das formas de avaliação da dor é a utilização de escalas, das quais são exemplo a Escala Visual Analógica (EVA), a Escala Numérica (EN), a Escala de Faces (EF) e a Escala Qualitativa (EQ) (Ordem dos Enfermeiros, 2008). Uma outra escala de avaliação da dor é a PAINAD (*Pain Assessment in Advanced Dementia*), cuja utilização está indicada em doentes sem capacidade de efetuar a auto-avaliação da dor devido, por exemplo, a condições de demência ou incapacidade de comunicar (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Segundo o Guia Prático do Controlo Sintomático, o tratamento da dor pode combinar estratégias farmacológicas, não farmacológicas e medidas invasivas (Saavedra & Rocha, 2017). As intervenções não farmacológicas encontram-se identificadas e definidas nos cadernos da Ordem dos Enfermeiros e são subdivididas em três categorias: Cognitivo-comportamentais; Físicas e Suporte Emocional. Algumas das intervenções mencionadas nos referidos cadernos são: a terapia cognitiva/comportamental (TCC) que combina técnicas terapêuticas cognitivas (ex: diversão, atenção) com técnicas comportamentais (ex: relaxamento, treino da assertividade), reestruturação cognitiva e o treino de estratégias de *coping*, com o objetivo de ajudar a pessoa a alterar as suas perceções ou padrões de dor (ex: diminuição de pensamentos negativos, emoções e crenças), aumentando a sensação de controlo e diminuindo comportamentos não adaptativos; promoção do desenvolvimento de estratégias de *coping* (relaxamento e técnicas de imaginação, autoestadiamento de *coping* adaptativo e psicoterapia de grupo), para desenvolver habilidades para controlar/gerir a dor e o stress; relaxamento com imaginação que promove a diminuição da tensão muscular através da imaginação, visualização e meditação, estimulando sensações de bem-estar e diminuição da tensão, ansiedade, depressão e dor relacionada com a inatividade; intervenções físicas, como a aplicação de frio e calor (frio com objetivo de diminuir a inflamação e calor para promover o relaxamento muscular); massagem, massajar e pressionar partes do corpo, facilitando o relaxamento e diminuindo a tensão muscular; toque terapêutico (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

No que diz respeito às intervenções farmacológicas da dor, é recomendado o uso da escada analgésica da OMS. As indicações gerais para a utilização e titulação de fármacos analgésicos são: iniciar com doses baixas e formulações de libertação imediata e titular a partir daí; prescrever dose de resgate; reavaliar regularmente até controlo da dor; usar formulações de libertação prolongada, quando se atingir o controlo da dor; usar adjuvantes adequados ao plano individual, pelas suas propriedades analgésicas, além das suas indicações primárias (Saavedra & Rocha, 2017). O tratamento farmacológico da dor deve ser individualizado, pelo relógio (horário regular e não apenas doses de resgate), pela boca (privilegiar a via oral sempre que possível), pela escada (seguir a escada analgésica da dor) e ter sempre atenção aos detalhes (abordar outros problemas físicos, psicológicos, espirituais e sociais), evitar atraso no início do tratamento e prescrever doses de resgate para a dor irruptiva (OMS, 2018).

As doses de resgate (SOS's) devem ser prescritas de início, antevendo a ocorrência de dor irruptiva. Considera-se que a dor está controlada quando o doente necessita entre duas a três doses de resgate em 24h. O limite de três doses de resgate pode ser maior em alguns casos, não devendo, contudo, ultrapassar as cinco doses em 24h. A imposição deste número como "limite normal" facilita a reavaliação e o reajuste da terapêutica de base. O número de doses de resgate administradas deve ser sempre registado e o doente instruído sobre esta necessidade, contribuindo para a sua capacidade de autogestão do regime medicamentoso (Pereira, 2016).

No presente caso, a doente apresentou queixas de dor ao longo dos turnos realizados. Esta era

uma dor intensa, localizada a nível da região dorsal esquerda. Através da implementação de intervenções não farmacológicas e de ajustes na terapêutica fixa e de resgate foi possível atingir um grau de controlo da dor suportável para a doente.

Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado:

A família é definida como uma “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerados como um sistema que é maior que a soma das partes” (ICN, 2019). Já o cuidador define-se como “indivíduo: aquele que assiste na identificação, prevenção ou tratamento da doença ou incapacidade; aquele que atende às necessidades de um dependente” (ICN, 2019).

O domínio da preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado foi identificado dadas as perspetivas iniciais de que a doente teria alta para o domicílio, após o período de ingressão na ULD da RNCCI. Contudo, com o decorrer das sessões percebeu-se que a família e a doente se tinham organizado para que, após esse tempo, a doente ingressasse numa ERPI.

A OMS (2020) instituiu a família como parte integrante da equipa de cuidados paliativos, ao definir estes cuidados como uma abordagem com o objetivo de melhorar a qualidade de vida de doentes e seus familiares que sofrem com doenças ameaçadoras da vida, através da identificação e tratamento precoce e rigoroso de problemas físicos, psicossociais e espirituais. A inclusão da família em cuidados paliativos é fundamental, tanto na sua participação ativa na prestação de cuidados, como alvo de cuidados da equipa (Matos & Borges, 2018). Rossi et al. (2021, p. 1) acrescentam que os cuidadores podem “dar suporte aos seus entes queridos e aos profissionais de saúde, mas também precisam ser apoiados”, acrescentando que “alguns estudiosos perceberam que, ao longo desse processo, o paciente e seus cuidadores formam uma “unidade de cuidado”.

Os benefícios do envolvimento dos familiares/cuidadores podem verificar-se em três níveis: “(1) benefício para o paciente e os cuidadores familiares na fase inicial, (2) autonomia e tomada de decisão compartilhada na fase intermediária, e (3) envolvimento da família na fase terminal” (Tarberg et al., 2022, p. 1945). Na fase final de vida, profissionais de saúde e cuidadores colaboram no sentido da “conquista de uma ‘boa morte’ do paciente ou, como apontaram estudiosos, uma ‘morte suficientemente boa’, o que resulta de uma adaptação do conceito original de ‘boa morte’” (Rossi et al., 2021, p.2).

Em cuidados paliativos (CP), o principal objetivo no apoio à família assenta em ajudá-las a cumprir a sua função cuidadora, a fim de que a participação no processo de perda que vivenciam seja concluída da forma mais saudável possível (...) Os profissionais devem

proporcionar o apoio à família a nível organizativo e educativo, com especial atenção aos aspetos que vão surgindo e desta forma proporcionar o aumento do bem-estar da pessoa doente, da família e também da própria equipa que se envolve neste ato humano e emotivo: o ato de cuidar (Reigada et al., 2014, p.161).

Ainda segundo os mesmos autores, deve-se promover o envolvimento de vários elementos da família, estimulando as suas potencialidades e facilitando a reorganização familiar. Os profissionais de saúde devem, então:

Convidar os familiares a participarem nos cuidados, logo que o doente fique no internamento; Explicar os benefícios resultantes desta participação; Dar a entender que o momento em que se prestam os cuidados são momentos de intimidade, o que, por sua vez, permite manter diálogos do tipo informal, em que os sentimentos podem surgir de forma espontânea; Repartir os cuidados para que se possam aprender distintas técnicas que possivelmente irão diminuir o cansaço do cuidador; Reconhecer os seus progressos e capacidades ao mesmo tempo que se reconhecem dificuldades, minorando a importância das mesmas (Reigada et al, 2014, p.165).

Se apoiados pela equipa de cuidados paliativos, os familiares/cuidadores sentem que colaboram ativamente com os profissionais de saúde e que fazem parte de um esforço coletivo para novas formas de cuidar, são ajudados a lidar com o agravamento da condição e aprendem “como ajudar o seu ente querido na fase final de despedida” (Rossi et al., 2021, p.7).

Stress do cuidador:

Desempenhar o papel de familiar cuidador nem sempre é fácil, podendo estar associado a sobrecarga a vários níveis. “Quando os cuidadores vivenciam experiências físicas, psicológicas, dificuldades sociais e económicas, eles podem ser suscetíveis a sobrecarga do cuidador” (Wu et al., 2020, p.6045). Segundo Chua et al. (2020), as necessidades dos cuidadores são englobadas em sete domínios relacionados com informação (suporte económico, controlo de sintomas), profissionais de saúde (acesso rápido, comunicação clara e honesta), apoios práticos (transporte para hospital), instalações e serviços (informação sobre, espaços reservados), problemas de saúde e psicológicos (preocupações com o doente, ansiedade, depressão), suporte familiar e social, suporte religioso e espiritual.

Relativamente à intervenção dos profissionais de saúde, aquelas que apresentam maior impacto positivo são intervenções de apoio (que permitem descanso/pausa no cuidar da pessoa dependente), intervenções psicoeducacionais (treino de habilidades e capacidades, de programas de grupos de apoio, de promoção de estratégias de *coping* eficazes, de programas de educação no planeamento dos cuidados) e intervenções multi-componentes (intervenções que abrangem diversos domínios, estruturadas e que vão de encontro às necessidades

demonstradas pelos cuidadores familiares) (Melo et al., 2014).

Este domínio foi incluído como área de atenção, uma vez que à admissão da doente no serviço de urgência, estava descrito no processo clínico que a sua cuidadora se encontrava em situação de exaustão. Com o tempo de internamento, esta sobrecarga diminuiu, mas seria necessário preparar e capacitar a cuidador para quando a doente tivesse alta para o domicílio. Contudo, tal não se verificou já que a família e a doente se organizaram para que esta ingressasse numa ERPI, aquando da alta da ULD da RNCCI.

Autoconceito:

A doente do caso clínico apresenta “pensamentos sobre si (inclui aparência física) e/ou sobre o seu desempenho negativo” que estão ligados à presença da ferida maligna e ao aumento da sua dependência nas atividades do autocuidado. Desta forma, o autoconceito comprometido identificado está relacionado com a autoimagem associada à aparência física e funcionalidade. A autoimagem define-se como uma “crença: conceito ou imagem mental de si próprio” (ICN, 2019).

O “adoecimento e tratamento oncológico trazem intensa mudança no corpo e vida do paciente. Considerando que tais modificações podem ser causa de sofrimento” (Oliveira et al., 2019, p.1). Hipólito (2013) defende que os enfermeiros, como profissionais mais presentes na vida do doente internado, têm um peso importante na sua perceção de imagem corporal e subsequente autoimagem interna e externa.

Os quatro contextos da experiência humana são o contexto físico, o psico-espiritual, o contexto sociocultural e o contexto ambiental. O autoconceito inclui-se no contexto psico-espiritual, definido como uma tomada de consciência de si mesmo, que inclui as componentes mentais, emocionais e espirituais do *self*. Assim, o conforto só pode ser fortalecido e alcançado através da satisfação do alívio, tranquilidade e transcendência nos quatro contextos da experiência humana.

As intervenções de enfermagem que visam aumentar o conforto, satisfazendo as necessidades das pessoas e por conseguinte reduzir as tensões negativas, são estimadas num resultado desejado. As tensões positivas levam as pessoas a delinearem comportamentos de procura (...) a morte plácida (Lourenço et al., 2021, p.93).

Os sentimentos de desvalorização pessoal por parte da doente do caso clínico trabalhado revelam, também, o comprometimento do autoconceito.

Status espiritual:

A Espiritualidade pode ser encarada como um modo de manifestação ou extensão do ser humano, tornando-se uma componente essencial que se interliga com questões existenciais do ser humano, com a sua capacidade de vinculação a valores, a uma procura pelo sentido da vida e da autotranscendência, a questões de paz, fé e conexão, sendo um domínio que leva o ser humano a questionar a sua própria existência (Bernard, 2008). Galiana et al. (2014) acrescentam que a Espiritualidade molda o ser humano, gerando nele uma visão profunda e individual sobre a realidade que o rodeia, auxiliando-o na integração, conceção e objetivação de um sentido para a vida e para a sua existência.

O conceito de Espiritualidade é, muitas vezes, erradamente confundido com aspetos psicológicos e religiosos. Apesar de se relacionar com estes conceitos, a Espiritualidade é independente, com formas de avaliar e intervenções que lhe são próprias. Embora conceitos diferentes, grande parte da população utiliza os aspetos relacionados com a religião para expressar a sua Espiritualidade (Bernard, 2008). Litalien et al. (2021) definem a religião como um conjunto de crenças, práticas e rituais relacionados com uma entidade transcendente, com aspetos místicos ou sobrenaturais e que pode ser praticada em comunidade ou de forma individual. Lourenço et al. (2021) acrescentam que a Espiritualidade é um conceito mais amplo que a religião, uma vez que esta se torna a operacionalização da dimensão intelectual da Espiritualidade, objetivando a sua expressão concreta.

De acordo com Bernard (2008), os doentes procuram na religião e na espiritualidade uma forma de suporte e apoio no processo de transição para uma situação de doença grave e ameaçadora de vida. O autor defende que o bem-estar espiritual influencia diretamente a adaptação e a gestão dos sintomas físicos associados à doença, promovendo a qualidade de vida, independentemente do nível de perceção da gravidade da doença que o doente possa ter. No caso dos doentes em fim de vida, o autor defende que o domínio da Espiritualidade se torna perceptível através das suas necessidades de perdão, reconciliação e afirmação de valores próprios.

A Espiritualidade, apesar de universal, tem expressões e características individuais e particulares de cada ser humano. Desta forma, pode ser influenciada, por exemplo, pelo percurso de vida, personalidade e crenças do doente em questão. Pode, ainda, ser encarada como uma estratégia de *coping* usada no processo de morrer que permite aos profissionais de saúde estabelecer um adequado plano de cuidados, particularizado a cada doente e tendo-o como ser único e individual (Lourenço et al., 2021).

Da mesma forma que o sofrimento físico, o sofrimento espiritual pode ser identificado em doentes com doença avançada, progressiva e incurável, conduzindo a estados de inquietação e angústia. Segundo Bernard (2008), o sofrimento espiritual pode manifestar-se através de sintomas físicos (com o aparecimento de uma dor intensa e persistente), sintomas psicológicos (com o aparecimento de quadros de ansiedade, depressão e perda de esperança), sintomas

religiosos (através de crises de fé) e de sintomas sociais (através da perda de relações interpessoais). Pimenta (2010) resume o sofrimento espiritual como aquele provocado pela ausência ou perda de sentido para a vida e da motivação para continuar a viver, trazendo consequências a nível da relação consigo mesmo, com os outros e com alguma entidade divina (caso as crenças do doente a envolvam).

Tal como outros momentos da vida de um ser humano, a perceção da chegada da morte constitui um fenómeno capaz de despoletar este tipo de sofrimento, de forma intensa, complexa e abrangente. Millspaugh (2005) defende que os aspetos que influenciam o sofrimento espiritual são a consciência da morte, a perda do autoconceito e da relação consigo mesmo, a perda das relações com os outros, a perceção da perda de controlo e a perda de sentido para a vida. Estes aspetos estão relacionados com o propósito transcendente de afirmação da vida e com a perceção de controlo interno.

Na literatura são mencionadas algumas intervenções passíveis de serem implementadas para a melhoria da Espiritualidade dos doentes em fim de vida. Bernard (2008) menciona como intervenções que podem ser usadas na promoção da Espiritualidade:

- **revisão da história de vida:** sendo importante, principalmente, junto daqueles doentes que se encontram em últimas horas a dias de vida. Ao falarem e ao reverem a sua vida, os doentes reconhecem o seu valor e as suas conquistas, atingindo um estado de paz e tranquilidade. Situações como sentimentos de culpa, ausência de perdão ou vergonha podem complicar este processo. Esta intervenção é um processo que acarreta a atribuição de valor significativo ao que foi vivido;
- **rezar e cuidado religioso:** apesar de ser uma intervenção que deve ser desenvolvida por um representante da religião do doente, os profissionais de saúde podem, se o doente assim o solicitar, rezar ou ler textos religiosos. Torna-se importante a promoção e a facilitação da expressão religiosa por parte do doente, sem que o profissional de saúde esqueça que, mesmo a referenciação para um representante religioso, só pode ser feita se o doente assim o solicitar;
- **exploração de sentimentos:** é importante auxiliar o doente a explorar sentimentos como a culpa, o arrependimento e o fracasso, dando o apoio e o acompanhamento necessários para que este, mediante o perdão e a reconciliação consigo mesmo, os possa resolver;
- **promover as relações interpessoais e de apoio ao doente:** através desta intervenção torna-se possível auxiliar o doente a ultrapassar as dificuldades espirituais associadas ao processo de fim de vida;
- **promover o encontro familiar, de forma a otimizar o funcionamento da família:** a promoção da reunião familiar poderá trazer alívio ao doente, uma vez que o apoio e o afeto recebido por parte das pessoas significativas se torna particularmente importante nesta fase da vida.

Para além das intervenções mencionadas é possível acrescentar o uso do silêncio e da escuta ativa, a disponibilização de presença, o demonstrar compaixão e reconhecer o sofrimento do

doente e a promoção da esperança realista. Todas estas intervenções se tornam importantes para a promoção da qualidade de vida dos doentes em fase avançada e terminal de doença e podem ser implementadas pelos enfermeiros que prestam cuidados.

No presente caso, a doente encontrava conforto na oração, na presença da imagem da Nossa Senhora de Fátima e na música religiosa. Durante o período de ensino clínico foram trabalhados e potenciados estes aspetos da espiritualidade, promovendo o bem-estar da doente.

Sistema respiratório:

O sintoma de dispneia pode ser definido como “uma experiência complexa subjetiva de desconforto/dificuldade respiratória, caracterizada por sensações qualitativamente distintas e com diferentes graus de intensidade” (Frade et al. 2019, p.320). É um dos sintomas referidos com maior frequência não só em doentes com patologias respiratórias, mas também com doenças do foro cardíaco ou oncológico. Nos doentes em situação de fim de vida é referido por cerca de 65% dos doentes, comprometendo seriamente a qualidade de vida nesta fase (Frade et al., 2019). Nos doentes paliativos, “é sobretudo a sensação de dificuldade respiratória e a evidência da mesma pela presença do esforço inspiratório que deve ser valorizada” (Frade et. al., 2019, p.322).

a forma clínica como este sintoma se apresenta constitui, não apenas para o doente ou para familiares/cuidadores mas também para a maioria dos profissionais de saúde, uma grande fonte de preocupação e de *stress* perante a ideia de que poderá esta “falta de ar” culminar em morte, com elevado sofrimento para o doente (Frade et al., 2019, p.320).

A dispneia surge, deste modo, como uma importante variante de complexidade psicossocial para a decisão terapêutica. Tendo em conta a sua etiologia multifatorial, a dispneia deve ser abordada de forma individualizada e adaptada a cada caso e a cada doente.

A oxigenoterapia é tida como a terapêutica preferencial tanto pelos doentes como pelos profissionais de saúde, apesar da evidência científica atual demonstrar que esta não traz qualquer benefício quando comparada com doentes que se mantêm a ar ambiente (Frade et al., 2019).

a maioria dos médicos administra oxigénio aos doentes com dispneia em cuidados paliativos, geralmente quando o sintoma é refratário ou a pedido dos doentes. Muitas vezes o oxigénio é administrado com base no sintoma e não na oximetria de pulso. Não é raro o uso do oxigénio para 'conforto', sem que haja qualquer critério para o seu uso. Portanto, o oxigénio é frequentemente usado sem que haja provas claras do seu benefício sintomático e com custos e complexidades logísticas (Gonçalves, 2020, p.2).

Assim, a utilização de oxigenoterapia deve obedecer às seguintes recomendações:

Em primeiro lugar deve assegurar-se que os doentes estão a ser maximamente tratados para as patologias subjacentes reversíveis que possam causar ou contribuir para a dispneia; não devem receber oxigénio se não estiverem com hipoxemia ($SpO_2 \leq 92\%$); deve fazer-se um ensaio terapêutico com opióide; deve fazer-se um ensaio terapêutico por meios não farmacológicos incluindo uma ventoinha; em situações em que a dispneia não responde a outras medidas pode considerar-se a administração de oxigénio. Neste caso, recomenda-se que nos doentes com cancro e envolvimento pulmonar o objetivo da SaO_2 seja 94% a 98% e para os doentes em risco de insuficiência respiratória hipercápnica (DPOC, doenças neuromusculares, cifoesciose grave, intoxicação por opióides ou benzodiazepinas, fibrose grave de tuberculose antiga) de 88% a 92%; como a perturbação causada pela dispneia não se correlaciona com o grau de hipoxemia e o fluxo de oxigénio identificado nos estudos varia de 2 a 5 L/minuto, sugere-se que o fluxo de oxigénio seja determinado pela intensidade do sintoma numa base individual e não pela saturação de oxigénio, devendo ter-se em consideração o risco potencial de hipercapnia se o oxigénio for administrado com fluxos superiores; como outras intervenções farmacológicas, o oxigénio deve ser considerado como uma tentativa terapêutica e ser revisto regularmente, tendo em mente que o maior benefício ocorre nas primeiras 24 horas e quase toda a melhoria sintomática e funcional ocorre nos primeiros 3 dias. Após 72 horas sem benefício, o oxigénio deve ser retirado (Gonçalves, 2020, p.4).

Quando se implementa oxigenoterapia deve ter-se em consideração que esta não é uma terapêutica isenta de efeitos secundários. Estes incluem o aumento da ansiedade provocada pela dependência do equipamento, a secura das mucosas oral, nasal e oftálmica, passível de gerar lesões, o desenvolvimento de úlceras por pressão provocadas pela permanência contínua dos dispositivos respiratórios e a perda de independência e mobilidade (Frade et al., 2019, p.321-322). Nos casos de ausência de benefícios, a oxigenoterapia deve ser retirada, não se devendo realizar qualquer monitorização dos níveis de oxigénio. Isto deve-se ao facto de “na existência de conforto e adequado controlo sintomático por parte do doente paliativo, os níveis de oxigénio que ocorrem são irrelevantes e não devem desempenhar qualquer papel na tipologia ou nível de cuidados prestados” (Frade et al., 2019, p.323).

Nos casos em que a oxigenoterapia não funcionar deve recorrer-se a outras estratégias, como o uso de opióides (por exemplo, a morfina). De facto, existe “evidência forte na utilização de opióides - nomeadamente, morfina - e de intervenções terapêuticas não farmacológicas, em detrimento da utilização da oxigenoterapia, principalmente em doentes normoxémicos” (Frade et al., 2019, p.322).

No presente caso, a doente apresentou um episódio de descompensação respiratória no dia 22/03, descrito em diário clínico, com referência a falta de ar, saturação periférica de oxigénio de 75%, polipneia e utilização de musculatura acessória. Foi colocada cânula nasal a 1L/min, com melhoria acentuada do estado e conforto da doente. Por este motivo, a doente fica com

oxigenoterapia por cânula nasal prescrita para conforto, que mantém com fluxo de 1L/min durante o turno realizado a 24/03.

3.6. Dados

Função motora fina

06-02-2023 08:00

Destreza manual

Esquerda(o): Não manipula objetos de pequenas dimensões.

Durante o trabalho na agricultura, teve um acidente com uma motosserra no membro superior esquerdo, tendo ficado com a mão "em garra".

Teve um melanoma "in situ" do tipo lentigo maligno no membro superior esquerdo, tendo sido submetida a cirurgia em 2016.

Função motora fina comprometida

Dor

21-02-2023 08:00

Dor

Localização da dor

Dorso Esquerda(o)

Intensidade da dor - 8.

frequência da dor - intermitente.

duração da dor - crónica.

dor de tipo - moedeira.

Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído às estratégias não farmacológicas de alívio da dor: não dificultador.

Conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

10h30: Doente com queixas de dor de intensidade 8, tipo moedeira, na região dorsal esquerda. Administrado SOS de sevredol 20mg.

11h30: Doente refere alívio da dor no dorso à esquerda, tendo esta diminuído para intensidade 3, mantendo-se em moedeira. Executada massagem do local, tendo a dor revertido para intensidade 0.

14h00: Doente com queixas de dor de intensidade 6, tipo moedeira, na região dorsal esquerda. Administrado SOS de sevredol 20mg.

15h00: Doente refere alívio da dor no dorso à esquerda, tendo esta diminuído para intensidade 0.

Após tomar conhecimento do aumento das queixas de dor da doente, a equipa médica realiza alterações na terapêutica analgésica.

Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 09-03-2023 08:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente [RESOLVIDO] 24-03-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 09-03-2023 08:00

09-03-2023 08:00

09/03: Após a alteração da medicação analgésica realizada pela equipa médica na sessão anterior, a doente reduziu as queixas de dor, não tendo necessitado de medicação de resgate nos últimos dias. Refere que a dor surge com uma intensidade 3, tipo aperto na região torácica esquerda aquando do posicionamento em decúbito lateral esquerdo (durante os cuidados de higiene) e durante a execução do tratamento da ferida maligna, mas sem necessidade de recorrer a medicação de resgate quando esta surge.

Localização da dor

Dorso Esquerda(o)

Intensidade da dor - 3.

frequência da dor - intermitente.

duração da dor - crónica.

dor de tipo - pontada.

Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas: facilitador.

Conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas: facilitador.

24-03-2023 08:00

24/03: Durante os turnos anteriores, a doente apresentou aumento das queixas de dor, tendo necessitado de várias doses de resgate (nas 24h anteriores com necessidade de 5 SOS's de Sevredol), pelo que a equipa médica efetuou alterações terapêuticas a 23/03.

24/03: Durante o turno da manhã de dia 24/03 a doente não refere dor, tendo o aumento da dose da medicação prescrita surtido efeito.

24/03: A doente refere, quando questionada, que a dor que sentiu nos dias anteriores atingia uma intensidade de 8, sendo uma dor em aperto, que lhe condicionava a respiração.

Localização da dor

Dorso Esquerda(o)

Intensidade da dor - sem dor.

Conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente: facilitador.

Sistema respiratório

24-03-2023 08:00

Frequência respiratória: 16 ciclos/min.

Ritmo respiratório irregular.

Movimento respiratório assimétrico.

Profundidade da ventilação: inspirações superficiais.

Utiliza os músculos acessórios da ventilação.

Saturação do oxigénio no sangue

Periférico(a): 94 %.

Coloração da mucosa: rosada.

Não comunica falta de ar.

24/03: Descrito a nível de processo clínico episódio de descompensação respiratória a 22/03. Doente referiu falta de ar e tinha uma saturação periférica de oxigénio de 75%.

Colocada cânula nasal a 1L/min, que reverteu situação.

A 24/03 doente sem queixas de falta de ar, com saturação periférica de oxigénio de 94%.

Mantém cânula nasal a 1L/min, para conforto da doente.

Ventilação comprometida

Sistema cardiovascular

06-02-2023 08:00

Localização do Pulso

Perna Esquerda(o)

Pulso de amplitude mediana e regular.

Pulso rítmico.

Pulso simétrico.

Frequência do pulso: 78 pulsações por minuto.

Pé Esquerda(o)

Pulso de amplitude mediana e regular.

Pulso rítmico.

Pulso simétrico.

Frequência do pulso: 78 pulsações por minuto.

Temperatura das extremidades

Membro inferior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal.

Coloração das extremidades

Membro inferior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades.

Eliminação intestinal

06-02-2023 08:00

Fezes: em pequena quantidade.

Consistência das fezes: Em sibalas.

Coloração das fezes: acastanhada.

Número de defecações por dia: 0.

Número de defecações por semana: 2.

Obstipação

21-02-2023 08:00

Após aumento dos laxantes prescritos, doente passa a ter pelo menos 1 dejeção por dia.

Contudo, não tem força para concluir a defecação, necessitando de auxílio na expulsão de fezes.

Número de defecações por dia: 1.

Consistência das fezes: Moldada com sibalas [MELHOROU].

Coloração das fezes: acastanhada.

09-03-2023 08:00

Número de defecações por dia: 1.

Consistência das fezes: Moldada com sibalas [MELHOROU].

Coloração das fezes: acastanhada.

24-03-2023 08:00

Número de defecações por dia: 1.

Consistência das fezes: Moldada com sibalas [MELHOROU].

Coloração das fezes: acastanhada.

Eliminação urinária

06-02-2023 08:00

Quantidade de urina: 1000 ml.

Cor da urina: Amarelo-palha.

Cheiro da urina: sui generis.

Transparência da urina: Límpida.

Mucosas

06-02-2023 08:00

Membrana mucosa comprometida

Localização do compromisso da membrana mucosa

Membrana mucosa oral

Coloração da mucosa: rosada.

Mucosa seca.

Mucosa com textura normal.

21-02-2023 08:00

Localização do compromisso da membrana mucosa

Membrana mucosa oral

Coloração da mucosa: rosada.

Mucosa seca.

Mucosa com placas aderentes [PIOROU].

09-03-2023 08:00

Localização do compromisso da membrana mucosa

Membrana mucosa oral

Coloração da mucosa: rosada.

Mucosa seca.

Mucosa com textura normal [MANTEVE].

24-03-2023 08:00

Localização do compromisso da membrana mucosa

Membrana mucosa oral

Coloração da mucosa: rosada.

Mucosa seca.

Mucosa com textura normal [MANTEVE].

Pele

06-02-2023 08:00

Ferida cirúrgica

Localização da ferida cirúrgica

Perna Esquerda(o)

Comprimento da lesão tegumentar: 1.00 cm.

Largura da lesão tegumentar: 1.00 cm.

Ausência de exsudado.

Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: sem alterações / normal.

Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

Ausência de sinais aparentes de contaminação da lesão tegumentar.

Margens da lesão tegumentar regulares.

Região maleolar externa Esquerda(o)

Comprimento da lesão tegumentar: 1.00 cm.

Largura da lesão tegumentar: 1.00 cm.

Ausência de exsudado.

Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: sem alterações / normal.

Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

Ausência de sinais aparentes de contaminação da lesão tegumentar.

Margens da lesão tegumentar regulares.

Região maleolar interna Esquerda(o)

Comprimento da lesão tegumentar: 1.00 cm.

Largura da lesão tegumentar: 1.00 cm.

Exsudado em pequena quantidade.

Tipo de exsudado da lesão tegumentar: purulento.

Consistência do exsudado da lesão tegumentar: aquosa.
Cheiro do exsudado da lesão tegumentar: "sui generis".
Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: ruborizada.
Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.
Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.
Presença de sinais aparentes de contaminação da lesão tegumentar.
Margens da lesão tegumentar regulares.

Doente apresenta 3 fixadores cutâneos para correção de fratura por luxação bimaléolar do tornozelo esquerdo. Um fixador no maléolo externo e um fixador no maléolo interno do tornozelo esquerdo e um fixador na região tibial esquerda.

Ferida maligna (06/02: Localização da ferida maligna: região torácica; Dimensões da lesão tegumentar: abrange toda a região torácica; Exsudado da lesão tegumentar: em moderada quantidade, purulento e com cheiro fétido (odor detetado na remoção do penso). Presença de pontos hemorrágicos, com perda sanguínea em reduzida quantidade; Tecidos periféricos à lesão tegumentar: coloração ruborizada, com temperatura aumentada e tumefação ligeira; Tecidos predominantes no leito da lesão tegumentar: tecido necrosado (10%), fibrina (90%); com aspeto tipo couve-flor; Presença de sinais aparentes de contaminação da ferida; Ausência de trajetos fistulosos; Margens da lesão tegumentar irregulares. // 21/02: Localização da ferida maligna: região torácica; Dimensões da lesão tegumentar: abrange toda a região torácica; Exsudado da lesão tegumentar: em reduzida quantidade, purulento e com cheiro fétido (odor detetado na remoção do penso). Redução dos pontos hemorrágicos, com perda sanguínea insignificante; Tecidos periféricos à lesão tegumentar: coloração ruborizada, com temperatura aumentada e tumefação ligeira; Tecidos predominantes no leito da lesão tegumentar: tecido necrosado (10%), fibrina (80%) e granulação (10%); com aspeto tipo couve-flor; Presença de sinais aparentes de contaminação da ferida; Ausência de trajetos fistulosos; Margens da lesão tegumentar irregulares).

21-02-2023 08:00

Localização da ferida cirúrgica

Perna Esquerda(o)

Comprimento da lesão tegumentar: 1.00 cm [MANTEVE].
Largura da lesão tegumentar: 1.00 cm [MANTEVE].
Ausência de exsudado [MANTEVE].
Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: sem alterações / normal.
Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.
Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.
Ausência de sinais aparentes de contaminação da lesão tegumentar [MANTEVE].
Margens da lesão tegumentar regulares.

Região maleolar externa Esquerda(o)

Comprimento da lesão tegumentar: 1.00 cm [MANTEVE].
Largura da lesão tegumentar: 1.00 cm [MANTEVE].
Ausência de exsudado [MANTEVE].
Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: sem alterações / normal.

Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

Ausência de sinais aparentes de contaminação da lesão tegumentar [MANTEVE].

Margens da lesão tegumentar regulares.

Região maleolar interna Esquerda(o)

Comprimento da lesão tegumentar: 1.00 cm [MANTEVE].

Largura da lesão tegumentar: 1.00 cm [MANTEVE].

Exsudado em pequena quantidade [MANTEVE].

Tipo de exsudado da lesão tegumentar: purulento [MANTEVE].

Consistência do exsudado da lesão tegumentar: aquosa [MANTEVE].

Cheiro do exsudado da lesão tegumentar: "sui generis" [MANTEVE].

Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: ruborizada.

Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: aumentada.

Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ligeira.

Presença de sinais aparentes de contaminação da lesão tegumentar [MANTEVE].

Margens da lesão tegumentar regulares.

09-03-2023 08:00

09/03: Doente apresentava 3 fixadores cutâneos para correção de fratura por luxação bimaléolar do tornozelo esquerdo (um fixador no maléolo externo e um fixador no maléolo interno do tornozelo esquerdo e um fixador na região tibial esquerda), tendo estes sido removidos por Ortopedia, após realização de Raio-X a 07/03, sem intercorrências reportadas.

09/03: Por presença de drenagem de exsudado purulento na ferida cirúrgica do maléolo interno esquerdo, a doente fica a aguardar a realização de uma ecografia das partes moles à perna esquerda.

Localização da ferida cirúrgica

Perna Esquerda(o)

Comprimento da lesão tegumentar: 1.00 cm [MANTEVE].

Largura da lesão tegumentar: 1.00 cm [MANTEVE].

Ausência de exsudado [MANTEVE].

Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: sem alterações / normal.

Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

Ausência de sinais aparentes de contaminação da lesão tegumentar [MANTEVE].

Margens da lesão tegumentar regulares.

Região maleolar externa Esquerda(o)

Comprimento da lesão tegumentar: 1.00 cm [MANTEVE].

Largura da lesão tegumentar: 1.00 cm [MANTEVE].

Ausência de exsudado [MANTEVE].

Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: sem alterações / normal.

Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

Ausência de sinais aparentes de contaminação da lesão tegumentar [MANTEVE].

Margens da lesão tegumentar regulares.

Região maleolar interna Esquerda(o)

Comprimento da lesão tegumentar: 1.00 cm [MANTEVE].

Largura da lesão tegumentar: 1.00 cm [MANTEVE].

Exsudado em moderada quantidade [PIOROU].

Tipo de exsudado da lesão tegumentar: purulento [MANTEVE].

Consistência do exsudado da lesão tegumentar: aquosa [MANTEVE].

Cheiro do exsudado da lesão tegumentar: "sui generis" [MANTEVE].

Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: ruborizada.

Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: aumentada.

Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ligeira.

Presença de sinais aparentes de contaminação da lesão tegumentar [MANTEVE].

Margens da lesão tegumentar regulares.

24-03-2023 08:00

24/03: Doente realizou ecografia das partes moles à perna esquerda no dia 14/03, tendo-se verificado a presença de celulite nesse membro. Cumpriu 8 dias de amoxicilina + ácido clavulânico 1200mg EV de 8h-8h (7h-15h-23h) entre os dias 14 e 21/03.

24/03: Após a realização de antibioterapia, verifica-se que a drenagem pela ferida cirúrgica do maléolo interno esquerdo diminuiu, sendo agora reduzida e maioritariamente hemática.

Localização da ferida cirúrgica

Perna Esquerda(o)

Comprimento da lesão tegumentar: 1.00 cm [MANTEVE].

Largura da lesão tegumentar: 1.00 cm [MANTEVE].

Ausência de exsudado [MANTEVE].

Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: sem alterações / normal.

Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

Tecido predominante no leito da lesão tegumentar: Tecido de granulação.

Ausência de sinais aparentes de contaminação da lesão tegumentar [MANTEVE].

Ausência de trajetos fistulosos.

Margens da lesão tegumentar regulares.

Região maleolar externa Esquerda(o)

Comprimento da lesão tegumentar: 1.00 cm [MANTEVE].

Largura da lesão tegumentar: 1.00 cm [MANTEVE].

Ausência de exsudado [MANTEVE].

Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: sem alterações / normal.

Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.

Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.

Tecido predominante no leito da lesão tegumentar: Tecido de granulação.

Ausência de sinais aparentes de contaminação da lesão tegumentar [MANTEVE].

Ausência de trajetos fistulosos.

Margens da lesão tegumentar regulares.

Região maleolar interna Esquerda(o)

Comprimento da lesão tegumentar: 1.00 cm [MANTEVE].

Largura da lesão tegumentar: 1.00 cm [MANTEVE].

Exsudado em pequena quantidade [MANTEVE].
Tipo de exsudado da lesão tegumentar: hemático [MELHOROU].
Cheiro do exsudado da lesão tegumentar: "sui generis" [MANTEVE].
Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: ruborizada.
Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: normal.
Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: ausente.
Tecido predominante no leito da lesão tegumentar: Tecido de granulação.
Ausência de sinais aparentes de contaminação da lesão tegumentar [MELHOROU].
Ausência de trajetos fistulosos.
Margens da lesão tegumentar regulares.

Volume de líquidos

06-02-2023 08:00

Sinal de Godet

Membro superior Esquerda(o): Sinal de Godet moderado (≥ 2 e < 4 mm).

Membro inferior Esquerda(o): Sinal de Godet ligeiro (> 0 e < 2 mm).

Turgor da pele aumentado, com apagamento das pregas cutâneas naturais.

Pele húmida / viscosa.

Olhos encovados (Não).

Quantidade de urina: 1000 ml.

Edema

Localização do edema

Membro superior Esquerda(o)

Membro inferior Esquerda(o)

21-02-2023 08:00

Quantidade de urina: 2200 ml.

Localização do edema

Membro superior Esquerda(o)

Sinal de Godet

Membro inferior Esquerda(o): Sinal de Godet negativo [MELHOROU].

Membro superior Esquerda(o): Sinal de Godet ligeiro (> 0 e < 2 mm) [MELHOROU].

Turgor da pele aumentado, com apagamento das pregas cutâneas naturais [MANTEVE].

Temperatura das extremidades

Membro inferior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal.

Coloração das extremidades

Membro inferior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades.

Frequência do pulso: 78 pulsações por minuto.

Pulso simétrico.

Pulso de amplitude mediana e regular.

09-03-2023 08:00

Quantidade de urina: 2100 ml.

Localização do edema

Membro superior Esquerda(o)

Sinal de Godet

Membro superior Esquerda(o): Sinal de Godet ligeiro (> 0 e < 2 mm) [MELHOROU].

Turgor da pele aumentado, com apagamento das pregas cutâneas naturais [MANTEVE].

Temperatura das extremidades

Membro inferior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

Coloração das extremidades

Membro inferior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

Frequência do pulso: 72 pulsações por minuto.

Pulso simétrico [MANTEVE].

Pulso de amplitude mediana e regular [MANTEVE].

24-03-2023 08:00

Quantidade de urina: 2100 ml.

Localização do edema

Membro superior Esquerda(o)

Sinal de Godet

Membro superior Esquerda(o): Sinal de Godet ligeiro (> 0 e < 2 mm) [MELHOROU].

Turgor da pele aumentado, com apagamento das pregas cutâneas naturais [MANTEVE].

Temperatura das extremidades

Membro inferior Esquerda(o): Temperatura das extremidades normal [MANTEVE].

Coloração das extremidades

Membro inferior Esquerda(o): Coloração normal das extremidades [MANTEVE].

Frequência do pulso: 71 pulsações por minuto.

Pulso simétrico [MANTEVE].

Pulso de amplitude mediana e regular [MANTEVE].

Sono

06-02-2023 08:00

Sono não reparador e intermitente .

Número (médio) de horas de sono noturno: 5 Hora.

Número (médio) de horas de sono diurno: 3 Hora.

Doente refere que à noite lhe surgem pensamentos sobre a progressão da doença e sobre ser um fardo para os filhos, o que a deixa mais ansiosa.

Sono comprometido [RESOLVIDO] 21-02-2023 08:00

Conhecimento sobre promoção do sono: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído ao compromisso do sono: não dificultador.

Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono [RESOLVIDO]

21-02-2023 08:00

21-02-2023 08:00

Número (médio) de horas de sono noturno: 8 Hora.

Número (médio) de horas de sono diurno: 3 Hora.

Sono reparador [MELHOROU].

Conhecimento sobre promoção do sono: facilitador.

Autoconceito

09-03-2023 08:00

Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal.

Verbaliza auto negação (afirma que já não existe) ou perda de identificação

espacial/temporal de si mesmo (Não).

Revela pensamentos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho negativo .

Revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo em dissonância com a realidade (Não).

Desvaloriza as percepções positivas referidas por outras pessoas (Não).

Doente refere que quando estava no domicílio se isolava da família devido ao cheiro exalado pela ferida maligna. "Preferia estar sozinha, para não incomodar ninguém com o cheiro da ferida" (sic).

Doente refere sentir-se um fardo na vida dos filhos e das noras devido à sua doença e consequente aumento da dependência. "Já só dou trabalho aos meus filhos e às minhas noras. Sou um fardo para eles e eu não queria dar trabalho a ninguém" (sic).

Autoconceito comprometido

24-03-2023 08:00

Revela sentimentos ou apresenta comportamentos de desvalorização pessoal [MANTEVE].

Revela pensamentos sobre si (inclui a aparência física) e/ou sobre o seu desempenho negativo [MANTEVE].

Verbaliza auto negação (afirma que já não existe) ou perda de identificação espacial/temporal de si mesmo (Não) [MANTEVE].

Revela opinião ou imagem mental negativa de si mesmo em dissonância com a realidade (Não) [MANTEVE].

Desvaloriza as percepções positivas referidas por outras pessoas (Não) [MANTEVE].

Emoção

06-02-2023 08:00

Tristeza persistente (há mais de uma semana) (Não).

Desesperança e pessimismo (Não).

Autodesvalorização (Não).

Acentuada diminuição de interesse e prazer nas atividades (Não).

Dificuldade na concentração (Não).

Pensamentos recorrentes de morte (Não).

Tom de voz baixa, discurso arrastado.

Verbalização de ansiedade.

Inquietação .

Irritabilidade (Não).

Pânico (Não).

Ansiedade [RESOLVIDO] 09-03-2023 08:00

Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade: facilitadora.

Consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade: facilitadora.

Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada

para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade: não dificultador.

Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [RESOLVIDO] 21-02-2023 08:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [RESOLVIDO] 09-03-2023 08:00

Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade [RESOLVIDO] 09-03-2023 08:00

21-02-2023 08:00

Verbalização de ansiedade [MANTEVE].

Inquietação (Não) [MELHOROU].

Irritabilidade (Não) [MANTEVE].

Pânico (Não) [MANTEVE].

Especificação da perda: Perda de autonomia.

Negação da perda (Não).

Pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda.

Doente refere sentimentos de tristeza relativamente à perda de autonomia e aumento da dependência para as diferentes atividades do autocuidado: "Fiquei uma inútil que só dá trabalho aos filhos e às noras. Não queria dar trabalho nem prejudicar a vida de ninguém" (sic).

Doente refere ter conhecimento de que a doença está em progressão: "Sei que o aparecimento da ferida no peito se deve ao avançar da doença. E a tendência da ferida é aumentar. Sei que vou morrer, resta saber é quando" (sic).

Doente associa a dor na região torácica à progressão da ferida maligna e, consequentemente, à progressão da doença. Refere que sabe que vai morrer: "Não sei quanto tempo vai demorar, mas sei que a minha doença não tem cura e que vai agravar-se com o passar do tempo" (sic).

Conhecimento do cuidador sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade do cuidador para usar estratégias de controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora.

Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 09-03-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para usar estratégias de controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 09-03-2023 08:00

Luto comprometido

Significado atribuído à perda: "desmoronar do mundo pessoal".

Significado atribuído à vida após a perda: "sem sentido".

A doente refere sentir-se como um fardo na vida dos seus familiares devido à perda de

independência para realização das diferentes atividades do autocuidado.

A doente tem história de várias quedas no domicílio por querer fazer as coisas sozinha, mesmo sabendo que necessitava de auxílio.

Do ponto de vista da doente a maior perda que a doença lhe trouxe foi a perda de independência. Esta levou-a a ter de deixar a sua casa e mudar-se para casa de um dos filhos. Refere ter pena de ter deixado a sua casa: "Fiz tantas obras nela, deixei-a à minha maneira e agora nem posso usufruir dela" (sic).

Os dados colhidos, bem como as intervenções identificadas neste diagnóstico referem-se ao luto preparatório da doente.

Potencial para melhorar significado atribuído à perda

Potencial para melhorar significado atribuído à vida após a perda

Tristeza (21/02: Verbalização de tristeza; Choro. // 09/03: Verbalização de tristeza; Choro; Evitação de falar sobre o tema.)

09-03-2023 08:00

Verbalização de ansiedade (Não) [MELHOROU].

Inquietação (Não) [MANTEVE].

Irritabilidade (Não) [MANTEVE].

Pânico (Não) [MANTEVE].

Conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitador.

Capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitadora.

Conhecimento do cuidador sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade: facilitador.

Capacidade do cuidador para usar estratégias de controlo da ansiedade: facilitadora.

Negação da perda (Não) [MANTEVE].

Pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda [MANTEVE].

Significado atribuído à perda: "desmoronar do mundo pessoal" [MANTEVE].

Significado atribuído à vida após a perda: "sem sentido" [MANTEVE].

24-03-2023 08:00

Negação da perda (Não) [MANTEVE].

Pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda [MANTEVE].

Significado atribuído à perda: "desmoronar do mundo pessoal" [MANTEVE].

Significado atribuído à vida após a perda: "sem sentido" [MANTEVE].

Virar-se

06-02-2023 08:00

Mudar de posição na cama

Dispositivo: Trapézio - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama, mas não o termina posicionando-se.

Virar-se comprometido

21-02-2023 08:00

A assistente social, na presença da enfermeira da UCP, comunica à doente a sua referenciação para uma ULD da RNCCI. A doente compreende a necessidade de referenciação, aceitando a mesma.

Quando questionada, a doente refere ter encarado a notícia da referenciação para a ULD da RNCCI como uma má notícia.

Após comunicação da referenciação para a ULD da RNCCI, a doente refere que não queria

deixar o serviço (UCP). Refere andar de um lado para o outro, tendo de se habituar a diferentes pessoas.

Após ter tido conhecimento de que iria ser transferida para uma ULD da RNCCI assim que tivesse vaga, a doente fica chorosa e triste. Refere não querer deixar a UCP e os profissionais que nela trabalham.

Percebe-se que a doente apresenta um significado dificultador quanto à transferência para a ULD da RNCCI.

Mudar de posição na cama

Dispositivo: Trapézio - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama, mas não o termina posicionando-se.

Lesão da pele resultante da compressão dos tecidos (Não).

Potencial para melhorar o significado atribuído à transferência para a ULD da RNCCI

09-03-2023 08:00

Mudar de posição na cama

Dispositivo: Trapézio - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama, mas não o termina posicionando-se.

Lesão da pele resultante da compressão dos tecidos (Não) [MANTEVE].

24-03-2023 08:00

Mudar de posição na cama

Dispositivo: Trapézio - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama, mas não o termina posicionando-se.

Lesão da pele resultante da compressão dos tecidos (Não) [MANTEVE].

Transferir-se

06-02-2023 08:00

Mobiliza o corpo entre superfícies próximas

Dispositivo: Elevador - não se mobiliza entre duas superfícies próximas.

Transferir-se comprometido

21-02-2023 08:00

A assistente social, na presença da enfermeira da UCP, comunica à doente a sua referenciação para uma ULD da RNCCI. A doente compreende a necessidade de referenciação, aceitando a mesma.

Quando questionada, a doente refere ter encarado a notícia da referenciação para a ULD da RNCCI como uma má notícia.

Após comunicação da referenciação para a ULD da RNCCI, a doente refere que não queria deixar o serviço (UCP). Refere andar de um lado para o outro, tendo de se habituar a diferentes pessoas.

Após ter tido conhecimento de que iria ser transferida para uma ULD da RNCCI assim que tivesse vaga, a doente fica chorosa e triste. Refere não querer deixar a UCP e os profissionais que nela trabalham.

Percebe-se que a doente apresenta um significado dificultador quanto à transferência para a ULD da RNCCI.

Mobiliza o corpo entre superfícies próximas

Dispositivo: Elevador - não se mobiliza entre duas superfícies próximas.

Potencial para melhorar o significado atribuído à transferência para a ULD da RNCCI

09-03-2023 08:00

Mobiliza o corpo entre superfícies próximas

Dispositivo: Elevador - não se mobiliza entre duas superfícies próximas.

24-03-2023 08:00

Mobiliza o corpo entre superfícies próximas

Dispositivo: Elevador - não se mobiliza entre duas superfícies próximas.

Cuidar da higiene pessoal

06-02-2023 08:00

Não obtém objetos para o banho.

Não abre a torneira.

Lava e seca o corpo

Dispositivo: Nenhum - Não lava nem seca o corpo.

Lava e seca parte do corpo

Dispositivo: Nenhum - Não lava nem seca parte do corpo.

Não lava a cavidade oral.

Não aplica produtos de higiene.

Penteia-se

Dispositivo: Nenhum - Não se penteia.

Corta as unhas

Dispositivo: Nenhum - Não corta as unhas.

Não se limpa após usar o sanitário.

Não ajusta a roupa após usar o sanitário.

Cuidar da higiene pessoal comprometido

21-02-2023 08:00

A assistente social, na presença da enfermeira da UCP, comunica à doente a sua referenciação para uma ULD da RNCCI. A doente compreende a necessidade de referenciação, aceitando a mesma.

Quando questionada, a doente refere ter encarado a notícia da referenciação para a ULD da RNCCI como uma má notícia.

Após comunicação da referenciação para a ULD da RNCCI, a doente refere que não queria deixar o serviço (UCP). Refere andar de um lado para o outro, tendo de se habituar a diferentes pessoas.

Após ter tido conhecimento de que iria ser transferida para uma ULD da RNCCI assim que tivesse vaga, a doente fica chorosa e triste. Refere não querer deixar a UCP e os profissionais que nela trabalham.

Percebe-se que a doente apresenta um significado dificultador quanto à transferência para a ULD da RNCCI.

Não obtém objetos para o banho [MANTEVE].

Não abre a torneira [MANTEVE].

Lava e seca o corpo

Dispositivo: Nenhum - Não lava nem seca o corpo [MANTEVE].

Lava e seca parte do corpo

Dispositivo: Nenhum - Não lava nem seca parte do corpo [MANTEVE].

Não aplica produtos de higiene [MANTEVE].

Penteia-se

Dispositivo: Nenhum - Não se penteia [MANTEVE].

Corta as unhas

Dispositivo: Nenhum - Não corta as unhas [MANTEVE].

Não se limpa após usar o sanitário [MANTEVE].

Não ajusta a roupa após usar o sanitário [MANTEVE].

Potencial para melhorar o significado atribuído à transferência para a ULD da RNCCI

09-03-2023 08:00

Não obtém objetos para o banho [MANTEVE].

Não abre a torneira [MANTEVE].

Lava e seca o corpo

Dispositivo: Nenhum - Não lava nem seca o corpo [MANTEVE].

Lava e seca parte do corpo

Dispositivo: Nenhum - Não lava nem seca parte do corpo [MANTEVE].

Não aplica produtos de higiene [MANTEVE].

Penteia-se

Dispositivo: Nenhum - Não se penteia [MANTEVE].

Corta as unhas

Dispositivo: Nenhum - Não corta as unhas [MANTEVE].

Não se limpa após usar o sanitário [MANTEVE].

Não ajusta a roupa após usar o sanitário [MANTEVE].

24-03-2023 08:00

Não obtém objetos para o banho [MANTEVE].

Não abre a torneira [MANTEVE].

Lava e seca o corpo

Dispositivo: Nenhum - Não lava nem seca o corpo [MANTEVE].

Lava e seca parte do corpo

Dispositivo: Nenhum - Não lava nem seca parte do corpo [MANTEVE].

Não aplica produtos de higiene [MANTEVE].

Penteia-se

Dispositivo: Nenhum - Não se penteia [MANTEVE].

Corta as unhas

Dispositivo: Nenhum - Não corta as unhas [MANTEVE].

Não se limpa após usar o sanitário [MANTEVE].

Não ajusta a roupa após usar o sanitário [MANTEVE].

Vestir-se ou despir-se

06-02-2023 08:00

Não escolhe as roupas.

Não retira roupa da gaveta ou armário.

Veste-se

Dispositivo: Nenhum - Não veste todas as peças de roupa.

Abotoa

Dispositivo: Nenhum - Não abotoa.

Ata cordões

Dispositivo: Nenhum - Não ata cordões.

Calça meias

Dispositivo: Nenhum - Não calça as meias.

Vestir-se ou despir-se comprometido

21-02-2023 08:00

A assistente social, na presença da enfermeira da UCP, comunica à doente a sua referência para uma ULD da RNCCI. A doente compreende a necessidade de referência, aceitando a mesma.

Quando questionada, a doente refere ter encarado a notícia da referência para a ULD da RNCCI como uma má notícia.

Após comunicação da referência para a ULD da RNCCI, a doente refere que não queria deixar o serviço (UCP). Refere andar de um lado para o outro, tendo de se habituar a diferentes pessoas.

Após ter tido conhecimento de que iria ser transferida para uma ULD da RNCCI assim que tivesse vaga, a doente fica chorosa e triste. Refere não querer deixar a UCP e os profissionais que nela trabalham.

Percebe-se que a doente apresenta um significado dificultador quanto à transferência para a ULD da RNCCI.

Não escolhe as roupas [MANTEVE].

Não retira roupa da gaveta ou armário [MANTEVE].

Veste-se

Dispositivo: Nenhum - Não veste todas as peças de roupa [MANTEVE].

Abotoa

Dispositivo: Nenhum - Não abotoa [MANTEVE].

Ata cordões

Dispositivo: Nenhum - Não ata cordões [MANTEVE].

Calça meias

Dispositivo: Nenhum - Não calça as meias [MANTEVE].

Potencial para melhorar o significado atribuído à transferência para a ULD da RNCCI

09-03-2023 08:00

Não escolhe as roupas [MANTEVE].

Não retira roupa da gaveta ou armário [MANTEVE].

Veste-se

Dispositivo: Nenhum - Não veste todas as peças de roupa [MANTEVE].

Abotoa

Dispositivo: Nenhum - Não abotoa [MANTEVE].

Ata cordões

Dispositivo: Nenhum - Não ata cordões [MANTEVE].

Calça meias

Dispositivo: Nenhum - Não calça as meias [MANTEVE].

24-03-2023 08:00

Não escolhe as roupas [MANTEVE].

Não retira roupa da gaveta ou armário [MANTEVE].

Veste-se

Dispositivo: Nenhum - Não veste todas as peças de roupa [MANTEVE].

Abotoa

Dispositivo: Nenhum - Não abotoa [MANTEVE].

Ata cordões

Dispositivo: Nenhum - Não ata cordões [MANTEVE].

Calça meias

Dispositivo: Nenhum - Não calça as meias [MANTEVE].

Alimentar-se

06-02-2023 08:00

Leva os alimentos à boca/sonda de alimentação

Dispositivo: Nenhum - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

Prepara os alimentos para a refeição

Dispositivo: Nenhum - Não prepara os alimentos para a refeição.

Organiza os alimentos para a refeição

Dispositivo: Nenhum - Não organiza os alimentos para a refeição.

A doente necessita de ajuda de terceira pessoa para que se disponham os alimentos de forma a que consiga apoiar o recipiente com a mão esquerda e consegue-se alimentar sozinha com a mão direita.

Alimentar-se comprometido

21-02-2023 08:00

A assistente social, na presença da enfermeira da UCP, comunica à doente a sua referenciação para uma ULD da RNCCI. A doente compreende a necessidade de referenciação, aceitando a mesma.

Quando questionada, a doente refere ter encarado a notícia da referenciação para a ULD da RNCCI como uma má notícia.

Após comunicação da referenciação para a ULD da RNCCI, a doente refere que não queria deixar o serviço (UCP). Refere andar de um lado para o outro, tendo de se habituar a diferentes pessoas.

Após ter tido conhecimento de que iria ser transferida para uma ULD da RNCCI assim que tivesse vaga, a doente fica chorosa e triste. Refere não querer deixar a UCP e os profissionais que nela trabalham.

Percebe-se que a doente apresenta um significado dificultador quanto à transferência para a ULD da RNCCI.

Leva os alimentos à boca/sonda de alimentação

Dispositivo: Nenhum - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação [MANTEVE].

Prepara os alimentos para a refeição

Dispositivo: Nenhum - Não prepara os alimentos para a refeição [MANTEVE].

Organiza os alimentos para a refeição

Dispositivo: Nenhum - Não organiza os alimentos para a refeição [MANTEVE].

Potencial para melhorar o significado atribuído à transferência para a ULD da

RNCCI

09-03-2023 08:00

Leva os alimentos à boca/sonda de alimentação

Dispositivo: Nenhum - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação [MANTEVE].

Prepara os alimentos para a refeição

Dispositivo: Nenhum - Não prepara os alimentos para a refeição [MANTEVE].

Organiza os alimentos para a refeição

Dispositivo: Nenhum - Não organiza os alimentos para a refeição [MANTEVE].

24-03-2023 08:00

Leva os alimentos à boca/sonda de alimentação

Dispositivo: Nenhum - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação [MANTEVE].

Prepara os alimentos para a refeição

Dispositivo: Nenhum - Não prepara os alimentos para a refeição [MANTEVE].

Organiza os alimentos para a refeição

Dispositivo: Nenhum - Não organiza os alimentos para a refeição [MANTEVE].

Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado

21-02-2023 08:00

Não há participação nem disponibilidade de outros membros da família para tomar conta do dependente.

Conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído pela família à dependência do familiar: comiserção.

Significado atribuído pela família ao papel de cuidador familiar: não dificultador.

Significado atribuído pela família ao apoio social para o exercício do papel de cuidador: não dificultador.

Conhecimento da família sobre necessidades do familiar dependente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Acesso da família a apoio social para o exercício do papel de cuidador: sabe como aceder ao apoio social, mas não tem disponibilidade financeira.

Potencial da família para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente [RESOLVIDO] 24-03-2023 08:00

Potencial da família para melhorar conhecimento sobre necessidades do familiar dependente [RESOLVIDO] 24-03-2023 08:00

Potencial da família para melhorar o significado atribuído à dependência do familiar [RESOLVIDO] 24-03-2023 08:00

Potencial da família para melhorar acesso a apoio social para o exercício do papel de cuidador [RESOLVIDO] 24-03-2023 08:00

09-03-2023 08:00

Não há participação nem disponibilidade de outros membros da família para tomar conta do dependente [MANTEVE].

Conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

Conhecimento da família sobre necessidades do familiar dependente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].
Significado atribuído pela família à dependência do familiar: comiseração.

Acesso da família a apoio social para o exercício do papel de cuidador: sabe como aceder ao apoio social, mas não tem disponibilidade financeira [MANTEVE].

24-03-2023 08:00

Não há participação nem disponibilidade de outros membros da família para tomar conta do dependente [MANTEVE].

24/03: Doente e família decidem que, após o tempo de ingressão na ULD da RNCCI, a doente não regressará a casa, mas ingressará antes numa ERPI.

Stresse do Cuidador

21-02-2023 08:00

A D.^a AP é nora da D.^a LP e a partir de julho de 2022 tornou-se a sua cuidadora principal.

A D.^a AP encontra-se desempregada, tendo disponibilidade total para tomar conta da sogra.

À data do internamento da D.^a LP, a D.^a AP encontrava-se em situação de exaustão, devido às necessidades de cuidados que a sogra exigia (dado retirado do processo clínico).

A D.^a AP refere que não tinha o apoio de nenhum familiar para cuidar da sogra, uma vez que a cunhada mora noutro distrito, o cunhado é, também, doente oncológico e o marido dela é camionista internacional, ausentando-se frequentemente por longos períodos.

A D.^a AP refere que o facto da D.^a LP não aceitar a sua dependência e procurar fazer as coisas sozinha, muitas vezes prejudicava mais os seus cuidados do que se ela não o fizesse.

Stresse do Cuidador [RESOLVIDO] 24-03-2023 08:00

24-03-2023 08:00

24/03: Doente e família decidem que, após o tempo de ingressão na ULD da RNCCI, a doente não regressará a casa, mas ingressará antes numa ERPI.

Status Espiritual

09-03-2023 08:00

"Sou católica e acredito muito em Deus. Tenho muita fé na Nossa Senhora de Fátima." (sic)

A doente tem na sua mesa-de-cabeceira uma imagem da Aparição de Nossa Senhora em Fátima. Refere rezar-lhe muitas vezes durante o dia, pedindo-lhe força para lidar com a situação em que se encontra.

Quando a enfermeira a questiona de onde fica Deus no meio de toda a situação de doença que está a enfrentar a doente responde: "No centro de tudo. Apesar de tudo não perco a fé.

A fé ninguém me tira. É pelo sofrimento que Ele nos faz aprender a ser como Ele." (sic)

Status Espiritual Efetivo

3.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

"Em cuidados paliativos os sintomas têm elevada prevalência, influenciando negativamente a qualidade de vida do doente e sua família, são múltiplos e combinados, evolutivos e cambiantes, têm caráter multidimensional e causas multifatoriais" (Pires & Gonçalves, 2017, p.13).

Tendo em consideração o caso clínico descrito, bem como a complexidade emergente da colheita de dados efetuada foi possível enumerar vários objetivos com a finalidade de promover a qualidade de vida da doente, família e cuidadora familiar, bem como a diminuição do seu sofrimento.

Assim, os objetivos do plano de cuidados estabelecido para a **doente** foram:

1. Promover a diminuição da dor da doente.
2. Melhorar o conhecimento da doente sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas.
3. Melhorar o conhecimento sobre analgesia controlada pela doente.
4. Detetar precocemente sinais de alteração da ventilação da doente.
5. Detetar precocemente sinais de alteração da perfusão de tecidos no membro inferior esquerdo da doente.
6. Facilitar a eliminação intestinal da doente.
7. Detetar precocemente alterações na eliminação urinária da doente.
8. Promover a integridade da membrana mucosa oral da doente.
9. Promover a cicatrização das feridas cirúrgicas do membro inferior esquerdo da doente.
10. Promover a cicatrização da ferida maligna do tórax bilateral da doente.
11. Promover a diminuição do edema.
12. Promover a qualidade do sono da doente.
13. Melhorar o conhecimento da doente sobre promoção do sono.
14. Melhorar o autoconceito da doente.
15. Diminuir a ansiedade da doente.
16. Melhorar a consciencialização da doente sobre os fatores concorrentes com a ansiedade.
17. Melhorar o conhecimento da doente sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade.
18. Melhorar a capacidade da doente para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade.
19. Promover a alteração do significado que a doente atribui à perda.
20. Promover a alteração do significado que a doente atribui à vida após a perda.
21. Promover a diminuição da tristeza da doente.
22. Promover a alteração do significado que a doente atribui à transferência para a ULD da

RNCCI.

23. Promover o status espiritual da doente.

No que diz respeito à **cuidadora**, os objetivos estabelecidos para o plano de cuidados foram:

1. Melhorar o conhecimento da cuidadora sobre alívio da dor da doente usando estratégias não farmacológicas.
2. Melhorar o conhecimento da cuidadora sobre estratégias de controlo da ansiedade.
3. Melhorar a capacidade da cuidadora para usar estratégias de controlo da ansiedade.
4. Promover o bem-estar da cuidadora.

Por último, considerando o domínio da **preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado**, foram identificados os seguintes objetivos:

1. Melhorar o conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente.
2. Melhorar o conhecimento da família sobre necessidades do familiar dependente.
3. Promover a alteração do significado que a família atribui à dependência do familiar.
4. Promover o acesso da família a apoio social para o exercício do papel de cuidador.

3.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

Para Meleis e seus colaboradores (2000, p. 13), os enfermeiros

são os principais cuidadores de clientes e seus familiares que estão a passar por transição. Eles atendem às mudanças e exigências que as transições trazem para as vidas diárias dos clientes e suas famílias. Além disso, enfermeiros tendem a ser os cuidadores que preparam os clientes para transições iminentes e que facilitam o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com a saúde dos clientes e experiências de doença.

Os cuidados paliativos são uma área rica em processos de transição e adaptação a mudanças e perdas, tendo os enfermeiros um papel fundamental no acompanhamento e capacitação dos doentes e suas famílias.

Indicadores de Resultado:

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007), os indicadores de resultado correspondem a alterações produzidas pelos cuidados prestados à pessoa sendo sensíveis aos cuidados e intervenções de enfermagem.

Assim, tendo por base estes aspetos e estabelecendo ligação aos objetivos enumerados no ponto anterior, foram elaborados os seguintes indicadores de resultado para a **doente** do caso clínico trabalhado:

2-Melhorar o conhecimento da doente sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas.

2.1-Que a doente refira adotar uma posição anti-álgica.

2.2-Que a doente refira corretamente a utilização da técnica de dissociação respiratória (cheirar uma flor e soprar uma vela).

2.3-Que a doente refira utilizar corretamente a técnica de distração.

3-Melhorar o conhecimento sobre analgesia controlada pela doente.

3.1-Que a doente refira qual o objetivo terapêutico do opióide prescrito.

3.2-Que a doente refira a importância de solicitar medicação de resgate para o controlo da dor.

3.3-Que a doente refira a partir de que intensidade de dor é aconselhável solicitar medicação de resgate.

3.4-Que a doente solicite medicação de resgate sempre que a sua dor suba acima dos 5 na Escala Numérica da Dor.

6-Facilitar a eliminação intestinal da doente.

6.1-Que a doente apresente uma dejeção diária de fezes moldadas/moles, mesmo que com recurso a laxantes e auxílio manual para expulsar as fezes.

8-Promover a integridade da membrana mucosa oral da doente.

8.1-Que a doente refira melhoria da sensação de boca seca (xerostomia).

8.2-Que as alterações da membrana mucosa da doente sejam detetadas precocemente.

9-Promover a cicatrização das feridas cirúrgicas do membro inferior esquerdo da doente.

9.1-Que as feridas cirúrgicas da doente apresentem um processo de cicatrização saudável, sem desenvolvimento de complicações.

10-Promover a cicatrização da ferida maligna do tórax bilateral da doente.

10.1-Que a ferida maligna da doente não apresente sinais de hemorragia.

10.2-Que a ferida maligna da doente não apresente odor desagradável.

10.3-Que a ferida maligna da doente apresente uma diminuição do exsudado.

10.4-Que a ferida maligna da doente não desenvolva tecido necrótico.

13-Melhorar o conhecimento da doente sobre promoção do sono.

- 13.1-Que a doente refira diminuir os estímulos visuais, como telemóvel e televisão.
- 13.2-Que a doente refira adotar uma posição confortável para dormir.
- 13.3-Que a doente refira realizar uma refeição leve à ceia, antes de ir dormir.
- 13.4-Que a doente refira corretamente a utilização da técnica de dissociação respiratória (cheirar uma flor e soprar uma vela).

16-Melhorar a consciencialização da doente sobre os fatores concorrentes com a ansiedade.

- 16.1-Que a doente refira que os pensamentos sobre a doença e a sua progressão contribuem para a sua ansiedade.
- 16.2-Que a doente refira que os pensamentos sobre o futuro, relativamente ao seu local de cuidados, contribuem para a sua ansiedade.
- 16.3-Que a doente refira que o momento da execução do tratamento da ferida maligna é um momento que potencia a sua ansiedade.

17-Melhorar o conhecimento da doente sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade.

- 17.1-Que a doente refira corretamente a utilização da técnica de dissociação respiratória (cheirar uma flor e soprar uma vela).
- 17.2-Que a doente refira a importância de expressar emoções.

18-Melhorar a capacidade da doente para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade.

- 18.1-Que a doente demonstre executar corretamente a técnica de dissociação respiratória (cheirar uma flor e soprar uma vela).
- 18.2-Que a doente demonstre expressar as suas emoções.

No que diz respeito à **cuidadora**, estabeleceram-se os seguintes indicadores de resultado em ligação com os objetivos apresentados no ponto anterior:

1-Melhorar o conhecimento da cuidadora sobre alívio da dor da doente usando estratégias não farmacológicas.

- 1.1. Que a cuidadora refira a importância da doente adotar uma posição anti-álgica.
- 1.2. Que a cuidadora refira a importância da doente utilizar a técnica de dissociação respiratória (cheirar uma flor e soprar uma vela).
- 1.3. Que a cuidadora refira a importância da doente utilizar a técnica de distração.

2-Melhorar o conhecimento da cuidadora sobre estratégias de controlo da ansiedade.

- 2.1. Que a cuidadora refira a importância da doente utilizar a estratégia de dissociação da respiração (cheirar uma flor e soprar uma vela).
- 2.2. Que a cuidadora refira a importância da doente expressar as suas emoções.

3-Melhorar a capacidade da cuidadora para usar estratégias de controlo da ansiedade.

- 3.1. Que a cuidadora demonstre a correta realização da técnica de dissociação respiratória (cheirar uma flor e soprar uma vela).
- 3.2. Que a cuidadora demonstre permitir à doente a expressão de emoções.

4-Promover o bem-estar da cuidadora.

4.1-Que a cuidadora refira a importância dos momentos de partilha de intimidade que resultam dos cuidados prestados à doente.

4.2-Que a cuidadora refira a importância de reservar um tempo para si, realizando as atividades que lhe são prazerosas ou descansando.

4.3-Que a cuidadora refira quais os serviços comunitários a que pode recorrer.

Por último, para a **família** foram identificados os seguintes indicadores de resultado, em ligação com os objetivos enumerados no ponto anterior:

1-Melhorar o conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente.

1.1-Que a família refira a importância de todos os membros significativos para a doente participarem nos seus cuidados.

1.2-Que a família refira a importância da partilha e intimidade que resultam dos momentos de cuidados à doente.

1.3-Que a família refira a importância de dividir tarefas e partilhar cuidados à doente.

2-Melhorar o conhecimento da família sobre necessidades do familiar dependente.

2.1-Que a família refira algumas situações de crise ou agudização da doença da doente.

2.2-Que a família refira alguns cuidados que pode ter relativamente a situações de crise ou agudização da doença da doente, que possam vir a surgir.

4-Promover o acesso da família a apoio social para o exercício do papel de cuidador.

4.1-Que a família refira quais os serviços comunitários a que pode recorrer.

Evolução do cliente:

A **primeira sessão**, no dia 6 de fevereiro, correspondeu ao primeiro turno realizado com a doente do caso clínico trabalhado. Esta já se encontrava na unidade de cuidados paliativos há 3 dias, tendo sido para lá transferida do serviço de ortopedia. Neste primeiro contacto foi possível verificar que a doente apresentava um compromisso a nível da função motora fina, resultante de um acidente com uma motosserra que teve durante o seu trabalho na agricultura. Este compromisso condicionava os seus cuidados, uma vez que a limitava na realização das diferentes atividades do autocuidado, contribuindo para o compromisso destas. Deste modo, constatou-se que a doente apresentava os autocuidados virar-se, transferir-se, cuidar da higiene pessoal, vestir-se ou despir-se e alimentar-se comprometidos. Durante o turno deste dia, percebeu-se que a doente apresentava problemas a nível da eliminação intestinal (obstipação), da membrana mucosa oral (xerostomia), do volume de líquidos (edema dos membros superior e inferior esquerdos), do sono, da emoção (ansiedade) e da pele (3 feridas cirúrgicas no membro inferior esquerdo e ferida maligna no tórax bilateralmente). Tendo em conta os problemas identificados foram elaborados diagnósticos e implementadas intervenções com o objetivo da sua resolução ou diminuição. Neste primeiro contacto foi, também, possível identificar a familiar cuidadora da doente.

Na **segunda sessão**, realizada no dia 21 de fevereiro, foram alcançados resultados positivos em alguns domínios, nomeadamente:

- No domínio da eliminação intestinal, após a gestão dos laxantes prescritos, foi possível resolver o diagnóstico de obstipação. A doente, apesar de não ter força para expelir as fezes e necessitar de auxílio manual para o fazer, passou a ter uma dejeção mole/moldada por dia. Pela necessidade que a doente mantém de auxílio para expulsar as fezes mantém-se este domínio como foco de atenção.
- No domínio do volume de líquidos, o edema localizado no membro inferior esquerdo regrediu, tendo o do membro superior esquerdo diminuído.
- No domínio do sono, a doente apresentou uma melhoria significativa, tendo sido resolvidos os diagnósticos de sono comprometido e de potencial para melhorar o conhecimento sobre promoção do sono.
- No domínio da emoção, relativamente à ansiedade, foi possível resolver-se o diagnóstico de potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade. Apesar disto, a doente manteve as queixas de ansiedade referidas na primeira sessão.

Durante este contacto, verificou-se que a doente apresentou um aumento de queixas de dor a nível dorsal à esquerda. Esta dor atingiu a intensidade 8 e era uma dor intermitente, crónica e em moedeira. A doente necessitou de analgesia de resgate, bem como de recurso a estratégias não farmacológicas de alívio da dor. Ao verificar-se este descontrolo da dor foi discutida com a equipa médica a gestão da medicação prescrita, tendo sido realizadas alterações a nível da prescrição.

Relativamente à membrana mucosa oral, verificou-se o surgimento de placas esbranquiçadas e aderentes na cavidade oral da doente. Este aspeto foi comunicado à equipa médica que deu indicação de aplicação de mycostatin 3xdia. A doente mantinha as queixas de xerostomia.

No que diz respeito às feridas cirúrgicas, estas mantiveram as mesmas características, com a do maléolo interno esquerdo a manter a drenagem de exsudado purulento e alguns sinais inflamatórios associados. Já a ferida maligna apresentou uma ligeira diminuição da fibrina e redução dos pontos hemorrágicos.

Durante esta sessão, no domínio da emoção foram identificados os aspetos relacionados com os diagnósticos de luto (preparatório) e tristeza. O primeiro surgiu da referência que a doente fez às perdas que vivenciou e continua a vivenciar após o diagnóstico da doença e da sua progressão. Já a tristeza surge relacionada com o processo de referenciação da doente para uma ULD da RNCCI. Esta referenciação torna evidente o medo que a doente tem do desconhecido, apresentado episódios de choro e de referência a não querer deixar a UCP e os profissionais que nela trabalham.

Nos aspetos relacionados com a cuidadora, verificou-se que esta, aquando da entrada da doente na urgência, em janeiro de 2023, apresentava sinais de sobrecarga. Este dado, colhido a partir do processo clínico, foi por ela confirmado quando referiu que, nessa altura, se encontrava muito cansada e deprimida. Nesse sentido, foi identificado o diagnóstico de sobrecarga do cuidador, de modo a capacitar a cuidadora para cuidar da doente de forma saudável aquando do momento desta regressar ao domicílio.

Nesta sessão foi, ainda, possível identificar os membros da família significativos para a doente, bem como a sua disponibilidade para lhe prestarem cuidados e auxiliarem a cuidadora. Identificaram-se algumas áreas de intervenção, contudo, nenhum dos outros membros da família se mostrou disponível para cuidar da doente.

Na **terceira sessão**, realizada a 9 de março, foram alcançados resultados positivos em alguns domínios, nomeadamente:

- No domínio da dor, a doente referiu diminuição das queixas após alteração da terapêutica analgésica, não necessitando de medicação de resgate nos dias anteriores. Resolveu-se o diagnóstico de potencial para melhorar conhecimento (tanto da doente como da cuidadora) sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas.
- No domínio da membrana mucosa oral houve uma melhoria, tendo sido resolvida a candidíase, após prescrição de *Mycostantin* 3xdia. A doente manteve as queixas de xerostomia.
- No domínio da pele, relativamente às feridas cirúrgicas, foram retirados os fixadores no dia 7/03 sem intercorrências registadas. A ferida cirúrgica do maléolo interno esquerdo mantinha drenagem de exsudado purulento em moderada quantidade, com presença de sinais inflamatórios associados. Já a ferida maligna manteve-se estável, com as mesmas características da sessão anterior.
- No domínio da emoção, foi possível resolver o diagnóstico de ansiedade, bem como o potencial de melhorar o conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade e o potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade. Relativamente à cuidadora, resolveram-se os diagnósticos de potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de controlo da ansiedade e potencial do cuidador para melhorar capacidade para usar estratégias de controlo da ansiedade.

Durante esta sessão foi, ainda, possível recolher dados sobre o autoconceito da doente. Neste domínio verificou-se que a doente se sentia constrangida e desconfortável com o odor provocado pela ferida maligna, bem como com o aumento da sua dependência. Para além destes dados, recolheram-se outros referentes ao domínio da espiritualidade, verificando-se que esta se encontrava com um *status* efetivo e positivo na doente, sendo por ela utilizado como estratégia de *coping* e conforto.

Na **quarta sessão**, realizada a 24 de março, foram alcançados resultados positivos em alguns domínios, nomeadamente:

- No domínio da dor foi resolvido o diagnóstico de potencial para melhorar conhecimento sobre analgesia controlada pela cliente.
- No domínio da pele, relativamente à ferida cirúrgica do maléolo interno esquerdo verificou-se, alguns dias antes, que a doente apresentava uma celulite no local. Fez uma semana de antibiótico, apresentando, no dia 24, uma drenagem reduzida e de conteúdo hemático.
- No domínio da sobrecarga do cuidador foi resolvido o diagnóstico respetivo, uma vez que

a doente e a família decidiram que, após o período de permanência na ULD da RNCCI, a doente ingressaria numa ERPI.

- No domínio da preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado foram resolvidos os respetivos diagnósticos, uma vez que a doente e a família decidiram que, após o período de permanência na ULD da RNCCI, a doente ingressaria numa ERPI.

Relativamente ao domínio da dor, a doente referiu um agravamento deste sintoma nos turnos anteriores, tendo havido necessidade de nova alteração na terapêutica analgésica. Por este motivo, na sessão de dia 24, a doente refere uma melhoria, não necessitando de medicação de resgate.

Encontrava-se descrito em processo clínico a ocorrência de uma descompensação da parte respiratória na doente. Nessa altura a doente apresentou um episódio de dessaturação, dispneia e polipneia, tendo sido necessária a colocação de uma cânula nasal com oxigenoterapia a 1l/min. No turno de dia 24 a doente mantém oxigenoterapia por cânula a 1l/min para conforto.

No que diz respeito aos restantes domínios, o plano de cuidados e a sua reavaliação manteve-se conforme as necessidades da doente, de acordo com as competências especializadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa.

3.7. Diagnósticos

Função motora fina

06-02-2023 08:00

Função motora fina comprometida

Dor

21-02-2023 08:00

Dor

Intervenções de Enfermagem

21-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da dor [Sem horário]

21-02-2023 08:00 - Gerir analgesia [Sem horário]

21-02-2023 08:00 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor [Sem horário]

21-02-2023 08:00 - Executar massagem [Sem horário]

21-02-2023 08:00 - Referenciar dor ao médico. [Turno da manhã (8h-15h)]

Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 09-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

21-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [Sem horário] [FIM] 09-03-2023 08:00

21-02-2023 08:00 - Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [Sem horário] [FIM] 09-03-2023 08:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente

[RESOLVIDO] 24-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

21-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre analgesia controlada pelo cliente [Sem horário] [FIM] 24-03-2023 08:00

21-02-2023 08:00 - Ensinar sobre uso de analgesia controlada pelo cliente [Sem horário] [FIM] 24-03-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 09-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

21-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [Horário de visita da UCP] [FIM]

09-03-2023 08:00

21-02-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor [Horário de visita da UCP] [FIM] 09-03-2023 08:00

Sistema respiratório

24-03-2023 08:00

Ventilação comprometida

Intervenções de Enfermagem

24-03-2023 08:00 - Avaliar evolução da ventilação [Sem horário]

24-03-2023 08:00 - Posicionar para otimizar a ventilação [Sem horário]

24-03-2023 08:00 - Iniciar oxigenoterapia [Sem horário]

Eliminação intestinal

06-02-2023 08:00

Obstipação

Intervenções de Enfermagem

06-02-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de obstipação [Sem horário]

06-02-2023 08:00 - Referenciar obstipação ao médico [Turno da manhã (8h-15h)]

21-02-2023 08:00 - Planear eliminação intestinal [Turno da noite (22h-8h) e Turno da manhã (8h-15h)]

06-02-2023 08:00 - Gerir hidratação [Sem horário]

Mucosas

06-02-2023 08:00

Membrana mucosa comprometida

Intervenções de Enfermagem

06-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas [Sem horário]

06-02-2023 08:00 - Tratar membrana mucosa [Sem horário]

06-02-2023 08:00 - Lavar cavidade oral [Sem horário]

06-02-2023 08:00 - Gerir hidratação [Sem horário]

Pele

06-02-2023 08:00

Ferida cirúrgica

Intervenções de Enfermagem

06-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica [3/3 dias]
 06-02-2023 08:00 - Executar tratamento da ferida cirúrgica [3/3 dias]
 06-02-2023 08:00 - Remover material de sutura [SOS]
 06-02-2023 08:00 - Aplicar penso de ferida [3/3 dias]

Ferida maligna (06/02: Localização da ferida maligna: região torácica; Dimensões da lesão tegumentar: abrange toda a região torácica; Exsudado da lesão tegumentar: em moderada quantidade, purulento e com cheiro fétido (odor detetado na remoção do penso). Presença de pontos hemorrágicos, com perda sanguínea em reduzida quantidade; Tecidos periféricos à lesão tegumentar: coloração ruborizada, com temperatura aumentada e tumefação ligeira; Tecidos predominantes no leito da lesão tegumentar: tecido necrosado (10%), fibrina (90%); com aspeto tipo couve-flor; Presença de sinais aparentes de contaminação da ferida; Ausência de trajetos fistulosos; Margens da lesão tegumentar irregulares. // 21/02: Localização da ferida maligna: região torácica; Dimensões da lesão tegumentar: abrange toda a região torácica; Exsudado da lesão tegumentar: em reduzida quantidade, purulento e com cheiro fétido (odor detetado na remoção do penso). Redução dos pontos hemorrágicos, com perda sanguínea insignificante; Tecidos periféricos à lesão tegumentar: coloração ruborizada, com temperatura aumentada e tumefação ligeira; Tecidos predominantes no leito da lesão tegumentar: tecido necrosado (10%), fibrina (80%) e granulação (10%); com aspeto tipo couve-flor; Presença de sinais aparentes de contaminação da ferida; Ausência de trajetos fistulosos; Margens da lesão tegumentar irregulares).

Intervenções de Enfermagem

06-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da ferida maligna. [Turno da manhã (8h-15h)]
 06-02-2023 08:00 - Executar tratamento da ferida maligna. [Turno da manhã (8h-15h)]
 06-02-2023 08:00 - Aplicar penso de ferida. [Turno da manhã (8h-15h)]

Volume de líquidos

06-02-2023 08:00

Edema

Intervenções de Enfermagem

06-02-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de edema [Sem horário]
 06-02-2023 08:00 - Avaliar evolução de líquidos eliminados [Sem horário]
 06-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos [Sem horário]
 06-02-2023 08:00 - Posicionar para diminuir edema [Sem horário]
 06-02-2023 08:00 - Massajar [Sem horário]

Sono

06-02-2023 08:00

Sono comprometido [RESOLVIDO] 21-02-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

06-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do sono [Turno da noite (22h-8h)] [FIM] 21-02-2023 08:00
 06-02-2023 08:00 - Implementar estratégias de promoção do sono [Turno da noite (22h-8h)] [FIM] 21-02-2023 08:00
 06-02-2023 08:00 - Gerir medicação [Turno da noite (22h-8h)] [FIM] 21-02-2023 08:00

06-02-2023 08:00 - Referenciar sono comprometido ao médico [Turno da manhã (8h-15h)] [FIM] 21-02-2023 08:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono [RESOLVIDO]

21-02-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

06-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção do sono [Sem horário] [FIM] 21-02-2023 08:00

06-02-2023 08:00 - Ensinar sobre estratégias de promoção do sono [Turno da noite (22h-8h)] [FIM] 21-02-2023 08:00

Autoconceito

09-03-2023 08:00

Autoconceito comprometido

Intervenções de Enfermagem

09-03-2023 08:00 - Avaliar evolução do compromisso no autoconceito [Sem horário]

09-03-2023 08:00 - Executar reestruturação cognitiva [Sem horário]

Emoção

06-02-2023 08:00

Ansiedade [RESOLVIDO] 09-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

06-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da ansiedade [Sem horário] [FIM] 09-03-2023 08:00

06-02-2023 08:00 - Executar técnica de relaxamento [Sem horário] [FIM] 09-03-2023 08:00

06-02-2023 08:00 - Assistir cliente no treino do autocontrolo ansiedade [Sem horário] [FIM] 09-03-2023 08:00

06-02-2023 08:00 - Referenciar ansiedade ao médico [Turno da manhã (8h-15h)] [FIM] 09-03-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [RESOLVIDO] 21-02-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

06-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade [Sem horário] [FIM] 21-02-2023 08:00

06-02-2023 08:00 - Assistir o cliente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade [Sem horário] [FIM] 21-02-2023 08:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [RESOLVIDO] 09-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

06-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [Sem horário] [FIM] 09-03-2023 08:00

06-02-2023 08:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade [Sem horário] [FIM] 09-03-2023 08:00

06-02-2023 08:00 - Ensinar sobre estratégias de relaxamento [Sem horário] [FIM] 09-03-2023 08:00

Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade [RESOLVIDO] 09-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

06-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade [Sem horário] [FIM] 09-03-2023 08:00

06-02-2023 08:00 - Instruir estratégias de relaxamento [Sem horário] [FIM] 09-03-2023 08:00

06-02-2023 08:00 - Treinar estratégias de relaxamento [Sem horário] [FIM] 09-03-2023 08:00

21-02-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 09-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

21-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade [Horário de visita da UCP] [FIM] 09-03-2023 08:00

21-02-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade [Horário de visita da UCP] [FIM] 09-03-2023 08:00

21-02-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias de relaxamento [Horário de visita da UCP] [FIM] 09-03-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para usar estratégias de controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 09-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

21-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para usar estratégias de controlo da ansiedade [Horário de visita da UCP] [FIM] 09-03-2023 08:00

21-02-2023 08:00 - Instruir cuidador para executar estratégias de relaxamento [Horário de visita da UCP] [FIM] 09-03-2023 08:00

21-02-2023 08:00 - Treinar cuidador para executar estratégias de relaxamento [Horário de visita da UCP] [FIM] 09-03-2023 08:00

Luto comprometido

Intervenções de Enfermagem

21-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do luto [Sem horário]

21-02-2023 08:00 - Executar escuta ativa [Sem horário]

Potencial para melhorar significado atribuído à perda

Intervenções de Enfermagem

21-02-2023 08:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [Sem horário]

21-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do significado atribuído à perda [Sem horário]

Potencial para melhorar significado atribuído à vida após a perda

Intervenções de Enfermagem

21-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do significado atribuído à vida após a perda [Sem horário]

21-02-2023 08:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [Sem horário]

Tristeza (21/02: Verbalização de tristeza; Choro. // 09/03: Verbalização de tristeza; Choro; Evitação de falar sobre o tema.)

Intervenções de Enfermagem

21-02-2023 08:00 - Executar escuta ativa. [Sem horário]

21-02-2023 08:00 - Executar reestruturação cognitiva. [Sem horário]

21-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da tristeza. [Sem horário]

Virar-se

06-02-2023 08:00

Virar-se comprometido

Intervenções de Enfermagem

06-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do virar-se [Sem horário]

06-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [Sem horário]

06-02-2023 08:00 - Assistir no virar-se [Sem horário]

06-02-2023 08:00 - Aplicar colchão de alívio de pressão [Sem horário]

06-02-2023 08:00 - Iniciar referenciação para a RNCCI [Referenciação já iniciada antes de 06/02]

21-02-2023 08:00

Potencial para melhorar o significado atribuído à transferência para a ULD da RNCCI

Intervenções de Enfermagem

21-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do significado atribuído à transferência para a ULD da RNCCI. [Sem horário]

21-02-2023 08:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador. [Sem horário]

Transferir-se

06-02-2023 08:00

Transferir-se comprometido

Intervenções de Enfermagem

06-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do transferir-se [Turno da manhã (8h-15h) e Turno da tarde (15h-22h)]

06-02-2023 08:00 - Transferir cliente usando dispositivo [Turno da manhã (8h-15h) e Turno da tarde (15h-22h)]

06-02-2023 08:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Sem horário]

06-02-2023 08:00 - Iniciar referenciação para a RNCCI [Referenciação já iniciada antes de 06/02]

21-02-2023 08:00

Potencial para melhorar o significado atribuído à transferência para a ULD da RNCCI

Intervenções de Enfermagem

21-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do significado atribuído à transferência para a ULD da RNCCI. [Sem horário]

21-02-2023 08:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador. [Sem horário]

Cuidar da higiene pessoal

06-02-2023 08:00

Cuidar da higiene pessoal comprometido

Intervenções de Enfermagem

06-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal [Turno da manhã (8h-15h)]

06-02-2023 08:00 - Dar banho na cama [Turno da manhã (8h-15h)]

06-02-2023 08:00 - Arranjar o cliente [Turno da manhã (8h-15h)]

06-02-2023 08:00 - Lavar cavidade oral [Sem horário]

06-02-2023 08:00 - Iniciar referência para a RNCCI [Referência já iniciada antes de 06/02]

21-02-2023 08:00

Potencial para melhorar o significado atribuído à transferência para a ULD da RNCCI

Intervenções de Enfermagem

21-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do significado atribuído à transferência para a ULD da RNCCI. [Sem horário]

21-02-2023 08:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador. [Sem horário]

Vestir-se ou despir-se

06-02-2023 08:00

Vestir-se ou despir-se comprometido

Intervenções de Enfermagem

06-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se [Turno da manhã (8h-15h)]

06-02-2023 08:00 - Vestir/despir [Turno da manhã (8h-15h)]

06-02-2023 08:00 - Iniciar referência para a RNCCI [Referência já iniciada antes de 06/02]

21-02-2023 08:00

Potencial para melhorar o significado atribuído à transferência para a ULD da RNCCI

Intervenções de Enfermagem

21-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do significado atribuído à transferência para a ULD da RNCCI. [Sem horário]

21-02-2023 08:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador. [Sem horário]

Alimentar-se

06-02-2023 08:00

Alimentar-se comprometido

Intervenções de Enfermagem

06-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do alimentar-se [Sem horário]

06-02-2023 08:00 - Assistir no alimentar-se [09h/12h/16h/19h/22h]

06-02-2023 08:00 - Iniciar referência para a RNCCI. [Referência já iniciada antes de 06/02]

21-02-2023 08:00

Potencial para melhorar o significado atribuído à transferência para a ULD da RNCCI

Intervenções de Enfermagem

21-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do significado atribuído à transferência para a ULD da RNCCI. [Sem horário]

21-02-2023 08:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador. [Sem horário]

Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado

21-02-2023 08:00

21-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do apoio da família ao cuidador [Horário de visita da UCP]

Potencial da família para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente [RESOLVIDO] 24-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

21-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente [Horário de visita da UCP] [FIM]

24-03-2023 08:00

21-02-2023 08:00 - Ensinar a família sobre estratégias facilitadoras da integração de um familiar dependente [Horário de visita da UCP] [FIM] 24-03-2023 08:00

Potencial da família para melhorar conhecimento sobre necessidades do familiar dependente [RESOLVIDO] 24-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

21-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento da família sobre as necessidades do familiar dependente [Horário de visita da UCP] [FIM] 24-03-2023 08:00

21-02-2023 08:00 - Ensinar a família sobre necessidades do familiar dependente [Horário de visita da UCP] [FIM] 24-03-2023 08:00

Potencial da família para melhorar o significado atribuído à dependência do familiar [RESOLVIDO] 24-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

21-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do significado atribuído pela família à dependência do familiar [Horário de visita da UCP] [FIM] 24-03-2023 08:00

21-02-2023 08:00 - Assistir a família a analisar o significado dificultador [Horário de visita da UCP] [FIM] 24-03-2023 08:00

Potencial da família para melhorar acesso a apoio social para o exercício do papel de cuidador [RESOLVIDO] 24-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

21-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do acesso da família a apoio social para o exercício do papel de cuidador [Horário de visita da UCP] [FIM] 24-03-2023 08:00

21-02-2023 08:00 - Referenciar ao serviço social a necessidade de apoio à família [Turno da manhã (8h-15h)] [FIM] 24-03-2023 08:00

21-02-2023 08:00 - Informar família sobre serviços comunitários [Horário de visita da UCP] [FIM] 24-03-2023 08:00

21-02-2023 08:00 - Informar a família sobre legislação [Horário de visita da UCP] [FIM] 24-03-2023 08:00

Stresse do Cuidador

21-02-2023 08:00

Stresse do Cuidador [RESOLVIDO] 24-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

21-02-2023 08:00 - Ensinar o cuidador sobre estratégias facilitadoras da integração de um familiar dependente. [Horário de visita da UCP] [FIM] 24-03-2023 08:00

21-02-2023 08:00 - Informar o cuidador sobre serviços comunitários. [Horário de visita da UCP] [FIM] 24-03-2023 08:00

21-02-2023 08:00 - Informar o cuidador sobre legislação. [Horário de visita da UCP] [FIM] 24-03-2023 08:00

21-02-2023 08:00 - Assistir o cuidador a encontrar estratégias de distração. [Horário de

visita da UCP] [FIM] 24-03-2023 08:00

21-02-2023 08:00 - Avaliar a evolução do stresse do cuidador. [Horário de visita da UCP]
[FIM] 24-03-2023 08:00

21-02-2023 08:00 - Validar emoções e sentimentos do cuidador. [Horário de visita da UCP]
[FIM] 24-03-2023 08:00

21-02-2023 08:00 - Promover o reforço positivo do cuidador. [Horário de visita da UCP]
[FIM] 24-03-2023 08:00

21-02-2023 08:00 - Apoiar a tomada de decisão do cuidador. [Horário de visita da UCP]
[FIM] 24-03-2023 08:00

Status Espiritual

09-03-2023 08:00

Status Espiritual Efetivo

Intervenções de Enfermagem

09-03-2023 08:00 - Promover apoio espiritual. [Sem horário]

09-03-2023 08:00 - Providenciar apoio espiritual. [Sem horário]

09-03-2023 08:00 - Promover momentos de oração. [Sem horário]

09-03-2023 08:00 - Incentivar momentos de oração. [Sem horário]

09-03-2023 08:00 - Avaliar evolução do status espiritual. [Sem horário]

3.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades

No domínio da **dor** o objetivo principal é o controlo do sintoma quer através de intervenções interdependentes, como de intervenções autónomas. As intervenções interdependentes são aquelas que resultam da prescrição de outros profissionais, nomeadamente, dos médicos. Já as intervenções autónomas são

as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos na investigação em enfermagem (Artigo 9º, Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, 1996).

Através da implementação de intervenções autónomas tive como objetivos melhorar o conhecimento da doente e da sua cuidadora sobre o alívio da dor usando estratégias não farmacológicas e melhorar o conhecimento sobre o controlo de analgesia pela doente. O controlo da dor pode, assim, ser alcançado com a associação de múltiplas intervenções e estratégias, que podem ser farmacológicas ou não farmacológicas.

No domínio da **eliminação intestinal**, o principal objetivo foi facilitar a expulsão de fezes pela doente, tendo para isso sido implementadas intervenções interdependentes e autónomas. Apesar da obstipação da doente ter sido melhorada com o ajuste da prescrição de medicação

laxante, esta continuou a não ter capacidade para expulsar as fezes, mantendo durante todo o período do ensino clínico necessidade de auxílio para o fazer. Nesse sentido, a intervenção de planejar a eliminação intestinal foi de extrema importância. A sua implementação permitiu associar a administração de medicação laxante a horas fixas com a estratégia de estimulação retal e retirada manual de fezes pela enfermeira aquando dos cuidados de higiene.

No domínio das **mucosas**, nomeadamente, no caso específico da membrana mucosa oral, a sua avaliação e os cuidados básicos de higiene são fundamentais. O enfermeiro é responsável por observar e avaliar a integridade das membranas mucosas, seu estado de hidratação e pesquisa de lesões orais. Assim, foram implementadas intervenções com o objetivo de promover a integridade da membrana mucosa oral. Estas incluíram lavar a cavidade oral, prestando os cuidados de higiene necessários, bem como gerir a hidratação para diminuir o desconforto referido pela doente e associado à xerostomia.

No domínio da **pele**, as intervenções foram implementadas para dar resposta aos objetivos de promover a cicatrização das feridas cirúrgicas e da ferida maligna. No que diz respeito às feridas cirúrgicas, as intervenções permitiram cumprir o objetivo, uma vez que estas feridas tiveram um processo de cicatrização favorável. Mesmo a ferida cirúrgica do maléolo interno esquerdo, após deteção da celulite e seu tratamento com antibioterapia, teve uma evolução positiva. Já a ferida maligna apresentou algumas melhorias relativamente à percentagem de tecido de fibrina e à quantidade de pontos hemorrágicos. Manteve-se estável durante todo o período do ensino clínico o que, dadas as características de uma ferida maligna, se traduz como um aspeto positivo, traduzindo a eficácia das intervenções implementadas.

No domínio do **autoconceito**, a intervenção mais eficaz e que deu resposta ao objetivo melhorar o autoconceito da doente, foi a execução do tratamento da ferida maligna, nomeadamente, ao reduzir o seu odor. Isto fez com que a doente se sentisse mais confortável e menos constrangida na presença de outras pessoas.

No domínio da **emoção**, é importante identificar a ansiedade pelo facto da sua presença promover o sofrimento físico, psicossocial e espiritual dos doentes. As estratégias de comunicação, como a escuta ativa, a promoção da expressão de emoções e a demonstração de disponibilidade foram importantes para ajudar a doente a controlar a sua ansiedade. Também o ensino realizado acerca de estratégias de relaxamento, como a técnica de dissociação respiratória foram promotores do controlo da ansiedade pela doente.

O diagnóstico de luto comprometido foi identificado pela perda da independência e perda de objetivos de vida que levaram a doente a apresentar pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda. Segundo a literatura, as intervenções implementadas podem influenciar positivamente o significado atribuído às perdas, promovendo, assim, a qualidade de vida e o processo de luto.

No que diz respeito à tristeza, as intervenções implementadas foram similares às implementadas na ansiedade e no luto, e incluíram a escuta ativa, a promoção da expressão de emoções, a demonstração de disponibilidade e a promoção da alteração dos significados atribuídos pela doente.

No domínio da **preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado**, o principal objetivo das intervenções implementadas era capacitar os membros da família para cuidar da doente quando esta regressasse ao domicílio. Esta capacitação iria, por outro lado, auxiliar a cuidadora, contribuindo para a diminuição da sobrecarga do cuidador. Contudo, uma vez que a doente e a sua família decidiram que, após o tempo de permanência na ULD da RNCCI, a doente iria ingressar numa ERPI, as intervenções implementadas não produziram os resultados esperados (receção da doente no seu lar, cuidada pela família).

3.8. Especificação das intervenções

Remover material de sutura

- Fixadores só serão removidos após realização de Raio-X e observação de Ortopedia.

Aplicar penso de ferida

- (Feridas Cirúrgicas) Compressas + adesivo.

Tratar membrana mucosa

- (Xerostomia) Incentivar hidratação oral.
- (Xerostomia) Fornecer água à doente.
- (Xerostomia) Fornecer à doente cubos de gelo e/ou gelados.
- (Candidíase oral 21/02): Aplicação de nistatina 3xdia

Lavar cavidade oral

- Retirar prótese dentária superior da doente e lavar com água e elixir bucal.
- Fornecer à doente elixir bucal para realização de bochechos.

Executar tratamento da ferida cirúrgica

- Retirar penso prévio, verificando a sua integridade e se este se encontra com sinais de repassamento.
- Utilização de técnica assética, com recurso a luvas e material esterilizado.
- Limpeza das feridas cirúrgicas com Soro Fisiológico 0,9%.
- Limpeza das feridas cirúrgicas com compressa seca.
- Observar as feridas cirúrgicas quanto à sua integridade, presença de exsudado e pele circundante.

- 09/03: Instilar Soro Fisiológico 0,9% na ferida cirúrgica do maléolo interno esquerdo, realizando expressão do local para promover a drenagem de líquido purulento.
- 09/03: Aplicação de iodopovidona nas feridas cirúrgicas do maléolo externo esquerdo e da perna esquerda.

Assistir no alimentar-se

- Abrir os recipientes.
- Partir e arranjar os alimentos.
- Dispor o tabuleiro de forma a que a doente consiga segurar nos recipientes, apoiando-os na mão esquerda e alimentando-se com a mão direita.

Posicionar para diminuir edema

- Manter membro superior esquerdo elevado, com recurso a almofada.
- Manter membro inferior esquerdo elevado, com recurso a almofada.

Ensinar sobre estratégias de promoção do sono

- Diminuir os estímulos visuais, como televisão e telemóvel.
- Adotar uma posição confortável para dormir.
- Optar por alimentos leves como chá, bolachas ou iogurte antes de dormir.
- Executar técnica de relaxamento (controlo da respiração através da dissociação dos tempos respiratórios).

Treinar estratégias de relaxamento

- Inspirar profundamente como se cheirasse uma flor.
- Expirar profundamente como se soprasse uma vela.

Transferir cliente usando dispositivo

- Transferir doente com recurso a elevador.

Implementar estratégias de promoção do sono

- Executar massagem relaxante.
- Promover diminuição de estímulos visuais e sonoros (luz da enfermaria e televisão).

Instruir estratégias de relaxamento

- Inspirar profundamente como se cheirasse uma flor.
- Expirar profundamente como se soprasse uma vela.

Gerir o ambiente físico para prevenir queda

- Travar a cama.
- Colocar a cama no nível mais baixo.
- Manter as grades da cama elevadas.
- Travar o cadeirão.
- Assegurar o correto posicionamento da lona do elevador para a transferência da doente.
- Colocar os objetos da doente perto dela.
- Colocar a campainha perto da doente.

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Informar sobre a utilização da técnica de relaxamento (técnica de dissociação respiratória).
- Informar sobre a importância de expressar emoções.

Ensinar sobre estratégias de relaxamento

- Informar sobre técnicas de relaxamento, nomeadamente, a dissociação respiratória (cheirar a flor e soprar a vela).
- Informar sobre técnicas de distração (conversar, ver televisão, ...).

Assistir o cliente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade

- Pensamentos sobre a doença e a sua progressão.
- Pensamentos sobre o futuro, no que diz respeito ao local de cuidados.
- Momento de execução do tratamento da ferida maligna.

Trocar cateter urinário

- Cateter urinário colocado a 10/02, com indicação para troca dia 10/03.
- Cateter urinário trocado a 10/03. Fica com indicação para nova troca dia 10/04.

Iniciar referenciação para a RNCCI.

- Doente em processo de referenciação para ULD da RNCCI.

Executar tratamento da ferida maligna.

- Retirar penso prévio, verificando a sua integridade e se este se encontra com sinais de repassamento.
- Limpeza da ferida maligna com Soro Fisiológico 0,9%.
- Limpeza da ferida maligna com compressa seca.
- Observar a ferida maligna quanto ao tipo de tecidos presentes, presença de exsudado, cheiro e pele circundante.
- Limpeza da ferida maligna com Microdacyn, deixando o produto atuar entre 5-10 minutos.
- Limpeza da ferida maligna com Soro Fisiológico 0,9%, para retirar o Mycrodacin.
- Limpeza da ferida maligna com compressa seca.
- Aplicação de Epsicaprom nos pontos hemorrágicos da ferida maligna.
- Aplicação de Atrauman AG para prevenção de infeção (Termo 09/03).
- Aplicação de Mepitel e Alginato de Cálcio nas regiões mais exsudativas da ferida maligna.
- 09/03: Com a continuidade da execução do tratamento à ferida maligna percebeu-se que a aplicação de prata aumentava os pontos de hemorragia da ferida. Assim, optou-se por deixar de aplicar o Atrauman AG, mantendo-se, apenas, o Mepitel e o Alginato de Cálcio.

Aplicar penso de ferida.

- (Ferida Maligna) Drymax (3 a 4 unidades) + adesivo.

Assistir cliente a analisar o significado dificultador

- Proporcionar momentos à doente com a família que lhe mostrem que estes não a veem como um fardo, mas que a amam e querem cuidar dela da melhor forma.
- Proporcionar momentos à doente que lhe permitam perceber que consegue executar mais atividades do que as que pensa conseguir.

- Informar a doente que se a reabilitação for bem sucedida, ela pode recuperar alguma da sua independência.
- Informar a doente que, se se mantiver desconfortável com o facto de ir viver com a família após o internamento na ULD, pode optar por ir para casa com apoio de um cuidador formal ou por ingressar numa ERPI.
- Reforçar positivamente o conhecimento que a doente apresenta sobre a associação entre a dor e a progressão da ferida maligna e, consequentemente, da doença.
- Reforçar à doente o aspeto da doença ser avançada, progressiva e incurável.
- Reforçar à doente que ninguém sabe quando a morte irá ocorrer, mas que os profissionais que a acompanham tudo farão para a ajudar em todo o processo da doença.

Executar massagem

- Massajar a região dorsal esquerda com creme hidratante.

Gerir analgesia

- Administração da medicação analgésica prescrita às horas certas, na dose certa.
- Administração de medicação analgésica SOS, sempre que necessário e solicitado pela doente.

Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas

- Informar a doente que pode adotar um posicionamento antiálgico.
- Informar a doente sobre técnicas de relaxamento (dissociação respiratória).
- Informar a doente sobre técnicas de distração (conversar com a companheira de enfermagem, ver televisão).

Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor

- Informar cuidadora sobre a importância da doente adotar uma posição antiálgica.
- Informar cuidadora sobre técnicas de relaxamento a utilizar pela doente (dissociação respiratória).
- Informar cuidadora sobre técnicas de distração a utilizar pela doente (conversar, ver televisão).

Ensinar sobre uso de analgesia controlada pelo cliente

- O opióide prescrito em SOS tem como objetivo o alívio da dor quando esta se torna mais intensa, entre as tomas em horário fixo de analgésicos.
- A indicação de administração do opióide em SOS defende que o seu efeito será tanto maior quanto menos intensa for a dor. Neste sentido, é aconselhável que a doente solicite a analgesia de resgate quando a dor atinja um nível 5-6.
- A solicitação do SOS quando a dor atinge uma intensidade entre os 7 e os 9 implicará que a dor não reduzirá a níveis basais (2-3), podendo descer para uma intensidade de 5-6.
- Negociar com a doente que esta solicite SOS de analgesia quando a intensidade da dor suba acima dos 5 da escala numérica da dor.

Ensinar cuidador sobre estratégias de relaxamento

- Informar cuidadora sobre técnicas de relaxamento a utilizar pela doente (dissociação respiratória).

- Informar cuidadora sobre técnicas de distração a utilizar pela doente (conversar com a doente, ver televisão).

Planear eliminação intestinal

- Administrar o laxante retal das 7h.
- Durante os cuidados de higiene realizar massagem abdominal.
- Durante os cuidados de higiene e após a massagem abdominal, proceder à estimulação retal e remoção manual de fezes.

Ensinar cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade

- Informar cuidadora sobre a técnica de relaxamento a utilizar pela doente (dissociação respiratória).
- Informar a cuidadora sobre a importância de permitir à doente expressar emoções.

Instruir cuidador para executar estratégias de relaxamento

- Informar a cuidadora que a doente deve inspirar profundamente como se cheirasse uma flor.
- Informar a cuidadora que a doente deve expirar profundamente como se soprasse uma vela.

Ensinar a família sobre estratégias facilitadoras da integração de um familiar dependente

- Informar sobre a importância da participação nos cuidados dos membros da família significativos.
- Informar sobre a importância dos momentos de partilha e intimidade que resultam dos cuidados prestados à doente.
- Ensinar os membros da família sobre divisão de tarefas e partilha de cuidados.
- Manter reforço positivo dos diferentes membros da família.

Assistir a família a analisar o significado dificultador

- Informar a família de que o aumento da dependência da doente se deve à progressão da doença.
- Informar a família que a ingressão numa ULD da RNCCI pode aumentar a independência da doente, através da reabilitação.
- Incentivar a família a promover a independência da doente.
- Informar a família de que a doente continua a ser a mesma pessoa, apesar de mais dependente.

Informar família sobre serviços comunitários

- Informar sobre serviços presentes na comunidade, tais como apoio na higiene e alimentação.
- Informar sobre associações que podem fornecer dispositivos de apoio para os cuidados a um familiar dependente.
- Informar sobre a possibilidade de referenciar novamente para equipa de ECCI, para execução de tratamento à ferida maligna e reabilitação motora da doente.
- Informar da opção da ingressão da doente numa ERPI, caso seja da vontade de todos os intervenientes fazê-lo.

Informar a família sobre legislação

- Informar sobre a legislação do cuidador informal.
- Informar sobre a legislação do complemento por dependência.

Ensinar a família sobre necessidades do familiar dependente

- Informar, de forma antecipada, sobre situações de crise ou agudizações.
- Informar sobre cuidados antecipatórios adequados às situações de crise ou agudizações.

Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

- Utilizar técnica de distração (ouvir música, ver televisão).

Executar reestruturação cognitiva.

- Analisar com a doente os sentimentos que esta tem em relação à referenciação para a ULD da RNCCI.
- Promover a alteração do significado que a doente atribui à referenciação para a ULD da RNCCI.

Assistir cliente a analisar o significado dificultador.

- Mostrar à doente a necessidade que ela tem de reabilitação.
- Informar a doente que se a reabilitação for bem sucedida, ela pode recuperar alguma da sua independência.
- Informar a doente que a equipa de profissionais que trabalha nas unidades é tão competente e acessível como a que trabalha na UCP.
- Mostrar à doente que quando foi transferida do serviço de Ortopedia para a UCP também teve receio da forma como iria ser tratada e, no final, viu que esse receio era infundado.

Ensinar o cuidador sobre estratégias facilitadoras da integração de um familiar dependente.

- Informar a cuidadora sobre a importância dos momentos de partilha e intimidade que resultam dos cuidados prestados à doente.
- Informar a cuidadora sobre a importância de reservar um tempo para si, realizando atividades que lhe são prazerosas ou descansando.
- Manter o reforço positivo da cuidadora.

Informar o cuidador sobre serviços comunitários.

- Informar a cuidadora sobre serviços presentes na comunidade, tais como apoio na higiene e alimentação.
- Informar a cuidadora sobre associações que podem fornecer dispositivos de apoio para os cuidados a um familiar dependente.
- Informar a cuidadora sobre grupos de apoio ao cuidador informal existentes na comunidade.
- Informar a cuidadora sobre a possibilidade de referenciar novamente para equipa de ECCI, para execução de tratamento à ferida maligna e reabilitação motora da doente.
- Informar a cuidadora da opção de ingressão da doente numa ERPI, caso seja da vontade de todos os intervenientes fazê-lo.

Informar o cuidador sobre legislação.

- Informar a cuidadora sobre a legislação do cuidador informal.
- Informar a cuidadora sobre a legislação do complemento por dependência.

Assistir o cuidador a encontrar estratégias de distração.

- Mostrar à cuidadora a importância de reservar um tempo para si, realizando atividades que lhe são prazerosas ou descansando.
- Incentivar a cuidadora a encontrar um equilíbrio entre o tempo de cuidado à sogra, o seu tempo de descanso e o seu tempo de lazer.
- Manter o reforço positivo da cuidadora.
- Reforçar que ao cuidar de si, a cuidadora está também a cuidar da doente.

Executar reestruturação cognitiva

- Informar a doente que o cheiro que a ferida maligna exala se deve às características próprias deste tipo de feridas.
- Informar que há estratégias que podem ser utilizadas para diminuir ou disfarçar o cheiro (método de tratamento da ferida, aplicação de desodorizante/perfume na roupa).
- Executar o tratamento da ferida maligna diariamente, utilizando materiais que reduzam o seu odor.
- Proporcionar momentos à doente com a família que lhe mostrem que estes não a veem como um fardo, mas que a amam e querem cuidar dela da melhor forma.
- Proporcionar momentos à doente que lhe permitam perceber que consegue executar mais atividades do que as que pensa conseguir.
- Informar a doente que se a reabilitação for bem sucedida, ela pode recuperar alguma da sua independência.
- Promover a expressão de emoções por parte da doente.
- Proporcionar um ambiente de disponibilidade e compreensão.
- Executar escuta ativa.

Promover apoio espiritual.

- Mostrar disponibilidade para discutir assuntos espirituais com a doente.
- Mostrar disponibilidade para acompanhar a doente nas suas orações, caso esta assim o deseje.

Providenciar apoio espiritual.

- Solicitar apoio do assistente espiritual da Unidade de Cuidados Paliativos.

Promover momentos de oração.

- Mostrar disponibilidade para acompanhar a doente nas suas orações, caso esta assim o deseje.
- Recorrer a música religiosa para estimular a oração da doente (concerto disponível na plataforma Youtube).

4. CASO CLÍNICO - EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Caso Clínico 2

4.1. Enquadramento teórico

Cenário Inicial:

A D.^a RC é uma senhora de 84 anos, viúva, residente nos arredores do distrito do Porto e com um filho, o Sr. LC, que vive perto e é casado com a D.^a CC. Estes têm dois filhos pequenos.

Em junho de 2022 a D.^a RC foi diagnosticada com uma neoplasia vulvar (carcinoma epidermoide invasor) no pequeno lábio à esquerda. Nesta região, a doente apresenta uma lesão tipo couve-flor, de superfície rugosa, nacarada e com bordos endurecidos, com dor e prurido associados. Fez dois ciclos de radioterapia paliativa, que terminou em novembro de 2022, tendo sido nesta altura, pedida colaboração da EIHSCP, no âmbito de consulta externa de cuidados paliativos. Como sintomas, a doente apresenta dor, caquexia, aumento da dependência e alterações do sono.

Pelo aumento da dependência e complexidade dos cuidados de que a D.^a RC necessita, a família pondera que a sua nora, a D.^a CC assuma o papel de cuidadora a tempo inteiro.

Enquadramento Teórico:

Carcinoma da vulva:

O cancro da vulva é um dos tipos de doença oncológica mais raros, representando cerca de 4% do total de cancros ginecológicos. O seu subtipo mais comum é o carcinoma das células escamosas, normalmente associado a faixas etárias acima dos 70 anos (Olawaiye et al., 2021). Contudo, devido ao aumento da prevalência das infeções por HPV em algumas regiões do mundo, a idade média de incidência tem vindo a reduzir-se. Segundo Olawaiye e colaboradores (2021, p.7) “em mulheres com menos de 60 anos, a incidência geral aumentou cerca de 38%, enquanto em mulheres acima dos 60 anos não houve um aumento significativo”. É frequente que o seu diagnóstico seja feito em fases já avançadas da doença porque as doentes tendem a “ocultar a sua situação clínica ou porque lhe foram prescritas terapêuticas tópicas sem ter sido

feito o diagnóstico” (Jorge, 2011, p.339).

Este tipo de cancro está normalmente, associado às regiões dos grandes e/ou pequenos lábios. O grau de atingimento linfático depende da localização e tamanho do tumor primário, bem como da sua proximidade à linha média (Olawaiye et al., 2021).

Os principais fatores de risco para o seu desenvolvimento incluem a infeção por HPV, a infeção por HIV, atrofia e/ou inflamação local e o tabagismo (Jorge, 2011; Olawaiye et al., 2021).

Tal como em outros tipos de cancro ginecológico, também no cancro da vulva a vacinação contra o Vírus do Papiloma Humano (HPV) tornou-se de extrema importância na redução da sua prevalência. O subtipo de HPV 16, incluído na maioria das vacinas administradas atualmente, foi associado ao desenvolvimento de lesões escamosas intraepiteliais de alto grau, bem como ao carcinoma de células escamosas da vulva. Assim, a prevenção primária com recurso à vacinação demonstrou “reduzir a prevalência de lesões pré-malignas não cervicais entre as mulheres vacinadas (...), com uma eficácia acima dos 90%” (Olawaiye et al., 2021, p.8).

As mulheres com lesões de líquen escleroso devem ser incentivadas a realizar regularmente o auto-exame da região genital. No caso de existirem sintomas, como o prurido vulvar crónico, ou sinais, como lesões pigmentadas ou úlceras irregulares, deve ser ponderada a realização de uma biopsia local (Olawaiye et al., 2021).

O tratamento de lesões predisponentes e pré-malignas da vulva deve ser realizado oportunamente, incluindo-se este como um método de prevenção terciária. De acordo com Olawaiye e colaboradores (2021) são, atualmente, conhecidas duas vias patológicas de desenvolvimento do cancro da vulva, nomeadamente:

- Os carcinomas das células escamosas queratinizantes, característicos de mulheres mais velhas e associado com a evolução do líquen escleroso.
- Os carcinomas das células escamosas verrugosos, característicos de mulheres mais novas e associado com a infeção por HPV, particularmente com os subtipos 16, 18, 31 e 33. Este tipo de carcinoma é, geralmente, precedido pelas lesões escamosas intraepiteliais.

O tratamento deste tipo de lesões inclui a utilização de corticosteróides tópicos e a excisão cirúrgica das lesões existentes.

O estadiamento do cancro da vulva é baseado na classificação da *Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique* (FIGO) e inclui a avaliação histológica da vulva e dos nódulos linfáticos locais (Olawaiye et al., 2021).

- Estádio I: tumor confinado à vulva. Dividido em duas subcategorias, de acordo com o tamanho do tumor e do grau de invasão do estroma.
- Estádio II: tumor de qualquer tamanho que se estende ao terço inferior da uretra, da vagina ou do ânus, com nódulos linfáticos negativos.
- Estádio III: tumor de qualquer tamanho, com extensão às estruturas perineais adjacentes

ou com atingimento de qualquer número de nódulos linfáticos não fixos e não ulcerados. Divide-se em três subcategorias, de acordo com a sua extensão e número de nódulos linfáticos afetados.

- Estádio IV: tumor de qualquer tamanho com metástases nodulares locais ou com metástases distantes. Divide-se em duas subcategorias, de acordo com metastização local ou à distância.

Um dos principais fatores de prognóstico da doença é a metastização dos nódulos linfáticos, “podendo causar uma diminuição de 50% da taxa de sobrevivência” (Jorge, 2011, p.345).

O tratamento do cancro da vulva deve ser individualizado e adaptado a cada caso, dependendo do local do tumor primário e do seu estadiamento. A decisão deve, ainda ter em consideração a idade, a existência de comorbilidades e o estado funcional da doente. O tratamento de eleição é o cirúrgico, devendo optar-se pelo método mais conservador que resulte na cura da doença. A quimioterapia, a radioterapia e a imunoterapia podem, também, ser utilizadas. Contudo, recorre-se mais frequentemente a estes tipos de tratamento nos casos de doença metastizada e como modo paliativo de intervenção (Olawaiye et al., 2021).

Durante os 5 anos pós-tratamento aconselha-se que a doente seja observada frequentemente, uma vez que as recidivas da doença são mais frequentes durante este período, particularmente nos primeiros 2 anos (Olawaiye et al., 2021).

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 84 anos | Feminino

Cuidador

06-04-2023 10:00

Nome do cuidador: D.ª CC.

Data de nascimento do cuidador: 06-08-1982.

Parentesco: Nora / Genro.

Coabita com a pessoa dependente (Não).

Disponibilidade para tomar conta: Todos os dias, mas não o dia todo.

Capacidade do cuidador para adquirir informação: Sem dificuldade em reter nova informação.

Capacidade do cuidador para recuperar informação: Sem dificuldade em recuperar informação.

Capacidade física do cuidador para assistir no andar: suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para assistir no erguer-se

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para deslocar cliente em cadeira de rodas: suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para transferir

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar na totalidade.

D.^a CC é empregada fabril, tendo horário de trabalho entre as 8h e as 16h.

13/04: Nora da doente refere ter ficado uma semana de baixa do emprego para cuidar da sogra.

21/04: Nora da doente refere ter ficado mais uma semana de baixa do emprego para cuidar da sogra. Refere que regressará ao emprego na próxima semana.

24/04: Nora da doente refere ter regressado ao emprego após duas semanas de baixa para cuidar da sogra. Refere que a doente volta a estar longos períodos de tempo sozinha.

28/04: Nora da doente refere manter-se a trabalhar, ficando a doente longos períodos sozinha e sem apoio.

Família

06-04-2023 10:00

Família alargada.

Família com filhos menores.

Doente tem um filho único, casado e com dois filhos pequenos. Não residem na mesma casa, mas vivem perto e dão apoio à D.^a RC.

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-04-06 10:00:00	Omeprazol 20mg PO (1 comprimido 30 minutos antes do pequeno-almoço).	
2023-04-06 10:00:00	Prednisolona 20mg PO (1 comprimido ao almoço).	
2023-04-06 10:00:00	Gabapentina 100mg PO (1 comprimido ao pequeno-almoço + 1 comprimido ao almoço).	
2023-04-06 10:00:00	Gabapentina 300mg PO (1 comprimido ao jantar).	
2023-04-06 10:00:00	Mirtazapina 15mg PO (1 comprimido ao deitar).	

Início	Medicação	Fim
2023-04-06 10:00:00	Trimetoprim 800mg + Sulfametoxazol 160mg PO (1 comprimido ao almoço).	
2023-04-06 10:00:00	Morfina libertação prolongada (MST) 30mg PO (1 comprimido ao pequeno-almoço + 1 comprimido ao jantar).	2023-04-21 09:45:00
2023-04-06 10:00:00	Morfina libertação prolongada (MST) 30mg PO (1 comprimido em SOS ao almoço, se dor).	2023-04-21 09:45:00
2023-04-06 10:00:00	Morfina libertação rápida (Sevredol) 10mg PO (SOS se dor, num máximo de 6/dia).	
2023-04-06 10:00:00	Lidocaína gel 2% aplicação tópica (SOS, se dor na região da ferida maligna vulvar).	
2023-04-06 10:00:00	Bisacodilo 5mg + Sene 105mg PO (SOS, se obstipação com 3 dias de evolução).	
2023-04-21 09:45:00	Morfina libertação prolongada (MST) 30mg PO (1 comprimido ao pequeno-almoço, ao almoço e ao jantar).	2023-04-24 10:30:00
2023-04-21 09:45:00	Ondansetrom 8mg PO (1 comprimido, 30 minutos antes do pequeno-almoço, do almoço e do jantar).	
2023-04-24 10:30:00	Fentanilo 50 microgramas selo transdérmico (1 selo de 3-3 dias).	2023-04-28 11:15:00
2023-04-28 11:15:00	Fentanilo 75 microgramas selo transdérmico (1 selo de 3-3 dias).	
2023-04-28 11:15:00	Nistatina suspensão oral (2 pipetas 4xdia).	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

O controlo de sintomas é um dos pilares fundamentais dos cuidados paliativos. Para que este seja alcançado, uma das ferramentas utilizadas é o tratamento farmacológico.

Especificamente no presente caso clínico foram utilizados os seguintes fármacos:

Omeprazol:

Integra o grupo farmacológico dos inibidores da bomba de protões, sendo indicado no tratamento da doença de refluxo gastroesofágico, no tratamento de curta duração de úlceras duodenais ativas e no tratamento da síndrome de Zollinger-Ellison. O seu mecanismo de ação está relacionado com a inibição específica da bomba ácida das células parietais, impedindo o transporte de iões de hidrogénio para o lúmen gástrico. É metabolizado, maioritariamente, a nível hepático e eliminado via renal, tendo uma semi-vida de entre 30 minutos e 1h. Os seus efeitos secundários incluem dores abdominais, obstipação, náuseas e tonturas (Deglin & Vallerand, 2009). Neste caso, foi utilizado numa perspetiva preventiva, como protetor gástrico, considerando a quantidade de medicação administrada à doente.

Mirtazapina:

Integra o grupo farmacológico dos antidepressores, sendo indicado no tratamento da depressão. O seu mecanismo de ação está relacionado como a potenciação dos efeitos da noradrenalina e da serotonina. O seu início de ação só é notado cerca de 1-2 semanas após início do tratamento. É metabolizado a nível hepático e eliminado por via renal e intestinal, tendo uma semi-vida de 20-40h. Os seus efeitos secundários incluem sonolência, obstipação, xerostomia, aumento do apetite e aumento de peso (Deglin & Vallerand, 2009). Neste caso, foi utilizada com o objetivo de melhorar o humor da doente, devido ao seu efeito antidepressivo. Para além disso, e tendo em conta ser um efeito secundário frequente desta medicação, a sua utilização teve, também, o objetivo de aumentar o apetite da doente.

Trimetoprim + Sulfametoxazol:

Integra o grupo farmacológico dos antibacterianos sulfonamidas e suas associações, sendo indicado no tratamento de bronquite, enterite por *Shigella*, otite média, pneumonia por *Pneumocystis carinii*, infeções urinárias e diarreia do viajante. Pode, ainda, ser administrado como prevenção de infeções bacterianas em doentes imunodeprimidos. O seu mecanismo de ação está relacionado com a inibição do metabolismo do ácido fólico bacteriano. É metabolizado a nível hepático e eliminado por via renal, tendo uma semi-vida de 8-11h (Trimetoprim) e de 7-12h (Sulfametoxazol). Os seus efeitos secundários incluem necrose hepática, náuseas, vômitos, necrose epidérmica tóxica, erupções cutâneas, anemia aplásica, agranulocitose e eritema multiforme (Deglin & Vallerand, 2009). Neste caso, foi utilizado com o objetivo de tratar a infeção da ferida maligna que a doente apresenta na região vulvar, prevenindo o seu agravamento.

Bisacodilo + Sene:

Integra o grupo farmacológico dos laxantes de contacto, sendo indicado no tratamento da obstipação e da atonia intestinal. O seu mecanismo de ação está relacionado com o aumento da motricidade intestinal, com a modificação das trocas hidroeletrólíticas e com a secreção intestinal de água, eletrólitos e proteínas. É metabolizado a nível hepático e eliminado por via intestinal e renal. Os seus efeitos secundários incluem desconforto abdominal, cólicas, náuseas e diarreia (Infarmed, n. d.). Neste caso, foi utilizado com o objetivo de prevenir a obstipação associada aos fármacos opióides.

Lidocaína Gel:

Integra o grupo dos anestésicos locais e antipruriginosos, sendo indicado como anestésico local

ou por infiltração. O seu mecanismo de ação está relacionado com a inibição do transporte de iões através das membranas dos neurónios, impedindo a condução dos impulsos nervosos normais. A fração absorvida é metabolizada a nível hepático e eliminada por via renal, tendo uma semi-vida bifásica (inicial de 7-30 minutos e terminal de 90-120 minutos). Os seus efeitos secundários incluem sonolência, confusão, convulsões, paragem cardíaca e anafilaxia (Deglin & Vallerand, 2009). Neste caso, foi utilizada com o objetivo de controlar a dor da doente a nível da ferida maligna presente na região vulvar, através do seu efeito anestésico. Para além disso, foi adjuvante no controlo do prurido dado o seu efeito antipruriginoso.

Ondansetrom:

Integra o grupo dos antieméticos e antivertiginosos, sendo indicado na prevenção de náuseas e vómitos associados à quimioterapia e/ou radioterapia, bem como aos associados ao período pós-operatório. O seu mecanismo de ação está relacionado com o bloqueio dos recetores da serotonina localizados nas terminações dos nervos vagais e dos quimiorrecetores das zonas de disparo do sistema nervoso central. É metabolizado a nível hepático e eliminado por via renal, tendo uma semi-vida de 3h30-5h30. Os seus efeitos secundários incluem cefaleias, tonturas, diarreia e obstipação (Deglin & Vallerand, 2009). Neste caso, foi utilizado com o objetivo de controlo e prevenção das náuseas referidas pela doente.

Fentanilo:

Integra o grupo dos analgésicos estupefacientes, sendo indicado no tratamento de dores crónicas em doentes que requeiram terapêutica com analgésicos opiáceos. O seu mecanismo de ação está relacionado com a ligação efetuada aos recetores opióides no sistema nervoso central, alterando a sua resposta e a perceção da dor. Tem uma boa absorção por via transdérmica, sendo a sua libertação para a circulação sistémica feita de forma gradual e crescente até atingir um ritmo de libertação constante e que se mantém durante as 72h. É metabolizado a nível hepático e eliminado por via renal, tendo uma semi-vida de 17h (na primeira aplicação) e de 21h (nas aplicações seguintes). Os seus efeitos secundários incluem sedação, confusão, cefaleias, fraqueza, apneia, obstipação, xerostomia, náuseas, vómitos, anorexia e hipersudorese (Deglin & Vallerand, 2009). Neste caso, foi utilizado com o objetivo de controlo da dor referida pela doente.

Nistatina:

Integra o grupo dos antifúngicos, sendo indicado no tratamento local da candidíase orofaríngea e intestinal. O seu mecanismo de ação está relacionado com a modificação da permeabilidade

da membrana celular fúngica e com a consequente saída de componentes intracelulares. Os seus efeitos secundários incluem náuseas, vômitos, diarreia e epigastralgias (Deglin & Vallerand, 2009). Neste caso, foi utilizada como tratamento da candidíase oral desenvolvida pela doente.

Os restantes fármacos prescritos, nomeadamente a **Prednisolona**, a **Gabapentina** e a **Morfina** foram abordados na conceção de cuidados apresentada previamente. A **Prednisolona** foi utilizada com o objetivo de manutenção e controlo do crescimento tumoral, para além de ser um fármaco adjuvante no controlo da dor. A **Gabapentina** e a **Morfina** foram utilizadas com o objetivo de promover o controlo da dor referida pela doente.

4.4. Domínios

Início	Domínios	Fim
06-04-2023 10:00	Apetite	
06-04-2023 10:00	Prurido	
06-04-2023 10:00	Dor	
06-04-2023 10:00	Eliminação intestinal	
06-04-2023 10:00	Pele	
06-04-2023 10:00	Sono	
06-04-2023 10:00	Emoção	
06-04-2023 10:00	Cuidar da higiene pessoal	
06-04-2023 10:00	Vestir-se ou despir-se	
06-04-2023 10:00	Alimentar-se	
06-04-2023 10:00	Autogestão do regime medicamentoso	
06-04-2023 10:00	Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado	
06-04-2023 10:00	Transferir-se	
06-04-2023 10:00	Andar	
21-04-2023 09:45	Digestão	
28-04-2023 11:15	Mucosas	

4.4.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico

Apetite:

O ICN define apetite como a “sensação de desejo de satisfazer as necessidades orgânicas em nutrientes ou de um tipo particular de alimentos” (ICN, 2019).

Nos doentes com cancro avançado, a diminuição do apetite é um sintoma muito comum, sendo “preditivo de baixa sobrevida” (Ehret & Jatoi, 2021, p. 31). Estes autores mencionam alguns estudos que indicam que a diminuição do apetite pode estar associada a outros sintomas como a saciedade precoce e alterações do olfato e paladar. Contudo, fazem, também, referência a outros estudos que defendem que o cancro é a principal causa da diminuição do apetite (Ehret & Jatoi, 2021). Os mecanismos propostos para explicar a “anorexia induzida pelo cancro são: efeitos locais do tumor, alterações do paladar, disfunção hipotalâmica, modificação dos mecanismos da saciedade e aversão à comida” (Gonçalves et al., 2010, p.183).

A diminuição do apetite pode estar relacionada com a perda de peso, conduzindo à síndrome de anorexia-caquexia que, por sua vez, irá estimular a diminuição do apetite. Esta síndrome consiste numa

síndrome metabólica complexa, de natureza multifatorial, na qual há perda involuntária de massa muscular esquelética (com perda ou não de massa gorda), lipólise, anorexia (componente universal da caquexia), náusea crónica e astenia. Não é totalmente reversível com suporte nutricional convencional (Fernandes et al., 2017, p.83).

Caquexia define-se como “malnutrição: condição de magreza; perda muscular; falta de forças e enfraquecimento habitualmente associada com mau estado geral ou a doenças como o cancro e a tuberculose” (ICN, 2019). Consiste numa

síndrome metabólica complexa e multifatorial caracterizada devido à perda de peso irreversível em resultado da perda de massa muscular (acompanhada ou não de massa gorda) levando à deterioração funcional progressiva, diminuição da tolerância ao tratamento do cancro e diminuição da qualidade de vida e sobrevida do paciente. Consiste numa perda de peso não intencional > 5% nos últimos 6 meses, IMC < 20 kg/m² e perda de peso > 2% ou sarcopenia > 2% (Serna, et al., 2022, p.815).

A caquexia pode, ainda, ser classificada como refratária quando o doente apresenta uma doença oncológica avançada e não tratada, baixa funcionalidade (de acordo com o Índice de Karnofsky) e esperança média de vida abaixo dos 3 meses.

Dado o acima exposto, verifica-se que a síndrome anorexia-caquexia pode ter uma forte influência e relação com o nível de dependência do doente.

Pode tentar controlar-se a diminuição do apetite com recurso a fármacos e a aconselhamento alimentar (Ehret & Jatoi, 2021, p.30). No entanto,

a decisão de atenuar ou não a perda de apetite deve concentrar-se em discussões ponderadas entre profissionais de saúde, doentes e suas famílias (...) Se, ao contrário, uma

modesta e efémera melhoria no apetite não parece significativa para o doente, então outras intervenções – como discussões aprofundadas e aconselhamento dietético com foco em pequenas refeições, desviando o foco da quantidade de alimentos consumidos e perda de peso, e direcionar o foco para o conforto do doente e tempo significativo gasto com os membros da família - devem ser perseguidas (Ehret & Jatoi, 2021, p.30).

Apesar do referido,

Numa fase avançada da doença, a anorexia é protetora porque o organismo não é capaz de lidar com a ingestão alimentar. O doente não está a morrer à fome, nem a suspensão da nutrição vai apressar a morte. Assim o doente não vai morrer porque não se está a alimentar, mas sim não se alimenta porque está a morrer (dada a sua doença irreversível) (Fernandes et al., 2017, p.104).

Prurido:

Prurido define-se como “percepção comprometida: sensação de formigueiro desagradável; sensação cutânea seguida de impulso de coçar a pele ou o couro cabeludo” (ICN, 2019).

Não é dos sintomas mais prevalentes em cuidados paliativos, sendo mais frequente nas neoplasias hematológicas e nos tumores das vias biliares. Mais raramente, pode surgir associado a tumores sólidos, nomeadamente “no escroto em tumores da próstata, no períneo em tumores do cólon ou reto, na vulva em tumores do colo do útero” (Cardoso, 2016, p.244). Os tumores sólidos podem, ainda, ser causadores de prurido paraneoplásico. “Pode ser uma reação fisiológica de alerta para potenciais agressões, tendo uma função protetora, ou ser uma reação patológica que agrava significativamente a morbidade” (Cardoso, 2016, p.239).

O prurido constitui-se como uma sensação primária resultante da ativação dos recetores neuronais sensitivos cutâneos. Esta ativação é provocada por neuromediadores que “influenciam diretamente a permeabilidade vascular e o eritema e ativam a libertação de mediadores, como as prostaglandinas, bradiquinina, serotonina e histamina. Esta ação induz a sensação de prurido e aumenta a ativação local da resposta inflamatória” (Cardoso, 2016, p.240).

Nos cuidados paliativos, o prurido é classificado de acordo com a sua etiologia:

O prurido primário ou idiopático surge em mais de 70% dos doentes a quem foi excluída a hipótese de doença dermatológica (prurido secundário). Pode ser bastante limitado em extensão e intensidade e os sintomas serem razoavelmente controlados com terapêutica tópica e cuidados da pele. Por vezes, algumas situações podem ser extensas, graves e crónicas. (...). O prurido secundário está associado a uma grande variedade de patologias tanto dermatológicas como sistémicas (por exemplo, psoríase, úlcera de pressão,

insuficiência renal terminal, hepatite C, linfoma Hodgkin e não-Hodgkin, mieloma múltiplo, entre outros) (Cardoso, 2016, p.242-243).

O tratamento do prurido inclui medidas não farmacológicas e farmacológicas. As primeiras incluem manter a pele hidratada aplicando creme regularmente; evitar tomar banho com água demasiado quente; usar produtos de pH baixo; evitar produtos perfumados; secar bem a pele, utilizando toalhas macias e sem esfregar; utilizar roupas largas e confortáveis, preferencialmente de algodão; manter as unhas limpas e cortadas; evitar coçar a região afetada (Cardoso, 2016; Ferreira & Mendonça, 2017). Já as segundas passam pela adequação da terapêutica farmacológica à causa do prurido. Nomeadamente, quando provocado por tumores sólidos, com origem paraneoplásica, é aconselhado o uso de paroxetina, mirtazapina e talidomida. Em casos de prurido intenso e localizado podem utilizar-se anestésicos tópicos como por exemplo a lidocaína (Cardoso, 2016; Carneiro, 2017).

Autogestão do Regime Medicamentoso:

A gestão eficaz do regime terapêutico pressupõe a existência simultânea de cognição e volição. O ICN (2019) define cognição como um “processo psicológico: processo intelectual que envolve todos os aspetos da perceção; pensamento; raciocínio e memória”. Já a volição é definida como uma “atitude: escolha consciente; ato de escolher para o bem-estar próprio” (ICN, 2019). Ou seja, é necessário que o doente apresente capacidade mental para adquirir o conhecimento necessário para gerir o seu regime terapêutico (cognição), ao mesmo tempo que requer a existência de vontade para o fazer (volição).

Segundo Bastos (2012), a autogestão engloba as tarefas que o doente tem de incorporar para viver com uma, ou mais, doenças crónicas e incluem, por exemplo, a gestão clínica, a gestão emocional e a gestão de papéis. Assim,

a autogestão surge como um processo ativo e flexível, em que a pessoa desenvolve ações (identifica os seus problemas; define objetivos; desenvolve planos; identifica formas para superar dificuldades e monitoriza o progresso no alcance das metas), para sustentar mudanças comportamentais e alcançar as metas desejadas, relacionadas com a sua condição. Fatores como a educação, o suporte social e familiar, afetam a capacidade de autogestão, bem como a confiança em si mesmo e o apoio por parte dos profissionais de saúde (Oliveira, 2015, p.25).

Um outro conceito associado à gestão do regime terapêutico é o de adesão. Este define-se como um

status positivo: ação auto iniciada para promoção do bem-estar; recuperação e reabilitação; seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou

comportamentos. Cumpre o regime de tratamento; toma os medicamentos como prescrito; muda o comportamento para melhor, sinais de cura, procura os medicamentos na data indicada, interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções relativas ao tratamento. (Frequentemente associado ao apoio da família e de pessoas que são importantes para o cliente, conhecimento sobre os medicamentos e processo de doença, motivação do cliente, relação entre o profissional de saúde e o cliente) (ICN, 2019).

A adesão ao regime terapêutico e a gestão do regime terapêutico são termos cuja concretização não é totalmente clara. Segundo Oliveira (2015) o conceito de adesão é tido como parte do conceito de gestão, sendo utilizado frequentemente para documentar os cuidados. Ainda de acordo com a mesma autora, o conceito de gestão é mais utilizado para referir o conhecimento e a preparação do doente sobre determinado aspeto do regime terapêutico.

Gestão do Regime Terapêutico é um conceito mais global, que engloba a adesão, mas que vai além da volição e inclui, entre outros aspetos, a capacidade de decisão sobre a mudança de um comportamento face à modificação do *status* de um sintoma ou face a uma nova circunstância, incorporando, por isso, o autoconhecimento e o conhecimento técnico necessário para interpretar e agir em conformidade (Bastos, 2012, p.66).

Um dos aspetos incluídos na gestão do regime terapêutico é a gestão do regime medicamentoso. Neste deve ter-se em conta não só a quantidade de medicamentos prescritos, mas também a sua dose, frequência de tomas e modo de administração. Pressupõe a existência de capacidade para gerir a medicação, que é definida “como a competência funcional e cognitiva para autogerir o regime medicamentoso prescrito” (Oliveira, 2015, p.23). Assim, se o doente reunir o conhecimento, a capacidade e a autonomia necessárias à gestão do regime medicamentoso, a sua adesão ao mesmo será promovida e facilitada.

Nos doentes paliativos, o estado avançado da doença conduz, na maioria das vezes, a uma perda de controlo sobre quase todos os aspetos da sua vida. Nos casos em que o doente não tem capacidade para gerir não só o regime medicamentoso, como também todo o regime terapêutico, esta responsabilidade recai, na maioria das vezes, sobre o familiar cuidador. Desta forma, o domínio **Autogestão do Regime Medicamentoso** liga-se ao domínio da **Preparação da Família para Integrar um Familiar Dependente no Autocuidado**, uma vez que esta necessita de ser capacitada para dar resposta às necessidades do familiar doente.

Tal como já foi referido, a OMS instituiu a família como parte integrante da equipa de cuidados paliativos. Por este motivo, esta deve ser encarada como parte da equipa de cuidados, devendo “dispor de: informação, comunicação, controlo e autonomia para a tomada de decisões” (Reigada et al., 2014, p.163).

Ao transmitir o conhecimento e a capacidade que a família necessita para cuidar do familiar doente, a equipa de profissionais deve promover a manutenção da autonomia do doente por

parte da família, dar a conhecer e facilitar o acesso dos familiares cuidadores a dispositivos que facilitem e auxiliem nos cuidados e transmitir conhecimento sobre problemas específicos e inerentes ao processo de doença (Reigada et al., 2014).

De acordo com Reigada e colaboradores (2014, p.168) é possível identificar

quatro eixos que comportam factores (categorias) condicionantes à capacidade para cuidar:

1. Eixo da prática – Quando a família consegue ter acesso a recursos práticos como ajudas técnicas e serviços de apoio domiciliário de higiene e alimentação, bem como, acesso rápido ao internamento quando necessário para controlo de sintomas ou descanso do cuidador, aumenta a capacidade da família para cuidar. 2. Eixo relacional – Quando numa família se encontram presentes vínculos afetivos e boa comunicação, principalmente no que respeita à partilha de experiências, a capacidade para cuidar aumenta. 3. Eixo da experiência interna – Possuir estratégias de *coping* e conseguir manifestar sentimentos positivos, como o amor, a segurança e a esperança, são indicadores de maior capacidade familiar para cuidar. 4. Eixo do estado de saúde – Ter conhecimento acerca do estado de saúde do doente, conhecendo as consequências da doença e o que fazer quando se deparar com agravamento/descontrolo de sintomas, capacita a família para cuidar.

A equipa de profissionais deve, deste modo, levar em consideração estas categorias identificadas sempre que trabalhe na capacitação de uma família cuidadora, para que as necessidades do doente sejam “colmatadas visando ao seu conforto, à autonomia, aceitação e adaptação” (Reigada et al., 2014, p.168).

Digestão:

No domínio da digestão,

náuseas e vômitos são sintomas muito comuns em cuidados paliativos, a prevalência em doença oncológica é de até 70% e em doença não oncológica é de até 50%, estes sintomas são particularmente sintomas angustiantes, perturbam a qualidade de vida das pessoas e são possivelmente difíceis de tratar (García et al., 2018, p. 10).

Náusea define-se como “percepção comprometida: sensação de enjoo e de vontade de vomitar; sensação desagradável, vagamente referenciada ao epigastro e abdómen, ofensiva ao paladar ou ao olfato” (ICN, 2019). A correta avaliação da náusea implica conhecer as suas causas e estabelecer as suas características (quando ocorre, a sua duração, os seus fatores precipitantes, o padrão alimentar e das refeições, as características da eliminação intestinal, entre outros).

Para avaliação da intensidade das náuseas pode ser utilizada a escala visual numérica, em que 0 (zero) corresponde a “sem náusea” e 10 (dez) corresponde à pior sensação de náusea possível. Esta escala de avaliação pode, inclusivamente, ser transversal a vários sintomas.

A *Edmonton System Assessment Scale* (ESAS) é uma escala traduzida e adaptada para português, multidimensional muito usada na prática clínica que inclui 9 sintomas (dor, cansaço, náusea, dispneia, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar), permite associar outros sintomas e pode ser preenchida pelo doente ou, na incapacidade deste, por cuidadores ou profissionais (Pires & Gonçalves, 2017, p. 21).

As principais causas para o aparecimento destes sintomas incluem causas gastrointestinais (estase gástrica, compressão gástrica por ascite, hepatomegalia, obstipação ou oclusão intestinal), outras causas intra-abdominais, causas ligadas ao sistema nervoso central, causas vestibulares, causas metabólicas, causas relacionadas com os fármacos administrados (opioides, diuréticos, antidiabéticos orais e anti-hipertensores) e outras causas como tosse e irritação faríngea por infeção ou secreções respiratórias (Araújo et al., 2017).

Quanto à classificação,

as náuseas e vômitos podem ser classificados temporalmente em antecipatórios (12 a 24 horas antes de qualquer evento que seja indutor direto – QT, RT, internamento ou tratamento – estão associados a ansiedade e preocupação); agudos (existem até se completarem 24 horas após um estímulo, geralmente QT ou um fármaco, como antibiótico ou opióide); tardios (aparecem entre 24h a 5 dias após a exposição a um agente emetizante) e os crónicos (quando existem há mais de 5 a 7 dias). Em cuidados paliativos a duração média de náuseas e vômitos é de 7 dias (Gonçalves, 2019, p.33).

O tratamento da náusea pode ser feito com recurso a medidas não farmacológicas, em conjunto com o tratamento farmacológico com antieméticos, devendo a sua seleção ser orientada pela causa mais provável e pelas causas potencialmente reversíveis. Os estudos revelam que a via oral é a preferencial para administração de terapêutica em cuidados paliativos, contudo, na presença de náuseas esta pode “não ser eficaz e deve selecionar-se a via subcutânea” (García et al., 2018, p. 13).

Os domínios da **Dor**, da **Eliminação Intestinal**, da **Pele** (nomeadamente, a ferida maligna), do **Sono**, da **Emoção**, das **Atividades do Autocuidado**, da **Preparação da Família para Integrar um Familiar Dependente no Autocuidado** e das **Mucosas** foram abordados na conceção de cuidados apresentada previamente.

4.5. Dados

Apetite

06-04-2023 10:00

Apetite diminuído.

Paladar conservado.

Apetite comprometido

Conhecimento do cuidador sobre regime dietético: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético [RESOLVIDO] 21-04-2023 09:45

13-04-2023 11:30

13/04: Nora da doente refere que esta mantém redução do apetite, apesar de ingerir mais quantidade de alimentos do que na consulta anterior.

Apetite diminuído [MANTEVE].

Paladar conservado [MANTEVE].

Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

21-04-2023 09:45

Apetite diminuído [MANTEVE].

Paladar conservado [MANTEVE].

Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético: facilitador.

24-04-2023 10:30

Apetite diminuído [MANTEVE].

Paladar conservado [MANTEVE].

28-04-2023 11:15

Apetite diminuído [MANTEVE].

Paladar conservado [MANTEVE].

Prurido

06-04-2023 10:00

Prurido

Localização e intensidade do prurido

Vagina: moderado.

Associado à ferida maligna na região vulvar, a doente refere prurido ligeiro a moderado.

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de alívio do prurido [RESOLVIDO] 13-04-2023 11:30

13-04-2023 11:30

13/04: Nora da doente refere que, com implementação das intervenções sugeridas, a doente refere melhoria do prurido, sendo este intermitente e ligeiro.

Localização e intensidade do prurido

Vagina: ligeiro [MELHOROU].

Conhecimento do cuidador sobre estratégias de alívio do prurido: facilitador.

21-04-2023 09:45

Localização e intensidade do prurido

Vagina: ligeiro [MELHOROU].

24-04-2023 10:30

Localização e intensidade do prurido

Vagina: ligeiro [MELHOROU].

28-04-2023 11:15

Localização e intensidade do prurido

Vagina: ligeiro [MELHOROU].

Dor

06-04-2023 10:00

Dor

Localização da dor

Períneo

Intensidade da dor - 8.

frequência da dor - intermitente.

duração da dor - crónica.

dor de tipo - pontada.

Conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Doente refere ter episódios de dor intensa (num máximo de 8, de acordo com a Escala Numérica da Dor), tipo pontada na região vulvar e perineal.

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 13-04-2023 11:30

13-04-2023 11:30

13/04: Nora refere que no espaço de uma semana a doente não necessitou de muitas doses de resgate para a dor. Quando questionada refere que a doente fez 1 SOS nas últimas 24h, sendo este o comprimido de MST que tinha ficado prescrito como dose de resgate à hora de almoço. Sem necessidade de tomas de sevredol nas 24h anteriores, segundo a cuidadora.

Localização da dor

Períneo

Intensidade da dor - 6.

frequência da dor - intermitente.

duração da dor - crónica.

dor de tipo - pontada.

Conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas: facilitador.

21-04-2023 09:45

21/04: A cuidadora da doente refere que, nas últimas 48h, esta tem apresentado mais queixas de dor, tendo tido necessidade de realizar 4 doses de resgate de sevredol nas últimas 24h. Realizado ajuste terapêutico, prescrevendo-se 1 comprimido de MST fixo à hora de almoço.

Localização da dor

Períneo

Intensidade da dor - 8.

frequência da dor - intermitente.

duração da dor - crónica.

dor de tipo - pontada.

24-04-2023 10:30

24/04: Cuidadora da doente contacta a equipa a informar que a medicação MST 30mg se encontra esgotada nas farmácias. Realizadas alterações terapêuticas, com switch para selo transdérmico de fentanilo 50 microgramas.

Localização da dor

Períneo

Intensidade da dor - 5.

frequência da dor - intermitente.

duração da dor - crónica.

dor de tipo - pontada.

28-04-2023 11:15

28/04: Cuidadora da doente refere que esta tem tido mais queixas de dor na região da ferida maligna. Com necessidade de 5 SOS's de sevredol nas últimas 24h. Realizados ajustes terapêuticos, aumentando-se a dose de fentanilo transdérmico para 75 microgramas.

Localização da dor

Períneo

Intensidade da dor - 7.

frequência da dor - intermitente.

duração da dor - crónica.

dor de tipo - pontada.

Digestão

21-04-2023 09:45

Com sensação de enjojo.

Sem refluxo dos alimentos deglutidos.

Náusea

Náusea moderada.

Conhecimento do cuidador sobre estratégias de alívio da náusea: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea [RESOLVIDO] 28-04-2023 11:15

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime dietético

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso [RESOLVIDO] 28-04-2023 11:15

24-04-2023 10:30

Com sensação de enjojo [MANTEVE].

Náusea moderada [MANTEVE].

Conhecimento do cuidador sobre estratégias de alívio da náusea: necessita ser melhorado

para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-04-2023 11:15

Com sensação de enjoo [MANTEVE].

Náusea sem gravidade [MELHOROU].

Conhecimento do cuidador sobre estratégias de alívio da náusea: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre regime medicamentoso: facilitador.

Eliminação intestinal

06-04-2023 10:00

Fezes: em moderada quantidade.

Consistência das fezes: Moldada com fendas na superfície.

Coloração das fezes: acastanhada.

Número de defecações por semana: 3.

Conhecimento do cuidador sobre regime dietético: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Cuidadora refere incluir na alimentação da sogra fruta, legumes e pão. Refere que a doenteingere água regularmente e em quantidade razoável (1 litro a 1,5 litros por dia).

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso

[RESOLVIDO] 13-04-2023 11:30

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre vigilância da eliminação intestinal [RESOLVIDO] 13-04-2023 11:30

13-04-2023 11:30

Conhecimento do cuidador sobre regime medicamentoso: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal: facilitador.

Mucosas

28-04-2023 11:15

Membrana mucosa comprometida

Localização do compromisso da membrana mucosa

Membrana mucosa oral

Coloração da mucosa: amarelada.

Mucosa seca.

Mucosa com placas aderentes.

Língua

Coloração da mucosa: amarelada.

Mucosa seca.

Mucosa com placas aderentes.

Conhecimento do cuidador sobre promoção da integridade da membrana mucosa:
necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa

Pele

06-04-2023 10:00

Ferida maligna (Localização da ferida maligna: região vulvar, no pequeno lábio à esquerda; Dimensões da lesão tegumentar: 3cm; Exsudado da lesão tegumentar: em reduzida quantidade, purulento e com cheiro fétido (odor detetado na remoção da roupa); Tecidos periféricos à lesão tegumentar: coloração ruborizada, com temperatura aumentada e tumefação ligeira; Tecidos predominantes no leito da lesão tegumentar: tecido necrosado (20%), fibrina (80%); com aspeto tipo couve-flor; Presença de sinais aparentes de contaminação da ferida; Ausência de trajetos fistulosos; Margens da lesão tegumentar irregulares)

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre ferida maligna.

[RESOLVIDO] 13-04-2023 11:30

Sono

06-04-2023 10:00

Sono não reparador e intermitente .

A doente refere acordar cerca de 2-3 vezes por noite devido à dor na região vulvar e perineal.

Sono comprometido [RESOLVIDO] 13-04-2023 11:30

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção do sono

[RESOLVIDO] 13-04-2023 11:30

13-04-2023 11:30

Número (médio) de horas de sono noturno: 7 Hora.

Sono reparador [MELHOROU].

Conhecimento do cuidador sobre promoção do sono: facilitador.

Emoção

06-04-2023 10:00

Tristeza persistente (há mais de uma semana).

Desesperança e pessimismo.

Autodesvalorização (Não).

Acentuada diminuição de interesse e prazer nas atividades (Não).

Dificuldade na concentração (Não).

Pensamentos recorrentes de morte (Não).

Tom de voz baixa, discurso arrastado.

Excesso de energia (Não).

Aumento da atividade dirigida a objetivos ou agitação psicomotora (Não).

Redução da necessidade de sono (Não).

Fuga de ideias ou pensamento acelerado (Não).

Humor persistentemente elevado, expansivo ou irritável (Não).

Autoestima excessiva ou grandiosidade (Não).

Verbalização de ansiedade (Não).

Inquietação (Não).

Irritabilidade (Não).

Pânico (Não).

Especificação da perda: Perda da independência.

Negação da perda (Não).

Pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda.

Os dados associados ao diagnóstico de luto comprometido são referentes ao luto preparatório da doente.

Luto comprometido

Tristeza (Verbalização de tristeza; Fácies triste; Olhar vago; Evitação de falar sobre o tema)

Tristeza da cuidadora (Verbalização de tristeza; Fácies triste; Choro)

13-04-2023 11:30

Negação da perda (Não) [MANTEVE].

Pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda [MANTEVE].

21-04-2023 09:45

Negação da perda (Não) [MANTEVE].

Pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda [MANTEVE].

24-04-2023 10:30

Negação da perda (Não) [MANTEVE].

Pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda [MANTEVE].

28-04-2023 11:15

Negação da perda (Não) [MANTEVE].

Pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda [MANTEVE].

Transferir-se

06-04-2023 10:00

Mobiliza o corpo entre superfícies próximas

Dispositivo: Nenhum - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma insegura e lentificada.

Transferir-se comprometido

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade do cuidador para assistir no transferir-se

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda

13-04-2023 11:30

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

21-04-2023 09:45

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-04-2023 10:30

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-04-2023 11:15

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Cuidar da higiene pessoal

06-04-2023 10:00

Obtém objetos para o banho.

Abre a torneira.

Lava e seca parte do corpo

Dispositivo: Nenhum - Lava e seca parte do corpo.

Lava a cavidade oral.

Não aplica produtos de higiene.

Penteia-se

Dispositivo: Nenhum - Penteia-se.

Corta as unhas

Dispositivo: Nenhum - Não corta as unhas.

Limpa-se após usar o sanitário.

Não ajusta a roupa após usar o sanitário.

Doente tem apoio de uma equipa de apoio domiciliário para os cuidados de higiene.

Cuidar da higiene pessoal comprometido

Significado atribuído pelo cuidador ao apoio social: não dificultador.

Acesso do cuidador a apoio social para cuidar da higiene: refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao apoio social.

Acesso do cuidador a dispositivos face ao compromisso no cuidar da higiene pessoal

Dispositivo: Assento de banheira - tem disponibilidade financeira, mas não sabe como aceder ao dispositivo aquando no domicílio.

Dispositivo: Cadeira sanita - tem disponibilidade financeira, mas não sabe como aceder ao dispositivo aquando no domicílio.

Potencial do cuidador para melhorar acesso aos dispositivos aconselhados

[RESOLVIDO] 13-04-2023 11:30

13-04-2023 11:30

13/04: A cuidadora refere ter conhecimento de como aceder aos dispositivos aconselhados.

Contudo, refere que a doente ainda consegue tomar banho sem recurso ao assento de banheira e que o quarto da doente não tem espaço para colocar a cadeira sanita. Assim, refere que não irá solicitar os dispositivos aconselhados.

Acesso do cuidador a dispositivos face ao compromisso no cuidar da higiene pessoal

Dispositivo: Assento de banheira - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

Dispositivo: Cadeira sanita - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

Vestir-se ou despir-se

06-04-2023 10:00

Escolhe as roupas.

Retira roupa da gaveta ou armário.

Veste-se

Dispositivo: Nenhum - Veste a roupa da parte superior e não veste a roupa da parte inferior do corpo.

Abotoa

Dispositivo: Nenhum - Abotoa.

Ata cordões

Dispositivo: Nenhum - Não ata cordões.

Calça meias

Dispositivo: Nenhum - Não calça as meias.

Doente tem apoio de uma equipa de apoio domiciliário para, da parte da manhã, se despir e vestir. À noite, a doente tem apoio do filho ou da nora para se despir e vestir.

Vestir-se ou despir-se comprometido

Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

Capacidade do cuidador para assistir no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para vestir/despir: facilitadora.

Andar

06-04-2023 10:00

Mobilidade através da marcha

Dispositivo: Nenhum - marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas.

Andar comprometido

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre adaptação do domicílio para o uso de cadeira de rodas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Capacidade do cuidador para assistir no andar

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Capacidade do cuidador para deslocar o cliente em cadeira de rodas: facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para assistir no andar

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para deslocar o cliente em cadeira de rodas: facilitadora.

Acesso do cuidador a dispositivos face ao compromisso no andar

Dispositivo: Cadeira de rodas - tem disponibilidade financeira, mas não sabe como aceder ao dispositivo aquando no domicílio.

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda

Potencial do cuidador para melhorar acesso aos dispositivos aconselhados

[RESOLVIDO] 13-04-2023 11:30

13-04-2023 11:30

Conhecimento do cuidador sobre adaptação do domicílio para o uso de cadeira de rodas: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

13/04: Cuidadora refere ter conhecimento de como aceder aos dispositivos aconselhados, nomeadamente, a cadeira de rodas. Contudo, refere que a casa da sogra não tem condições de espaço para que a doente se desloque em cadeira de rodas. Assim, refere que

não irão solicitar a cadeira de rodas.

Acesso do cuidador a dispositivos face ao compromisso no andar

Dispositivo: Cadeira de rodas - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

Alimentar-se

06-04-2023 10:00

Leva os alimentos à boca/sonda de alimentação

Dispositivo: Nenhum - Leva os alimentos à boca / sonda de alimentação.

Prepara os alimentos para a refeição

Dispositivo: Nenhum - Não prepara os alimentos para a refeição.

Organiza os alimentos para a refeição

Dispositivo: Nenhum - Não organiza os alimentos para a refeição.

A doente tem apoio de uma equipa de apoio domiciliário que lhe leva o almoço a casa. À noite, o jantar é preparado pelo filho ou pela nora.

Alimentar-se comprometido

Consciencialização do cuidador sobre potencial de autonomia do cliente no alimentar-se: facilitadora.

Capacidade do cuidador para assistir no alimentar-se: facilitadora.

Autogestão do regime medicamentoso

06-04-2023 10:00

Organiza a medicação conforme horário

Dispositivo: Nenhum - Não organiza a medicação conforme horário.

Prepara a medicação conforme a dose

Dispositivo: Nenhum - Não prepara a medicação conforme a dose.

Administra a medicação pela via adequada

Dispositivo: Nenhum - Administra a medicação pela via adequada.

Ajusta a medicação de acordo com autovigilância

Dispositivo: Nenhum - Não ajusta a medicação de acordo com autovigilância.

Armazena a medicação de acordo com as recomendações técnicas

Dispositivo: Nenhum - Não armazena a medicação de acordo com as recomendações.

A gestão de regime medicamentoso da doente está a cargo do filho e da nora, que deixam a medicação do dia seguinte preparada para a doente administrar.

Autogestão do regime medicamentoso comprometida

Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade do cuidador para gerir regime medicamentoso

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Autoeficácia do cuidador para gerir regime medicamentoso

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído pelo cuidador ao regime medicamentoso: não dificultador.

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 28-04-2023 11:15

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso

Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para gerir regime medicamentoso

13-04-2023 11:30

13/04: Cuidadora com necessidade de reforço do ensino sobre medicação analgésica prescrita a horas fixas e medicação de resgate.

Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade do cuidador para gerir regime medicamentoso

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Autoeficácia do cuidador para gerir regime medicamentoso

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

21-04-2023 09:45

Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade do cuidador para gerir regime medicamentoso

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Autoeficácia do cuidador para gerir regime medicamentoso

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

24-04-2023 10:30

Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade do cuidador para gerir regime medicamentoso

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Autoeficácia do cuidador para gerir regime medicamentoso

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

28-04-2023 11:15

Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: facilitador.

Capacidade do cuidador para gerir regime medicamentoso

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Autoeficácia do cuidador para gerir regime medicamentoso

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado

06-04-2023 10:00

Não há participação nem disponibilidade de outros membros da família para tomar conta do dependente.

Conhecimento da família sobre organização do ambiente residencial para facilitar

autocuidado: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar

dependente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído pela família à dependência do familiar: comiseração.

Significado atribuído pela família ao papel de cuidador familiar: não dificultador.

Significado atribuído pela família ao apoio social para o exercício do papel de cuidador: não dificultador.

Conhecimento da família sobre necessidades do familiar dependente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Acesso da família a apoio social para o exercício do papel de cuidador: tem disponibilidade financeira, mas não sabe como aceder ao apoio social.

Potencial da família para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente

Potencial da família para melhorar conhecimento sobre necessidades do familiar dependente

Potencial da família para melhorar o significado atribuído à dependência do familiar

[RESOLVIDO] 24-04-2023 10:30

Potencial da família para melhorar acesso a apoio social para o exercício do papel de cuidador [RESOLVIDO] 13-04-2023 11:30

13-04-2023 11:30

Não há participação nem disponibilidade de outros membros da família para tomar conta do dependente [MANTEVE].

Conhecimento da família sobre organização do ambiente residencial para facilitar autocuidado: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

Conhecimento da família sobre necessidades do familiar dependente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

Significado atribuído pela família à dependência do familiar: comiseração.

13/04: A família refere ter conhecimento de como aceder ao apoio social para exercício do papel de cuidador. Contudo, refere que a doente ainda consegue tomar banho sem recurso ao assento de banheira e que o quarto da doente não tem espaço para colocar a cadeira sanita. Relativamente à cadeira de rodas, referem que a casa da doente não tem condições de espaço para que esta se desloque com a cadeira. Assim, referem que não irão solicitar os dispositivos aconselhados. A doente já usufrui de apoio domiciliário para os cuidados de higiene e para a alimentação.

Acesso da família a apoio social para o exercício do papel de cuidador: refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao apoio social [MELHOROU].

21-04-2023 09:45

Não há participação nem disponibilidade de outros membros da família para tomar conta do

dependente [MANTEVE].

Conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

Conhecimento da família sobre necessidades do familiar dependente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

Significado atribuído pela família à dependência do familiar: comiseração.

24-04-2023 10:30

Não há participação nem disponibilidade de outros membros da família para tomar conta do dependente [MANTEVE].

Conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

Conhecimento da família sobre necessidades do familiar dependente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

Significado atribuído pela família à dependência do familiar: não dificultador.

28-04-2023 11:15

Não há participação nem disponibilidade de outros membros da família para tomar conta do dependente [MANTEVE].

Conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

Conhecimento da família sobre necessidades do familiar dependente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir [MANTEVE].

4.5.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

“Em cuidados paliativos os sintomas têm elevada prevalência, influenciando negativamente a qualidade de vida do doente e sua família, são múltiplos e combinados, evolutivos e cambiantes, têm caráter multidimensional e causas multifatoriais” (Pires & Gonçalves, 2017, p.13).

Tendo em consideração o caso clínico descrito, bem como a complexidade emergente da colheita de dados efetuada foram enumerados vários objetivos com a finalidade de promover a qualidade de vida da doente, seus familiares e cuidadora.

Assim, os objetivos do plano de cuidados estabelecido para a **doente** foram:

1. Promover o aumento do apetite da doente.
2. Promover a diminuição do prurido da doente.
3. Promover a diminuição da dor da doente.

4. Promover a diminuição da sensação de náusea da doente.
5. Promover a eliminação intestinal da doente.
6. Promover a integridade da membrana mucosa oral da doente.
7. Promover a cicatrização da ferida maligna vulvar.
8. Promover a qualidade do sono da doente.
9. Promover a aceitação das perdas pela doente.
10. Promover a diminuição da tristeza da doente.

No que diz respeito à **cuidadora**, os objetivos estabelecidos para o plano de cuidados foram:

1. Melhorar o conhecimento da cuidadora sobre gestão do regime dietético.
2. Melhorar o conhecimento da cuidadora sobre estratégias de alívio do prurido.
3. Melhorar o conhecimento da cuidadora sobre alívio da dor da doente usando estratégias não farmacológicas.
4. Melhorar o conhecimento da cuidadora sobre estratégias de alívio da náusea.
5. Melhorar o conhecimento da cuidadora sobre regime dietético.
6. Melhorar o conhecimento da cuidadora sobre regime medicamentoso relativo à náusea.
7. Melhorar o conhecimento da cuidadora sobre regime medicamentoso relativo à eliminação intestinal.
8. Melhorar o conhecimento da cuidadora sobre o regime medicamentoso relativo à dor.
9. Melhorar o conhecimento da cuidadora sobre vigilância da eliminação intestinal.
10. Melhorar o conhecimento da cuidadora sobre promoção da integridade da membrana mucosa.
11. Melhorar o conhecimento da cuidadora sobre a ferida maligna.
12. Promover a diminuição da tristeza da cuidadora.
13. Melhorar o conhecimento da cuidadora sobre prevenção de queda.
14. Melhorar acesso da cuidadora aos dispositivos aconselhados face ao compromisso nos cuidados de higiene da doente.
15. Melhorar acesso da cuidadora aos dispositivos aconselhados face ao compromisso do andar da doente.

16. Melhorar o conhecimento da cuidadora sobre gestão do regime medicamentoso.
17. Melhorar a capacidade da cuidadora para gerir o regime medicamentoso.
18. Melhorar a autoeficácia da cuidadora para gerir o regime medicamentoso.

Por último, considerando o domínio da **preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado**, foram identificados os seguintes objetivos:

1. Melhorar o conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente.
2. Melhorar o conhecimento da família sobre necessidades do familiar dependente.
3. Promover a alteração do significado que a família atribui à dependência do familiar.
4. Promover o acesso da família a apoio social para o exercício do papel de cuidador.

4.5.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

Para Meleis e seus colaboradores (2000, p. 13), os enfermeiros

são os principais cuidadores de clientes e seus familiares que estão a passar por transição. Eles atendem às mudanças e exigências que as transições trazem para as vidas diárias dos clientes e suas famílias. Além disso, enfermeiros tendem a ser os cuidadores que preparam os clientes para transições iminentes e que facilitam o processo de aprendizagem de novas competências relacionadas com a saúde dos clientes e experiências de doença.

Os cuidados paliativos são uma área rica em processos de transição e adaptação a mudanças e perdas, tendo os enfermeiros um papel fundamental no acompanhamento e capacitação dos doentes e suas famílias.

Indicadores de Resultado:

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2007), os indicadores de resultado correspondem a alterações produzidas pelos cuidados prestados à pessoa sendo sensíveis aos cuidados e intervenções de enfermagem.

Assim, tendo por base estes aspetos e estabelecendo ligação aos objetivos enumerados no ponto anterior, foram elaborados os seguintes indicadores de resultado para a **doente** do caso

clínico trabalhado:

1 - Promover o aumento do apetite da doente.

1.1 - Que a doente refira privilegiar alimentos da sua preferência.

1.2 - Que a doente refira selecionar alimentos sem odores intensos e pouco gordurosos, doces, salgados e/ou condimentados.

1.3 - Que a doente refira que tem a opção de mastigar os alimentos e os deitar fora, em vez de deglutir.

1.4 - Que a doente refira realizar refeições com pequena quantidade de comida.

3 - Promover a diminuição da dor da doente.

3.1 - Que a doente refira diminuição da dor após a realização das alterações na terapêutica analgésica.

8 - Promover a qualidade do sono da doente.

8.1 - Que a doente refira não acordar durante a noite devido a queixas de dor.

No que diz respeito à **cuidadora**, estabeleceram-se os seguintes indicadores de resultado em ligação com os objetivos apresentados no ponto anterior:

1. Melhorar o conhecimento da cuidadora sobre gestão do regime dietético.

1.1. Que a cuidadora refira oferecer à doente a comida que ela desejar, quando ela quiser.

1.2. Que a cuidadora refira privilegiar os alimentos da preferência da doente.

1.3. Que a cuidadora refira evitar cozinhar alimentos com odor intenso, gordurosos, doces, salgados e condimentados.

1.4. Que a cuidadora refira que a doente tem opção de mastigar os alimentos e os deitar fora em vez de deglutir.

1.5. Que a cuidadora refira que a diminuição do apetite da doente pode ser consequência da progressão da doença.

2. Melhorar o conhecimento da cuidadora sobre estratégias de alívio do prurido.

- 2.1. Que a cuidadora refira que a doente opta por roupas que não a apertem na região perineal.
- 2.2. Que a cuidadora refira trocar a fralda à doente o mais rápido possível, quando esta urina ou defeca.
- 2.3. Que a cuidadora refira aplicar frio (através de gelo ou pensos higiénicos congelados) para alívio da sensação de prurido.
- 2.4. Que a cuidadora refira optar por água à temperatura ambiente para lavar o períneo da doente.
- 2.5. Que a cuidadora refira não utilizar produtos irritantes nos cuidados perineais à doente.

3. Melhorar o conhecimento da cuidadora sobre alívio da dor da doente usando estratégias não farmacológicas.

- 3.1. Que a cuidadora refira a importância da doente adotar uma posição anti-álgica.
- 3.2. Que a cuidadora refira a importância da doente utilizar técnicas de relaxamento, como a técnica de dissociação respiratória (cheirar uma flor e soprar uma vela).
- 3.3. Que a cuidadora refira técnicas de distração que a doente pode utilizar (conversar, ver televisão, ouvir música do seu agrado).
- 3.4. Que a cuidadora refira aplicar frio (através de gelo ou pensos higiénicos congelados) para alívio da dor quando esta tem uma intensidade até 4 na Escala Numérica da Dor.

4. Melhorar o conhecimento da cuidadora sobre estratégias de alívio da náusea.

- 4.1. Que a cuidadora refira a correta utilização pela doente da técnica de dissociação respiratória (cheirar uma flor e soprar uma vela).
- 4.2. Que a cuidadora refira técnicas de distração que a doente pode utilizar (conversar, ver televisão, ouvir música do seu agrado).
- 4.3. Que a cuidadora refira a importância de um ambiente calmo e agradável para a doente realizar as refeições.
- 4.4. Que a cuidadora refira a importância de um ambiente livre de odores intensos durante as refeições da doente.
- 4.5. Que a cuidadora refira que a doente execute a higiene oral em horários independentes das refeições.
- 4.6. Que a cuidadora refira que a higiene oral deve ser feita com uma escova de dentes macia,

com produtos como colutórios (sem clorhexidina), pasta dentífrica ou solução de bicarbonato de sódio.

5. Melhorar o conhecimento da cuidadora sobre regime dietético.

5.1. Que a cuidadora refira oferecer à doente a comida que ela desejar, quando ela quiser.

5.2. Que a cuidadora refira que a doente tem opção de mastigar os alimentos e os deitar fora em vez de deglutir.

6. Melhorar o conhecimento da cuidadora sobre regime medicamentoso relativo à náusea.

6.1. Que a cuidadora refira o efeito terapêutico da medicação e a importância de a administrar em horas fixas.

7. Melhorar o conhecimento da cuidadora sobre regime medicamentoso relativo à eliminação intestinal.

7.1. Que a cuidadora refira o efeito terapêutico da medicação e a importância de a administrar quando o intestino da doente não funcionar durante 3 dias.

9. Melhorar o conhecimento da cuidadora sobre vigilância da eliminação intestinal.

9.1. Que a cuidadora refira que um dos efeitos secundários mais frequentes da medicação prescrita à doente é a obstipação.

9.2. Que a cuidadora refira que a doente deve manter um trânsito intestinal regular, com fezes moles/pastosas.

9.3. Que a cuidadora refira administrar a medicação laxante prescrita em SOS quando a doente não apresenta dejeções durante 3 dias.

9.4. Que a cuidadora refira que se mesmo com a administração da medicação laxante prescrita em SOS o intestino da doente não funcionar deve contactar telefonicamente a EIHSCP.

10. Melhorar o conhecimento da cuidadora sobre promoção da integridade da membrana mucosa.

10.1. Que a cuidadora refira a importância da higiene oral.

10.2. Que a cuidadora refira que a doente deve aplicar a suspensão oral de Nistatina 4xdia (depois do pequeno-almoço, do almoço, do lanche e do jantar).

10.3. Que a cuidadora refira que a doente deve bochechar a Nistatina na boca e depois deglutir.

10.4. Que a cuidadora refira que a doente pode lavar a boca com solução de bicarbonato de sódio (1/2 colher de sobremesa) diluído em meio copo de água, após as refeições

10.5. Que a cuidadora refira a importância de observar a cavidade oral e a membrana mucosa da doente quanto à coloração, presença de manchas, presença de placas aderentes e sensação de secura (xerostomia).

11. Melhorar o conhecimento da cuidadora sobre a ferida maligna.

11.1. Que a cuidadora refira que a ferida maligna se deve à progressão da doença.

11.2. Que a cuidadora refira que o tratamento permite controlar a ferida maligna, mas que será pouco provável que esta melhore significativamente.

11.3. Que a cuidadora refira que a ferida maligna terá períodos de melhoria e períodos de exacerbação, podendo crescer para outras zonas do corpo próximas.

11.4. Que a cuidadora refira quais são os sintomas mais frequentes provocados pela ferida maligna.

12. Promover a diminuição da tristeza da cuidadora.

12.1. Que a cuidadora refira estratégias a que pode recorrer para a auxiliar a organizar os cuidados à doente.

13. Melhorar o conhecimento da cuidadora sobre prevenção de queda.

13.1. Que a cuidadora refira que a doente utiliza calçado adequado, justo ao pé e antiderrapante.

13.2. Que a cuidadora refira a importância de retirar os tapetes da casa da doente.

13.3. Que a cuidadora refira a importância de não existirem obstáculos à circulação da doente (por exemplo: móveis).

13.4. Que a cuidadora refira a importância de auxiliar a doente no andar e no transferir-se.

13.5. Que a cuidadora refira a importância de ter uma boa iluminação dos espaços.

14. Melhorar acesso da cuidadora aos dispositivos aconselhados face ao compromisso nos cuidados de higiene da doente.

14.1. Que a cuidadora refira quais os dispositivos aconselhados face ao compromisso nos cuidados de higiene da doente.

14.2. Que a cuidadora refira como pode aceder aos dispositivos aconselhados face ao compromisso nos cuidados de higiene da doente.

15. Melhorar acesso da cuidadora aos dispositivos aconselhados face ao compromisso do andar da doente.

15.1. Que a cuidadora refira quais os dispositivos aconselhados face ao compromisso no andar da doente.

15.2. Que a cuidadora refira como pode aceder aos dispositivos aconselhados face ao compromisso no andar da doente.

16. Melhorar o conhecimento da cuidadora sobre gestão do regime medicamentoso.

16.1. Que a cuidadora refira qual o efeito terapêutico da Morfina e a importância de a administrar em horas fixas e, se a dor persistir entre tomas fixas, administrar SOS.

16.2. Que a cuidadora refira o efeito terapêutico da Mirtazapina.

16.3. Que a cuidadora refira o efeito terapêutico da Lidocaína gel 2% de aplicação tópica.

16.4. Que a cuidadora refira o efeito terapêutico do Bisacodilo 5mg + Sene 105mg.

16.5. Que a cuidadora refira quais os principais efeitos secundários da Morfina, da Prednisolona, do Trimetoprim 800mg + Sulfametoxazol 160mg e da Mirtazapina.

16.6. Que a cuidadora refira a importância da administração de Sevredol quando a doente referir dor.

16.7. Que a cuidadora refira o intervalo mínimo entre administrações de Sevredol à doente.

16.8. Que a cuidadora refira a importância de registar o número de doses de resgate utilizadas.

Por último, para a **família** foram identificados os seguintes indicadores de resultado, em ligação com os objetivos enumerados no ponto anterior:

1. Melhorar o conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente.

1.1. Que a família refira a importância de todos os membros significativos para a doente participarem nos seus cuidados.

1.2. Que a família refira a importância da partilha e intimidade que resultam dos momentos de cuidados à doente.

1.3. Que a família refira a importância de dividir tarefas e partilhar cuidados à doente.

2. Melhorar o conhecimento da família sobre necessidades do familiar dependente.

2.1. Que a família refira que, dada a condição atual da doente, esta não pode ficar longos períodos sozinha.

2.2. Que a família refira que, dado o aumento da dependência da doente, esta necessita de alguém que a auxilie a transferir-se, a andar e a utilizar o sanitário.

2.3. Que a família refira que, dado o sintoma de dor descontrolada que a doente apresenta, esta necessita de alguém que a ajude a gerir a medicação fixa e a medicação de resgate.

2.4. Que a família refira algumas situações de crise ou agudização da doença da doente.

2.5. Que a família refira alguns cuidados que pode ter relativamente a situações de crise ou agudização da doença da doente, que possam vir a surgir.

4. Promover o acesso da família a apoio social para o exercício do papel de cuidador.

4.1-Que a família refira quais os serviços comunitários a que pode recorrer.

4.2-Que a família refira qual a legislação de que pode beneficiar.

Evolução do cliente:

A **primeira sessão**, no dia 6 de abril, correspondeu ao meu primeiro contacto com a doente do caso clínico explorado. Esta já era seguida pela EIHS CP, tendo-se deslocado nesse dia a uma consulta externa presencial para reavaliação do seu estado. Nesta consulta foi possível verificar que a doente apresentava problemas a nível do apetite, de prurido, de dor, do sono, da emoção e da pele. A intensidade da dor referida pela doente, associada à sua visível caquexia, condicionava os seus cuidados, uma vez que a limitava na realização das diferentes atividades do autocuidado, contribuindo para o compromisso destas. Deste modo, constatou-se que a doente apresentava os autocuidados andar, transferir-se, cuidar da higiene pessoal, vestir-se ou despir-se e alimentar-se comprometidos. Para além disto, dada a idade e a condição da doente verificou-se que esta necessitava de auxílio no domínio da autogestão do regime

medicamentoso. Foi, ainda, identificada a eliminação intestinal como um foco de atenção e intervenção.

Neste primeiro contacto, a doente estava acompanhada pela nora que era a sua cuidadora principal. Esta não tinha disponibilidade total para cuidar da sogra, uma vez que trabalhava entre as 8h e as 16h. Procurava ajudá-la no período pós-laboral, regressando a sua casa por volta das 21h, para cuidar dos seus dois filhos pequenos. Foi possível verificar que a cuidadora apresentava problemas a nível da emoção associados ao dilema de querer cuidar da sogra, mas não querer nem poder deixar o emprego. Para além disto, verificou-se a necessidade de promover o conhecimento da cuidadora nas áreas relativas ao apetite, prurido, dor, eliminação intestinal, pele e gestão do regime medicamentoso da doente. Foram sugeridos pela equipa alguns dispositivos para auxiliar os cuidados à doente, nomeadamente no cuidar da higiene pessoal, no uso do sanitário e no andar, tendo sido fornecidos contactos de associações que poderiam disponibilizar estes dispositivos. Relativamente aos cuidados de higiene e à alimentação a doente já usufruía de apoio de uma IPSS diariamente.

Relativamente à família da doente, verificou-se que esta tinha um filho único, casado com a sua cuidadora e com dois filhos pequenos. O filho era camionista, não apresentando disponibilidade para cuidar da mãe. Contudo, quando estava presente o filho da doente procurava ajudar a esposa a cuidar dela.

Tendo em conta os problemas identificados foram elaborados diagnósticos e implementadas intervenções com o objetivo da sua resolução ou diminuição.

A **segunda sessão** realizou-se no dia 13 de abril e correspondeu a uma consulta telefónica com a cuidadora da doente. Nesta verificou-se que foram alcançados resultados positivos em alguns domínios, nomeadamente:

- No domínio do prurido, a cuidadora apresentou conhecimento facilitador sobre as estratégias de alívio do prurido, tendo sido possível resolver o diagnóstico potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de alívio do prurido. Para além disto, refere que com as estratégias implementadas, a doente apresentou uma diminuição do prurido, passando este de moderado para ligeiro.
- No domínio da dor, a cuidadora apresentou conhecimento facilitador sobre alívio da dor da doente usando estratégias não farmacológicas, tendo sido possível resolver o diagnóstico potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas. Ainda neste domínio, a cuidadora refere que a doente apresentou a dor controlada com a medicação prescrita, tendo necessitado de apenas um SOS durante as 24h anteriores. A doente manteve, contudo, episódios de dor irruptiva, tipo pontada na região vulvar.
- No domínio da eliminação intestinal, a cuidadora apresentou conhecimento facilitador sobre o regime medicamentoso e sobre a vigilância da eliminação intestinal, tendo sido possível resolver os diagnósticos potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre

regime medicamentoso e potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre vigilância da eliminação intestinal.

- No domínio da pele, a cuidadora apresentou conhecimento facilitador sobre a ferida maligna, tendo sido possível resolver o diagnóstico potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre ferida maligna.
- No domínio do sono, dado o maior controlo sintomático da dor, a doente passou a dormir cerca de 7h por noite, com um sono reparador. Assim, foi possível resolver o diagnóstico sono comprometido.
- A cuidadora referiu ter conhecimento de como aceder aos dispositivos aconselhados. Contudo, refere que a doente ainda consegue tomar banho sem recurso ao assento de banheira e que o quarto da doente não tem espaço para colocar a cadeira sanita. Refere, também, que a casa da sogra não tem condições de espaço para que a doente se desloque em cadeira de rodas. Assim, refere que não irão solicitar os dispositivos aconselhados. Deste modo, foi dado termo ao diagnóstico potencial do cuidador para melhorar acesso aos dispositivos aconselhados, uma vez que a cuidadora tem disponibilidade financeira e sabe como aceder a eles, mas refere não necessitar ou não ter espaço para os utilizar.
- No seguimento do que foi mencionado no ponto anterior e pelos mesmos motivos, foi dado termo ao diagnóstico potencial da família para melhorar acesso a apoio social para o exercício do papel de cuidador.

No domínio do apetite, a cuidadora refere que a doente mantém diminuição do apetite, apesar de ingerir mais quantidade de alimento do que na consulta anterior.

No domínio da emoção e no domínio da autogestão do regime medicamentoso, a situação manteve-se igual comparativamente à sessão anterior.

A cuidadora da doente (nora) referiu ter ficado uma semana de baixa do emprego para cuidar da sogra.

A **terceira sessão** realizou-se no dia 21 de abril e correspondeu a uma consulta telefónica com a cuidadora da doente. Nesta verificou-se que foram alcançados resultados positivos no domínio do apetite. A cuidadora apresentou conhecimento facilitador sobre gestão do regime dietético, tendo sido possível resolver o diagnóstico potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético.

No domínio da dor, a cuidadora referiu que, nas 48h anteriores, a doente apresentou mais queixas de dor, tendo tido necessidade de realizar 4 doses de resgate de sevredol nas 24h prévias. A equipa procedeu a alterações terapêuticas, tendo prescrito o MST 30mg, 1 comprimido fixo ao pequeno-almoço, ao almoço e ao jantar.

Durante esta sessão, a cuidadora mencionou que a doente tinha iniciado queixas de náusea moderada, associada às refeições, sem apresentar vómitos. A equipa prescreveu como medicação o ondansetrom 8mg PO, 30 minutos antes do pequeno-almoço, do almoço e do

jantar. Foi, também, promovido o conhecimento da cuidadora sobre estratégias de alívio da náusea, sobre o regime dietético para alívio da náusea e sobre o regime medicamentoso prescrito para este sintoma.

No domínio do apetite, do prurido, da pele, da emoção, da autogestão do regime medicamentoso e da preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado a situação manteve-se igual comparativamente à sessão anterior.

A cuidadora da doente (nora) referiu ter ficado mais uma semana de baixa do emprego para cuidar da sogra. Refere que regressará ao emprego na semana seguinte.

A **quarta sessão** realizou-se no dia 24 de abril e correspondeu a um contacto telefónico espontâneo da cuidadora da doente. Este contacto deveu-se ao facto da medicação MST 30mg se encontrar esgotada nas farmácias. A equipa realiza alterações terapêuticas, suspendendo o MST e prescrevendo um selo transdérmico de fentanilo 50 microgramas. Segundo a cuidadora, a doente apresentava a dor mais controlada na última semana.

No domínio da preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado, verificou-se a alteração do significado que a família atribuía à dependência da doente, tendo este passado a não dificultador. Assim, foi possível resolver o diagnóstico potencial da família para melhorar o significado atribuído à dependência do familiar.

Os restantes domínios mantiveram-se iguais comparativamente à sessão anterior.

A cuidadora (nora) referiu ter regressado ao trabalho, voltando a doente a estar longos períodos de tempo sozinha e sem apoio. Dado este facto, a EIHS CP manteve-se atenta ao evoluir desta situação, tendo em conta as necessidades da doente.

A **quinta sessão** realizou-se no dia 28 de abril e correspondeu a uma consulta telefónica com a cuidadora da doente. Nesta verificou-se que foram alcançados resultados positivos em alguns domínios, nomeadamente:

- No domínio da digestão, a cuidadora apresentou conhecimento facilitador sobre estratégias de alívio da náusea e sobre o regime medicamentoso relacionada com a náusea. Foi, assim, possível resolver os diagnósticos potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea e potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso. Com a administração fixa de ondansetrom, bem como com a implementação pela cuidadora das estratégias sugeridas a doente referia melhoria na sensação de náusea, passando esta de moderada para sem gravidade.
- No domínio da autogestão do regime medicamentoso, a cuidadora apresentou conhecimento facilitador sobre a gestão do regime medicamentoso, tendo sido possível resolver o diagnóstico de potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso.

No domínio da dor, a cuidadora refere que esta tem tido, novamente, mais queixas de dor na

região da ferida maligna. Teve necessidade de realizar 5 SOS's de sevedol nas últimas 24h. A equipa realiza ajustes terapêuticos, aumentando a dose de fentanilo transdérmico para 75 microgramas.

Durante a consulta, a cuidadora da doente refere que esta apresenta a membrana mucosa oral amarelada, com presença de placas aderentes. A equipa prescreve nistatina suspensão oral 2 pipetas 4xdia. Promovido o conhecimento da cuidadora sobre a promoção da integridade da membrana mucosa.

A cuidadora da doente refere manter-se a trabalhar, ficando a doente longos períodos sozinha e sem apoio. Por este motivo mantiveram-se os diagnósticos:

- Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda, uma vez que o critério de resultado da cuidadora assistir a doente no andar e no transferir-se não foi alcançado. Estando longos períodos de tempo sozinha, a doente ao transferir-se e ao andar, dado o seu estado de debilidade tinha o risco de queda aumentado.
- Potencial do cuidador para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso. A cuidadora deixava a medicação fixa preparada para a doente. Contudo, se esta tivesse dor e necessitasse de um SOS tinha de se deslocar até à medicação e selecionar a medicação correta. Dada a idade e o estado de dependência da doente, esta podia enganar-se na medicação a tomar, correndo riscos advindos dessa situação.

Dada a situação em que a doente e a sua família se encontravam foi iniciada a referenciação da doente para a equipa de ECCL, após concordância tanto da doente como da sua família. Para além disso, a EIHSCE estabeleceu contacto com a equipa de cuidados de saúde primários, solicitando que estes efetuassem visitas domiciliárias mais frequentes, de modo a supervisionar o estado e necessidades da doente e sua família.

No que diz respeito aos restantes domínios, o plano de cuidados e a sua reavaliação manteve-se conforme as necessidades da doente, da cuidadora e da restante família, de acordo com as competências especializadas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa.

4.6. Diagnósticos

Apetite

06-04-2023 10:00

Apetite comprometido

Intervenções de Enfermagem

06-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do apetite [Próxima consulta.]

06-04-2023 10:00 - Planear dieta [Durante a consulta.]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético [RESOLVIDO] 21-04-2023 09:45

Intervenções de Enfermagem

06-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético [Próxima consulta.] [FIM] 21-04-2023 09:45

06-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre gestão do regime dietético [Durante a consulta.] [FIM] 21-04-2023 09:45

Prurido

06-04-2023 10:00

Prurido

Intervenções de Enfermagem

06-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do prurido [Próxima consulta.]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de alívio do prurido [RESOLVIDO] 13-04-2023 11:30

Intervenções de Enfermagem

06-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre estratégias de alívio do prurido [Próxima consulta.] [FIM] 13-04-2023 11:30

06-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias de alívio do prurido [Durante a consulta.] [FIM] 13-04-2023 11:30

Dor

06-04-2023 10:00

Dor

Intervenções de Enfermagem

06-04-2023 10:00 - Avaliar evolução da dor [Próxima consulta.]

06-04-2023 10:00 - Gerir analgesia [Durante a consulta.]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 13-04-2023 11:30

Intervenções de Enfermagem

06-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [Próxima consulta.] [FIM] 13-04-2023 11:30

06-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor [Durante a consulta.] [FIM] 13-04-2023 11:30

Digestão

21-04-2023 09:45

Náusea

Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 09:45 - Avaliar evolução da náusea [Próxima consulta.]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea [RESOLVIDO] 28-04-2023 11:15

Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 09:45 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre estratégias de alívio da náusea [Próxima consulta.] [FIM] 28-04-2023 11:15

21-04-2023 09:45 - Ensinar cuidador sobre estratégias de relaxamento [Durante a consulta.] [FIM] 28-04-2023 11:15

21-04-2023 09:45 - Ensinar cuidador sobre gestão do ambiente físico [Durante a consulta.] [FIM] 28-04-2023 11:15

21-04-2023 09:45 - Ensinar cuidador sobre higiene oral [Durante a consulta.] [FIM] 28-04-2023 11:15

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime dietético

Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 09:45 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre regime dietético [Próxima consulta.]

21-04-2023 09:45 - Ensinar cuidador sobre regime dietético [Durante a consulta.]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso [RESOLVIDO] 28-04-2023 11:15

Intervenções de Enfermagem

21-04-2023 09:45 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre regime medicamentoso [Próxima consulta.] [FIM] 28-04-2023 11:15

21-04-2023 09:45 - Ensinar cuidador sobre regime medicamentoso [Durante a consulta.] [FIM] 28-04-2023 11:15

Eliminação intestinal

06-04-2023 10:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso [RESOLVIDO] 13-04-2023 11:30

Intervenções de Enfermagem

06-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre regime medicamentoso [Próxima consulta.] [FIM] 13-04-2023 11:30

06-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre regime medicamentoso [Durante a consulta.] [FIM] 13-04-2023 11:30

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre vigilância da eliminação intestinal [RESOLVIDO] 13-04-2023 11:30

Intervenções de Enfermagem

06-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal [Próxima consulta.] [FIM] 13-04-2023 11:30

06-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal [Durante a consulta.] [FIM] 13-04-2023 11:30

Mucosas

28-04-2023 11:15

Membrana mucosa comprometida

Intervenções de Enfermagem

28-04-2023 11:15 - Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas [Próxima consulta.]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa

Intervenções de Enfermagem

28-04-2023 11:15 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre promoção da integridade da membrana mucosa [Próxima consulta.]

28-04-2023 11:15 - Ensinar cuidador sobre sinais de complicação dos compromissos da membrana mucosa [Durante a consulta.]

28-04-2023 11:15 - Ensinar cuidador sobre tratamento do compromisso da membrana mucosa [Durante a consulta.]

Pele

06-04-2023 10:00

Ferida maligna (Localização da ferida maligna: região vulvar, no pequeno lábio à esquerda; Dimensões da lesão tegumentar: 3cm; Exsudado da lesão tegumentar: em reduzida quantidade, purulento e com cheiro fétido (odor detetado na remoção da roupa); Tecidos periféricos à lesão tegumentar: coloração ruborizada, com temperatura aumentada e tumefação ligeira; Tecidos predominantes no leito da lesão tegumentar: tecido necrosado (20%), fibrina (80%); com aspeto tipo couve-flor; Presença de sinais aparentes de contaminação da ferida; Ausência de trajetos fistulosos; Margens da lesão tegumentar irregulares)

Intervenções de Enfermagem

06-04-2023 10:00 - Avaliar evolução da ferida maligna. [Próxima consulta.]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre ferida maligna.

[RESOLVIDO] 13-04-2023 11:30

Intervenções de Enfermagem

06-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre ferida maligna. [Próxima consulta.] [FIM] 13-04-2023 11:30

06-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre ferida maligna. [Durante a consulta.] [FIM]

13-04-2023 11:30

Sono

06-04-2023 10:00

Sono comprometido [RESOLVIDO] 13-04-2023 11:30

Intervenções de Enfermagem

06-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do sono [Próxima consulta.] [FIM] 13-04-2023 11:30

06-04-2023 10:00 - Gerir medicação [Durante a consulta.] [FIM] 13-04-2023 11:30

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção do sono

[RESOLVIDO] 13-04-2023 11:30

Intervenções de Enfermagem

06-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre promoção do

sono [Próxima consulta.] [FIM] 13-04-2023 11:30

06-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias de promoção do sono [Durante a consulta.] [FIM] 13-04-2023 11:30

Emoção

06-04-2023 10:00

Luto comprometido

Intervenções de Enfermagem

06-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do luto [Próxima consulta.]

06-04-2023 10:00 - Executar escuta ativa [Durante a consulta.]

Tristeza (Verbalização de tristeza; Fácies triste; Olhar vago; Evitação de falar sobre o tema)

Intervenções de Enfermagem

06-04-2023 10:00 - Executar escuta ativa. [Durante a consulta.]

06-04-2023 10:00 - Executar reestruturação cognitiva. [Durante a consulta.]

Tristeza da cuidadora (Verbalização de tristeza; Fácies triste; Choro)

Intervenções de Enfermagem

06-04-2023 10:00 - Executar escuta ativa. [Durante a consulta.]

06-04-2023 10:00 - Negociar com a cuidadora estratégias de organização dos cuidados à doente. [Durante a consulta.]

Transferir-se

06-04-2023 10:00

Transferir-se comprometido

Intervenções de Enfermagem

28-04-2023 11:15 - Iniciar referenciação para a RNCCI [Durante a consulta.]

28-04-2023 11:15 - Estabelecer colaboração de cuidados com a equipa dos cuidados de saúde primários. [Após a consulta.]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda

Intervenções de Enfermagem

06-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda [Próxima consulta.]

06-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre prevenção de queda [Durante a consulta.]

Cuidar da higiene pessoal

06-04-2023 10:00

Cuidar da higiene pessoal comprometido

Potencial do cuidador para melhorar acesso aos dispositivos aconselhados

[RESOLVIDO] 13-04-2023 11:30

Intervenções de Enfermagem

06-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do acesso pelo cuidador a dispositivos aconselhados [Próxima consulta.] [FIM] 13-04-2023 11:30

06-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre acesso a dispositivos [Durante a consulta.] [FIM] 13-04-2023 11:30

06-04-2023 10:00 - Referenciar ao serviço social o compromisso do cuidador no acesso a dispositivos [Durante a consulta.] [FIM] 13-04-2023 11:30

Vestir-se ou despir-se

06-04-2023 10:00

Vestir-se ou despir-se comprometido

Andar

06-04-2023 10:00

06-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre adaptação do domicílio para o uso de cadeira de rodas [Próxima consulta.]

Andar comprometido

Intervenções de Enfermagem

28-04-2023 11:15 - Iniciar referência para a RNCCI [Durante a consulta.]

28-04-2023 11:15 - Estabelecer colaboração de cuidados com a equipa dos cuidados de saúde primários. [Após a consulta.]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda

Intervenções de Enfermagem

06-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda [Próxima consulta.]

06-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre prevenção de queda [Durante a consulta.]

Potencial do cuidador para melhorar acesso aos dispositivos aconselhados

[RESOLVIDO] 13-04-2023 11:30

Intervenções de Enfermagem

06-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do acesso pelo cuidador a dispositivos aconselhados [Próxima consulta.] [FIM] 13-04-2023 11:30

06-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre acesso a dispositivos [Durante a consulta.] [FIM] 13-04-2023 11:30

06-04-2023 10:00 - Referenciar ao serviço social o compromisso do cuidador no acesso a dispositivos [Durante a consulta.] [FIM] 13-04-2023 11:30

Alimentar-se

06-04-2023 10:00

Alimentar-se comprometido

Autogestão do regime medicamentoso

06-04-2023 10:00

Autogestão do regime medicamentoso comprometida

Intervenções de Enfermagem

28-04-2023 11:15 - Iniciar referência para a RNCCI [Durante a consulta.]

28-04-2023 11:15 - Estabelecer colaboração de cuidados com a equipa dos cuidados de saúde primários. [Após a consulta.]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso [RESOLVIDO] 28-04-2023 11:15

Intervenções de Enfermagem

06-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso [Próxima consulta.] [FIM] 28-04-2023 11:15

06-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre regime medicamentoso [Durante a consulta.] [FIM] 28-04-2023 11:15

06-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre resposta à medicação [Durante a consulta.] [FIM] 28-04-2023 11:15

06-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre efeitos secundários da medicação [Durante a consulta.] [FIM] 28-04-2023 11:15

06-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre ajuste da medicação de acordo com resultados da vigilância [Durante a consulta.] [FIM] 28-04-2023 11:15

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso

Intervenções de Enfermagem

06-04-2023 10:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para gerir regime medicamentoso [Próxima consulta.]

Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para gerir regime medicamentoso

Intervenções de Enfermagem

06-04-2023 10:00 - Avaliar evolução da autoeficácia do cuidador para gerir regime medicamentoso [Próxima consulta.]

06-04-2023 10:00 - Elogiar o desempenho do cuidador [Durante a consulta.]

Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado

06-04-2023 10:00

06-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do apoio da família ao cuidador [Próxima consulta.]

06-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento da família sobre organização do domicílio para facilitar autocuidado [Próxima consulta.]

Potencial da família para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente

Intervenções de Enfermagem

06-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente [Próxima consulta.]

06-04-2023 10:00 - Ensinar a família sobre estratégias facilitadoras da integração de um familiar dependente [Durante a consulta.]

Potencial da família para melhorar conhecimento sobre necessidades do familiar dependente

Intervenções de Enfermagem

06-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento da família sobre as necessidades do familiar dependente [Próxima consulta.]

06-04-2023 10:00 - Ensinar a família sobre necessidades do familiar dependente [Durante a consulta.]

Potencial da família para melhorar o significado atribuído à dependência do familiar

[RESOLVIDO] 24-04-2023 10:30

Intervenções de Enfermagem

06-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do significado atribuído pela família à dependência do familiar [Próxima consulta.] [FIM] 24-04-2023 10:30

06-04-2023 10:00 - Assistir a família a analisar o significado dificultador [Durante a consulta.] [FIM] 24-04-2023 10:30

Potencial da família para melhorar acesso a apoio social para o exercício do papel de cuidador [RESOLVIDO] 13-04-2023 11:30

Intervenções de Enfermagem

06-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do acesso da família a apoio social para o exercício do papel de cuidador [Próxima consulta.] [FIM] 13-04-2023 11:30

06-04-2023 10:00 - Referenciar ao serviço social a necessidade de apoio à família [Durante a consulta.] [FIM] 13-04-2023 11:30
06-04-2023 10:00 - Informar família sobre serviços comunitários [Durante a consulta.] [FIM] 13-04-2023 11:30
06-04-2023 10:00 - Informar a família sobre legislação [Durante a consulta.] [FIM] 13-04-2023 11:30

4.6.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades

No domínio do **apetite** o objetivo principal é promover o conforto alimentar da doente. Nesse sentido, ela é incentivada a alimentar-se quando quiser com os alimentos da sua preferência. Com a cuidadora é promovido o conhecimento sobre a gestão do regime dietético com o objetivo de facilitar o trabalho com a doente.

No domínio do **prurido** o objetivo principal é a sua diminuição. Nesse sentido são trabalhadas com a cuidadora algumas estratégias a implementar para promover a redução deste sintoma.

No domínio da **dor** o objetivo principal é o controlo do sintoma quer através de intervenções interdependentes, como de intervenções autónomas. Como já referido, as intervenções interdependentes são aquelas que resultam da prescrição de outros profissionais, nomeadamente, dos médicos, enquanto as intervenções autónomas são as intervenções realizadas pelos enfermeiros por sua iniciativa e responsabilidade (Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, 1996). Através da implementação de intervenções autónomas tive como objetivos melhorar o conhecimento da cuidadora sobre o alívio da dor usando estratégias não farmacológicas. O controlo da dor pode, assim, ser alcançado com a associação de múltiplas intervenções e estratégias, que podem ser farmacológicas ou não farmacológicas.

No domínio da **eliminação intestinal**, o principal objetivo foi promover o adequado funcionamento deste sistema. Para isso foi promovido o conhecimento da cuidadora quanto ao regime medicamentoso a utilizar no caso do intestino da doente não funcionar durante 3 dias e quanto à vigilância que deveria manter sobre a eliminação intestinal da doente.

No domínio das **mucosas**, mais especificamente, na membrana mucosa oral, a sua avaliação e os cuidados básicos de higiene são fundamentais. O enfermeiro é responsável por observar e avaliar a integridade das membranas mucosas, seu estado de hidratação e pesquisa de lesões orais. É, também, responsável por transmitir o conhecimento necessário para que esta avaliação possa ser feita por terceiros. Assim, foram implementadas intervenções com o objetivo de promover o conhecimento da cuidadora quanto à integridade da membrana mucosa oral.

No domínio da **pele**, o objetivo das intervenções implementadas foi promover o conhecimento da cuidadora sobre a ferida maligna. O tratamento desta ferida estava a ser realizado pela

equipa de cuidados de saúde primários, mantendo a EIHSCP a consultadoria, em caso de necessidade. Esta ferida manteve-se estável durante todo o período de ensino clínico.

No domínio do **sono**, o objetivo principal foi a promoção da qualidade do sono da doente. Nesse sentido, foi promovido o controlo do sintoma da dor, que impedia a doente de conseguir descansar no período noturno. Quando se atingiu um certo nível de controlo deste sintoma, a doente passou a dormir cerca de 7h por noite, com um sono reparador. Verificou-se, assim, que em cuidados paliativos os sintomas podem ter múltiplas causas e influenciar-se mutuamente.

No domínio da **emoção**, foram identificados os diagnósticos de luto comprometido e tristeza. O primeiro foi identificado pela perda da independência que levou a doente a apresentar pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda. Segundo a literatura, as intervenções implementadas podem influenciar positivamente o significado atribuído às perdas, promovendo, assim, a qualidade de vida e o processo de luto. Relativamente à tristeza, as intervenções implementadas foram diferentes para a doente e para a cuidadora. Para a doente, o objetivo era que ela alterasse o significado que atribuía à doença, à ferida maligna e à progressão da dependência. Quanto à cuidadora, o objetivo foi transmitir-lhe estratégias e soluções para que conseguisse cuidar da sogra e que esta não ficasse longos períodos sozinha.

No domínio das **atividades do autocuidado**, o objetivo das intervenções foi fornecer à cuidadora forma de acesso a dispositivos que a pudessem auxiliar nos cuidados à sogra, bem como promover o seu conhecimento na gestão do regime medicamentoso. Verificou-se que as intervenções tiveram alguns resultados positivos, contudo não foram totalmente bem sucedidas, uma vez que a cuidadora não solicitou os dispositivos sugeridos e a doente se manteve sozinha e sem apoio por longos períodos. Nesse sentido, foi iniciada a referenciação da doente para a equipa de ECCI, após concordância tanto da doente como da sua família. Para além disso, a EIHSCP estabeleceu contacto com a equipa de cuidados de saúde primários, solicitando que estes efetuassem visitas domiciliárias mais frequentes, de modo a supervisionar o estado e necessidades da doente e sua família.

No domínio da **preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado**, o principal objetivo das intervenções implementadas era capacitar os membros da família para cuidar da doente e auxiliarem a cuidadora. Verificou-se que as intervenções implementadas apresentaram resultados positivos na alteração do significado atribuído pela família à dependência da doente. Contudo, como visto no ponto anterior, os dispositivos sugeridos não foram solicitados e a doente manteve-se sozinha e sem apoio por longos períodos.

4.7. Especificação das intervenções

Planejar dieta

- Incentivar a doente a privilegiar alimentos da sua preferência.
- Incentivar a doente a selecionar alimentos sem odores intensos e pouco gordurosos, doces, salgados e/ou condimentados.
- Sugerir à doente, caso seja do seu agrado, que mastigue os alimentos e os deite fora em vez de deglutir.
- Incentivar a doente a realizar refeições com pequena quantidade de comida.

Ensinar cuidador sobre prevenção de queda

- Informar a cuidadora que a doente deve utilizar calçado adequado, justo ao pé e antiderrapante.
- Informar a cuidadora sobre a importância de retirar os tapetes da casa da doente.
- Informar a cuidadora sobre a importância da não existência de obstáculos à circulação da doente (por exemplo: móveis).
- Informar a cuidadora sobre a importância de assistir a doente no andar e no transferir-se.
- Informar a cuidadora sobre a necessidade da doente estar vestida e calçada antes de se efetuar a sua transferência.
- Informar a cuidadora que a doente deve ter os pés bem assentes no chão antes de iniciar a transferência.
- Informar a cuidadora que pode colocar os braços em torno da cintura da doente, ao mesmo tempo que esta coloca os seus braços nos ombros da cuidadora, como apoio, e se inclina para a frente efetuando força para se erguer nos membros inferiores.
- Informar a cuidadora que deve manter o apoio à doente durante todo o processo de transferência.
- Informar a cuidadora que deve manter o apoio lateral à doente enquanto esta anda.
- Informar a cuidadora que os espaços devem estar bem iluminados.

Ensinar cuidador sobre efeitos secundários da medicação

- Informar a cuidadora que a Morfina tem como principais efeitos secundários náuseas, vômitos, obstipação e sonolência.
- Informar a cuidadora que a Prednisolona tem como principais efeitos secundários hiperglicemia, hipertensão, náuseas, diminuição da cicatrização de lesões e aumento da suscetibilidade a infeções.
- Informar a cuidadora que o uso crónico do Trimetoprim 800mg + Sulfametoxazol 160mg pode aumentar a suscetibilidade da doente a infeções.
- Informar a cuidadora que a Mirtazapina tem como efeito secundário o aumento do apetite.

Ensinar cuidador sobre acesso a dispositivos

- Fornecer contatos à cuidadora para que possa proceder à aquisição dos dispositivos aconselhados.

Referenciar ao serviço social o compromisso do cuidador no acesso a dispositivos

- Contactar a assistente social da EIHSCP de modo a facilitar o acesso da doente e da cuidadora aos dispositivos aconselhados.

Ensinar cuidador sobre gestão do regime dietético

- Informar a cuidadora que deve oferecer a comida que a doente desejar e quando ela quiser.
- Informar a cuidadora que deve privilegiar alimentos da preferência da doente.
- Informar a cuidadora que deve evitar cozinhar alimentos com odor intenso, gordurosos, doces, salgados e/ou condimentados.
- Informar a cuidadora que a doente pode optar por mastigar os alimentos e deitar fora em vez de deglutir.
- Informar a cuidadora que a diminuição do apetite pode ser consequência da progressão da doença.

Ensinar cuidador sobre regime medicamentoso

- Informar a cuidadora sobre o efeito terapêutico da medicação e a importância de a administrar em horas fixas.
- Informar a cuidadora sobre a possibilidade de realizar doses de resgate na presença de dor.
- Informar a cuidadora sobre os efeitos secundários mais frequentes da medicação prescrita.

Ensinar cuidador sobre resposta à medicação

- Informar a cuidadora sobre o efeito terapêutico da Morfina e a importância de a administrar em horas fixas e se a dor persistir entre tomas fixas administrar SOS.
- Informar a cuidadora sobre o efeito terapêutico da Mirtazapina.
- Informar a cuidadora sobre o efeito terapêutico da Lidocaína gel 2%, aplicação tópica se dor na ferida vulvar.
- Informar a cuidadora sobre o efeito terapêutico do Bisacodilo 5mg + Sene 105mg se doente com obstipação de 3 dias.

Ensinar cuidador sobre ajuste da medicação de acordo com resultados da vigilância

- Informar a cuidadora sobre a importância de administrar sevredol quando a doente referir dor, com um intervalo mínimo entre tomas de 4 horas.
- Informar a cuidadora acerca da importância de registar o número de doses de resgate utilizadas.

Ensinar cuidador sobre estratégias de promoção do sono

- Informar a cuidadora que o quarto da doente deve estar numa temperatura amena (nem muito quente, nem muito frio), no momento em que a doente for dormir.
- Informar a cuidadora que oferecer uma bebida quente à doente antes desta ir dormir promove a indução do sono.
- Informar a cuidadora que a doente deve evitar o uso de dispositivos eletrónicos (como a televisão) nos 30 minutos antes de ir dormir.

Ensinar cuidador sobre estratégias de alívio do prurido

- Informar a cuidadora que a doente deve optar por roupas que não a apertem na região perineal.
- Informar a cuidadora que deve trocar a fralda à doente o mais rapidamente possível, quando esta urina ou defeca.
- Informar a cuidadora que a aplicação de frio (gelo ou pensos higiénicos congelados) aliviam a sensação de prurido.
- Informar a cuidadora que deve optar por água à temperatura ambiente para lavar o períneo da doente.
- Informar a cuidadora que deve evitar utilizar produtos irritantes nos cuidados perineais à doente.

Gerir analgesia

- Otimização da terapêutica analgésica, segundo queixas de dor da doente.

Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor

- Informar a cuidadora sobre a importância da doente adoptar uma posição antiálgica.
- Informar a cuidadora sobre técnicas de relaxamento (dissociação respiratória) que a doente pode utilizar.
- Informar a cuidadora sobre técnicas de distração a utilizar pela doente (conversar, ver televisão, ouvir música do seu agrado).
- Informar a cuidadora que a aplicação de frio (gelo ou pensos higiénicos congelados) aliviam a sensação de dor quando esta tem uma intensidade mais fraca (até 4 na Escala Numérica da Dor).

Ensinar cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal

- Informar a cuidadora que um dos efeitos secundários mais frequente da medicação prescrita é a obstipação.
- Informar a cuidadora que a doente deve manter um trânsito intestinal regular, com fezes moles/pastosas.
- Informar a cuidadora que deve administrar a medicação laxante prescrita em SOS se o intestino da doente não funcionar durante 3 dias.
- Informar a cuidadora de que, se mesmo com a administração da medicação laxante em SOS prescrita o intestino da doente não funcionar, deve contactar telefonicamente a EIHSCP.

Ensinar a família sobre estratégias facilitadoras da integração de um familiar dependente

- Informar sobre a importância da participação nos cuidados dos membros da família significativos.
- Informar sobre importância dos momentos de partilha e intimidade que resultam dos cuidados prestados à doente.
- Ensinar os membros da família sobre divisão de tarefas e partilha de cuidados.
- Manter reforço positivo dos diferentes membros da família.

Assistir a família a analisar o significado dificultador

- Informar a família de que o aumento da dependência da doente se deve à progressão da doença.
- Informar a família de que a doente continua a ser a mesma pessoa, apesar de mais dependente.

Referenciar ao serviço social a necessidade de apoio à família

- Contactar a assistente social da EIHS CP de modo a facilitar o apoio social à família.

Informar família sobre serviços comunitários

- Informar a família sobre associações que podem fornecer dispositivos de apoio para os cuidados a um familiar dependente.
- Informar a família sobre a existência de associações que gerenciam cuidadores formais para cuidarem da doente.
- Informar a família da opção da ingressão da doente numa ERPI, caso seja da vontade de todos os intervenientes fazê-lo.

Informar a família sobre legislação

- Informar a família sobre a legislação do cuidador informal.
- Informar a família sobre a legislação do complemento por dependência.

Ensinar a família sobre necessidades do familiar dependente

- Informar a família de que, dada a condição atual da doente, esta não pode ficar longos períodos sozinha.
- Informar a família que, dado o aumento da dependência da doente, esta necessita de alguém que a auxilie a transferir-se, a andar e a utilizar o sanitário.
- Informar a família que, dado o sintoma de dor descontrolada que a doente apresenta, esta necessita de alguém que a ajude a gerir a medicação fixa e a medicação de resgate.
- Informar antecipadamente a família sobre situações de crise ou agudizações.
- Informar a família sobre cuidados antecipatórios adequados às situações de crise ou agudizações.

Executar reestruturação cognitiva.

- Analisar com a doente os sentimentos que esta tem em relação à sua doença.
- Analisar com a doente os sentimentos que esta tem em relação à progressão da ferida maligna.
- Analisar com a doente os sentimentos que esta tem em relação à perda de autonomia resultante da progressão da doença.

Negociar com a cuidadora estratégias de organização dos cuidados à doente.

- Sensibilizar a cuidadora de que a doente não pode ficar sozinha, dado o aumento da sua dependência.
- Em conjunto com a cuidadora estabeleceu-se o seguinte plano:
- Apoio domiciliário às 8h para realizar os cuidados de higiene à doente.
- Vizinha passa em casa da doente a meio da manhã.
- Apoio domiciliário à hora de almoço, para entregar refeição à doente.
- Vizinha passa em casa da doente a meio da tarde.

- Família presente em casa da doente a partir das 17h30 até por volta das 21h.

Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre ferida maligna.

- 13/04: facilitador

Ensinar cuidador sobre ferida maligna.

- Informar a cuidadora que a ferida maligna se deve à progressão da doença.
- Informar a cuidadora que o tratamento permite controlar a ferida maligna, mas que será pouco provável que esta melhore significativamente.
- Informar a cuidadora que a ferida maligna terá períodos de melhoria e períodos de exacerbação, podendo crescer para outras zonas do corpo próximas.
- Informar a cuidadora que os sintomas mais frequentes da ferida maligna são a dor, o odor, o prurido, a hemorragia, exsudado e infeção superficial.

Ensinar cuidador sobre regime dietético

- Informar a cuidadora que deve oferecer à doente a comida que esta desejar e quando desejar.
- Informar a cuidadora que a doente pode mastigar os alimentos e deitar fora em vez de os deglutir.

Ensinar cuidador sobre estratégias de relaxamento

- Informar a cuidadora sobre técnica de dissociação respiratória (cheirar uma flor e soprar uma vela).
- Informar a cuidadora sobre técnicas de distração a utilizar pela doente (conversar, ver televisão, ouvir música do seu agrado).

Ensinar cuidador sobre gestão do ambiente físico

- Informar a cuidadora sobre a importância de um ambiente calmo e agradável para as refeições.
- Informar a cuidadora sobre a importância de um ambiente livre de odores intensos durante as refeições.

Ensinar cuidador sobre higiene oral

- Informar a cuidadora que a higiene oral deve ser executada em horários independentes das refeições.
- Informar a cuidadora que a higiene oral deve ser feita com escova de dentes macia; produtos como colutórios (sem clorhexidina), pasta dentífrica ou solução de bicarbonato de sódio.

Ensinar cuidador sobre tratamento do compromisso da membrana mucosa

- Informar a cuidadora sobre a importância da higiene oral.
- Informar a cuidadora que a doente deve aplicar a suspensão oral de Nistatina 4xdia (após o pequeno-almoço, almoço, lanche e jantar).
- Informar a cuidadora que a doente deve realizar os cuidados orais antes da aplicação da Nistatina.
- Informar a cuidadora que a doente deve bochechar a Nistatina, mantendo o produto na

boca o máximo de tempo possível e depois deglutir.

- Informar a cuidadora que a doente pode lavar a boca com solução de bicarbonato de sódio (1/2 colher de sobremesa) diluído em meio copo de água, após as refeições.

Ensinar cuidador sobre sinais de complicação dos compromissos da membrana mucosa

- Informar a cuidadora sobre a importância da observação da cavidade oral e membrana mucosa quanto à coloração, presença de manchas, presença de placas aderentes e sensação de secura (xerostomia).

Iniciar referenciação para a RNCCI

- Ponderar, em colaboração com a doente, com a família e com a equipa de cuidados de saúde primários a referenciação da doente para a equipa de ECCL.

Estabelecer colaboração de cuidados com a equipa dos cuidados de saúde primários.

- Após a consulta contactar o enfermeiro de família da doente, estabelecendo uma colaboração entre equipas para prestação de cuidados à doente.
- Solicitar o apoio do enfermeiro de família, não só para manter o tratamento da ferida maligna da doente, mas também para reforço junto da família da necessidade da doente não ficar sozinha.
- Solicitar o apoio do enfermeiro de família relativamente aos problemas identificados quanto ao transferir-se, ao andar e à gestão do regime medicamentoso.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa tem um conjunto de competências que deve desenvolver. Estas podem ser comuns a todas as áreas da especialidade e específicas da área da pessoa em situação paliativa.

As competências comuns são enunciadas no Regulamento nº 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista – publicado em Diário da República a 6 de fevereiro de 2019.

As competências específicas são apresentadas no Regulamento nº 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico -Cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica - publicado em Diário da República a 16 de julho de 2018.

1. Competências Comuns

O Regulamento nº 140/2019 refere que um enfermeiro especialista tem quatro domínios de competências comuns às diferentes áreas de especialidade, nomeadamente, o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o domínio da melhoria contínua da qualidade, o domínio da gestão dos cuidados e o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O domínio da responsabilidade profissional, ética e legal implica que o enfermeiro desenvolva “uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”, ao mesmo tempo que “garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento nº 140/2019, p.4745). A pessoa em situação paliativa, bem como os seus cuidadores e familiares, apresentam-se como vulneráveis, dada a sua condição de doença avançada, progressiva e terminal. Esta vulnerabilidade está implícita na definição de cuidados paliativos dada pela OMS (2020), que apresenta estes cuidados como uma “abordagem que promove a qualidade de vida dos doentes e suas famílias que enfrentam problemas associados a doenças com risco de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento”. Para além disso, acrescenta que “os cuidados paliativos estão explicitamente reconhecidos como um direito

humano na área da saúde, devendo ser providenciados através de serviços de saúde integrados e centrados na pessoa, dando especial atenção às necessidades e preferências de cada indivíduo” (OMS, 2020). Deste modo, o enfermeiro especialista é responsável por prestar cuidados que respeitem os direitos e a dignidade da pessoa em situação paliativa e seus familiares, ao mesmo tempo que cumpre os pressupostos éticos e legais da sua profissão. Ao longo do ensino clínico, procurei perceber os valores e crenças que guiavam cada doente e seus familiares, promovendo a inclusão e respeito dos mesmos no plano de cuidados elaborado. Transmiti informação considerada pertinente pelos doentes e seus familiares de modo a promover uma tomada de decisão informada e conjunta e assegurando a confidencialidade e segurança da informação partilhada. Sempre que possível promovi o direito do doente e sua família à privacidade. Em casos de necessidade trabalhei como mediadora entre o doente, a sua família e a equipa multidisciplinar de cuidados, promovendo sempre os interesses do doente. Durante todo o processo mantive os pressupostos éticos, legais e deontológicos da profissão de enfermagem presentes, procurando adotar uma conduta promotora da dignidade dos doentes e seus familiares.

O domínio da melhoria contínua da qualidade defende que o enfermeiro “garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento nº 140/2019, p.4745). Assim, o enfermeiro especialista é responsável por desenvolver, gerir e colaborar na melhoria contínua dos cuidados, conduzindo à criação de um ambiente seguro de cuidados. Esta responsabilidade deve fundamentar-se na prática baseada na evidência e na capacidade crítica e reflexiva dos profissionais de enfermagem. Durante o ensino clínico, procurei basear os meus cuidados na evidência científica mais recente. Equilibrando a prática, com a reflexão crítica percebi os aspetos que necessitava de melhorar, procurando desenvolvê-los e melhorá-los. Procurei perceber as crenças e valores que guiavam cada doente e seus familiares, adaptando o plano de cuidados elaborado às suas necessidades culturais e espirituais. Colaborei com as equipas na organização do plano de trabalho, ao mesmo tempo que adotava estratégias de prevenção de erro nos diferentes aspetos do cuidar.

O domínio da gestão dos cuidados defende que o enfermeiro especialista “gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”, ao mesmo tempo que “adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº 140/2019, p.4745). O enfermeiro especialista deve, assim, reunir todos os recursos humanos e materiais que prevê serem necessários à prestação de cuidados ao doente e à sua tomada de decisão. Ao longo do ensino clínico procurei colaborar nas decisões da equipa multidisciplinar, reconhecendo as situações em que havia necessidade de colaboração de outros prestadores de cuidados de saúde, nomeadamente, da psicóloga. Sempre que achei necessário procurei obter mais

informação para otimizar a minha tomada de decisão, utilizando todos os recursos que tinha disponíveis de forma eficiente. Percebi o papel de cada elemento da equipa, bem como as suas funções, responsabilidades e valor dentro da equipa multidisciplinar.

O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais pressupõe que o enfermeiro especialista “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”, bem como “baseia a sua *praxis* clínica especializada em evidência científica” (Regulamento nº 140/2019, p.4745). Durante o ensino clínico procurei desenvolver o meu autoconhecimento, identificando fatores que necessitavam de ser melhorados, nomeadamente, a comunicação de más notícias. Fui capaz de melhorar a gestão de sentimentos e emoções que poderiam influenciar a prestação de cuidados e a relação com o doente e seus familiares ou até mesmo com a equipa multidisciplinar. Procurei aplicar conhecimentos especializados na prática de cuidados, aproveitando todas as oportunidades de aprendizagem que me foram surgindo.

As competências comuns do enfermeiro especialista são competências gerais que podem ser trabalhadas em conjunto com as competências específicas de cada área de especialização. Nesse sentido, cada caso desenvolvido durante o ensino clínico contribuiu para o desenvolvimento destas competências. Estes casos são apresentados e desenvolvidos no ponto seguinte, referente às competências específicas de um enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa.

2. Competências Específicas

As primeiras 170h do Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II, decorreram numa unidade de cuidados paliativos em que me foi possível prestar cuidados diretos a doentes em situação paliativa. A sua maioria apresentava um diagnóstico oncológico, sendo os carcinomas da mama e do trato gastrointestinal os mais frequentes. Para além destes, surgiram casos de doentes não oncológicos, maioritariamente com patologias do foro respiratório (DPOC) e neurológico (ELA). Sendo estes os diagnósticos mais frequentes no serviço durante este período de tempo, foi-me possível lidar com sintomas associados com o domínio da percepção sensorial (dor, apetite diminuído), do sistema respiratório (dispneia), da digestão (náuseas e vómitos) e da pele (ferida maligna de origem neoplásica). De relevo referir que estes sintomas físicos se fazem, muitas vezes, acompanhar de sintomas psicológicos, incluídos no domínio da emoção, como a ansiedade, o luto, o autoconceito, a agitação e o medo. Assim, no decorrer desta fase do ensino clínico foi-me possível trabalhar os seguintes casos:

- Doente com ferida maligna resultante da progressão da doença oncológica que referia queixas de dor aquando da realização dos cuidados à ferida. Esta dor iniciava-se em associação com a ansiedade de saber que o momento de executar o tratamento estava a chegar. Nesse sentido, juntamente com a equipa médica, foi discutida a melhor

abordagem farmacológica, ajustando-se a medicação e as suas doses de modo a promover a ausência de dor. Para além disso, utilizaram-se estratégias não farmacológicas como a colocação de música do agrado do doente, nomeadamente, músicas de rancho e religiosas. Estas foram usadas não só como técnica de distração, mas também como técnica de relaxamento, uma vez que ajudaram no controlo da ansiedade. Ainda nesta doente, o controlo do odor da ferida era uma das suas principais preocupações. Para isso, o tratamento da ferida era realizado de forma diária, com utilização de materiais que diminuem o odor, promovendo, assim o conforto da pessoa. O acompanhamento da evolução desta ferida maligna, de origem neoplásica, permitiu-me desenvolver uma visão deste tipo de feridas, quais os aspetos que devem ser tidos em consideração e quais os tratamentos a ponderar nestes casos. Consegui perceber o impacto que este tipo de feridas pode ter na auto-imagem do doente, bem como no seu isolamento. Para além dos domínios mencionados, neste doente foram, ainda, desenvolvidas competências de controlo sintomático nos domínios da dispneia, obstipação, edema, alterações da mucosa oral, alterações do sono e nos domínios da emoção tais como luto preparatório, tristeza, e *status* espiritual.

- Doente com ELA, que apresentava períodos de agravamento da doença com episódios de dispneia intensa. Para além de perceber a dinâmica da gestão farmacológica do controlo da dispneia, foi-me possível utilizar técnicas que auxiliassem o seu controlo de forma não farmacológica ao permitirem um maior controlo da ansiedade. O doente ficava mais ansioso quando sabia que iria fazer alguma atividade que lhe exigisse maior esforço, como os cuidados de higiene, ou que lhe exigissem a retirada do VNI, como a alimentação. Por medo de despoletar um novo episódio de descompensação, em que sentia, segundo as suas palavras, que ia morrer, procurava não comer e que não lhe fossem prestados cuidados de higiene (medo da agudização e de poder morrer em consequência). Foram desenvolvidas estratégias como ligar o oxigénio a uma bala portátil, de modo a que fosse possível manter o VNI (que era feito com oxigenoterapia) sempre pronto a ser colocado em caso de descompensação, o ensino da técnica de dissociação respiratória (cheirar a flor/soprar a vela) e o incentivo a respirar lentamente. Ao mesmo tempo, e de acordo com a vontade e disposição do doente, foram-lhe sendo transmitidas informações de que este seria o decurso da doença, quais as suas consequências e quais os sintomas que o doente poderia esperar que surgissem. Com o aumento da confiança do doente nos cuidados prestados pelo enfermeiro, foi possível negociar com ele o retomar dos cuidados de higiene e de alimentação, reduzindo o grau de ansiedade associado a estes cuidados.
- Nos casos dos doentes com carcinoma gástrico e com sintomas de anorexia e náuseas/vómitos, para além da gestão da terapêutica prescrita, foram desenvolvidas estratégias como o negociar com o doente e seus familiares a alimentação em períodos em que o doente quisesse e a ser alimentado daquilo que lhe apetecesse. Outras estratégias possíveis para a náusea foram a diminuição dos estímulos olfativos, abrindo os recipientes da comida fora da enfermaria e abrindo a janela mais próxima do doente. Relativamente aos vómitos existiu a negociação sobre o que seria de maior conforto para o doente, nomeadamente, pausa alimentar, manter a alimentação e vomitar ou colocar uma SNG em drenagem.

- No que diz respeito à agitação terminal, foi-me possível contactar com casos em que foi necessária a sedação paliativa. Não só devido à agitação e inquietação, mas também, para controlo de outros sintomas, nomeadamente, da dispneia, quando os fármacos usados até então não surtiram efeito, mantendo-se o doente desconfortável e em sofrimento. Nestes casos, grande parte do trabalho realizado é feito com os familiares.
- Relativamente ao apoio à família, trabalhei um caso de uma doente internada em situação de agitação e inquietação, com necessidade de recurso a sedação paliativa para controlo de sintomas. Após a sedação inicial foi feita uma tentativa de reduzir o grau de sedação da doente, uma vez que a sedação contínua estava a causar sofrimento à sua família, nomeadamente, à filha. No entanto, mesmo com a redução da medicação sedativa, a doente não recuperou o estado de consciência. A filha achava que não se tinha alterado a dose da medicação que estava a ser administrada e, apesar de querer o conforto da mãe e de perceber que sem a medicação esta ficava agitada e em sofrimento, sentia-se frustrada por a ver sempre a dormir. Uma das enfermeiras da unidade, num momento propício, procurou mostrar à filha quais as alternativas de cuidados para a mãe e o que seria esperado nesta fase da doença. Explicou-lhe toda a situação, que a dose da medicação tinha sido reduzida e que a mãe mantinha o estado de inconsciência, muito provavelmente porque a doença teria progredido. Com esta intervenção, a enfermeira conseguiu que a filha da doente percebesse qual o estado atual da mãe, focando-a no que era importante tanto para a doente como para a família. Toda a equipa de enfermagem se mostrou disponível e presente no apoio a esta família durante o decurso do internamento. Através deste caso, foi-me possível trabalhar os medos e a gestão de expectativas dos familiares.
- O trabalho em equipa foi explorado não só estabelecendo parceria de cuidados com os doentes e seus familiares, mas também com os restantes elementos da equipa multidisciplinar. Com a equipa de enfermagem estabeleci parceria de cuidados, discutindo os casos que foram surgindo e procurando os pares quando me surgiam dúvidas sobre como proceder nos cuidados. Para além disto, destaco os momentos de passagem de turno como momento de partilha não só da informação relevante para a continuidade dos cuidados, mas também como momento de partilha de dúvidas e inquietações e como momento de discussão sobre o modo como prosseguir os cuidados. Em conjunto com a equipa médica foram discutidas as necessidades de alterações da terapêutica instituída. Foi também solicitado o apoio de outros profissionais para proporcionar os melhores cuidados aos doentes e seus familiares, nomeadamente, o apoio da psicóloga e do assistente espiritual.

As segundas 170h do Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II, decorreram numa EIHS CP, em que me foi possível colaborar nos cuidados de consultadoria a doentes em situação paliativa. A maioria dos doentes observados apresentava um diagnóstico oncológico, sendo os carcinomas do trato gastrointestinal e pulmonares os mais frequentes. Para além destes surgiram casos de doentes não oncológicos, maioritariamente com patologias como a demência, DPOC e insuficiência cardíaca. Sendo estes os diagnósticos mais frequentes durante este período de tempo, foi-me possível lidar com sintomas associados ao domínio da percepção

sensorial (dor, apetite diminuído), ao domínio do sistema respiratório (dispneia), ao domínio da digestão (náuseas e vômitos), ao domínio da conservação de energia (cansaço) e aos domínios do autocuidado. A destacar, ainda, a presença, no domínio da pele, de ferida maligna de origem neoplásica em uma das doentes acompanhadas, resultante de carcinoma da vulva. Importa ainda referir que para além dos sintomas físicos surgiram sintomas psicológicos, incluídos no domínio da emoção, como a ansiedade, a depressão, o luto preparatório pelas perdas sofridas e o medo. Assim, no decorrer desta fase do ensino clínico foi-me possível trabalhar os seguintes casos:

- Doente internada com fibrose pulmonar associada a DPOC, com queixas de dispneia funcional para pequenos esforços. Realizado ajuste terapêutico, nomeadamente, prescrição de morfina que não surtiu efeito significativo. Promovi o conhecimento da doente sobre a gestão de atividade/repouso, incentivando-a a efetuar pequenas pausas para descansar, respirar e recuperar durante as refeições. Doente incentivada a, quando sentisse maior sensação de falta de ar, utilizar a técnica de dissociação respiratória (cheirar uma flor / soprar uma vela) e a manter perto de si guardanapos que pudesse utilizar como leque de modo a aumentar a sensação de disponibilidade de ar. Sugerido à família que trouxesse à doente um leque. Devido à dificuldade no controlo sintomático, esta doente foi referenciada para uma UCP da RNCCI.
- Doente idosa internada com diagnóstico de demência avançada e que apresenta recusa alimentar. Tentativa inicial de alimentar por via oral, com dieta pastosa e com alimentos como iogurte e papa de fruta, de acordo com o gosto e tolerância da doente. Contudo, esta mantém a recusa em se alimentar. Realizada conferência familiar, onde foi discutido o caso com a família da doente e com a equipa médica responsável pelo caso, optando-se por colocação de SNG para alimentação. Doente com cuidadora formal no domicílio que tinha conhecimento e capacidade para alimentar por sonda. Após resolução desta situação doente teve alta hospitalar, regressando a casa.
- Doente idosa em ambulatório com diagnóstico de carcinoma da vulva e com presença de ferida maligna de origem neoplásica no local. Encontra-se a ser acompanhada pela EIHS CP para controlo sintomático, bem como pelo enfermeiro de família para tratamento da ferida maligna. Apresenta dor e prurido a nível vulvar, diminuição do apetite, náuseas, obstipação, alterações da membrana mucosa oral, alterações do padrão do sono, tristeza e luto preparatório relativo às perdas provocadas pela doença. Foram realizados ajustes a nível terapêutico. Promovi o conhecimento da cuidadora da doente sobre os cuidados a ter com a alimentação, vigilância do padrão intestinal e vigilância e tratamento das lesões da mucosa oral, bem como sobre estratégias não farmacológicas a utilizar como adjuvantes do controlo da dor e do prurido e com a gestão do regime medicamentoso. Sugeridos apoios técnicos que a cuidadora poderia adquirir para auxílio nas atividades do autocuidado, nomeadamente, cadeira-sanita e cadeira de rodas. Contudo, a cuidadora refere não necessitar e não ter condições de espaço para o uso destes dispositivos. Incentivei a cuidadora a permanecer com a doente devido às suas necessidades de gestão do regime medicamentoso, nomeadamente, administração de medicação de resgate e devido ao aumento da sua situação de dependência. Contudo, a doente mantém-se

sozinha em casa durante longos períodos de tempo, tanto no período diurno como noturno. Face à situação, a EIHSCP procura estabelecer uma colaboração de cuidados com a equipa dos cuidados de saúde primários, ponderando a referenciação da doente para a equipa de ECCI, ao mesmo tempo que procura aumentar o acompanhamento e a supervisão da situação.

- Doente em ambulatório com carcinoma da próstata localmente avançado, com proctite crónica, retorragias e dor não controlada. Realizados ajustes terapêuticos e promovido o conhecimento da família quanto à gestão do regime medicamentoso. Devido à dor descontrolada, o doente foi proposto e aceite para acompanhamento pela equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos, tendo a EIHSCP mantido o acompanhamento como equipa de suporte.
- Doente internada com diagnóstico de AVC isquémico extenso, cujo problema principal se relacionava com a recusa alimentar e a perda da via oral. A doente encontrava-se a comer a quantidade que queria, quando queria durante o início do internamento, contudo, iniciou um quadro de recusa total da alimentação. Após discussão da situação com a família da doente e com a equipa médica responsável foi colocada SNG para alimentação. Perante esta decisão, foi negociado com a família a sua reavaliação, de acordo com as necessidades e evolução da doente. Promovido o conhecimento do marido da doente sobre alimentação por SNG pela equipa de enfermagem do internamento tendo a doente, posteriormente, alta para o domicílio, onde manteria acompanhamento e supervisão pela equipa de ECCI.
- O apoio à família foi trabalhado através das várias consultas externas e conferências familiares realizadas. Nelas foi-me possível perceber o conhecimento que a família tinha tanto sobre a doença como sobre a sua progressão e consequências esperadas, as suas dúvidas nos cuidados, as suas preocupações e medos e a sua gestão de expectativas. A nível social foi possível facilitar o acesso dos familiares a recursos na comunidade que os ajudassem a prestar cuidados adequados e de qualidade no domicílio.
- O trabalho em equipa foi desenvolvido não só estabelecendo parceria de cuidados com os doentes e seus familiares, mas também com os restantes elementos da equipa multidisciplinar. Com a equipa de enfermagem estabeleci parceria de cuidados, discutindo os casos que foram surgindo e procurando os pares quando me surgiam dúvidas sobre como proceder nos cuidados. Para além disto, destaco as reuniões semanais de equipa como momentos de partilha de dúvidas e inquietações, bem como de discussão sobre os cuidados a adotar relativamente aos casos mais recentes encaminhados para a EIHSCP. Para além disto, e em conjunto com a equipa médica foram discutidas as necessidades de alterações da terapêutica instituída, bem como a necessidade da realização de exames complementares de diagnóstico e a continuidade/cessação de determinados tratamentos. Foi solicitado o apoio das assistentes sociais de forma a encaminhar os doentes e seus familiares para os recursos da comunidade de que necessitavam, bem como a acederem aos apoios sociais a que poderiam, eventualmente, ter direito. Apesar do pouco tempo dedicado à equipa, a colaboração da psicóloga foi, também, solicitada para doentes e familiares, cujas necessidades psicológicas e emocionais se mostravam mais acentuadas e sem resposta à medicação prescrita e às intervenções implementadas pela enfermeira.

Cada um destes casos, em ambos os momentos do ensino clínico, permitiu-me desenvolver um conjunto de competências específicas. Estas são apresentadas na tabela abaixo, tendo por base as unidades de competência e os seus respetivos critérios de avaliação, enumerados no Regulamento nº 429/2018.

Unidade de Competência	Forma de desenvolvimento, com base nos Critérios de Avaliação de cada Unidade de Competência
1.1. Identifica as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave em fase avançada, progressiva e terminal, dos seus cuidadores/ familiares.	Colhi dados que me permitiram identificar as necessidades, sintomas, valores, crenças e expectativas prioritárias para cada doente e seus cuidadores/familiares. Utilizei a escala ESAS como instrumento padrão, que me permitiu priorizar o impacto do sintoma no doente e avaliar a eficácia das medidas implementadas. Verifiquei que vários doentes com sintomas físicos descontrolados apresentavam, em associação, questões psicológicas e emocionais mal resolvidas a influenciar negativamente o seu estado geral. Implementei intervenções de enfermagem com o objetivo de desmistificar crenças, reduzir a ansiedade relacionada com o fim de vida e promover a confiança e segurança dos doentes na equipa interdisciplinar. Com cada doente foram desenvolvidas estratégias, como a transmissão de informação sobre o decurso da doença, suas consequências e sintomas esperados, a verbalização de emoções e sentimentos, utilização de técnicas de relaxamento e identificação de atividades promotoras do bem-estar. O plano de cuidados resulta, assim, de um processo individual e personalizado, tendo em consideração a especificidade cultural e espiritual de cada doente cuidado. Avaliei o grau de dependência dos doentes, adaptando os cuidados às suas necessidades individuais. Sintomas como dor irruptiva, dispneia, ansiedade, insónia e agitação e situações de emergência como hemorragia massiva ou sufocação foram tidas em conta, implementando-se estratégias preventivas e antecipatórias à sua ocorrência.

1.2. Promove intervenções baseadas na evidência junto de pessoas com doenças incuráveis ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, seus cuidadores/familiares respeitando as suas preferências.	Trabalhei a organização individualizada de cuidados, a verbalização de desejos e vontades relacionadas com o fim de vida e verbalização de medos relacionados com a morte e o processo de morrer. Empoderei o doente e seus cuidadores/familiares quanto ao seu processo de autoconhecimento e estabelecimento de objetivos de cuidado, promovendo a sua capacitação através da identificação das suas necessidades. Implementei intervenções autónomas e interdependentes que permitissem dar resposta a essas necessidades, nomeadamente, a transmissão de informação sobre a doença e sua progressão esperada, verbalização de emoções e sentimentos, utilização de técnicas de relaxamento e identificação de atividades promotoras do bem-estar. Efetuada a promoção de um ambiente seguro, gestão de processo de sedação paliativa e gestão de situação de últimas horas/dias de vida. Avaliei e adaptei continuamente as intervenções implementadas, procurando perceber a sua eficácia na resolução das necessidades dos doentes e seus cuidadores/familiares. Efetuada a lavagem e desinfeção frequente das mãos, bem como a utilização do EPI próprio para casos de isolamento de doentes com KPC positivo. Ponderei, juntamente com a equipa médica, a utilização de antibioterapia no caso de uma ferida infetada, tendo em consideração os objetivos de prevenção de infeção nas diferentes fases de doença (doença estável/morte iminente).
1.3. Envolve os cuidadores/familiares da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades.	Procurei identificar sempre o cuidador/familiar de referência e com este estabeleci um plano terapêutico que tivesse em consideração os objetivos de cuidados para o doente, bem como as suas necessidades identificadas. No contexto clínico da EIHSCP participei na realização de conferências familiares.
1.4. Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interdisciplinar e em articulação com os serviços de apoio.	Utilizei várias estratégias de comunicação com os diferentes doentes e familiares, nomeadamente, a explicação das situações de doença e sua progressão, os efeitos práticos desta progressão, a demonstração de presença e disponibilidade, a escuta ativa, a validação de sentimentos e emoções, a exploração, esclarecimento de dúvidas, entre outras. Para além da parceria de cuidados estabelecida com os doentes e seus cuidadores/familiares, foi também promovida a parceria com os restantes elementos da equipa. Com a equipa médica discuti as necessidades de alterações da terapêutica instituída. Solicitei, também, o apoio de outros profissionais, nomeadamente, da psicóloga e do assistente espiritual.

2.1. Respeita a singularidade e autonomia da pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e seus cuidadores/ familiares no acompanhamento de vivências individuais específicas no processo de morrer e de luto.	Empoderei o doente e seus cuidadores/familiares quanto ao seu processo de autoconhecimento e estabelecimento de objetivos de cuidado, promovendo a sua capacitação através da identificação das suas necessidades. Implementei intervenções autônomas e interdependentes que permitissem dar resposta a essas necessidades, nomeadamente, a transmissão de informação sobre a doença e sua progressão esperada, a verbalização de emoções e sentimentos, utilização de técnicas de relaxamento e identificação de atividades promotoras do bem-estar. Desenvolvi um plano de cuidados direcionado à fase de progressão da doença e de luto em que os doentes e seus cuidadores/familiares se encontravam, tendo este sido adaptado e reformulado sempre que necessário. As intervenções implementadas tinham como objetivo a preparação do doente e seus cuidadores/familiares para as perdas que se poderiam seguir e a explicação das alternativas de cuidados disponíveis para a fase da doença em que se encontravam. Intervi como mediadora entre o doente, seus cuidadores/familiares e restantes membros da equipa interdisciplinar em situações passíveis de serem geradoras de stress. Obtive resultados relativamente aos locais de preferência de cuidados de fim de vida, na desmistificação de medos e na confrontação do doente e seus cuidadores/familiares com a finitude da vida. Defini estratégias de adaptação do doente e seus cuidadores/familiares à fase da doença em que se encontravam, promovendo o desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i> adequadas e individualizadas.
2.2. Promove parcerias terapêuticas com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e seus cuidadores/familiares.	Procurei ter em conta a opinião, desejos e vontades dos doentes e seus cuidadores/familiares, recorrendo à negociação de aspetos sempre que necessário. O reconhecimento das suas preferências e objetivos de cuidados permitiu-me estabelecer e identificar quais as suas prioridades, o que me conduziu à hierarquização das mesmas. Sempre que necessário os objetivos de cuidados e das intervenções implementadas foram revistos em parceria, procurando encontrar e negociar o equilíbrio entre o que era necessário fazer e a vontade dos doentes e seus cuidadores/familiares.

2.3. Negociação de objetivos/metasp de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico.	Identifiquei as prioridades de cuidados tanto dos doentes como dos seus cuidadores/familiares, atuando no sentido de estabelecer uma relação terapêutica e de empoderamento, capacitando-os para a tomada de decisão. Trabalhei aspetos como a gestão farmacológica, a gestão do local de cuidados e de morte e a organização de cuidados segundo a vontade do doente e dos seus cuidadores/familiares. Utilizei várias estratégias de comunicação honesta e realista com os diferentes doentes e seus cuidadores/familiares, nomeadamente, a explicação das situações de doença e sua progressão, os efeitos práticos desta progressão, a demonstração de presença e disponibilidade, a escuta ativa, a validação de sentimentos e emoções, a exploração, o esclarecimento de dúvidas, entre outras. Procurei estabelecer objetivos realistas com os doentes e seus cuidadores/familiares, procurando atingi-los de forma conjunta. Identifiquei quais as tarefas de fim de vida importantes para os doentes e seus cuidadores/familiares. Procurei perceber quais as suas preferências e vontades relativamente a vários aspetos, por exemplo quanto aos rituais fúnebres.
2.4. Reconhece os efeitos da natureza do cuidar na pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, nos seus cuidadores/familiares, sobre si, outros membros da equipa, respondendo de forma eficaz.	Percebi que casos de doentes mais jovens ou com doenças com progressão mais rápida se tornam mais propícios a que fatores de exaustão física e emocional surjam. Estes são casos com maior impacto para a equipa de profissionais. Identifiquei como estratégias a utilizar o dialogar com outros membros da equipa, mais experientes, sobre estas situações, a utilização de momentos de convívio informal como modo de distração e a substituição entre profissionais, passando um colega a assumir a situação geradora de stresse. A discussão entre os pares de situações e casos mais problemáticos foi outra das estratégias que identifiquei passível de ser utilizada.

Tabela 1 – Competências específicas desenvolvidas durante Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo II, tendo em conta o Regulamento nº429/2018.

No fim deste período, considero que as experiências proporcionadas contribuíram para a minha aprendizagem e crescimento profissional, uma vez que se constituíram como promotoras do meu desenvolvimento. Ao estimularem a minha autonomia, confiança e segurança nos cuidados especializados a uma pessoa em situação paliativa e sua família, tornaram-me mais capaz de cuidar destas pessoas em todos os contextos de cuidados em que elas surgem, nomeadamente no contexto de Medicina Interna, em que trabalho diariamente.

3. Comunicação

Um dos aspetos mais atuais e relevantes dos cuidados de saúde é a necessidade de informação demonstrada pelos doentes e seus familiares. A Carta dos Direitos dos Doentes Internados

(DGS, 2005) menciona que os doentes têm o direito de ser informados sobre a sua situação de saúde de forma privada e confidencial. A esta, a Lei de Bases da Saúde (Lei nº95/2019, de 4 de setembro) acrescenta que a informação deve ser transmitida de forma honesta, mencionando o diagnóstico, prognóstico e medidas de tratamento existentes. O enfermeiro é um dos profissionais que deve dar resposta a estas necessidades, nomeadamente, assumindo “o dever de: a) Informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem” e “c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem” (Código Deontológico dos Enfermeiros, Artigo 105º, alíneas a) e c)). De forma a dar resposta a estas necessidades, os enfermeiros e restantes profissionais de saúde utilizam a comunicação, que se torna uma das ferramentas centrais na prestação de cuidados.

Os cuidados paliativos, de acordo com a OMS (2020), promovem a qualidade de vida dos doentes que se encontram a enfrentar situações de doença crónica, incurável, progressiva e avançada, bem como das suas famílias. Procuram prevenir e aliviar o sofrimento através da deteção precoce, avaliação correta e tratamento dirigido, quer dos problemas físicos, quer dos psicológicos, sociais e/ou espirituais. Oferecem um sistema de suporte que ajuda os doentes a viver tão ativamente quanto possível até à morte (OMS, 2020).

Os cuidados paliativos baseiam-se em quatro pilares fundamentais: o controlo de sintomas, a comunicação, o apoio à família e trabalho em equipa. A comunicação é tida como “transversal aos restantes pilares” (Magano, 2017, p.8) e fundamental para se alcançar a satisfação dos doentes e dos seus familiares. Segundo o ICN (2019), comunicação define-se como “Comportamento interativo: dar e receber informações utilizando comportamentos verbais e não-verbais face a face ou com meios tecnológicos sincronizados ou não sincronizados”. Silva (2012, p.50), defende que a

comunicação verbal são todas as palavras usadas na interação; comunicação não verbal são todas as outras formas de emissão de mensagem que não a palavra, propriamente dita, ou seja, as expressões faciais, os gestos, as posturas corporais, a maneira de tocar ou ser tocado, a distância que mantemos da outra pessoa, por exemplo.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2001, p.10)

A relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel. Esta relação desenvolve-se e fortalece-se ao longo de um processo dinâmico, que tem por objetivo ajudar o cliente a ser proativo na consecução do seu projeto de saúde. Várias são as circunstâncias em que a parceria deve ser estabelecida, envolvendo as pessoas significativas para o cliente individual (família, convivente significativo).

Uma das formas de desenvolver e reforçar a relação terapêutica é através da comunicação que, segundo Twycross (2003), deve ter como objetivos diminuir a incerteza, melhorar os relacionamentos e orientar o doente/família numa direção.

Sequeira (2016, p.6) define comunicação terapêutica como

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

No sentido de estratégia de resolução de problemas, a comunicação pode ser vista como uma intervenção que tem como alvo o sofrimento do doente e seus familiares. Assim,

Comunicar em cuidados paliativos é estabelecer uma relação terapêutica com o doente, criando-se uma missão maior do que apenas a de transmitir informação. Para além de informar, há ainda a compreensão e apoio mútuo, a partilha de temas difíceis que podem ser geradores de sofrimento, a partilha de desejos e medos. É necessário tempo, vontade de escutar (e não apenas ouvir) e gerar-se um compromisso em que o doente confie e se sinta seguro (Registo, 2016, p.12).

Deste modo, e de acordo com Magano (2017, p.2) a comunicação pode “funcionar como um analgésico potente, mas que deve ser bem doseado, senão pode causar danos irreversíveis”.

3.1. Comunicação de más notícias a doentes e seus familiares

A comunicação de más notícias é uma das situações mais delicadas pela qual os doentes e seus familiares passam. Uma má notícia define-se como “qualquer informação que afeta seriamente e de forma adversa a visão de um indivíduo sobre o seu futuro” (Baile et al., 2000, p.304). Segundo os mesmos autores, a forma como as más notícias são transmitidas irá influenciar o modo como o doente/familiar compreende a mensagem, a sua satisfação com o profissional de saúde, o seu nível de esperança e a adaptação psicológica que se segue. Estes aspetos são confirmados por Blanckenburg e colaboradores (2020, p.1623) que afirmam que “a qualidade da transmissão das más notícias é capaz de influenciar a conformidade e o ajuste emocional dos doentes, a sua compreensão e satisfação com o tratamento médico, bem como os estados psicológicos que se seguem”.

Transversalmente às várias pesquisas realizadas por diferentes autores, é perceptível que os doentes valorizam profissionais com uma postura honesta, que demonstrem conhecimento

sobre os assuntos que abordam, que falem com clareza e simplicidade, sem termos técnicos, que mantenham o contacto visual enquanto falam e que demonstrem empatia. A existência de uma relação prévia entre o doente e o profissional de saúde, a existência de confiança no profissional, o local da comunicação ser calmo e privado e o profissional apresentar-se com tempo, sem se mostrar apressado, foram outros aspetos mencionados e valorizados (Miller et al., 2021; Blanckenburg et al., 2020; Matthews et al., 2019; Berkey et al., 2018; Fujimori et al., 2016).

Vários estudos defendem que doentes jovens, mulheres e com maior nível de educação tem maior necessidade de informação aquando da receção de más notícias. Por outro lado, doentes idosos, homens e com menor nível de educação adotam uma atitude mais passiva, necessitando de informação transmitida de forma clara e de serem preparados previamente para a receber. Verificou-se, também, que mulheres e doentes com maior nível de ansiedade valorizam o suporte emocional disponibilizado pelo profissional de saúde (Blanckenburg et al., 2020; Bergqvist & Strang, 2019; Berkey et al., 2018; Fujimori et al., 2016). Segundo Blanckenburg e colaboradores (2020, p.1627) “as preferências dos doentes parecem variar maioritariamente de acordo com variáveis demográficas como a idade, educação, género e sintomas psicológicos” acrescentando Berkey e colaboradores (2018) que estas variáveis são, também, influenciadas por aspetos culturais e étnicos. De salientar, ainda, que a maioria das doentes participantes no estudo de Bergqvist & Strang (2019, p.750) afirmaram que a “sua necessidade de toda a informação no início da doença mudou para um desejo pela informação útil para manter a esperança e o significado. Faziam cada vez menos questões ao longo do tempo, por medo de receberem más notícias.”

No seu trabalho de 2011, Friedrichsen e colaboradores identificaram três tipos de necessidades dos doentes no que se refere à transmissão da verdade por parte dos profissionais de saúde: a verdade absoluta, a verdade parcial e a verdade desejada. A verdade absoluta corresponde à verdade total e real da situação do doente e liga-se à estratégia de *coping* de enfrentar a verdade para tomar uma ação (verdade vista como ponto de controlo que transmite segurança e calma). A verdade parcial corresponde à necessidade dos doentes quererem apenas determinados factos, nomeadamente, os positivos. Liga-se à estratégia de *coping* de enfrentar partes da verdade para manter a esperança. Por fim, a verdade desejável corresponde à verdade que o doente gostaria de ouvir e está ligada à estratégia de *coping* de pairar entre enfrentar e evitar a verdade. Estas três formas de encarar a verdade mostram que nem todos os doentes querem ter controlo sobre a sua saúde e sobre a tomada de decisão sobre a mesma. Assim, torna-se importante perceber previamente a quantidade de informação que o doente quer receber, bem como o conteúdo da mesma.

Após receberem a má notícia os doentes apresentam reações que variam entre o choque, raiva, descrença, negação, frustração, tristeza, choro, perda de contacto visual, silêncio e exasperação (Matthews et al., 2019; Friedrichsen et al., 2011; Saraiya et al., 2010). Miller e colaboradores

(2021, p.433) acrescentam que as “reações dos doentes e familiares às más notícias podem ser intensificadas por vários fatores como a idade e as responsabilidades familiares, fé, cultura, experiências passadas e sintomas da doença”.

Kutner e colaboradores apresentam algumas das principais preocupações referidas pelos doentes com doenças avançadas e terminais, nomeadamente, “o declínio físico, as mudanças no estado funcional e as mudanças no nível de atividade, incluindo a perda de independência e o medo de se tornar um fardo” (1999, p.1348).

A pesquisa existente atualmente pouco aborda a perspetiva dos familiares sobre estes assuntos. Alguns documentos referem superficialmente as suas necessidades e reações como semelhantes às apresentadas em relação aos doentes. Anwar e colaboradores são dos poucos autores a abordar diretamente os familiares, referindo que as suas reações, quando extremas, denotam um sofrimento profundo. Para além disso, referem que os “familiares podem ser extremamente exigentes, regressar várias vezes com expetativas e esperanças irrealistas e interferir com as melhores práticas de cuidados, ou podem por vezes, ser muito agressivos e questionar todas as sugestões dadas pelos profissionais” (2013, p.82). Acrescentam, ainda, que

Alguns familiares que podem não ter estado presentes ou envolvidos nos cuidados prévios ao doente, podem sentir uma forma de culpa e manifestar agressivamente estes sentimentos ao tentar exercer controlo sobre a situação, o que pode chatear outros membros da família. Podem, também, surgir preocupações ou interesses financeiros (Anwar et al., 2013, p.82).

Assim, um aspeto importante para a comunicação em cuidados paliativos é a inclusão da família do doente, uma vez que neste contexto o doente e a família são tidos como um binómio, como partes inseparáveis do processo de cuidados. Por este motivo, também os familiares carecem de informação quanto à doença do seu ente querido, seu prognóstico e progressão provável.

Durante o período de ensino clínico foram trabalhados vários aspetos relacionados com a comunicação de más notícias. Para uma abordagem mais dirigida e concreta da comunicação foram utilizados dois instrumentos, nomeadamente, o Guião de Observação de Estratégias Comunicacionais elaborado por Magano (2017) e o Questionário de Transmissão de Más Notícias desenvolvido por Ramos (2017). O primeiro foca-se na observação das estratégias comunicacionais utilizadas pelos profissionais na comunicação de más notícias, bem como nas reações dos doentes/familiares após a receção da má notícia. Deste documento foram utilizados três aspetos para observação durante o estágio: a identificação das estratégias utilizadas pelos enfermeiros no processo de adaptação das pessoas doentes às perdas sucessivas e à morte, a identificação das características do processo comunicativo que condiciona a melhor compreensão da informação que se pretende transmitir (barreiras) e as reações e comportamentos dos doentes e seus familiares após receberem as más notícias. O segundo, apesar de ser um questionário, foi convertido num guia de observação, tendo-me focado nas

estratégias comunicacionais mais utilizadas pelos enfermeiros, quais as suas dificuldades e quais os fatores facilitadores da comunicação de más notícias. Os aspetos observados dividiram-se, assim, na forma como os doentes e familiares reagem às más notícias recebidas e nas estratégias que os profissionais utilizam quando comunicam as más notícias.

A observação das reações e comportamentos dos doentes e familiares ao receberem uma má notícia foi realizada em ambos os contextos clínicos frequentados, em dez momentos distintos. Num deles a comunicação foi feita ao doente, em dois deles foi feita ao doente e seus familiares em simultâneo e nos restantes sete a comunicação foi realizada a familiares. Esta observação teve, ainda, em consideração que a comunicação não ocorre em momentos isolados, podendo surgir em vários momentos de cuidados, que se podem traduzir na confrontação com perdas e, conseqüentemente, traduzir-se como más notícias. Descrevem-se, em seguida, as situações observadas:

- **Caso 1:** momento de uma doente assinar o termo de aceitação para referenciação para uma ULD da RNCCI. A doente, devido às necessidades complexas de cuidados que apresentava não podia regressar a casa e a sua família não tinha capacidade de cuidar dela na situação em que esta se encontrava. Por este motivo, a doente foi referenciada para uma unidade. Uma vez que já se encontrava familiarizada com a UCP, bem como com a equipa de profissionais que nela trabalha, a doente encarou esta situação como uma má notícia. A sua reação imediata foi o choro, referindo que, apesar de saber que o melhor para ela era integrar essa unidade, não queria mudar e deixar o local em que se encontrava, denotando-se o seu medo do desconhecido. Durante o restante internamento, a doente manteve o comportamento de tristeza e choro quando abordado este assunto, chegando mesmo a procurar evitar falar desta situação.
- **Caso 2:** doente transferido para a UCP, sendo realizada a integração dos familiares, bem como a apresentação do serviço e da sua equipa. Nesta reunião estiveram presentes uma enfermeira da unidade, a esposa do doente e a sua filha mais nova. A enfermeira abordou, também, pontos como a progressão da doença e a morte iminente do doente, que se encontrava em situação de últimas horas/dias de vida. Devido ao diagnóstico recente e à rápida progressão da doença, a família não tinha tido tempo de assimilar totalmente a situação em que se encontrava. Enquanto a filha tinha noção da situação do pai, a esposa encontrava-se confusa com todo o processo e não totalmente consciente do que estava a acontecer. Ambas mostraram tristeza e choro com as notícias transmitidas.
- **Caso 3:** doente internada em situação de agitação e inquietação, com necessidade de recurso a sedação paliativa para controlo de sintomas. Após a sedação inicial foi feita uma tentativa de reduzir o grau de sedação da doente, uma vez que a sedação contínua estava a causar sofrimento à sua família, nomeadamente, à filha. No entanto, mesmo com a redução da medicação sedativa, a doente não recuperou o estado de consciência. A filha achava que não se tinha alterado a dose da medicação que estava a ser administrada e, apesar de querer o conforto da mãe e de perceber que sem a medicação esta ficava agitada e em sofrimento, sentia-se frustrada por a ver sempre a dormir. Esta filha era cuidadora da mãe há cerca de 10 anos e tinha perceção do agravamento da doença.

Contudo, mantinha sentimentos contraditórios entre manter a mãe sedada, confortável e não comunicar com ela, ou deixar a mãe mais desperta e agitada, mas mais comunicativa. Esta situação levava a filha a fazer várias questões. A enfermeira aproveitou, então, uma dessas situações para conversar com ela, procurando mostrar-lhe quais as alternativas de cuidados para a mãe e o que seria esperado nesta fase da doença. Explicou-lhe toda a situação, que a dose da medicação tinha sido reduzida e que a mãe mantinha o estado de inconsciência, muito provavelmente porque a doença teria progredido. A filha reage de forma chorosa, demonstrando a sua tristeza e frustração com a situação. Consegue expressar as suas emoções com a enfermeira, concluindo que quer o melhor para a mãe e quer que esta esteja confortável.

- **Caso 4:** contacto telefónico realizado por uma enfermeira à esposa de um doente internado na UCP, para comunicação do óbito deste. Esposa reage com choro e tristeza à notícia.
- **Caso 5:** conferência familiar realizada com os três filhos e duas noras da doente. Antes de prosseguir, a enfermeira começou por questionar os presentes sobre qual o conhecimento que tinham sobre a doença da mãe/sogra. À exceção de uma das filhas, todos respondem que não tinham conhecimento de que a doente tinha esta doença pulmonar, principalmente já num estado tão avançado. Referem que só tiveram conhecimento da situação aquando do internamento atual da doente. Ao serem confrontados com a informação sobre o diagnóstico de doença progressiva, avançada e incurável dois dos filhos da doente, bem como uma das noras evidenciam uma fâcies de tristeza e pesar, enquanto a outra nora fica bastante chorosa. Quanto à filha mostra-se desconfortável, chorosa e com fâcies triste quando se menciona a situação da mãe. Durante a conferência foi efetuada a contextualização clínica da doente, informando-se os familiares presentes que a doença (fibrose pulmonar associada a DPOC) estava numa fase muito avançada e que a sua tendência seria continuar a progredir. Como consequência a dispneia funcional da doente encontrava-se em agravamento progressivo, estando num ponto de difícil controlo, mesmo com o ajuste da medicação prescrita e da oxigenoterapia implementada. Neste sentido, e com o conhecimento e autorização da doente, o plano para ela seria a referência para uma UCP da RNCCI. Explicado em que consiste esta unidade, qual o seu objetivo e qual o tempo que a doente pode permanecer lá. Todos os presentes compreendem e aceitam a referência, sendo assinado o consentimento informado e dado início ao processo a nível da plataforma da rede.
- **Caso 6:** conferência familiar com o filho e a nora de uma doente idosa com diagnóstico de demência avançada e com recusa alimentar, com o objetivo de discussão entre a colocação de SNG ou manutenção de alimentação de conforto. À chegada, o filho da doente já com uma atitude rude e ríspida para com a EIHSCP. A enfermeira começa por apresentar os profissionais presentes e contextualizar a situação clínica da doente, tentando perceber o que a família sabe sobre o assunto. Explica a ponderação sobre a colocação, ou não de SNG. Filho da doente exalta-se com a hipótese da não colocação de sonda à mãe, referindo que os profissionais estavam a “querer matar a minha mãe à fome” (sic). Quando a equipa tenta explicar a situação e o porquê desta ponderação, o filho da doente torna-se agressivo. Neste momento, a equipa valida que a decisão a tomar é aquela por que a família optar, referindo que ia informar a equipa médica e de

enfermagem do internamento para colocarem uma SNG à doente.

- **Caso 7:** durante uma consulta externa presencial a uma doente com carcinoma vulvar, em que estava também presente a nora desta, a enfermeira questiona como têm corrido as coisas em casa. Em decurso da resposta da doente e da sua familiar, a enfermeira reforça que a doença é avançada, incurável e progressiva, que terá tendência a piorar e a trazer mais consequências para o dia-a-dia da doente e da sua família. Doente mostra-se apática, com fâcies triste e resposta verbal escassa ao perceber que a evolução da doença a deixará mais dependente. A nora da doente mostra-se triste com a situação da sogra. Refere não conseguir deixar de trabalhar para cuidar dela e, quando a enfermeira reforça a importância e a necessidade de a doente não ficar sozinha, a familiar mostra-se chorosa e condicionada com a situação, verbalizando alguma frustração. Sugeriu-se que a cuidadora pedisse apoio a uma vizinha da sogra para passar por casa desta a meio da manhã e da tarde. Posteriormente, a EIHS CP procura estabelecer uma colaboração de cuidados com a equipa dos cuidados de saúde primários, ponderando a referência para a equipa de ECCI.
- **Caso 8:** conferência familiar com o marido e a filha de uma doente com patologia do foro respiratório, que apresenta dispneia funcional para pequenos esforços de difícil controlo. A enfermeira começa por apresentar os profissionais presentes e faz uma contextualização da situação clínica da doente, procurando perceber o que a família sabe sobre o assunto. Dada a condição da doente e a presença de sintomas descontrolados, propõe-se, com o conhecimento e autorização da mesma, a referência para uma UCP da RNCCI. Explicado em que consiste esta unidade, qual o seu objetivo e qual o tempo que a doente pode permanecer lá. Tanto o marido como a filha da doente mostram ter noção do prognóstico da doença, bem como da sua incapacidade para cuidar da doente em casa dado o atual descontrolo sintomático. Mostram que este desfecho não era o que idealizavam, apresentando fâcies de tristeza e verbalizando perdas sofridas e provocadas pela doença, nomeadamente, o marido da doente refere ter feito obras em casa para a tornar mais acessível à esposa. Apesar disto, compreendem e aceitam a referência, sendo assinado o consentimento informado e dado início ao processo a nível da plataforma da rede.
- **Caso 9:** conferência familiar com o filho e a nora de uma doente internada com diagnóstico de AVC isquémico extenso, cujo problema principal se relacionava com a recusa alimentar e a perda da via oral. A doente encontrava-se a comer a quantidade que queria, quando queria durante o início do internamento, contudo, iniciou um quadro de recusa total da alimentação. A enfermeira inicia a conferência apresentando todos os profissionais presentes. Contextualiza clinicamente a situação da doente, procurando perceber o que a família sabe sobre o assunto. Dado o estado atual da doente, explica a ponderação entre a colocação ou não de SNG. Tanto o filho como a nora da doente se mostram tristes com a situação, verbalizando-a e apresentando uma fâcies triste. A família opta por colocar a SNG para alimentação, sendo com eles negociada a reavaliação da situação, de acordo com as necessidades e evolução da doente. Tanto o filho como a nora compreendem e aceitam a situação.
- **Caso 10:** consulta externa presencial com doente com ELA e com o seu marido. No momento atual, a doente apresenta disfonia e disfagia, sendo alimentada por PEG. A

enfermeira começa por apresentar todos os profissionais presentes, bem como por referir qual o objetivo da consulta de cuidados paliativos. Explica em que consiste a doença, bem como quais as consequências esperadas desta. Informa a doente sobre as Diretivas Antecipadas de Vontade (DAV), nomeadamente, as referentes à realização de traqueostomia e colocação de ventilador. Percebe-se que a doente tem conhecimento sobre a doença, sentindo a sua progressão. Apesar de, inicialmente, se mostrar decidida quanto ao que deseja no futuro, com a exploração e menção a alguns possíveis objetivos de vida, nomeadamente a possível chegada de um neto, percebe-se alguma hesitação da doente quanto às decisões a tomar. Já o seu marido não tinha tanta noção das consequências futuras da doença, evidenciando uma fâcies triste e preocupada. Mostra dificuldade em aceitar que a doente não queira a colocação do ventilador, caso essa necessidade se verifique.

Após a análise do observado nas dez situações acima descritas foi possível verificar-se que a reação imediata, comum a todos os casos, foi o choro e a tristeza (fâcies triste ou verbalização da mesma) com a receção da má notícia. Estas são reações comuns e amplamente documentadas na evidência científica, tal como acima descrito, podendo ser encaradas como parte do processo normal de adaptação a uma situação de perda. De acordo com a teoria do luto de Elisabeth Kubler-Ross, a pessoa que sofre a perda passa por cinco estádios: negação, raiva, depressão, negociação e aceitação. Estes estádios, contudo, não são lineares e sequenciais, sobrepondo-se uns aos outros na maioria dos casos. Alguns dos sintomas mais comuns associados à perda são a “ruminação sobre o passado, afastamento da família/amigos e períodos de tristeza, choro e ansiedade” (Tsiliika et al., 2009, p.136). Contudo, após o choque inicial, os comportamentos diferem de acordo com a pessoa e a situação. Enquanto alguns mantêm o sentimento de tristeza e negação da notícia, outros percebem a situação e procuram ver o lado positivo associado a toda a questão. Por exemplo, a filha da doente mencionada no ponto 3, apesar da tristeza de toda a situação de doença da mãe, percebeu que o importante era esta manter-se confortável durante a fase final de vida em que se encontrava. Manteve o sentimento de tristeza, mas conseguiu encontrar um sentido em toda a situação. Surge aqui a capacidade de *coping* de cada indivíduo, que pode, no entanto, ser melhorada e trabalhada. Foi este trabalho que foi desenvolvido com a doente mencionada no ponto 1 através de intervenções como a desmistificação do medo e da utilização de estratégias de diminuição da ansiedade. Outro exemplo que reflete o que foi evidenciado pelos estudos existentes foi o caso 7. Com esta doente foi possível perceber que houve uma progressão da dependência desta e da sua necessidade de auxílio, particularmente na gestão da medicação. A doente manteve a sua condição de tristeza e apatia com a situação. Já a sua nora, apesar de todo o receio em deixar o trabalho conseguiu duas semanas de baixa para cuidar da sogra, no fim das quais regressou ao emprego. Durante este período foi possível perceber que mantinha a ambiguidade quanto à decisão a tomar, pois notava-se que queria cuidar da sogra, mas não queria deixar o seu emprego para o fazer.

Durante o período de ensino clínico verifiquei que as más notícias transmitidas incluíram a comunicação da progressão da doença, de um prognóstico mais adverso do que o que se previa, da perda de independência, do não poder regressar a casa e do descontrolo sintomático que implicava a necessidade de referenciação para uma UCP. Observaram-se, também, alguns fatores condicionantes do modo como os doentes e familiares recebem as más notícias, fatores esses que se revelam como aspetos não controláveis de todo este processo de comunicação. Destes destacam-se o diagnóstico recente da doença, a sua rápida progressão e a falta de conhecimento sobre as suas possíveis consequências, que não permitem que o doente e seus familiares processem a situação na sua complexidade. Identificaram-se ainda questões sociais, nomeadamente, deixar o emprego para cuidar de um familiar que necessita de cuidados permanentes e questões de crenças relacionadas com os cuidados paliativos, nomeadamente a ideia de que estes não investem nos doentes e os deixam morrer.

3.2. Comunicação de más notícias pelos profissionais de saúde

Para os profissionais de saúde uma das tarefas mais desafiantes e difíceis do seu quotidiano é a transmissão de más notícias. Fontes e colaboradores (2017) afirmam que estas más notícias estão maioritariamente associadas à morte, doença grave ou patologias oncológicas. No seu trabalho de 2019, Littell e colaboradores enumeram algumas barreiras que impedem a comunicação efetiva, nomeadamente, preparação e tempo dispendido inadequados, o medo de destruir a esperança do doente, o desconforto emocional do profissional, a incerteza inerente ao prognóstico, a língua, a cultura e as dinâmicas familiares. A estas, Morgan e colaboradores (2020) acrescentam a idade do doente, a limitação nas opções de tratamento, o reduzido prognóstico e a falta de treino e experiência dos profissionais como aspetos que também influenciam negativamente a transmissão de más notícias.

Miller e colaboradores (2021) demonstraram que os profissionais com especialidade em cuidados paliativos estavam mais aptos a realizar conversas que envolvessem temas como o diagnóstico, prognóstico e fim de vida, do que os profissionais generalistas. Este aspeto é reforçado por Berkey e colaboradores (2018, p.100) que defendem que “o *stress* relacionado com a transmissão de más notícias não diminui com os anos de prática ou com a experiência na transmissão de más notícias.”

De acordo com Pereira e colaboradores (2013, p.231), “A notícia deve ser dada de forma gradual, clara e aberta, adaptada à vontade, personalidade, compreensão e necessidade de saber, manifestada pelo paciente e família e à sua capacidade de participar ativamente nas decisões”. Assim a comunicação efetiva torna-se de extrema importância, uma vez que

aumenta a probabilidade dos doentes receberem cuidados alinhados com os seus objetivos, traduzindo-se em menos intervenções agressivas no fim de vida, aumentando a qualidade

de vida e diminuindo o *stress* do cuidador, menos admissões hospitalares e transferências para Unidades de Cuidados Intensivos ou receberem quimioterapia dentro dos últimos 30 dias de vida; promove a satisfação dos doentes, aumentando a probabilidade deste se recordar da informação transmitida e diminuindo a sua ansiedade; reduz o risco de *burnout* dos profissionais (Littell et al., 2019, p.2).

Os mesmos autores acrescentam que dar resposta às emoções dos doentes e seus familiares diminui a sua ansiedade, promove a sua confiança nos profissionais, aumenta a retenção de informação pelos doentes e promove a adesão ao tratamento e a satisfação dos doentes e seus familiares (Littell et al., 2019).

De modo a facilitar o trabalho dos profissionais de saúde na comunicação de más notícias foram desenvolvidos vários protocolos de comunicação, dentre os quais tem particular destaque o protocolo SPIKES. Nele, Baile e colaboradores (2000) defendem que a entrevista de comunicação de más notícias consiste numa tentativa de responder a quatro objetivos, sendo eles:

recolher informação do paciente (...); prover informação inteligível, de acordo com as necessidades e desejos do paciente (...); apoiar o paciente utilizando habilidades para reduzir o impacto emocional e a sensação de isolamento experimentados pelo recetor da má notícia (...); desenvolver uma estratégia sob a forma de um plano de tratamento com a contribuição e colaboração do paciente (Baile et al., 2000, p.305).

O Protocolo SPIKES divide-se em seis fases, sendo elas:

- **Fase 1 (Setting):** planejar previamente os aspetos a abordar na entrevista; inclui a preparação do ambiente, nomeadamente, o assegurar da privacidade, a disposição da sala, a presença de barreiras físicas à comunicação, como o computador, devendo estas últimas ser retiradas sempre que possível.
- **Fase 2 (Perception):** percepção do doente/familiar; antes de abordar os assuntos pré-estabelecidos para a entrevista, o profissional deve procurar perceber o que a pessoa já sabe sobre esses assuntos e qual a sua percepção sobre eles.
- **Fase 3 (Invitation):** convite do doente/familiar; expressão pelo doente/familiar da sua necessidade de informação sobre o diagnóstico, prognóstico e detalhes da sua doença. Porém, nem todas as pessoas referem especificamente este convite, podendo surgir implícito no seu discurso.
- **Fase 4 (Knowledge):** conhecimento do doente/familiar; começar com um “ tiro de aviso ” de que as notícias não são boas. Ao comunicar as más notícias podem utilizar-se estratégias como “falar num nível de compreensão e vocabulário do paciente (...), não usar termos técnicos (...), evitar dureza excessiva (...), dar informação em pequenos pedaços e conferir periodicamente a sua compreensão (...), evitar dizer que não há mais nada a fazer” (Baile et al., 2000, p.306).
- **Fase 5 (Emotions):** abordar emoções do doente/familiar com respostas afetivas; permitir as respostas emocionais do doente/familiar que podem variar do silêncio ao choro ou à

raiva.

- **Fase 6 (Strategy and Summary):** discutir um plano para o futuro próximo, reduzindo a ansiedade que pode surgir no doente/familiar; é oportuna a partilha de uma tomada de decisão entre o profissional e o doente/familiar. Antes de finalizar a entrevista, o profissional deve fazer uma síntese dos aspetos mais relevantes abordados e que é importante que o doente/familiar retenha.

Para além do protocolo SPIKES, existem vários outros protocolos desenvolvidos a nível mundial para facilitar a comunicação de más notícias, nomeadamente:

- **Protocolo ABCDE:** compreende a preparação **A**vançada; construir (**B**uild) um ambiente/relação terapêutica; **C**omunicar bem; Lidar (**D**eal) com as reações dos doentes e familiares e **E**ncorajar e validar emoções (Rabow & McPhee, 1999).
- **Protocolo BREAKS:** compreende o **B**ackground; **R**elacionamento; **E**xplorar; **A**nunciar; **I**nflamação (**K**indling) e **S**umarizar (Narayanan et al., 2010).
- **Protocolo PACIENTE:** baseado no protocolo SPIKES e adaptado à comunidade brasileira. Compreende o **P**reparar; **A**valiar o que o doente sabe e aquilo que quer saber; **C**onvidar o doente à verdade; **I**nformar; **E**moções; **N**ão abandonar o doente e **T**raçar uma **E**stratégia (Pereira et al., 2017).
- **Abordagem PENS:** abordagem desenvolvida no contexto da Oncologia e adaptado à população indiana. Procura envolver a família na transmissão de más notícias, dado o contexto cultural indiano. Compreende a **P**referência do doente; **E**xploração; próxima (**N**ext) consulta e **S**umarizar e apoiar (Mailankody & Rao, 2021).

No seu trabalho de 2019, Littell e colaboradores referem ainda o modelo ADAPT, que pode ser utilizado em discussões sobre o prognóstico da doença (questionar (**A**sk) o que o doente sabe; **D**escobrir a informação que o doente quer saber sobre o futuro; **A**ntecipar a ambivalência; **P**rovidenciar informação e rastrear (**T**rack) as emoções) e o modelo REMAP, utilizado em discussões sobre alteração dos objetivos de cuidados (**R**eformular; **E**sperar emoções; **M**apear objetivos; **A**linhar o profissional com os valores do doente e **P**lanear).

Tal como já referido, uma das principais dificuldades dos profissionais de saúde é a gestão das emoções dos doentes e seus familiares após a receção das más notícias. Back e colaboradores desenvolveram, em 2005, a mnemónica NURSE, que tem como objetivo auxiliar os profissionais a responder a estas situações de forma empática e compassiva. Esta mnemónica compreende **N**omear; compreender (**U**nderstanding); **R**espeitar; apoiar (**S**upporting); **E**xplorar (Back et al., 2005).

Nas discussões de temas sérios, os doentes apresentam dois tipos de necessidades, que se traduzem “no desejo do doente por informação, conhecido como necessidades cognitivas, e por empatia, conhecido como necessidades emocionais” (Morgan et al., 2020, p.300). Assim, a mnemónica NURSE surge como um ponto de partida para a exploração do ponto E do protocolo SPIKES, permitindo “satisfazer tanto as necessidades cognitivas como as emocionais do doente, melhorar a relação doente-profissional, reduzir a ansiedade e apoiar a tomada de decisão

futura” (Morgan et al., 2020, p. 307).

De um modo geral e de acordo com Littell e colaboradores

A maioria das estratégias de comunicação baseia-se em quatro componentes básicos: preparar e reunir informação, avaliar o conhecimento e compreensão do doente; informar o doente de acordo com as suas preferências comunicacionais; esperar emoção e responder com frases empáticas; descobrir os valores dos doentes e planear com base nesses valores (Littell et al., 2019, p.4).

De um modo algo semelhante ao apresentado acima, a preparação e desenvolvimento de uma conferência familiar também obedece a passos previamente delineados. Widera e colaboradores (2020) sugerem a seguinte estrutura para a realização de uma conferência familiar:

- **Preparação:** inclui a planificação da conferência, a revisão dos dados necessários sobre o doente e a decisão do local e de quem estará presente.
- **Apresentação e Objetivos:** inclui a apresentação de todos os presentes, definir a agenda com o contributo de todos.
- **Estado do Doente e Prognóstico:** desenvolver o assunto do estado do doente e do seu prognóstico, perguntando e respondendo às questões realizadas; ter em atenção as emoções dos participantes.
- **Clarificação dos Objetivos de Cuidados do Doente:** discutir o doente como uma pessoa antes da doença, os seus valores e objetivos.
- **Opções de Tratamento e Recomendações:** sintetizar esperanças e preocupações, rever as opções com objetivos definidos, oferecer recomendações.
- **Sumarizar e Passos Seguintes:** recapitular as áreas de acordo e desacordo, rever os próximos passos, discutir a agenda para próximos encontros.
- **Informar a Equipa de Cuidados:** rever o que aconteceu, discutir alterações no plano de cuidados e áreas a melhorar.

Quando comparado com o protocolo SPIKES, o modelo apresentado por Widera e colaboradores (2020) para a organização de uma conferência familiar é, na sua essência, semelhante, obedecendo quase aos mesmos passos e etapas. Assim, percebe-se nele a influência deste protocolo, já que a fase de Preparação corresponde ao *Setting*; a Apresentação e Objetivos pode, de certo modo, traduzir a fase de *Perception*; as etapas do Estado do Doente e Prognóstico, Clarificação dos Objetivos de Cuidados do Doente e Opções de Tratamento e Recomendações traduzem as etapas de *Knowledge* e *Emotions*; por fim, a etapa Sumarizar e Passos Seguintes corresponde à fase de *Strategy and Summary*.

Abordando brevemente os enfermeiros em particular, estes constituem uma classe profissional vista como privilegiada no contacto com os doentes e seus familiares, uma vez que permanecem 24h sob 24h na sua presença.

As maiores dificuldades referidas pelos profissionais de Enfermagem no que respeita à

comunicação de más notícias incluem: ausência de tempo, falta de educação e experiência, idade dos doentes, casos de conspiração do silêncio, falta de autonomia na transmissão de más notícias e acreditarem que a transmissão de más notícias é função de outro profissional (Miller et al., 2021; Fontes et al., 2017; Mishelovich et al., 2015). Pereira e colaboradores (2017) e Malloy e colaboradores (2010) concluem que as discussões mais difíceis para os enfermeiros são aquelas sobre a morte, o fim do tratamento curativo e transição para cuidados paliativos, o diagnóstico ou recidiva da doença e sobre religião e espiritualidade.

Como facilitadores no processo de comunicação de más notícias os enfermeiros destacam a comunicação efetiva com os doentes e seus familiares, permitindo o estabelecimento de uma relação terapêutica, o reconhecimento da situação, preparando o terreno para a transmissão da má notícia, a utilização de uma linguagem clara e honesta, efetuar a conversa num local privado, minimizar a negatividade associada à doença e ajudar os doentes e seus familiares a tomarem decisões sobre o tratamento (Miller et al., 2021; Abbaszadeh et al., 2014).

Por fim, importa referir que os enfermeiros, apesar de verem no médico o principal responsável pela comunicação de más notícias, têm um importante papel nestas situações, que deve ser considerado e valorizado. Pereira e colaboradores referem que

as necessidades de informação e de apoio dos pacientes vão para além do momento de dar uma má notícia, estando os enfermeiros envolvidos no fornecimento dessa assistência, principalmente devido à relação que criam com o paciente e a sua família ao longo do tempo. As atividades de apoio que os enfermeiros desempenham em torno das más notícias incluem a avaliação das necessidades de informação, identificando e esclarecendo mal entendidos, a obtenção de informações e explicação de informação médica complexa, ajudando os pacientes e seus familiares a lidar com as suas reações emocionais (Pereira et al., 2013, p.233-234).

Assim, é de extrema relevância que o enfermeiro adquira e desenvolva competências comunicacionais que lhe permitam transmitir más notícias e acompanhar da melhor forma possível os doentes e familiares que as recebem.

A observação das estratégias utilizadas pelos enfermeiros para comunicar más notícias foi realizada em ambos os contextos clínicos frequentados, nos dez momentos acima mencionados.

Foi possível verificar que as estratégias que os enfermeiros mais utilizam na prática são a exploração da situação e explicação relacionadas com a doença, sua progressão e suas consequências, a escuta ativa, a demonstração de presença e disponibilidade para acompanhar o doente e a sua família durante todo o processo de doença, a validação das dúvidas, emoções e medos referidos, a utilização de uma linguagem clara, acessível e objetiva e a demonstração de compreensão e empatia. Na sua maioria, as estratégias e intervenções implementadas têm por objetivos a promoção da adaptação da pessoa à situação de perda, bem como o

desenvolvimento de estratégias de *coping* para enfrentar a situação. Outra das preocupações dos profissionais é a diminuição de casos de conspiração do silêncio, promovendo o diálogo honesto entre toda a equipa de cuidados, doente e seus familiares.

No primeiro contexto de estágio, realizado numa UCP, foi possível verificar que nem sempre os profissionais utilizavam um local específico e totalmente privado para comunicar as más notícias. Por vezes, estas conversas eram tidas na enfermaria na presença de outros doentes e/ou familiares. Contudo, cada situação deve ser analisada individualmente, uma vez que apesar de importante, o assegurar da privacidade pode comprometer um momento propício à comunicação. Um destes casos foi o mencionado no ponto 3, cuja conversa decorreu na enfermaria, onde se encontravam outros doentes e visitas. Pelas questões da filha, o momento tornou-se propício à transmissão das más notícias e este ambiente teria sido quebrado caso esta fosse encaminhada para outro local. Assim, a enfermeira optou por ter a conversa ali, tendo o cuidado de correr as cortinas e utilizando um tom de voz baixo.

Relativamente às dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde, verifiquei que mencionavam os pedidos das famílias para estabelecer uma conspiração do silêncio, a falta de profissionais nas equipas que reduzia o tempo disponível para cada doente e familiar e a falta de interação e comunicação entre os diferentes profissionais de saúde.

Nos contextos de ensino clínico foi-me possível desenvolver momentos em que os doentes partilharam os seus medos, nomeadamente, o medo da morte. Numa das situações, aquando dos cuidados de higiene e ao aperceber-se que um doente da enfermaria em frente tinha morrido, a doente do caso mencionado no ponto 1, referiu que em breve chegaria o momento da sua morte. Questionei-a sobre o porquê de dizer isso. Tive como resposta a perceção da doente quanto à progressão da doença e ao estado avançado em que esta se encontrava. Procurei perceber o que a doente sentia em relação a esta questão e se tinha alguma situação, problema ou desejo que gostasse de ver concretizado antes de morrer. Referiu que gostava de voltar a ver a sua casa na aldeia em que vivia. Este foi um dos casos que evidenciou a importância da comunicação como ferramenta de trabalho, não só para transmitir informação, como para construir uma relação de confiança e cooperação tão importantes nos cuidados paliativos. Ao comunicar utilizando estratégias específicas, de forma dirigida e intencional, o enfermeiro especialista na área da enfermagem à pessoa em situação paliativa promove a qualidade dos cuidados, estabelecendo relações de confiança e parceria tanto com os doentes como com os seus familiares.

No segundo contexto de estágio, realizado numa EIHS CP, verifiquei a utilização implícita do protocolo SPIKES na preparação e realização das conferências familiares, bem como em algumas situações de consulta externa presencial. A equipa tinha o cuidado de preparar a informação a abordar, inteirando-se o mais possível da situação do doente e de realizar a consulta/conferência no seu gabinete de consultas, assegurando a privacidade das pessoas

presentes (Fase *Setting*). No início de todas as consultas/conferências a que me foi possível assistir, a equipa questionava e procurava perceber qual o conhecimento e a perceção que os presentes tinham sobre a doença, seu prognóstico e possíveis consequências futuras (Fase *Perception*). A terceira fase deste protocolo (*Invitation*) surgiu, maioritariamente, de forma implícita no discurso do doente ou dos familiares. A equipa procurou em todas as situações transmitir a informação mais relevante, de forma clara e honesta (Fase *Knowledge*). Após a comunicação de más notícias, e como já referi, muitos dos presentes reagiam com tristeza e choro, sendo estas emoções permitidas e incentivadas (Fase *Emotions*). Por fim, a equipa respondia a todas as questões e dúvidas dos doentes e familiares presentes, resumizava os aspetos mais relevantes a reter da consulta/conferência, reforçava a disponibilidade da equipa para esclarecer dúvidas via telefone e marcava a próxima consulta (Fase *Strategy and Summary*).

De forma geral, verifiquei que a comunicação deve ser feita por profissionais com formação, com conhecimento das estratégias que devem implementar e do modo como o fazer. Para além disto, deve ser tido em consideração o *timing* em que a pessoa se encontra no processo de aceitação da doença, gerindo o tipo e quantidade de informação de acordo com as necessidades e vontade da pessoa naquele momento. No que diz respeito aos enfermeiros isto é, particularmente, importante, pois à medida que “os doentes e seus familiares continuam a enfrentar doenças graves, transição para os cuidados paliativos e a tomar decisões difíceis, os enfermeiros continuarão a desempenhar um papel crucial e a permanecer como o profissional predominante à cabeceira do doente” (Malloy et al., 2010, p.173).

Em conclusão, percebe-se que a comunicação de más notícias é um factor gerador de sofrimento nos doentes e seus familiares, no contexto de cuidados paliativos. Travelbee (1971) definiu sofrimento

como um sentimento de desprazer variando de um simples e transitório desconforto mental, físico ou espiritual até uma extrema angústia que pode evoluir para uma fase de ‘desespero maligno’, caracterizada pelo sentimento de abandono e expressa através de uma conduta de ‘negligência de si mesmo’, podendo chegar a um estado terminal de ‘indiferença apática’ (Travelbee, 1971, como citado por Carqueja, 2009, p. 9).

O Modelo de Relação Pessoa-a-Pessoa desta autora tem influenciado fortemente a prática dos cuidados paliativos. Neste modelo, Travelbee defende que as relações humanas são a base dos cuidados de enfermagem e que se iniciam num primeiro encontro em que enfermeiro e doente se conhecem mutuamente e desenvolvem uma primeira impressão. A esta segue-se a fase das identidades emergentes, em que tanto o enfermeiro como o doente estabelecem uma relação que lhes permite perceber a singularidade de cada um. Neste ponto desenvolvem-se sentimentos de empatia e, posteriormente, de simpatia. Por fim, a fase de harmonia é alcançada e composta por “pensamentos e sentimentos inter-relacionados, interesse e

preocupação em relação ao outro, através de uma atitude sem juízos de valor e com respeito por cada indivíduo como um ser humano único” (Parola et al., 2020, p.6). Travelbee defendeu que “os enfermeiros que conhecem os doentes são mais capazes de detetar não só mudanças óbvias na condição de um indivíduo, mas também reconhecer as mudanças mais subtis que podem estar a ocorrer” (Travelbee, 1971, como citado por Parola et al., 2020, p.4). Assim, quanto melhor o enfermeiro conhecer o doente, melhor identificará a presença de sofrimento.

Nos casos de doença, o sofrimento pode ser definido, segundo Carqueja (2009, p.9), “como um sentimento de angústia, vulnerabilidade, perda de controlo e ameaça à integridade do Eu”. Este é sempre subjetivo e dependente da interpretação que cada doente faz da situação que vive e experiencia. Contudo, há uma transversalidade na sua presença, que se prende com a perceção da finitude, “o que faz do sofrimento uma dimensão, não apenas psicológica, mas sobretudo existencial e, muitas vezes, religiosa” (Carqueja, 2009, p.8).

Relativamente aos tipos de sofrimento, este pode ser corpóreo/biológico (com origem nos sintomas físicos, principalmente a dor), psicológico (onde todo o sofrimento é processado e onde são percebidos os sentimentos de perda e/ou ameaça), relacional/social (inclui a perda de papéis significativos, perda de identidade pessoal, perda de pessoas significativas e perda de reconhecimento), do sentido de vida/espiritual (dimensão que dá significado e sentido à vida, incluindo os aspetos religiosos e morais). Cada uma destas dimensões do sofrimento não pode ser abordada de forma singular, mas como parte de um todo complexo (Carqueja, 2009).

Assim, “através do processo de lidar com o sofrimento, a tarefa base dos profissionais deve ser entender a resposta do doente às más notícias e o significado por eles atribuído às mesmas” (Rabow & McPhee, 1999, p.260). Para promoverem o alívio do sofrimento, os enfermeiros são convidados a usar estratégias abrangentes, que incluem a escuta com compaixão, a validação emocional, o estímulo a encontrar forças, a busca pelo significado no sofrimento e a procura da aceitação e reconciliação de forma a alcançar a transformação (Rabow & McPhee, 1999).

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A comunicação é considerada um dos pilares dos cuidados paliativos, sendo uma ferramenta fundamental dos profissionais de saúde.

Tanto os doentes como os seus familiares apresentam necessidades específicas quanto ao modo como as más notícias devem ser transmitidas. É imperioso que estas especificidades, individuais e subjetivas, sejam percebidas antes da transmissão ocorrer e que sejam tidas em consideração e respeitadas aquando da comunicação de más notícias.

Os profissionais de saúde destacam várias dificuldades na comunicação de más notícias, sendo a falta de formação específica uma das mais referidas. Para dar resposta a estas dificuldades, foram elaborados vários protocolos e estratégias para a comunicação de más notícias passíveis de serem utilizados em cuidados paliativos. A sua grande maioria baseia-se no Protocolo SPIKES. Este foi largamente estudado e implementado, tendo sido adaptado por vários países com eficácia comprovada e servindo como ponto de partida, por exemplo, para os modelos de planificação de uma conferência familiar. Destaca-se também a mnemónica NURSE que tem como objetivo facilitar a gestão das emoções dos doentes e seus familiares por parte dos profissionais de saúde após a transmissão de más notícias.

A realização deste documento espelha, assim, o percurso realizado para aquisição de competências profissionais comuns e específicas de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. Os dois casos clínicos apresentados demonstram o desenvolvimento destas competências na prática, bem como a tabela apresentada com as atividades desenvolvidas para a aquisição de cada competência específica. Foram desenvolvidas e alcançadas competências comuns e específicas, nomeadamente, no controlo de sintomas como a dor e a dispneia, na inclusão de familiares no processo de cuidar, no acompanhamento nas perdas consequentes da doença e do luto, entre outras.

Considero, assim, que as experiências proporcionadas contribuíram para a minha aprendizagem e crescimento profissional, uma vez que se constituíram como promotoras do meu desenvolvimento. Ao estimularem a minha autonomia, confiança e segurança nos cuidados especializados a uma pessoa em situação paliativa e sua família, tornaram-me mais capaz de cuidar destas pessoas em todos os contextos de cuidados em que elas surgem, nomeadamente no contexto de Medicina Interna, em que trabalho diariamente.

7. BIBLIOGRAFIA

Abbaszadeh, A., Ehsani, S. R., Begjani, J., Kaji, M. A., Dopolani, F. N., Nejati, A., & Mohammadnejad, E. (2014). Nurses' perspectives on breaking bad news to patients and their families: a qualitative content analysis. *Journal of Medical Ethics and History of Medicine*, 7, 1-7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4263382/pdf/jmehm-7-18.pdf>

Anwar, D., Ransom, S., & Weiner, R. S. (2013). Communication in Palliative Care. In Vadivelu, N., Kaye, A. D. & Berger, J. M. (Eds.), *Essentials of Palliative Care* (pp.73-87). https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5164-8_5

Araújo, A., Almeida, P., & Gonçalves, F. (2017). Obstipação. In E. Freire (Ed.), *Guia Prático de Controlo Sintomático* (pp. 65-72). <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>

Araújo, A., Mota, T., & Gonçalves, F. (2017). Náuseas e vômitos. In E. Freire (Ed.), *Guia Prático de Controlo Sintomático* (pp. 55-63). <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>

Back, A. L., Arnold, R. M., Baile, W. F., Tulsky, J. A., & Fryer-Edwards, K. (2005). Approaching Difficult Communication Tasks in Oncology. *Cancer Journal for Clinicians*, 55(3), 164-177. <https://doi.org/10.3322/canjclin.55.3.164>

Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES – A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5, 302-311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>

Baltazar, M. A. L. (2021). *Avaliação da Ferida Cirúrgica: Documentação de Enfermagem*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://web.esenfc.pt/?url=ZLaXh3Bj>

Bastos, F. (2012). *A pessoa com doença crónica: uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão e do regime terapêutico*. [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Científico da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/11990>

Batista, R. C. N. (2002). Cuidados de Enfermagem ao Doente com Necessidade de Cateterismo Vesical. *Revista Referência*, 9, 69-73. https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2072&id_revista=5&id_edicao=13

Bergqvist, J., & Strang, P. (2019). Breast cancer patients' preferences for truth versus hope are dynamic and change during late lines of palliative chemotherapy. *Journal of Pain and Symptom Management*, 57(4), 746-752. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.12.336>

Berkey, F. J., Wiedemer, J. P., & Vithalani, N. D. (2018). Delivering bad or life-altering news. *American Family Physician*, 98(2), 99-104. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2018/0715/p99.html>

Bernad, A. M. (2008). Aspectos psico-emocionales y espirituales al final de la vida: El proceso de morir dignamente. *Medicina Naturista*, 2(3), 233-245. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2666025.pdf>

Blanckenburg, P., Hofmann, M., Rief, W., Seifart, U., & Seifart, C. (2020). Assessing patients' preferences for breaking bad news according to the SPIKES-Protocol: the MABBAN scale. *Patient Education and Counseling*, 103, 1623-1629. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.02.036>

Brekel, L., Baan, F., Zweers, D., Koldenhof, J., Vos, J., Graeff, A., Witteveen, P., & Teunissen, S. (2020). Predicting Anxiety in Hospitalized Cancer Patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(3), 522-530. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.005>

Campagne, D. (2021). *Visão Geral das Fraturas*. Manual MSD Versão para Profissionais de Saúde. <https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/les%C3%B5esintoxica%C3%A7%C3%A3o/fraturas/vis%C3%A3o-geral-das-fraturas>

Cardoso, A. (2016). Prurido. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares & I. G Neto. (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª ed., pp. 239-248). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Cardoso, F., Kyriakides, S., Ohno, S., Penault-Llorca, F., Poortmans, P., Rubio, I. T., Zackrisson, S.,

& Senkus, E. (2019). Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 30, 1194-1220. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdz173>

Carneiro, R. (2017). Sintomas cutâneos e das mucosas. **In** E. Freire (**Ed.**), *Guia prático de controlo sintomático* (pp. 141 - 145). <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>

Carqueja, E. (2009). A prática religiosa e a percepção do sofrimento: um estudo em doentes com cancro e em doentes com dor crónica. *Cadernos de Saúde*, 2(1), 7-40. <https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/2783/2685>

Chua, G. P., Pang, G. S. Y., Yee, A. C. P., Neo, P. S. H., Zhou, S., Lim, C., Wong, Y. Y., Qu, D. L., Pan, F. T., & Yang, G. M. (2020). Supporting the patients with advanced cancer and their family caregivers: What are their palliative care needs? *BMC Cancer*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12885-020-07239-9>

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2021). Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos 2021-2022. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>

Deglin, J., & Vallerand, A. H. (2009). *Guia Farmacológico para Enfermeiros*. Lusociência (10ªEd).

Delgado, M., Latour, J., Neilens, H., & Griffiths, S. (2021). The oral care experiences of palliative care patients, their relatives and health care professionals. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 23(3), 229-237. <http://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000745>

Dias, D., Santos, J., Raposo, C., Batalha, L., Ribeiro, A., & Ferreira, A. (2017). Obstipação induzida pelos opióides em doentes oncológicos adultos. *On*, 35, 32-41. https://www.aeop.pt/ficheiros/ON35_abst4.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2003). Circular Normativa n.º 09/DGCG. *Direção Geral da Saúde*, 1-4. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2005). Carta dos direitos do doente internado. *Direção Geral da Saúde*, 1-12. <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2017). Recomendação: prevenção da transmissão de enterobactérias resistentes aos carbapenemos em hospitais de cuidados de agudos. *Direção Geral da Saúde*, 1-20. <https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Recomendacao-prevencao-da-transmissao-de-enterobacteriaceas-resistentes-aos-carbapenemos-em-hospitais-de-cuidados-de-agudos.pdf>

Direção Geral da Saúde (2022). Revisão da norma clínica 019/2015. “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical. *Direção Geral da Saúde*, 1-18. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_019_2015_atualizada_29_08_2022_feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-urinaria-associada-a-cateter-vesical.pdf

Ehret, C., & Jatoi, A. (2021). Should Loss of Appetite Be Palliated in Patients with Advanced Cancer. *Current Treatment Options in Oncology*, 22(31), 1-7. <https://doi.org/10.1007/s11864-021-00829-0>

Ekberg, S., Parry, R., Land, V., Ekberg, K., Pino, M., Antaki, C., Jenkins, L., & Whittaker, B. (2021). Communicating with patients and families about illness progression and end of life: a review of studies using direct observation of clinical practice. *BMC Palliative Care*, 20(1), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00876-2>

Fernandes, R., Ramos, A., & Monteiro, P., (2017). Síndrome Anorexia - Caquexia/Astenia. In E. Freire (Ed.), *Guia prático de controlo sintomático* (pp. 81-94). <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>

Ferreira, G., & Mendonça, G. (2017). Prurido. In G. Ferreira & G. Mendonça (Ed.) *Cuidados paliativos: guia de bolso*. (pp. 49-50). https://www.biosanas.com.br/uploads/outros/artigos_cientificos/67/abe52f7ffe6b28c2cbfd3fbd14409242.pdf

Fontes, C. M. B., Menezes, D. V., Borgato, M. H., & Luiz, M. R. (2017). Communicating bad news: an integrative review of the nursing literature. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1089-1095. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0143>

Frade, L., Carreira, N., Tosatto, V., Marote, S., & Neto, I. G. (2019). Oxigenoterapia na Doença Avançada. *Revista Medicina Interna*, 16(4), 319-325. <https://doi.org/10.24950/rspmi/Revisao/75/19/4/2019>

Friedrichsen, M., Lindholm, A., & Milberg, A. (2011). Experiences of truth disclosure in terminally ill cancer patients in palliative home care. *Palliative and Supportive Care*, 9(2), 173-180. <https://doi.org/10.1017/S1478951511000046>

Fujimori, M., Akechi, T., & Uchitomi, Y. (2016). Factors associated with patient preferences for communication of bad news. *Palliative and Supportive Care*, 15(3), 328-335. <https://doi.org/10.1017/S147895151600078X>

Galiana, L., Oliver, A., Gomis, C., Barbero, J., & Benito, E. (2014). Cuestionarios de evaluación e intervención espiritual en cuidados paliativos: una revisión crítica. *Medicina Paliativa*, 21(2), 62-74. <https://doi.org/10.1016/j.medipa.2013.02.003>

García, D., Olivar, C., Sastoque, A., & Acosta, F. (2018). Revisión sistemática para el abordaje de síntomas desagradables gastrointestinales en cuidados paliativos. *Revista Cuidarte*, 10(1), 1-18. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v10i1.615>

Gonçalves, C. (2019). *Instrumentos de avaliação de sintomas (obstipação, diarreia e vómitos) em cuidados paliativos - Revisão sistemática de literatura*. [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Científico da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/32318>

Gonçalves, F. (2018, 16 de dezembro). *Problemas urinários*. <https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/181216185915.pdf>

Gonçalves, F. (2019, 29 de maio). *Corticosteróides*. <https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/190529201705.pdf>

Gonçalves, F. (2020, 1 de fevereiro). *Uso de oxigénio em cuidados paliativos*. <https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/200201135910.pdf>

Gonçalves, F. (2022, 16 de Outubro). *Alterações do sono no cancro avançado*.

<https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/221016201049.pdf>

Gonçalves, F. (2023, 17 de Fevereiro). *Depressão nos doentes em cuidados paliativos*. <https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/230217211224.pdf>

Gonçalves, M. J., Rosado, J., & Custódio, M. P. (2010). Anorexia/Caquexia. **In** A. Barbosa & I. G Neto. (**Eds.**), *Manual de Cuidados Paliativos*. (2ª ed., pp. 181-189). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Gozzo, T. O., Tahan, F. P., Andrade, M., Nascimento, T. G., & Prado, M. A. S. (2014). Ocorrência e manejo de feridas neoplásicas em mulheres com câncer de mama avançado. *Escola Anna Nery*, 18(2), 270-276. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140039>

Hipólito, A. M. R. (2013). *Relatório da Prática Clínica: Auto-Imagem dos Doentes em Cuidados Paliativos*. [Relatório de Mestrado, Politécnico de Castelo Branco]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Castelo Branco. <http://hdl.handle.net/10400.11/2218>

INFARMED. Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. INFOMED (n.d.). Base de dados de medicamentos de uso humano. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>

International Association for the Study of Pain. (n.d.) *Definition of Pain*. <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/#pain>

International Council of Nurses. (2019). *ICN Browser*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Jara, C., del Barco, S., Grávalos, C., Hoyos, S., Hernández, B., Muñoz, M., Quintanar, T., Meana, J.A., Rodriguez, C., & de las Peñas, R. (2017). SEOM clinical guideline for treatment of cancer pain. *Clinical and Translational Oncology*, 20(1), 97-107. <https://doi.org/10.1007/s12094-017-1791-2>

Johnson, J., Lodhi, M. K., Cheema, U., Stifter, J., Dunn-Lopez, K., Yao, Y., Johnson, A., Keenan, G.M., Ansari, R., Khokhar, A., & Wilkie, D. J. (2017). Outcomes for end-of-life patients with anticipatory grieving: Insights from practice with standardized nursing terminologies within an

interoperable internet-based electronic health record. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 19(3), 223-231. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000333>

Jorge, A. F. (2011). Cancro da Vulva. *Federação das Sociedades Portuguesas de Obstetrícia e Ginecologia*. http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_20.pdf

Kutner, J. S., Steiner, J. F., Corbett, K. K., Jahnigen, D. W., & Barton, P. L. (1999). Information needs in terminal illness. *Social Science & Medicine*, 48(10), 1341-1352. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00453-5](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00453-5)

Lei n.º 52/2012 da Assembleia da República. (2012). Diário da República: I Série, nº 172. Lei n.º 52/2012. <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>

Lei n.º 95/2019 da Assembleia da República (2019). Diário Da República: I Série, nº 169. Lei n.º 95/2019.. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>

Liga Portuguesa Contra o Cancro. (n.d.). *Métodos de Tratamento do Cancro da Mama*. <https://www.ligacontracancro.pt/cancro-da-mama-metodos-de-tratamento/>

Litalien, M., Atari, D. O., & Obasi, I. (2021). The Influence of Religiosity and Spirituality on Health in Canada: A Systematic Literature Review. *Journal of Religion and Health*, 61(1). <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01148-8>

Littell, R. D., Kumar, A., Einstein, M. H., Karam, A., & Bevis, K. (2019). Advanced communication: A critical component of high quality gynecologic cancer care: A Society of Gynecologic Oncology evidence based review and guide. *Gynecologic Oncology*, 155(1), 161-169. <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2019.07.026>

Lourenço, M., Encarnação, P., & Lumini, M. J. (2021). Cuidados Paliativos, Conforto e Espiritualidade. *Escola Superior de Enfermagem do Porto*, 85-98. <https://doi.org/10.48684/mx4w-3d93>

Lund-Nielsen, B., Muller, K., & Adamsen, L. (2005). Malignant wounds in women with breast cancer: feminine and sexual perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 56-64. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2004.01022.x>

Magano, C. O. (2017). *Comunicação como Instrumento Facilitador no Processo de Cuidar em Cuidados Paliativos* [Relatório de Mestrado, Politécnico de Castelo Branco]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Castelo Branco. <http://hdl.handle.net/10400.11/6028>

Mailankody, S., & Rao, S. R. (2021). "PENS" approach for breaking bad news – a short and sweet way!. *Supportive care in Cancer*, 29(3), 1157-1159. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05807-0>

Malloy, P., Virani, R., Kelly, K., & Munévar, C. (2010). Beyond Bad News Communication skills of nurses in palliative care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 12(3), 166-174. <https://doi.org/10.1097/NJH.0b013e3181d99fee>

Matos, J. C., & Borges, M. S. (2018). A família como integrante da assistência em cuidado paliativo. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 12(9), 2399-2406. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i10a234575p2399-2406-2018>

Matthews, T., Baken, D., Ross, K., Ogilvie, E., & Kent, L. (2019). The experiences of patients and their family members when receiving bad news about cancer: a qualitative meta-synthesis. *Psychooncology*, 28(12), 2286-2294. <https://doi.org/10.1002/pon.5241>

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Melo, R., Rua, M., & Santos, C. (2014). O impacto na sobrecarga dos cuidadores familiares: revisão da literatura sobre programas de intervenção. *Supervisão*, 6(2). <https://doi.org/10.34624/id.v6i2.4043>

Miller, E. M., Porter, J. E., & Barbagallo, M. S. (2021). The experiences of health professionals, patients, and families with truth disclosure when breaking bad news in palliative care: A qualitative meta-synthesis. *Palliative and Supportive Care*, 20, 433-444. <https://doi.org/10.1017/S1478951521001243>

Millspaugh, C. D. (2005). Assessment and response to spiritual pain: Part I. *Journal of Palliative Medicine*, 8(5), 919-923. <https://doi.org/10.1089/jpm.2005.8.919>

Mishelmovich, N., Arber, A., & Odelius, A. (2015). Breaking significant news: The experience of clinical nurse specialists in cancer and palliative care. *European Journal of Oncology Nursing*, 21, 153-159. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2015.09.006>

Morgan, H., Baker, A., & Kolling, A. (2020). Breaking Serious News Communication in Hospice and Palliative Medicine. *Physician Assist Clin*, 5, 299-308. <https://doi.org/10.1016/j.cpha.2020.02.003>

Murray, A., Kendall, M., Boyd, K., & Sheikh, A. (2005). Illness trajectories and palliative care. *BMJ Journals*, 330, 1007-1011. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC557152/pdf/bmj33001007.pdf>

Narayanan, V., Bista, B., & Koshy, C. (2010). 'BREAKS' Protocol for Breaking Bad News. *Indian Journal of Palliative Care*, 16(2), 61-65. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.68401>

Okuda, P. M. M., Pinheiro, F. P., Germano, G. D., Padula, N. A. M. R., Lourenceti, M. D., Santos, L. C. A., & Capellini, S. A. (2011). Função motora fina, sensorial e perceptiva de escolares com transtorno do déficit de atenção com hiperatividade. *Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 23(4), 351-357. <https://doi.org/10.1590/S2179-64912011000400010>

Olawaiye, A. B., Cuello, M. A., & Rogers L. J. (2021). Cancer of the vulva: 2021 update. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 155(Suppl.1), 7-18. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13881>

Oliveira, C. (2015). "Autocuidado: gerir regime medicamentoso" uma revisão integrativa da literatura contributo para o desenvolvimento de um modelo clínico de dados em enfermagem. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/10771>

Oliveira, D. S. A., Cavalcante, L. S. B., & Carvalho, R. T. (2019). Sentimentos de Pacientes em Cuidados Paliativos sobre Modificações Corporais Ocasionadas pelo Câncer. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39(e176879), 1-13. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003176879>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos*.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VF-Out2007.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2008). Dor, Guia orientador de boa prática. *Cadernos OE*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei no 156/2015 de 16 de setembro)*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.

Parola, V., Coelho, A, Fernandes, O., & Apóstolo, J. (2020). Teoria de Travelbee: Modelo de Relação Pessoa-a-Pessoa – adequação à enfermagem em contexto de cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2), 1-7. <https://doi.org/10.12707/RV20010>

Pereira, A. T. G., Fortes, I. F. L., & Mendes, J. M. G. (2013). Comunicação de Más Notícias: Revisão Sistemática da Literatura. *Revista de Enfermagem UFPE*, 7(1), 227-235. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v7i1a10226p227-235-2013>

Pereira, C. R., Calônego, M. A. M., Lemonica, L., & Barros, G. A. M. (2017). The P-A-C-I-E-N-T-E Protocol: An instrument for breaking bad news adapted to the Brazilian medical reality. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 63(1), 43-49. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.63.01.43>

Pereira, J. (2016). *Pallium Palliative* (2nd ed.) eBook Second Edition: A peer-reviewed, referenced resource (E. Kindle Edition).

Pimenta, S. M. M. (2010). *A enfermagem e o sofrimento espiritual do doente em fase final de vida*. [Tese de mestrado, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto]. Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://hdl.handle.net/10216/56031>

Pimenta, S., & Capelas, M. L. (2019). A abordagem do luto em cuidados paliativos. *Cadernos de*

Saúde, 11(1), 5-18. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.7247>

Pires, C., & Gonçalves, E. (2017). Conceitos gerais de cuidados paliativos em controlo sintomático. In E. Freire (Ed.), *Guia prático de controlo sintomático* (p.11-16). <http://www.smpi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>

Rabow, M.W., & McPhee, S. J. (1999). Beyond breaking bad news: how to help patients who suffer. *Western Journal of Medicine*, 171(4), 260-263. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1305864/pdf/westjmed00314-0046.pdf>

Ramos, V. L. R. (2017). *A Comunicação de Más Notícias ao Doente em Fase Paliativa e sua Família num Serviço de Medicina* [Relatório de Mestrado, Politécnico de Castelo Branco]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Castelo Branco. <http://hdl.handle.net/10400.11/5850>

Registo, F. D. S. (2016). *Representações Sociais do Doente em Fim de Vida e a Influência na Comunicação de Profissionais e Familiares* [Relatório de Mestrado, Politécnico de Castelo Branco]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Castelo Branco. <http://hdl.handle.net/10400.11/5433>

Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. (1996). Diário da República: I Série A, n.º 205. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>

Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). Diário da República: II Série, n.º135. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). Diário da República: II Série, n.º 26. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Reigada, C., Pais-Ribeiro, J. L., Novellas, A., & Pereira, J. L. (2014). O Suporte à Família em Cuidados Paliativos. *Textos & Contextos*, 13(1), 159-169. <https://doi.org/10.15448/1677-9509.2014.1.16478>

Roque, M. X. M. F. (2022). *Mulheres com linfedema pós-cirurgia a cancro da mama: variáveis sócio demográficas e clínicas e a sua relação com a funcionalidade e qualidade de vida*. [Projeto

de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Alcoitão]. Repositório Escola Superior de Saúde de Alcoitão. <http://hdl.handle.net/10400.26/43338>

Rossi, P., Crippa, M., & Scaccabarozzi, G. (2021). The relationship between practitioners and caregivers during a treatment of palliative care: A grounded theory of a challenging collaborative process. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15). <https://doi.org/10.3390/ijerph18158081>

Saavedra, M., & Rocha, M. (2017). Principais fármacos utilizados em cuidados paliativos. In E. Freire (Ed.), *Guia prático de controlo sintomático* (pp.183-221). <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>

Sanar. (2022, novembro 25). *Oxigenoterapia: Manual dos dispositivos de oxigenação*. <https://www.sanarmed.com/oxigenoterapia-dispositivos-de-oxigenacao-yellowbook>

Santos, J., Raposo, C., Oliveira, A., & Ribeiro, A. (2015). Avaliação e tratamento da dor irruptiva oncológica. *Revista OncoNews*, 28, 10-18. <https://www.aeop.pt/ficheiros/211d04cfeee8fd9e4258773a1474d862.pdf>

Saraiya, B., Arnold, R., & Tulsky, J. A. (2010). Communication skills for discussing treatment options when chemotherapy has failed. *The Cancer Journal*, 16(5), 521-523. <https://doi.org/10.1097/PPO.0b013e3181f28800>

Seow, H., O'Leary, E., Perez, R., & Tanuseputro, P. (2018). Access to palliative care by disease trajectory: a population-based cohort of Ontario decedents. *BMJ Journals*, 8(e021147). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021147>

Sequeira, C., (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. (1ª edição). Edição Lidel.

Serna, M., López, D., García, Y., & Restrepo, M. (2022). Nutritional assessment of cancer patients in palliative care is a key element for comprehensive care and survival. *Nutricion Hospitalaria*, 39(4), 814-823. <https://doi.org/10.20960/nh.03828>

Silva, M. (2012). Comunicação de Más Notícias. *O Mundo da Saúde*, 36(1), 49-53. http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/90/05.pdf

Starace, M., Carpanese, M. A., Pampaloni, F., Dika, M., Pileri, A., Rubino, D., Alessandrini, A., Zamagni, C., Baraldi, C., Misciali, C., Patrizi, A., Bianchi, T., Apalla, Z., & Piraccini, B. M. (2022). Management of malignant cutaneous wounds in oncologic patients. *Supportive Care in Cancer*, 30, 7615-7623. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07194-0>

Sunilkumar, M. M., Finni, C. G., Lijimil, A. S., & Rajagopal, M. R. (2021). Health-related suffering and palliative care in breast cancer. *Current Breast Cancer Reports*, 13, 241-246. <https://doi.org/10.1007/s12609-021-00431-1>

Tarberg, A. S., Tronæs, M., Landstad, B. J., & Hole, T. (2022). Physicians' perceptions of patient participation and the involvement of family caregivers in the palliative care pathway. *Health Expect*, 25(4), 1945-1953. <https://doi.org/10.1111/hex.13551>

Tsilika, E., Mystakidou, K., Parpa, E., Galanos, A., Sakkas, P., & Vlahos, L. (2009). The influence of câncer impact on patients' preparatory grief. *Psychology and Health*, 24(2), 135-148. <https://doi.org/10.1080/08870440701611194>

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

Vicente, H., Matos, M., Gomes, S., Rocha, A., Carvalhal, S., Ramos, P., Moura, A., & Alves, P. (2021). (Des)Cobrir a Ferida Maligna. *Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas*. <https://www.aptferidas.com/Ficheiros/White%20Paper/APTFeridas%20-%20WhitePaper%20Ferida%20Maligna.pdf>

Widera, E., Anderson, M., Santhosh, L., McKee, K., Smith, A., & Frank, J. (2020). Family meetings on behalf of patients with serious illness. *The New England Journal of Medicine*, 383(11). <https://doi.org/10.1056/NEJMvcm1913056>

World Health Organization (2018). *WHO Guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550390>

World Health Organization. (2020, August 5). *Definition of Palliative Care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Wu, L.-F., Lin, C., Hung, Y.-C., Chang, L.-F., Ho, C.-L., & Pan, H.-H. (2020). Effectiveness of palliative care consultation service on caregiver burden over time between terminally ill cancer and non-cancer family caregivers. *Support Care Cancer*, 28(12). <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05449-2>

Zweers, D., Graaf, E., & Teunissen, S. (2020). Suitable support for anxious hospice patients: what do nurses 'know', 'do' and 'need'? An explanatory mixed method study. *BMJ Supportive and Palliative Care*, 10(2). <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2016-001187>

8. ANEXOS

Anexo I

Solicitação de utilização do Questionário de Transmissão de Más Notícias

Boa noite Exma. colega XX,

Sou enfermeira e encontro-me a realizar o curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Incluído neste mestrado terei de desenvolver um projeto, cujo tema é a comunicação de más notícias.

Durante a pesquisa inicial que realizei um dos trabalhos que me surgiu foi o que a colega realizou como relatório de prática clínica no seu mestrado na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Incluído nesse relatório tem presente um questionário de transmissão de más notícias a ser aplicado aos profissionais de saúde.

Uma das áreas que pretendo abordar no meu projeto de mestrado é a forma como os enfermeiros encaram e transmitem as más notícias. Nesse sentido, serve o presente *email* para solicitação de autorização de utilização desse mesmo questionário no projeto que me encontro a desenvolver, como forma de recolha de dados.

Desde já agradeço a disponibilidade e atenção.

Com os melhores cumprimentos,
Enf.ª Sílvia Gomes

Boa tarde cara colega.

Serve o presente e-mail para anuir o meu consentimento para a utilização do questionário.

Desejo de continuação de um excelente trabalho.

Se for necessário alguma ajuda estarei disponível.

Atentamente XX

Anexo II

Solicitação de utilização do Guião de Observação de Estratégias Comunicacionais

Boa tarde Exma colega YY,

Sou enfermeira e encontro-me a realizar o curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Incluído neste mestrado terei de desenvolver um projeto, cujo tema é a comunicação de más notícias.

Durante a pesquisa inicial que realizei um dos trabalhos que me surgiu foi o que a colega realizou como relatório de prática clínica no seu mestrado na Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias. Incluído nesse relatório tem presente um guião de observação de estratégias comunicacionais, para observação do processo de comunicação de más notícias

Uma das áreas que pretendo abordar no meu projeto de mestrado é a forma como os doentes/familiares recebem e reagem às más notícias, bem como o modo como os profissionais transmitem essas más notícias. Nesse sentido, serve o presente *email* para solicitação de autorização de utilização desse mesmo guião no projeto que me encontro a desenvolver, como forma de recolha de dados.

Desde já agradeço a disponibilidade e atenção.

Com os melhores cumprimentos,

Enf.ª Sílvia Gomes

Boa tarde cara colega.

É com muito gosto que autorizo o uso do Guião de Observação que apresento no meu Relatório de mestrado: Comunicação como instrumento facilitador no processo de cuidar em Cuidados Paliativos.

Alguma coisa disponha.

Atentamente YY

