

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

TOMADA DE DECISÃO DO ENFERMEIRO NA GESTÃO DA DOR DA PESSOA ADULTA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

**Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas
na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

NURSES' DECISION-MAKING IN PAIN MANAGEMENT FOR ADULTS IN A PALLIATIVE SITUATION

**Specialized clinical skills development project in the area of nursing
for people in a palliative situation**

INTERNSHIP REPORT

Autor

Ana Luísa Sevivas Serralheiro

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

TOMADA DE DECISÃO DO ENFERMEIRO NA GESTÃO DA DOR DA PESSOA ADULTA EM SITUAÇÃO PALIATIVA - Projeto de desenvolvimento de competências clínicas especializadas na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa

NURSES' DECISION-MAKING IN PAIN MANAGEMENT FOR ADULTS IN A PALLIATIVE SITUATION- Specialized clinical skills development project in the area of nursing for people in a palliative situation

Orientador(es)

Marisa da Conceição Gomes Lourenço
Professor Adjunto, Doutor

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

Autor

Ana Luísa Sevivas Serralheiro

Porto, 2023

RESUMO

Introdução: A OMS define Cuidados Paliativos (CP) como cuidados de saúde que procuram melhorar a qualidade de vida dos doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável, em fase avançada ou progressiva e às suas famílias, através da prevenção e alívio do sofrimento, pela identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas, sejam eles físicos, psicossociais ou espirituais. A exigência e complexidade dos cuidados, torna imperativo a necessidade de profissionais formados e especializados nesta área.

A dor sendo um dos sintomas mais prevalentes e causadores de sofrimento nos doentes em situação paliativa, faz com que a abordagem multidisciplinar da sua gestão, seja fundamental.

Objetivo: Pretende-se apresentar o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista e competências específicas em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação paliativa, através de uma análise critico-reflexiva das atividades desenvolvidas em ensino clínico em dois contextos da prática de CP.

Metodologia: Metodologia de projeto, considerando as aptidões enumeradas na legislação portuguesa para a obtenção de grau de mestre, as competências comuns e específicas preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros para enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica à pessoa em situação paliativa, destacando a intervenção especializada de enfermagem face ao foco dor, tendo em conta a tomada de decisão do enfermeiro na gestão da dor da pessoa em situação paliativa.

Resultados: Realizada a descrição das atividades concretizadas na prática clínica que contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns e específicas em enfermagem médico cirúrgica à pessoa em situação paliativa, com a caracterização dos contextos clínicos e a descrição de dois estudos de casos onde decorreu o estágio de natureza profissional (ENP). Realizada ainda uma revisão da literatura, relativamente a fatores que influenciam o processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, na gestão da dor da pessoa em situação paliativa.

Conclusão: Com o presente relatório pretendeu-se descrever todo o trajeto desenvolvido focando as atividades que contribuíram para o desenvolvimento de competências, suportando a prática como enfermeira especialista na melhor evidência disponível de modo a promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, o alívio do sofrimento, promoção da dignidade e melhoria da qualidade de vida do doente em situação paliativa, seus cuidadores e família.

Palavras-chave: enfermeiro especialista, competências, cuidados paliativos, dor

ABSTRACT

Introduction: The WHO defines Palliative Care (PC) as health care that seeks to improve the quality of life of patients suffering from incurable, advanced or progressive disease and their families, through the prevention and relief of suffering, early identification, correct assessment and treatment of pain and other problems, whether physical, psychosocial or spiritual. The demand and complexity of care makes it imperative to have trained and specialized professionals in this area.

Pain is one of the most prevalent symptoms, causing suffering in palliative care patients, making a multidisciplinary approach to its management essential.

Objective: It is intended to present the process of acquisition and development of common competences of a specialist nurse and specific competences in medical-surgical nursing in the area of the person in a palliative situation, through a critical-reflective analysis of the activities developed in clinical teaching in two contexts of PC practice.

Methodology: Project methodology, considering the skills listed in Portuguese legislation for obtaining a master's degree, the common and specific competences recommended by the Portuguese Order of Nurses for nurses specializing in medical surgical nursing for people in palliative situations, highlighting the specialized nursing intervention in the face of the pain focus, taking into account the nurse's decision making in the management of pain in people in palliative situations.

Results: The description of the activities carried out in clinical practice that contributed to the development of common and specific competences in medical surgical nursing for the person in a palliative situation, with the characterization of the clinical contexts and the description of two case studies where the professional internship took place. A review of the literature was also carried out, regarding factors that influence the decision-making process of health professionals, including nurses, in the management of pain in the palliative situation.

Conclusion: The present report aimed to describe the entire path developed focusing on the activities that contributed to the development of skills, supporting the practice as a specialist nurse in the best available evidence in order to promote the improvement of the quality of care provided, the relief of suffering, promotion of dignity and improvement of the quality of life of the palliative patient, their caregivers and family.

Keywords: specialist nurse, competences, palliative care, pain

ABREVIATURAS

ACeS – Agrupamento de Centros de Saúde
AVC – Acidente vascular cerebral
CE-consulta externa
CIPE – Classificação internacional para a prática de enfermagem
CNCp – Comissão Nacional de Cuidados Paliativos
CP- Cuidados Paliativos
CS – Centro de Saúde
CVcti – cateter venoso central totalmente implantado
CVP – Cateter venoso periférico
DGS – Direção Geral de Saúde
DIB - Drug infusion balloon
EAPC – European Association for Palliative Care
ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECSCP – Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos
EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos
ELA – Esclerose lateral amiotrófica
EN - Escala numérica
ENP – Estágio de natureza profissional
ESAS – Edmonton System Assessment Scale
ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto
ESMO – European Society of Medical Oncology
EV – endovenoso
HD – hospital de dia
IAHPC – International Association for Hospice & Palliative Care
ICN – International Council of Nurses
INE – Instituto Nacional Estatística
IPO – Instituto Português de Oncologia
Nº - número
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial de Saúde
p. – página
PAINAD – Pain Assessment in Advanced Dementia
PBCI – precauções básicas de controle de infeção
PC - Palliative Care
PEDCP – Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos
PEG – Percutaneous Endoscopic Gastrostomy
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SC-subcutânea

SNG – sonda nasogástrica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

TD – transdérmica

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

UHDV – últimas horas a dias de vida

ULS – Unidade Local de Saúde

WHO – World Health Organization

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	17
3. ESTUDO DE CASO UCP	33
3.1. Enquadramento teórico	33
3.2. Clientes	35
3.3. Medicação	36
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	37
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	40
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	41
3.5. Domínios	41
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	42
3.6. Dados	57
3.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	63
3.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	66
3.7. Diagnósticos	68
3.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	74
3.8. Especificação das intervenções	78
4. ESTUDO DE CASO EIHSCP	85
4.1. Enquadramento teórico	85
4.2. Clientes	87
4.3. Medicação	88
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	89
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	90
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	90
4.5. Domínios	91
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	92
4.6. Dados	99
4.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	101
4.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	102
4.7. Diagnósticos	105
4.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	110
4.8. Especificação das intervenções	111
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	115
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	145

7. BIBLIOGRAFIA	147
ANEXOS	159

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Quadro 1: Número de doentes por idades (UCP)

Quadro 2: Número de doentes por diagnóstico (UCP)

Quadro 3: Número de doentes por idades (EIHSCP)

Quadro 4: Número de doentes por principais diagnósticos (EIHSCP)

Quadro 5: Motivo de pedido de colaboração por número de doentes (EIHSCP)

Quadro 6: Quadro de extração de dados dos estudos incluídos na *rapid review*

Figura 1: Fluxograma PRISMA do processo de seleção e inclusão dos estudos

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O envelhecimento demográfico, o aumento de doenças oncológicas, neurológicas e insuficiências de órgão na população portuguesa, coloca desafios aos profissionais de saúde que incitam à formação continua e especializada de forma a estarem habilitados a prestar cuidados de qualidade a este grupo de doentes que padecem de grande sofrimento, prestando também apoio às suas família /cuidadores. A formação especializada em CP surge como um desafio e uma necessidade de profissionais formados e especializados nesta área, no sentido de dar resposta às exigências e complexidade dos doentes em situação de sofrimento decorrente de doença incurável, em fase avançada ou progressiva e às suas famílias (Regulamento nº 429/2018).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), CP são uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida dos doentes que enfrentam problemas associados a doenças com risco de vida, bem como da sua família. Previne e alivia o sofrimento através da identificação precoce, avaliação correta e tratamento da dor e outros problemas, sejam eles físicos, psicossociais ou espirituais (WHO, 2020a).

Com base nas recomendações da *Lancet Commission on Global Access to Palliative Care and Pain Relief*, em 2018 a *International Association for Hospice & Palliative Care* (IAHPC) desenvolveu e implementou um projeto para rever e adotar, com base em consenso, uma nova definição de CP centrada no alívio do sofrimento aplicável a todos os doentes, independentemente do diagnóstico, prognóstico, localização geográfica, local de prestação de cuidados ou nível de rendimento (IAHPC, 2018).

Assim, de acordo com este documento, CP são cuidados holísticos, ativos, necessários para os indivíduos em sofrimento por doenças graves, crónicas, complexas, progressivas independentemente da idade; prestados durante todo o curso da doença, que incluem a identificação precoce, a avaliação e gestão de problemas físicos, sofrimento psicológico, angústia espiritual e necessidades sociais; oferecem um sistema de apoio para ajudar os doentes a viver tão ativamente quanto possível até à morte; proporcionam apoio à família/cuidadores durante todo o percurso da doença e no luto; são cuidados que afirmam a vida e reconhecem a morte como um processo natural, não pretendendo antecipar ou adiar a morte; reconhecem e respeitam os valores e crenças culturais da pessoa e família. O documento acrescenta ainda, que os CP são cuidados que podem ser prestados em todos os contextos e níveis de cuidados de saúde e podem ser prestados por profissionais com formação básica em CP, mas que requerem cuidados especializados e referenciados para equipas

multidisciplinares para os casos de grande complexidade, tendo em conta a dimensão das necessidades e a exigência dos cuidados (IAHPC, 2018).

A OMS acrescenta que os CP são cuidados de saúde integrados e centrados na pessoa e família, prestando especial atenção às necessidades e preferências do indivíduo e que o acesso aos CP é uma questão de saúde, equidade e direitos humanos que tem sido negligenciada (WHO, 2020a).

Estima-se que, a cada ano, cerca de 40 milhões de pessoas em todo mundo padeçam de condições que as façam necessitar de CP, no entanto, estima-se que o acesso a estes cuidados apenas esteja disponível para 14% dessas pessoas. Prevê-se que com o envelhecimento populacional, o número de pessoas com necessidades paliativas continue a crescer. A formação e consciencialização sobre CP dos profissionais de saúde é importante para que a assistência à população seja feita antecipadamente, reduzindo os internamentos desnecessários (WHO, 2020a).

Em Portugal segundo o Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) 2021-2022, estima-se que no decorrer do ano 2020 existissem entre 81 a 97 mil pessoas com necessidades de CP. No entanto é referido, no mesmo documento, que a abrangência populacional de cuidados especializados de CP ainda é limitada, devido ao limitado número de recursos humanos para a prestação de cuidados seguros, fazendo com que indivíduos com necessidades paliativas não usufruam desses cuidados. O objetivo é que nos próximos dez anos, se consiga que os CP estejam integrados e acessíveis a nível nacional, em todo o sistema de saúde, tal como preconizado pela OMS (CNCP, 2021-2022).

A inscrição no curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação paliativa surge pela vontade de adquirir competências especializadas numa área de grande interesse pessoal e profissional que há muito ambicionava. Enfermeira desde 2006, iniciei o meu percurso profissional no serviço de urgência de um hospital central da cidade do Porto onde durante seis anos exerci funções. No entanto, por razões de gestão de recursos, o percurso profissional foi transferido para um serviço de cuidados intermédios/ intensivos e posteriormente para um serviço de medicina, local onde me encontro a exercer as minhas funções atualmente. No decorrer de todo este percurso, apenas nos últimos anos e já no serviço de medicina, tomei contacto com o conceito e filosofia de CP. Apesar de diariamente, em todo este percurso profissional lidar com doentes e famílias em sofrimento, físico, psicológico, social, espiritual, com necessidades de CP, o modelo biomédico focado na cura e a obstinação terapêutica eram mais importantes que a promoção do conforto, a dignidade ou a qualidade de vida.

Por razões pessoais, tive também a oportunidade de conhecer de perto o trabalho extraordinário de uma Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, que prestaram todo o apoio necessário para proporcionar os melhores cuidados de um familiar a quem foi possível atender à sua vontade de morrer tranquilo, sem sofrimento, no domicílio e na companhia dos entes

queridos. Sem o apoio desta equipa nada disso seria possível... Foi este o momento que me fez despertar a curiosidade e a vontade de adquirir conhecimentos nesta grande área que são os cuidados centrados na pessoa e família, os CP.

A ambição agora passa por vir a exercer funções numa equipa de CP onde possa pôr em prática todos os conhecimentos e aprendizagens de todo este processo formativo decorrente do curso de mestrado de enfermagem médico cirúrgico na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa.

O presente relatório encontra-se inserido no âmbito da unidade curricular de Estágio de Natureza Profissional (ENP) com relatório - Módulo II, inserida no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), no ano letivo 2022/2023. Este documento apresenta uma análise crítica e reflexiva do trajeto realizado para o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista e competências específicas em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação paliativa, sob a orientação da Professora Doutora Marisa Lourenço e coorientação pela Professora Doutora Maria José Lumini.

Neste relatório procura-se descrever e analisar de forma crítica as atividades desenvolvidas, mencionando as competências adquiridas durante a realização do ENP com início a seis de fevereiro e fim a 16 de junho, totalizando 340 horas presenciais e de acordo com o plano de estudos publicado no Despacho nº9563/2021 em Diário da República, 2ª série - nº191, de 30 de setembro de 2021.

Deste modo, para além de satisfazer um critério de avaliação curricular, pretende-se a certificação de competências clínicas especializadas que reconhece ao profissional de enfermagem a competência científica, técnica e humana com conhecimento, capacidades e habilidades para a prestação de cuidados de enfermagem especializados na área de enfermagem médico cirúrgica à pessoa em situação paliativa com a atribuição do título de enfermeiro especialista (Regulamento nº140/2019).

Por outro lado, e com vista ao desenvolvimento de competências, a par das experiências clínicas resultantes da imersão nos contextos das práticas e da reflexão sobre a ação, foi também fomentado o desenvolvimento de competências que promovam a tomada de decisão do enfermeiro na gestão da dor da pessoa em situação paliativa com a identificação de fatores que influenciam a tomada de decisão, tendo por base a evidência científica com a realização de uma revisão sobre o tema em análise.

A dor é considerada um dos sintomas mais prevalentes nos doentes em CP. Cerca de 60 a 70 % dos doentes com necessidades paliativas têm dor, sendo que a prevalência da dor no último ano de vida é de 80 a 90% nos doentes oncológicos e 60 a 70% nos doentes não oncológicos (Barbosa et al., 2016). Tendo em conta que em CP o objetivo passa por proporcionar conforto,

bem-estar e melhoria da qualidade de vida ao doente, e tendo em consideração a complexidade, multidimensionalidade e subjetividade da dor, a abordagem multidisciplinar da sua gestão, desde a avaliação, diagnóstico e tratamento, é fundamental (OE, 2008; DGS, 2003; Marinho, 2013).

Deste modo e a fim de desenvolver competências necessárias para uma tomada de decisão efetiva, coerente e consciencializada, o enfermeiro deve basear a sua prática e os seus conhecimentos na investigação de modo a facilitar e auxiliar a decisão dos cuidados de acordo com as necessidades da pessoa (Lourenço et al., 2022).

De forma a dar resposta aos objetivos traçados, o presente documento encontra-se organizado em seis capítulos. Após a introdução é apresentada a caracterização dos contextos clínicos onde decorreu cada ENP com descrição do percurso fundamentado com análise reflexiva das atividades realizadas na prática. O terceiro e quarto capítulos correspondem à descrição de dois estudos de caso desenvolvidos durante o ENP nos dois contextos (Unidade Cuidados Paliativos (UCP) e Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP)) respetivamente. O quinto capítulo corresponde ao desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista, fazendo uma reflexão sobre os vários domínios e atividades realizadas, e o desenvolvimento de competências específicas em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação paliativa em contexto clínico acompanhado de pequenas reflexões teóricas e interpretação crítica baseada na evidência das atividades desenvolvidas, tendo em conta o Regulamento nº140/2019 e o Regulamento nº429/2018 da OE. O relatório será finalizado com uma conclusão referente a todo o processo, apresentando em anexo algumas das atividades abordadas ao longo do documento.

Do ponto de vista metodológico, a elaboração deste relatório seguiu uma metodologia descritiva, reflexiva e crítica, suportada por evidência científica, e considerando as aptidões enumeradas na legislação portuguesa para obtenção do grau de mestre, e as competências comuns e específicas preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros para enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação paliativa.

Recorreu-se à pesquisa bibliográfica através do agregador de conteúdos EBSCOhost, com a utilização das bases de dados disponíveis no acesso institucional por meio da ESEP, livros e outros recursos disponibilizados online, considerando sempre a evidência científica mais atual. Espera-se que o presente trabalho traduza eficazmente o meu desempenho e a satisfação pessoal e profissional que me acompanhou ao longo do percurso formativo.

Este relatório foi redigido de acordo com o “Guia orientador para a elaboração de trabalhos escritos em versão digital” da ESEP. As citações e referências bibliográficas seguem as normas da *American Psychological Association* (APA 7ª edição).

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

CARACTERIZAÇÃO UCP

A Lei de Bases dos Cuidados Paliativos publicada a 5 setembro de 2012 consagra o direito e regula o acesso aos CP, definindo a responsabilidade do Estado relativamente aos CP e criando a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP). Deste modo estipula a prestação de CP por equipas especializadas em Unidades de Cuidados Paliativos (UCP), Equipas Intra-hospitalares de suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP), designadas como Equipas Locais de Cuidados Paliativos (Lei n.º 52/2012). São também parte integrante da RNCP, as UCP contratualizadas com o setor privado ou social, partilhando procedimentos com a RNCCI segundo regulamentação presente na Portaria nº 75/2017 (CNCP, 2021).

É também definido, pela Lei de Bases dos Cuidados Paliativos que, nos diversos contextos referidos, a política de recursos humanos deve ser regida *“por padrões de qualidade, baseada na formação específica, de acordo com os níveis de diferenciação recomendados”* (p. 5123), sendo que a certificação da formação de nível avançado assim como formulação de critérios considerados mínimos para uma formação adequada nesta área é da competência das ordens profissionais (Lei n.º 52/2012). As equipas devem integrar profissionais de medicina, enfermagem, psicologia e serviço social com formação específica em CP assim como outros profissionais sempre que a complexidade dos cuidados assim o exija (Portaria nº66/2018).

Segundo a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, uma UCP define-se como um serviço que presta cuidados em regime de internamento a doentes que precisem de CP diferenciados e multidisciplinares em situação clínica aguda complexa, podendo este serviço estar integrado num hospital ou outra instituição de saúde com serviço de internamento. Estas unidades, além de internamento, podem ainda ter outras valências assistenciais como apoio intra-hospitalar, centro de dia, apoio domiciliário ou consulta externa (CE) (Lei n.º 52/2012).

Já a Portaria nº66/2018 acrescenta que a UCP deve estar integrada num hospital ou noutra unidade de saúde do setor público, social ou privado, podendo também diferenciar-se em função de patologias específicas, como sendo doenças oncológicas, neurológicas, infecciosas (VIH/SIDA) ou pediátricas ou diferenciar-se segundo atividades de docência ou investigação, devendo neste caso estar sediada em hospitais centrais ou universitários. Segundo a mesma portaria, os serviços a serem prestados pela UCP incluem prestação de cuidados médicos e de enfermagem permanentes; serviços de intervenção psicológica para doentes, família e profissionais de saúde; apoio social; apoio e intervenção no luto; prescrição e administração de

fármacos, a realização de exames complementares de diagnóstico; prestação de cuidados de higiene, conforto e alimentação; prestação de serviços de convívio e lazer; formação e assessoria na área de CP a profissionais de saúde da área de influência da instituição de saúde onde a UCP está integrada (Portaria nº66/2018).

A criação do PEDCP nos biénios 2017-2018 e 2019-2020, pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP), permitiu a estruturação de uma RNCP funcional com equipas especializadas com funções de prestação de cuidados diretos e assessoria, integrando os CP nos três níveis de cuidados do SNS: Cuidados de Saúde Primários, Cuidados de Saúde Hospitalares e Cuidados Continuados Integrados (CNCP, 2021).

Segundo o mesmo, com a execução dos planos dos biénios anteriores foi possível uma distribuição geográfica mais alargada dos CP em Portugal, no entanto ainda com limitado alcance populacional, assim como recursos humanos inferiores ao necessário e com necessidades formativas. Com o aparecimento da pandemia devido à COVID 2019 os recursos humanos e estruturais foram redirecionados, deste modo, a criação do PEDCP para o biénio 2021-2022 tem como objetivo a recuperação de *“todos os recursos para as funções originalmente previstas nas equipas de CP”* (CNCP, 2021, p.9).

Incluído no PEDCP encontra-se a perspetiva de que, nos próximos 10 anos, em Portugal os CP estejam integrados em todos os serviços clínicos do SNS prestados por equipas com competências, de modo a que os cuidados *“estejam e sejam acessíveis a nível nacional”* (CNCP, 2021, p.12).

Ainda de acordo com a estratégia definida para o biénio 2021-2022 para os CP, encontra-se, como já descrito anteriormente, a integração dos CP em todo o SNS assim como a universalidade no acesso e abordagem de qualidade ao doente e família/cuidador com necessidades paliativas facilitando a referenciação para níveis especializados em caso de necessidade de cuidados de maior complexidade; adequação dos recursos especializados com equidade na distribuição geográfica dos mesmos; centralização dos cuidados na pessoa e envolvimento da família nos cuidados, assim como suporte psicossocial; a promoção e continuidade da formação e capacitação dos profissionais de saúde; a importância da certificação e monitorização das equipas especializadas como processo de melhoria continua da qualidade dos cuidados; a melhoria dos sistemas de informação de modo a facilitar a comunicação entre as equipas dos diferentes níveis de cuidados. Importante também a informação e sensibilização da população de modo a divulgar o papel dos CP desde o momento do diagnóstico ao apoio ao luto e a promoção do desenvolvimento de mais investigação científica em CP (CNCP, 2021).

Estima-se que em Portugal, de acordo com dados de mortalidade do INE 2020, o número de pessoas com necessidades de CP seja entre 81553 e 96918, sendo que na região Norte seja entre 27615 e 32818 pessoas com necessidade de CP. Verificando-se um aumento em relação a

biénios anteriores indo de encontro ao aumento do envelhecimento populacional (CNCP, 2021).

Relativamente às UCP, segundo os dados do PEDCP 2019-2020 relativamente às necessidades de camas de CP, estima-se que sejam necessárias entre 392 a 490 camas UCP hospitalares por 1000000 de habitantes, sendo que no norte do país sejam necessárias entre 142 e 177 camas. No entanto estima-se que devido ao aumento do envelhecimento populacional, e ao aumento de doentes não oncológicos com necessidades paliativas, o número de camas de UCP poderá aumentar para o dobro. Ainda, de acordo com dados adquiridos na ARS 2021, o número de camas existentes na região Norte era de 85 distribuídas por cinco unidades de internamento (CNCP, 2021). O PEDCP 2021-2022 propõe ainda como dotação de recursos de CP a criação de 441 camas em UCP hospitalar.

O primeiro ENP decorreu entre seis de fevereiro e 14 de abril com a duração de 170 horas numa UCP de um hospital privado.

A unidade hospitalar, onde se encontra inserido esta UCP, dispõe de serviços multidisciplinares e interdisciplinares de prestação de CP a doentes e famílias, destinadas a internamento ou cuidado especializado cuja área de intervenção é o controlo sintomático, apoio em situações de depressão, ansiedade, luto, sofrimento existencial, resolução de conflitos ou apoio na tomada de decisões. Os serviços estão distribuídos por três unidades hospitalares de norte a sul de Portugal.

Em 2014, o hospital onde se encontra inserido esta UCP, criou uma área reservada aos CP integrada no Instituto de Oncologia do mesmo, com uma equipa multidisciplinar especializada com formação e prática em CP que presta cuidados a doentes crónicos ou oncológicos em qualquer estágio da doença. Em Outubro de 2018 foi distinguida pela ESMO (European Society of Medical Oncology), como Unidade certificada e de referência na prática integrada de CP e Oncologia, passando assim a fazer parte dos "*ESMO Designated Centres*" como Centro Integrado de Oncologia e Cuidados Paliativos. Esta acreditação assenta na avaliação de práticas clínicas de qualidade e no reconhecimento de que muitos dos doentes oncológicos beneficiam de uma intervenção precoce de CP ao longo da sua doença e não apenas nos últimos dias de vida.

O Centro Integrado de Oncologia e Cuidados Paliativos deste hospital disponibiliza serviços em ambulatório, com consulta de CP e assistência em Hospital de Dia de Oncologia; unidade de internamento para casos que necessitem de cuidados mais complexos que não possam ser prestados no domicílio e cuidados domiciliários prestados por equipa domiciliária disponível 24 h com apoio da médica da equipa de internamento de CP. Este rege-se por uma política de admissão de doentes a qualquer hora do dia, todos os dias do ano.

A UCP funciona como uma unidade independente inserida num serviço de internamento do hospital, e o número de quartos destinados ao internamento de doentes em CP não se encontra definido, sendo atribuídas vagas de acordo com as necessidades. Durante o período de ENP o

número de doentes internados variou entre dois a oito doentes por turno.

A equipa de CP desta unidade de internamento é formada por uma equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, nutricionista e psicóloga), com um trabalho desenvolvido na base da interdisciplinaridade. Esta equipa articula-se entre si e com as equipas de hospitalização domiciliária do hospital com vista à continuidade de cuidados de que o doente e família necessitam no domicílio. A equipa é composta por duas médicas efetivas de medicina interna, e dois médicos oncologistas que dão apoio ao serviço de internamento ao fim de semana, todos com formação avançada em CP. A equipa médica está presente no internamento todos os dias da semana, dando também apoio por telefone se necessário.

A equipa de enfermagem é composta por uma equipa jovem, dinâmica, coesa, demonstrando muita dedicação e disponibilidade a todos e cada um dos doentes internados, proporcionando os melhores cuidados, estabelecendo relações de ajuda, com identificação e avaliação sistemática das necessidades do doente e família, instituindo planos de cuidados individualizados, com vista ao controlo de sintomas, alívio do sofrimento e promoção do bem-estar. De enfatizar, a humanização na prestação de cuidados aos doentes aqui internados e sua família realizada por toda a equipa. Esta equipa é composta por oito enfermeiros (um com especialidade médico cirúrgica, dois com mestrado em CP e cinco com pós-graduação em CP). A gestão fica a cargo do enfermeiro chefe, mas também dos elementos da equipa que diariamente fazem gestão dos recursos materiais e da logística da unidade. Os turnos praticados pela equipa de enfermagem são distribuídos pelas 24 horas, turnos rotativos, fazendo turnos de seis ou doze horas.

A equipa é também composta por assistentes operacionais que dão apoio aos doentes internados na UCP, exercendo a sua ação sob a supervisão da equipa de enfermagem. Também esta realiza turnos rotativos, realizando turnos de seis ou doze horas por dia.

A nutricionista colabora na realização de planos alimentares individuais aos doentes internados na unidade, colaborando em cada reunião multidisciplinar realizada uma vez por semana. Por último a psicóloga da equipa, que neste momento se encontra ausente, dando apenas apoio quando solicitada pela equipa, em casos esporádicos. De referir que, em várias situações durante o ENP, a ajuda da psicóloga poderia fazer a diferença. Apesar do apoio dado pela equipa médica e de enfermagem, também a psicóloga tem um grande papel numa equipa de CP, ajudando os doentes e familiares no processo de doença, na validação de emoções, no apoio e ajuda na aceitação e consciencialização da doença, facilitando também o processo de luto do doente e família.

Os médicos assistentes dos doentes (internos ou externos ao Hospital), de diferentes especialidades e terapeutas de diversas valências, são também convidados a colaborar no plano de cuidados, sempre que necessário, de acordo com as necessidades identificadas.

Relativamente ao apoio espiritual, o Hospital conta com uma capela e apoio espiritual quando

solicitado.

Os serviços farmacêuticos fornecem medicação em unidose para os doentes internados e o serviço possui ainda, um stock de medicação para o caso de necessidade, assim como um cofre para armazenar estupefacientes.

Apesar do método de trabalho de enfermagem ser individual, em que é feita distribuição de doentes por enfermeiro, sendo este responsável pela prestação dos cuidados ao doente atribuído durante o turno de trabalho, o método de trabalho desta Unidade baseia-se no trabalho em equipa em que as decisões são discutidas e tomadas em equipa diariamente, sendo também realizada reunião de equipa multidisciplinar uma vez por semana com a presença da equipa médica, do enfermeiro e da nutricionista para discussão do plano terapêutico, partilha de dificuldades/emoções, preocupações sobre o plano dos doentes internados.

No que aos cuidados de enfermagem diz respeito, à admissão no serviço é realizado uma avaliação inicial de enfermagem tendo enfoque nas necessidades da pessoa e família. É, deste modo, definido um plano de cuidados individualizado para o doente e família sendo reformulado e ajustado ao longo do internamento de acordo com as suas necessidades. A passagem de turno representa outro momento importante para troca de ideias, partilha de informação e momentos de reflexão crítica sobre planos e objetivos terapêuticos definidos para cada doente e família/cuidador.

Relativamente aos recursos físicos e materiais, todos os quartos são equipados com casa de banho privada, TV, cama do doente e um sofá cama. Em termos de regulamento de visitas, a unidade tem liberalização de visitas, visto o internamento ser em quartos individuais permitindo o acompanhamento de familiares/cuidadores junto do doente 24 horas por dia. É ainda possível a visita esporádica e mediante combinação previa, de animais de companhia, por vontade do doente e caso o estado em que se encontra o permita. É também permitida a possibilidade de o doente sair do internamento por algumas horas ou dias para ir a casa, ir passear, ir ver o mar, caso seja seu desejo, tenha apoio da família/cuidador e o seu estado assim o permita.

Algumas das enfermarias encontram-se com janela virada para o mar, o que permite que o doente tenha uma vista agradável num momento de grande fragilidade. Têm ainda uma sala de visitas, copa, sala de enfermagem para preparação de medicação com frigorífico que permite armazenar medicação. A comida é feita a pedido do doente indo de encontro às suas preferências e necessidades. A equipa possui ainda um telemóvel, que além de permitir a comunicação dentro do hospital com restantes profissionais, permite aos familiares contactarem a equipa de enfermagem 24 horas por dia.

Para além da atividade clínica, a unidade desenvolve ainda projetos de estudo e investigação e na formação de outros profissionais de saúde quando solicitado. De momento não se encontra em desenvolvimento nenhum projeto de melhoria contínua, no entanto, relativamente à

formação, neste momento a equipa desta unidade encontra-se a dar formação de CP a profissionais de saúde de outras unidades hospitalares.

Os doentes são referenciados para esta unidade através de outros serviços de internamento, da CE, do serviço de urgência, do hospital de dia, transferência de outros hospitais ou a pedido dos doentes ou família. Muitos dos contactos são feitos através de um telemóvel da equipa, ficando a cargo da equipa de enfermagem, disponível 24 horas. Sendo um número de acesso público, são muitas vezes realizados contactos de pessoas para pedido de informação sobre o funcionamento dos CP e funcionamento do internamento.

Um facto interessante desta UCP foi o facto de os doentes ficarem aqui internados desde o início da doença oncológica e não apenas nos últimos dias de vida, reconhecendo o benefício da prestação de CP desde o momento do diagnóstico, promovendo o acompanhamento do doente e família/cuidador ao longo do processo de doença, beneficiando de uma abordagem global e mais tempo para uma melhor prestação de cuidados. São vários os estudos que abordam os benefícios da integração precoce dos CP, juntamente com cuidados curativos, demonstrando que pessoas com doença grave e/ou progressiva terão melhor qualidade de vida ao longo da trajetória de doença, com enfoque dos cuidados não só no doente, mas também na família ou cuidador (APCP, 2023).

Grande número dos doentes internados nesta unidade são de foro oncológico. No último ano (2022) foram internados 188 doentes nesta UCP, cinco destes com patologia não oncológica e 183 doentes com doença oncológica.

Durante o período de ENP tive oportunidade de prestar cuidados a 25 doentes internados na UCP ao longo das 170 horas, com idades compreendidas entre os 40 e 81 anos de idade (**Quadro 1**).

Idade	Nº doentes
40-50anos	4
51-60	4
61-70	9
71-80	7
>81anos	1

Quadro 1-Número de doentes por idades (UCP)

Destes, 12 eram do sexo feminino e 13 do sexo masculino. A quase totalidade destes doentes apresentava patologia de foro oncológico (**Quadro 2**).

Diagnóstico oncológico	Nº doentes	Diagnóstico não oncológico	Nº doentes
Ca mama	4	IC terminal e DRC terminal	1
Adenocarcinoma reto	5		
Ca gástrico	4		
Adenocarcinoma pulmão	6		
Ca trompa/ovário	1		
Ca próstata	2		
Adenocarcinoma pâncreas	1		
Ca laringe	1		

Quadro 2 – Número de doentes por diagnóstico (UCP)

O principal motivo de internamento destes doentes foi associado ao controlo sintomático (n=25). Sendo que dois destes doentes viram motivado o seu internamento também para descanso do cuidador e três deles estavam em situação de últimas horas a dias de vida (UHDV). A maior parte dos doentes tiveram alta para domicílio e três faleceram no serviço.

Relativamente ao foco de atenção dor, durante o período de ENP foram admitidos sete doentes para controlo da dor. Não existe nenhuma guideline/protocolo próprio do hospital sobre a monitorização da dor, sendo realizada segundo a norma da DGS (circular normativa nº09/DGCG, 2003) considerando a dor como 5º sinal vital. Deste modo, é realizado registo sistemático da intensidade da dor a todos os doentes internados, estando parametrizado que a avaliação da dor seja realizada à entrada do doente no serviço de internamento, sendo depois monitorizada uma vez por turno, quando o doente refere dor ou uma hora após realização da intervenção para alívio da dor, identificando no plano de trabalho as intervenções “monitorizar dor” e “vigiar dor”.

Na intervenção “monitorizar dor”, os instrumentos de avaliação da dor parametrizados pela instituição são a utilização da Escala da dor PAINAD; Escala de Faces; Escala de avaliação numérica; Escala Behavioral Pain Scale (BPS); a Escala de faces de Wong-Baker; Escala de FLACC (face, legs, activity, cry, consolability); Escala de N-Pass (neonatal pain, agitation and sedation scale); Escala de EDIN (Echelle de Douleur et d’inconfort du nouveau né); Escala de NIPS (Neonatal Infant Scale) e Escala de PIPP (Premature Infant Pain Profile).

Na intervenção “vigiar dor” é registado a duração, a qualidade, se há irradiação da dor, a localização, os fatores de alívio e os fatores de agravamento da dor.

Relativamente às principais estratégias parametrizadas no sistema de registo de apoio à tomada de decisão do enfermeiro da UCP para alívio e controlo da dor são:

- Ensinar autovigilância da dor;
- Ensinar estratégias não farmacológicas para alívio da dor;

- Ensinar resposta aos analgésicos;
- Ensinar sobre estratégias não farmacológicas para controlo da dor;
- Ensinar técnicas de distração;
- Executar técnica de imaginação guiada;
- Executar técnica de massagem;
- Executar técnica não farmacológica para controlo da dor;
- Executar técnica de relaxamento;
- Massajar partes do corpo;
- Aplicar frio;
- Aplicar calor;
- Gerir ambiente físico.

CARACTERIZAÇÃO DA EIHSCP

Segundo a Lei de bases de CP (Lei n.º 52/2012), uma EIHSCP é uma equipa multidisciplinar, com recursos específicos, cujas funções são prestar aconselhamento e apoio diferenciado sobre CP a profissionais e serviços da instituição de saúde onde se encontra integrada, assim como aos doentes e às suas famílias, bem como, auxiliar na elaboração do *“plano individual de cuidados aos doentes internados em situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, para os quais seja solicitada a sua atuação”* (p. 5122). Normalmente, a EIHSCP encontra-se integrada na UCP, caso exista na mesma instituição, ou funciona de forma autónoma, sempre que não exista unidade de internamento (Lei n.º 52/2012).

De acordo com a Portaria n.º 66/2018, a EIHSCP assegura a consultadoria e acompanhamento de doentes internados na instituição, atendendo às necessidades e preferências dos doentes e família; estabelece comunicação entre os profissionais e a família; intervenção psicológica não só para os doentes e familiares, mas também, para os profissionais; intervenção e apoio social; assegura apoio e intervenção no luto; apoio e intervenção espiritual. Presta também assessoria na área dos CP aos profissionais de saúde da área de influência da instituição de saúde onde a EIHSCP se encontra inserida e promove formação em CP.

Capelas & Neto (2010) referem ainda que as atividades desenvolvidas por estas equipas promovem melhoria no controlo de sintomas, diminuindo o tempo de internamento e reduzindo, também, os custos hospitalares ao promover a terapêutica e os exames complementares de diagnóstico adequados e adaptados às necessidades de cada indivíduo.

Em 2020 existiam em Portugal Continental 43 EIHSCP, com consulta externa, no entanto ainda com défice em termos de instalações e recursos humanos. A proposta do PEDCP 2021-2022 de dotação de recursos de CP para Portugal Continental é de uma equipa por Hospital geral, ULS e IPO, sendo que em termos de recursos humanos é recomendado que as EIHSCP+CE/HD sejam formadas por dois ou três médicos, dois ou três enfermeiros, dois psicólogos e dois assistentes sociais por cada 250 camas (CNCP, 2021).

O ENP realizado na EIHSCP decorreu entre 17 de abril e 16 de junho, com a duração de 170 horas.

A EIHSCP onde foi realizado o ENP encontra-se integrada no serviço de medicina interna, no entanto, funciona como uma equipa independente. Foi nomeada em 2008 de acordo com o Plano da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) de 2006. Em 2007 teve início a formação básica em CP, inicialmente para os profissionais do serviço de medicina, tendo sido alargada a todos os profissionais com atividade clínica do Centro Hospitalar. Em outubro de 2011 teve início a atividade assistencial da equipa. Em 2012 foi alargada a formação aos profissionais de equipas dos ACeS.

A EIHSCP é composta por uma equipa multidisciplinar (médicos, enfermeiros, assistente social), contando ainda com o apoio de psicóloga, nutrição e assistente espiritual, com um trabalho desenvolvido na base da interdisciplinaridade. Esta equipa articula-se com os profissionais, aos quais presta consultadoria, dos vários serviços do hospital, e com outras equipas da RNCCI com objetivo de assegurar continuidade de cuidados após alta hospitalar.

A equipa é composta por três enfermeiras e cinco médicas com formação em CP, uma psicóloga e uma psiquiatra ambas a tempo parcial e uma assistente social. Em relação ao apoio espiritual faz também parte da equipa o capelão do hospital que, apesar de ser da religião católica, serve de ponte como guia espiritual também para outras religiões.

É função da EIHSCP a consultadoria, aconselhamento, apoio e acompanhamento de doentes adultos com doença avançada, progressiva e incurável, famílias e a profissionais dos diversos serviços do hospital; fornecer apoio às famílias e consulta de luto; CE para os doentes seguidos pela equipa após alta hospitalar (realizada duas vezes por semana); sensibilização e formação de profissionais de saúde sobre CP e transferência de doentes paliativos para as várias tipologias da RNCCI. O horário de funcionamento da equipa é de segunda a sexta feira das 8h às 15h.

Os doentes são referenciados para a EIHSCP pelas equipas assistenciais do Hospital, sendo efetuado um pedido de consultadoria, por profissional médico, via suporte informático existente no hospital. A resposta a esse pedido deve ser dada num período de 48-72h. Os principais motivos de pedido de colaboração desta equipa diferenciada são para controlo de sintomas: dor, dispneia, sintomas digestivos, sintomas psicoemocionais ou outros; para colaboração na

organização de cuidados e para colaboração na tomada de decisões.

Devido à grande afluência de pedidos de consultadoria, a primeira avaliação ao doente, nem sempre cumpre o *timing* estipulado, sendo realizada logo que haja possibilidade pela EIHSCP. Esta, é efetuada por médico e enfermeiro que fazem a identificação das necessidades após observação e entrevista do doente e comunicação com a equipa assistencial (médico e enfermeiros do serviço onde o doente se encontra internado). Após discussão com equipa assistencial e em consenso, é realizado plano individual para o doente de acordo com as necessidades identificadas. Neste primeiro momento é marcada também conferência familiar, com cuidador/famíliares do doente de modo a aferir as necessidades da família e clarificar objetivos de cuidados.

A conferência familiar é realizada com o familiar/cuidador do doente, com o doente (se as condições o permitirem e for o seu desejo), com a equipa assistencial responsável pelos cuidados ao doente (médico e enfermeiro), EIHSCP (médico e enfermeiro) e assistente social. Além de ser um momento oportuno para conhecer a família/cuidador do doente, os principais motivos, registados pela EIHSCP na qual foi realizado ENP, para a sua realização foram para discussão do plano terapêutico; agravamento do quadro clínico ou dos sintomas; por necessidade da família; para preparação para a alta ou por conspiração do silêncio. Os principais assuntos abordados nas conferências realizadas pela equipa foram para clarificação dos objetivos de cuidados; clarificação sobre os CP; discussão sobre controlo sintomático; expectativas sobre doenças, tratamento e evolução; a verificação de informação sobre diagnóstico, prognóstico ou evolução da doença; identificação de necessidades da família, entre os quais ensinamentos ou apoio psicológico; e esclarecimento sobre questões éticas como alimentação/hidratação, sedação paliativa ou outras; e orientação após alta. Se necessário é agendada nova conferência familiar. Durante o período de ENP tive oportunidade de participar em 16 conferências familiares.

Relativamente ao trabalho realizado pela equipa de enfermagem da EIHSCP, para além da participação ativa na avaliação diária dos doentes a quem é pedido consultadoria, da participação nas conferências familiares e da realização de CE, como já referido anteriormente, diariamente, à chegada ao serviço, é realizado pelos enfermeiros da equipa uma consulta de processos dos doentes internados que estão a ser seguidos pela equipa. É feito, assim, com base nos registos médicos e de enfermagem da equipa assistencial, um seguimento do estado clínico do doente nas últimas 24 horas, registando em folha própria alterações de sinais/sintomas que o doente tenha apresentado, assim como medicação administrada em SOS, efetuando também, com base na análise dos registos, a gestão e priorização das visitas para reavaliação dos doentes em seguimento pela equipa.

Segundo a OE (2015a) entende-se por registos de enfermagem o conjunto de informações produzidas pelo profissional de enfermagem decorrente da sua prática clínica onde se encontra

toda a informação decorrente das intervenções autónomas e interdependentes e de toda a informação necessária para a continuidade de cuidados. Os registos de enfermagem devem ser rigorosos, completos e realizados corretamente, sendo a base da filosofia e metodologia do trabalho de enfermagem, constituindo o testemunho escrito do exercício da prática clínica. “A introdução de sistemas de informação em enfermagem em suporte eletrónico trouxe consigo a necessidade de utilização de taxonomias e ontologias de enfermagem” (Paiva et al., 2014, p.7), passando os registos baseados em texto livre para registos utilizando uma linguagem estruturada, de modo a representar o conhecimento de enfermagem com base na identificação de dados/informação que demonstre a melhor evidência científica, promovendo melhores tomadas de decisão e a melhoria da prática (Gonçalves, 2020).

Desta forma, os registos de enfermagem em sistema eletrónico constituem uma ferramenta fundamental para facilitar a documentação dos cuidados prestados, reduzem o tempo gasto em questões burocráticas, aumentam a segurança da informação partilhada. Ao serem registos padronizados diminuem a duplicação de dados, a informação é de fácil acesso e em tempo útil, dando também visibilidade aos cuidados de enfermagem prestados e permitem, ainda, dar suporte à tomada de decisão (Vieira, 2018).

A utilização de um sistema de informação eficaz, permite ao enfermeiro melhorar o processo de tomada de decisão ao minimizar o erro através da disponibilização de dados cuja informação dê a resposta adequada ao profissional de enfermagem sobre um determinado propósito, orientando-o, instruindo-o e fornecendo-lhe o conhecimento necessário para que este fique mais capacitado para desenvolver determinada atividade ou decidir face a determinado contexto (Lourengo et al., 2022; Silva et al., 2016).

Para a EIHS CP a consulta de registos torna-se importante para perceber, não só o estado clínico do doente nas últimas horas / dias, mas também, como suporte à tomada de decisão. Durante o ENP foi observada a dificuldade da avaliação do estado real do doente com base nos registos efetuados pela equipa assistencial, principalmente no que concerne à avaliação e tratamento da dor, constatando-se que os registos são um dos fatores que mais influenciam na tomada de decisão da EIHS CP na gestão da dor dos doentes. Também o trabalho em equipa, foi identificado como um fator extrínseco que influencia a tomada de decisão na gestão da dor, tendo em conta a coordenação entre os profissionais da equipa assistencial e da EIHS CP e o consenso relativamente à tomada de decisão.

A equipa possui ainda um telemóvel do serviço, de apoio aos doentes e familiares/cuidadores disponível para atendimento durante o horário de funcionamento. Os profissionais do hospital têm também disponível o telefone institucional para onde podem ligar caso precisem esclarecer alguma dúvida com a equipa ou para pedido de consultadoria.

Além da assistência prestada, é também realizada reunião multidisciplinar uma vez por semana onde, para além de serem discutidos casos clínicos, é também dada a oportunidade para falar

das várias experiências pessoais, angústias e inquietudes dos profissionais que integram a equipa, promovendo assim, o autocuidado da própria equipa. Esta reunião é realizada com a presença de médicos, enfermeiros, psicóloga, assistente social e capelão do hospital.

A equipa encontra-se em constante produção de evidência científica e de vários projetos implementados no hospital, entre os quais o apoio aos profissionais que cuidam de doentes em UHDV tendo elaborado para isso ações de formação e sensibilização nos serviços sobre CP e a elaboração de um guia de boas práticas nas UHDV, incentivando à construção de uma cultura organizacional no que toca aos cuidados em fim de vida, tendo por base um modelo colaborativo e humanizado.

Realizam ainda, periodicamente, formação básica em CP para todos os profissionais com atividade clínica do Centro Hospitalar e para os profissionais de equipas dos ACeS. A EIHS CP tem ainda uma política de abertura e disponibilidade para discussão de qualquer problema que qualquer profissional de saúde da instituição necessite.

No ano de 2022 a equipa recebeu 880 pedidos de colaboração dos diferentes serviços do hospital. Destes, 153 não foram observados, sendo que 126 faleceram, 19 tiveram alta antes de serem observados e oito foram observados no início de 2023. Deste modo, a EIHS CP observou 727 doentes o ano passado correspondentes a 677 doentes (399 homens e 275 mulheres), pois a 50 destes foi feito mais que um pedido em internamentos diferentes. A maior parte dos doentes observados pela EIHS CP tinham doença oncológica (57%) e 43% tinham doença não oncológica, com idades compreendidas entre os 22 e os 100 anos.

Em relação à CE foram efetuadas 653 consultas de enfermagem no ano de 2022 (157 primeiras consultas e 496 subsequentes). Nestas consultas, para além da avaliação sintomática e ajuste de terapêutica, foram efetuados ensinamentos ao doente e cuidador/família sobre terapêutica (administração oral, transdérmica (TD) ou subcutânea (SC)), ensinamentos sobre posicionamentos, transferências, exercícios de mobilização e reabilitação respiratória; apoio ao doente e cuidador; realização de pensos a feridas oncológicas e colheita de produtos analíticos. A EIHS CP manteve ainda CE de apoio ao luto integrado realizada por psicóloga e enfermeira. Esta consulta, criada em julho de 2016, diz respeito a uma consulta não médica através de contacto telefónico onde é realizado uma entrevista com recurso a um questionário, no entanto, esta atividade teve poucas consultas no ano de 2022, por indisponibilidade horária dos profissionais.

Relativamente ao destino dos doentes que tiveram alta hospitalar, em 2022, 87% tiveram alta para domicílio (com apoio de ECCI, CS, ECSCP, família de acolhimento e lar), 11% tiveram alta para UCP, 1% para ULDM (unidade de longa duração e manutenção) e 1% para UMDR (unidade de média duração e reabilitação).

Durante o período de ENP, tive oportunidade de acompanhar 74 pessoas em situação paliativa no âmbito de consultoria interna, com idades compreendidas entre os 44 e 94 anos (**Quadro 3**),

37 do sexo masculino e 37 do sexo feminino.

Idade	Nº doentes
41-50	3
51-60	7
61-70	17
71-80	27
81-90	16
>91 anos	4

Quadro 3-Número de doentes por idades (EIHSCP)

Destes, 37 tinham patologia oncológica, 32 patologia não oncológica e 5 tinham doença oncológica e não oncológica (**Quadro 4**).

Diagnóstico oncológico	Nº doentes	Diagnóstico não oncológico	Nº doentes
Ca pâncreas	6	Síndrome demencial	15
Adenocarcinoma pulmão	5	Cirrose hepática	5
Hepatocarcinoma	4	Doença vascular cerebral	3
Glioblastoma	1	DPOC	3
Neo intestino	8	IC	1
LOE hipotalâmica	1	Exaustão cuidador	1
Neo útero	3	Outros	8
Neo próstata	3		
Neo gástrico	2		
Ca mama	1		
Outros	8		

Quadro 4 – Número de doentes por principais diagnósticos (EIHSCP)

O principal motivo de pedido de colaboração (**Quadro 5**) pelas equipas assistentes do hospital foi para colaboração na organização de cuidados, seguido de pedido para colaboração na tomada de decisão, demonstrando a confiança e importância que as equipas assistenciais têm na EIHSCP na colaboração na gestão do plano terapêutico dos doentes.

Motivo de pedido de colaboração	Nº doentes
Dor	29
Dispneia	16
Sintomas digestivos	21
Sintomas psicoemocionais	38
Colaboração na organização de cuidados	66
Colaboração na tomada de decisões	58
Outros	2

Quadro 5 – Motivo de pedido de colaboração por número de doentes (EIHSCP)

Relativamente ao foco dor, durante o período de ENP foram efetuados 29 pedidos de colaboração da EIHSCP para controlo da dor. Sendo uma equipa de consultadoria, disponibiliza

aconselhamento em CP e apoio a toda a estrutura hospitalar, não prestando cuidados diretos ao doente. Deste modo, a monitorização da dor ao longo das 24 horas fica a cargo da equipa assistencial. É protocolo da instituição a monitorização da dor uma vez por turno ou a cada oito horas, quando o doente refere dor ou uma hora após realização da intervenção para alívio da dor (administração de analgesia ou realização de estratégia não farmacológica). Os instrumentos de avaliação da dor parametrizados pela instituição são a utilização da Escala numérica (EN); Escala visual analógica (EVA); Escala qualitativa; a Escala de faces de Wong-Baker; FPS-R-Faces Pain Scale-revised; Escala de FLACC (face, legs, activity, cry, consolability); Escala de N-Pass (neonatal pain, agitation and sedation scale); Escala de PIPP (Premature Infant Pain Profile); Escala de NIPS (Neonatal Infant Scale); Escala de EDIN (Echelle de Douleur et d'inconfort du nouveau né) e Escala Doloplus. A Escala da dor PAINAD, apesar de não se encontrar parametrizada no sistema informático da instituição, é aquela que se encontra em uso para avaliar a dor na pessoa idosa, com ou sem demência, incapaz de se autoavaliar.

Em relação às intervenções de enfermagem parametrizadas no sistema de registo de apoio à tomada de decisão do enfermeiro para alívio e controlo da dor, a nível institucional encontra-se as seguintes intervenções:

- Posicionar;
- Planear técnica de relaxamento;
- Planear técnica de distração;
- Orientar para uso de técnicas de relaxamento;
- Executar tratamentos com estratégias não farmacológicas;
- Executar terapia através de neuro estimulador de superfície;
- Executar técnica de relaxamento;
- Executar técnica de massagem;
- Executar técnica de imaginação guiada;
- Executar técnica de distração;
- Assistir a pessoa a controlar a dor através do posicionamento;
- Assistir a identificar estratégias de alívio da dor;
- Aplicar envolvimento quente;
- Aplicar envolvimento frio.

Em relação à CE, durante o ENP assisti e participei em 18 consultas, tendo sido realizadas seis por via telefónica e doze presenciais. Após a pandemia da Covid-19, a equipa teve necessidade

de se adaptar e realizar consultas por via telefónica. No entanto, o hábito e disponibilidade da equipa manteve-se para se adaptar ao estado de grande fragilidade e dependência que muitos dos doentes acompanhados pela equipa no domicílio apresentam. Para tal, no momento da alta, é proporcionado a opção de escolha da via de realização da consulta ao doente e família. Foi também proporcionado a oportunidade de assistir a sete consultas de doentes com doença neuromuscular, maioritariamente com esclerose lateral amiotrófica (ELA), onde tive oportunidade de participar em ensinamentos aos doentes e família.

3. ESTUDO DE CASO UCP

10349_2_PM_1

3.1. Enquadramento teórico

CENÁRIO INICIAL

Sr. T., sexo masculino, 40 anos, enfermeiro. Casado com D^a C., enfermeira, com uma filha de 6 anos. Vive com esposa e filha, com apoio de sogros que vivem perto. Antecedentes pessoais de tabagismo desde os 16 aos 38 anos. Diagnosticado com adenocarcinoma do pulmão estágio IV em outubro 2021, com metastização óssea e cerebral, tendo já realizado QT e RT. A 23 fevereiro, observado em CE apresentando descontrolo sintomático, com tosse irritativa quase constante condicionando a qualidade de vida diária, dor não controlada no membro inferior direito e insónia. Fica internado na UCP para controlo sintomático.

Autónomo nos vários domínios do autocuidado, debilitado, emagrecido, refere que desde o diagnóstico da doença optou por alterações alimentares muito significativas e que não ingere uma série de alimentos e os que tem ingerido tem confecção especial. Apresenta dispneia para médios esforços, com necessidade de O₂ por CN 3L/min, períodos de tosse irritativa e dor no membro inferior direito, no entanto renitente à toma de medicação, nomeadamente morfina. Muito virado para tratamentos naturais e homeopáticos. Tem um blog onde escreve sobre as estratégias de luta contra o cancro. Muito emocionado quando entrou no quarto na unidade de internamento e viu a vista para o mar...

Medicação habitual: toma múltiplos fármacos homeopáticos não especificados, codipront 1 cp, domperidona 10mg 3x/dia, memantina 10mg e tosseina 15ml. Sem alergias medicamentosas ou alimentares conhecidas.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A doença oncológica provoca sentimentos de incerteza, insegurança e medo do doente e família, levando a alterações nas relações interpessoais e profissionais e na vida futura. O cancro causa grande impacto na vida do doente e família, não só por ser uma doença ameaçadora de vida, mas também pelas alterações inerentes a todo o processo provocando alterações na autoimagem, autoestima, no estilo de vida e bem-estar físico (Ferreira, 2013).

O cancro do pulmão engloba dois tipos: cancro do pulmão de pequenas células e cancro do pulmão de não pequenas células. O cancro do pulmão de não pequenas células é o tipo histológico mais frequente de cancro do pulmão, estando presente em 80 a 90% dos casos. Este pode ainda subdividir-se em dois subtipos: o adenocarcinoma, o mais comum podendo ocorrer em 60% dos casos e o carcinoma escamoso em 25 a 30% (Planchard et al., 2018). A sua etiologia está normalmente associada à exposição ao tabaco. A prevenção e a cessação tabágica podem levar a uma redução do cancro do pulmão. (Planchard et al., 2018).

A maioria dos doentes é diagnosticada numa fase tardia da doença, sem possibilidade de tratamento curativo. Relativamente ao estágio IV da doença, em situações pontuais da doença, pode ser avaliada a possibilidade de abordagem radical, no entanto, à maioria destes doentes com doença metastizada é proposto tratamento sistémico com intuito paliativo. A par da terapêutica oncológica sistémica, também o tratamento de sintomas para a melhoria da qualidade de vida, conforto e bem-estar físico, psicológico e espiritual (Planchard et al, 2018).

Os sintomas do cancro do pulmão podem ser resultado de efeitos locais do tumor, da disseminação ou de efeitos devido a síndromes paraneoplásicas. Relativamente aos sintomas provocados pelos efeitos locais do tumor encontra-se a tosse (em 45-75% dos casos); hemoptises (25-55%); dispneia (30-50%); broncorreia (associado mais frequentemente ao carcinoma de células broncoalveolar); dor torácica; dor no ombro e no braço; rouquidão (por compressão frequente do nervo laríngeo); sibilos, disfagia e síndrome da veia cava superior. Em relação aos sintomas que aparecem devido às metástases são a perda de peso; dor óssea/dorsal; fadiga; astenia; dor de cabeça; convulsões ou paraplegia (Vapiwala & Simone, 2006).

Outro aspeto a ter em conta é a incidência do aparecimento de metástases ósseas nos doentes com cancro do pulmão de não pequenas células (30-40% dos casos). Regra geral, o objetivo do tratamento em caso de metástases ósseas é aplicar medidas paliativas e prevenir complicações. Deste modo, a radioterapia paliativa é o método mais eficaz auxiliando no alívio da dor (Planchard et al, 2018).

A intervenção precoce da equipa de CP juntamente com as equipas de oncologia após o diagnóstico da doença, melhoram significativamente a qualidade de vida destes doentes (Planchard et al, 2018). Oliveira & Junior (2020) referem que a introdução precoce destes cuidados pode melhorar o funcionamento e a qualidade de vida dos clientes que lidam com limitações impostas pela própria patologia respiratória. Acrescentam que a incapacidade de gerir os sintomas nestes doentes, como a dor ou a dispneia, juntamente com dificuldades na comunicação da equipa com o doente/família leva a uma degradação da relação entre o profissional de saúde e o doente/família (Oliveira & Junior, 2020).

Relativamente ao presente estudo de caso trata-se de um cliente com adenocarcinoma do pulmão estágio IV com metastização óssea e cerebral cujos principais sintomas são a dispneia,

dor óssea, tosse, astenia, perda do apetite, fadiga, perda de peso. A gestão eficaz destes sintomas, quer sejam físicos, psicológicos, sociais ou espirituais e que afetam também a família, requer o contributo de uma equipa multidisciplinar, neste caso de CP especializados.

Vários estudos demonstraram que a prestação de cuidados por equipas especializadas de CP, estão associados a um melhor controlo da dor e dos sintomas, assim como a redução de admissões hospitalares em clientes com cancro avançado e melhoria da qualidade de vida do doente e família/cuidador (Kochovska et al., 2020).

Além de controlo de sintomas é importante a discussão sobre os objetivos, valores e preferências do cliente com cancro do pulmão em fases precoces da doença e não apenas em fase terminal. Desde a altura do diagnóstico que o cliente deve participar nas tomadas de decisão que irão influenciar a sua vida. O plano avançado de cuidados torna-se essencial no cuidado aos doentes com cancro do pulmão, de modo a definir os objetivos, as preferências e os valores pessoais do doente para os cuidados médicos futuros (Aragon, 2020).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 40 anos | Masculino

Cuidador

24-02-2023 08:00

Nome do cuidador: c.

Parentesco: Cônjuge.

Coabita com a pessoa dependente.

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 dar banho

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para posicionar

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar na totalidade.
 Capacidade física do cuidador para transferir
 Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar na totalidade.
 Capacidade física do cuidador para vestir/despir: suficiente para assegurar na totalidade.
 Tem também ajuda de empregada durante o dia

Família

24-02-2023 08:00

Família nuclear.

Família com filhos menores.

Papel do cliente na família: Provedor financeiro, Gestor financeiro, Gestor de atividades familiares .

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-02-24 08:00:00	paracetamol 1000mg SOS (8/8h) EV	2023-03-09 08:00:00
2023-02-24 08:00:00	midazolam 1mg (SOS até min/min) EV	
2023-02-24 08:00:00	SG5%+Cl Sodio 0,9% 500ml 7h-19h	2023-03-09 08:00:00
2023-02-24 08:00:00	morfina 10mg EV no soro 7h-19h	2023-03-09 08:00:00
2023-02-24 08:00:00	morfina 2mg EV SOS	2023-03-09 08:00:00
2023-02-24 08:00:00	midazolam 5mg EV no soro 19h	2023-03-09 08:00:00
2023-02-24 08:00:00	erdatifinib 4mg PO 13h	2023-02-27 08:00:00
2023-02-24 08:00:00	gabapentina 100mg PO 9h, 19h	2023-03-09 08:00:00
2023-02-24 08:00:00	pantoprazol 40mg EV 7h	
2023-02-24 08:00:00	naproxeno 250mg PO 9h, 21h	2023-02-27 08:00:00
2023-02-24 08:00:00	hidrocortisona 200mg EV SOS	2023-03-09 08:00:00
2023-03-09 08:00:00	Citrato de sódio 450mg/5mL + Laurilsulfoacetato de sódio 45mg/5mL 1 bisnaga SOS retal	
2023-03-09 08:00:00	morfina 8mg EV 1/1h SOS (se dores, dispneia ou tosse persistente)	
2023-03-09 08:00:00	clorpromazina 25mg EV SOS(se agitação/inquietação que não cede a midazolam	
2023-03-09 08:00:00	butilescopolamina 20mg EV SOS (se estertor)	

Início	Medicação	Fim
2023-03-09 08:00:00	SG 100ml +40mg morfina+butilescopolamina 40mg+15mg midazolam - 7h	
2023-03-09 08:00:00	SG 100ml +40mg morfina+40mg butilescopolamina+30mg midazolam+25mg cloropromazina - 19h	
2023-03-09 08:00:00	paracetamol 1gr EV (8/8h) 7h,15h,23h	
2023-03-09 08:00:00	dexametasona 5mg EV 9h	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

O Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (Decreto-Lei n.º 161/96) define que é da competência do enfermeiro administrar a terapêutica prescrita, identificar os seus efeitos e atuar em conformidade, de acordo com as suas competências agindo em situações de emergência para manutenção ou recuperação das funções vitais. Sendo o objetivo principal dos CP melhorar a qualidade de vida dos clientes que estão a enfrentar condições potencialmente fatais através de medidas preventivas ou do alívio sintomático, a administração de medicação representa um papel fundamental de entre as estratégias que podem ser implementadas para promover o conforto e o alívio sintomático (WHO, 2020a; Neto, 2008).

Assim, e de acordo com o Regulamento nº429/2018 o enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação paliativa tem como competência específica promover intervenções baseadas na evidência junto dos clientes com doença incurável, avançada ou progressiva, antecipando situações de agudização e adotando medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio dos sintomas.

Grande parte das prescrições que são realizadas em contexto de CP, preveem ainda fármacos licenciados, mas cuja indicação terapêutica para a qual foram prescritos e/ou a via de administração não estão licenciadas, prescrição *off label* (Neto, 2008). Em CP é frequente a mistura de dois ou três fármacos na mesma perfusão não sendo recomendado que este número seja excedido, no entanto, por vezes misturam-se mais fármacos, mas o risco de incompatibilidade aumenta (Gonçalves, 2020). No presente estudo de caso foi necessário ajuste terapêutico ao longo das sessões, com conjugação de vários fármacos compatíveis na mesma perfusão para controlo dos vários sintomas que o cliente foi apresentando. De acordo com o cenário descrito, aborda-se em seguida a medicação prescrita no decorrer das sessões documentadas.

Citrato de sódio + laurisulfoacetato de sódio (microlax®): é um microclister pertencente ao grupo farmacológico dos laxantes de contacto, indicado para o tratamento sintomático da obstipação retal ou reto-sigmóidea. (Infarmed®, 2017). No presente estudo de caso a implementação desta terapêutica deve-se a uma medida alternativa a implementar caso não se

verifique regularização do trânsito intestinal, ou para resolução de obstipação decorrente da administração de morfina e diminuição da atividade e ingestão do cliente, pelo que se apresenta prescrito em SOS.

Morfina: faz parte do grupo farmacológico dos analgésicos opióides utilizados para tratamento da dor de intensidade severa, resistente a outros analgésicos (Infarmed®, 2012). A administração de opióides é também utilizada como supressor da tosse. A codeína é utilizada frequentemente como *gold standard* em comparação com outros antitússicos, porém estudos controlados não apoiam a sua eficácia. Do mesmo modo, também a morfina é eficaz para a supressão da tosse nalguns doentes, mas não em todos. No entanto devido à sua grande biodisponibilidade, a morfina é muitas vezes considerada o opióide de eleição para o controle da tosse (Gonçalves, 2022). No controlo da dispneia, a utilização da morfina é o opióide de eleição, atuando a nível central e diminuindo a sensibilidade do centro respiratório, atuando consequentemente a nível dos músculos da protuberância e diminuindo a frequência respiratória, assim como atuando sobre os centros bulbares reduzindo a resposta à hipercapnia (Azevedo, 2006).

Os efeitos indesejáveis mais comumente verificados são náuseas, vômitos, obstipação, sonolência, confusão mental, hipersudorese e euforia. Podem surgir ainda, aumento da pressão intracraniana, disúria, retenção urinária e prurido, em casos específicos. A obstipação é um dos efeitos secundários mais frequentes e, ao contrário dos restantes efeitos que podem ter um carácter transitório e desaparecer com a continuação do tratamento, este não desaparece. É um efeito secundário previsível e carece de tratamento dirigido (Infarmed®, 2012).

A administração deste fármaco requer que o profissional de enfermagem realize uma correta avaliação da dor antes e após a sua administração de modo a conseguir apurar a sua eficácia. Deve ser tido em conta que a morfina é mais eficaz quanto mais regular for a sua administração, assim como, a coadministração da morfina com outro analgésico não opioide pode potenciar o seu efeito (Vallerand et al., 2018). A utilização da morfina no estudo de caso prende-se com a necessidade de controlo da dor, da tosse e da dispneia.

Midazolam: é um fármaco que pertence à classe dos hipnóticos e sedativos, constituindo um derivado das benzodiazepinas (Infarmed®, 2020). Na dispneia as benzodiazepinas atuam na mediação dos estímulos periféricos que atingem o sistema nervoso central, reduzindo a sensação de dispneia. Em contexto de CP a sua utilização é frequentemente associada a este sintoma principalmente quando este se encontra associado à ansiedade. Na fase de UHVD é bastante utilizado por via endovenosa (EV) ou SC contínua (Azevedo, 2006). No estudo de caso, a administração de midazolam deve-se ao seu efeito sedativo com efeitos na dispneia, na tosse persistente, para utilização em SOS em caso de insónia e em caso de agitação ou inquietação terminal.

Paracetamol: é um analgésico indicado no tratamento da dor ligeira a moderada e como

antipirético (Infarmed©, 2020). A sua utilização encontra-se na base da escada analgésica da OMS para controlo da dor, podendo ser utilizado de forma isolada ou em conjunto com opioides com vista a atingir ótimo controlo da dor oncológica (Fallon et al., 2018).

Relativamente a este estudo de caso o paracetamol encontra-se prescrito inicialmente para efeito antipirético e em caso de dor ligeira a moderada estando por isso prescrito em SOS, passando a prescrição com hora fixa (3vezes por dia) como função preventiva, relacionando-se com a possibilidade de desenvolvimento de quadros de hipertermia por febre de origem neoplásica, assim como, a sua utilização junto de opioides para alcançar níveis ótimos de controlo da dor.

Butilescopolamina: Segundo Wildiers et al. (2009) a escopolamina é um antagonista dos recetores muscarínicos e, em comparação com o uso de outros fármacos do mesmo grupo, tem tido um efeito mais potente na inibição da produção de secreção brônquicas, sendo menos suscetível de provocar taquicardia. Por esta razão, no presente estudo de caso, foi prescrita a butilescopolamina em perfusão no soro, assim como para administração em SOS em caso de estertor.

Dexametasona: pertence ao grupo de medicamentos esteroides. Em contexto de CP é usada para controle de sintomas como fadiga, anorexia, náuseas e vômito refratário ou analgesia adjuvante e tratamento sintomático de compressão espinal ou pressão intracraniana elevada (Infarmed©, 2022). A sua administração SC deve ser feita por acesso único por incompatibilidade com restantes fármacos de administração SC.

Cloropromazina: Em CP está indicada para situações de agitação, em caso de delírio/confusão, como no presente estudo de caso, sedação, náuseas e vômitos ou soluços incoercíveis. Não pode ser administrado por via SC por efeito irritante nos tecidos (Queirós et al, 2021).

Gabapentina: indicada no tratamento da dor neuropática periférica (Infarmed©, 2020). A sua utilização pode ainda ser indicada como alternativa quando a tosse irritativa não melhora com a morfina, iniciando com uma dose mais baixa e ir aumentando a dose ate controlo da tosse ou ocorrência de efeitos indesejados intoleráveis (Gonçalves, 2022). A utilização concomitante com opioides pode levar à ocorrência de sonolência, sedação e depressão respiratória (Infarmed©, 2020).

Naproxeno: é um anti-inflamatório não esteroide com propriedades analgésicas, anti-inflamatórias e antipiréticas (Infarmed©, 2021). Nos doentes com febre de origem indeterminada o uso de naproxeno pode ser utilizado como apoio ao diagnóstico diferencial, sendo que o seu uso pode diferenciar a febre infecciosa da febre neoplásica em doentes com cancro com febre de origem indeterminada (Chang & Gross, 1984). No presente estudo de caso o uso de naproxeno, além da utilização como antipirético, foi utilizado para perceber a origem da febre no doente, neoplásica ou infecciosa, chegando ao diagnóstico diferencial de febre de

origem neoplásica.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

24-02-2023 08:00

Oxigenoterapia

FiO₂: 31 %.

Débito de oxigénio: 3.00 L/min.

Conhecimento sobre oxigenoterapia

Dispositivo: Sonda de oxigénio - facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre oxigenoterapia

Dispositivo: Sonda de oxigénio - necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Intervenções de Enfermagem

24-02-2023 08:00 - Manter oxigenoterapia [sem horario]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre oxigenoterapia

[RESOLVIDO] 27-02-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

24-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre oxigenoterapia [sem horario] [FIM] 27-02-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre oxigenoterapia [sem horario] [FIM]

27-02-2023 08:00

27-02-2023 08:00

Conhecimento do cuidador sobre oxigenoterapia

Dispositivo: Nenhum - facilitador.

Sondas, Drenos e Cateteres

24-02-2023 08:00

Cateter venoso periférico

Localização do cateter venoso periférico

Antebraço Direita(o)

Características do dispositivo: 22G.

Intervenções de Enfermagem

24-02-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico (Antebraço Direita(o)) [sem horario]

24-02-2023 08:00 - Otimizar cateter venoso periférico (Antebraço Direita(o)) [sem horario]

24-02-2023 08:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico (Antebraço Direita(o)) [turno manha e sos]

24-02-2023 08:00 - Trocar cateter venoso periférico (Antebraço Direita(o)) [SOS]

24-02-2023 08:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao

médico [sos]

09-03-2023 08:00

Cateter urinário

Características do dispositivo: folley nº16.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de infeção do sistema urinário: facilitador.

Intervenções de Enfermagem

09-03-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de infeção do sistema urinário [sos]

09-03-2023 08:00 - Otimizar cateter urinário [sem horario]

09-03-2023 08:00 - Remover cateter urinário [sos]

09-03-2023 08:00 - Trocar cateter urinário [14/14dias]

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

Para o presente caso para a administração da medicação foi utilizada a via oral e a via EV através do uso de um **cateter venoso periférico** (CVP). No entanto, e caso se viesse a verificar a perda da via EV, por maus acessos periféricos nas UHVD, a via alternativa a ser utilizada seria a via SC. Sendo esta uma via comumente utilizada neste contexto para administração de medicação, por bólus, em perfusão contínua ou para administração de fluídos – hipodermóclise (Neto, 2008).

A introdução de **sonda vesical** no presente caso deveu-se a desconforto a nível da região supra-púbica, com presença de globo vesical devido a retenção urinária. Esta condição deveu-se à progressão de doença e à utilização prolongada de opioides, cujos efeitos secundários podem ser consultados em 3.3.1., fazendo com que houvesse um aumento do tónus e da amplitude de contrações do esfíncter urinário, diminuindo as contrações do ureter e dificultando a micção espontânea (Fernandes, 2007). No momento da preparação para a alta, a esposa foi instruída no sentido de cuidados a ter com manipulação e sinais de alerta referentes à sonda vesical.

Nos doentes com insuficiência respiratória e hipoxemia grave, como no presente estudo de caso, a utilização de **oxigenoterapia** prende-se como tratamento para alívio sintomático (Azevedo, 2006). No presente caso clínico aquando da conferência familiar e preparação para alta, foram feitos ensinamentos à esposa do doente sobre a utilização de oxigenoterapia, podendo ser titulado a fração de oxigénio inspirado (FiO2) dependendo da sintomatologia do doente. Neste caso, o oxigénio funcionará como medida de conforto para alívio sintomático do doente.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
24-02-2023 08:00	Apetite	09-03-2023 08:00
24-02-2023 08:00	Dor	
24-02-2023 08:00	Sistema respiratório	
24-02-2023 08:00	Sistema cardiovascular	
24-02-2023 08:00	Eliminação intestinal	
24-02-2023 08:00	Termorregulação	09-03-2023 08:00
24-02-2023 08:00	Sono	
24-02-2023 08:00	Conservação de energia	
24-02-2023 08:00	Autogestão do regime dietético	
24-02-2023 08:00	Atitudes terapêuticas	
24-02-2023 08:00	Sondas, Drenos e Cateteres	09-03-2023 08:00
24-02-2023 08:00	Emoção	
27-02-2023 08:00	Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado	
09-03-2023 08:00	Consciência	
09-03-2023 08:00	Eliminação urinária	
09-03-2023 08:00	processo psicológico	

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

Para a seleção dos domínios e a priorização dos cuidados, foram tidos em consideração os aspetos referidos no enquadramento teórico e o objetivo dos CP.

Vários dos domínios apresentados na presente conceção de cuidados, ficam apenas como foco de atenção pois a partir dos dados apresentados na primeira sessão não formam diagnósticos, no entanto considera-se a oportunidade de manter a sua avaliação ao longo das sessões devido à patologia e condição do doente. O **domínio sistema cardiovascular** foi identificado pois foi identificada taquicardia associada à febre que o doente apresenta. Por essa razão a sua avaliação deve ser realizada pelo menos uma vez dia no turno da manhã ou em SOS em caso de febre. O **domínio da eliminação intestinal** foi também identificado pois, apesar do doente apresentar trânsito intestinal normalizado, é perspetivado que ao longo do internamento, com a progressão da doença, resultando numa alteração funcional e diminuição do movimento, aliado à medicação que o doente se encontra a fazer, cujos efeitos secundários podem ser consultados em 3.3.1., pode levar a alterações do padrão intestinal.

APETITE

A alimentação sendo uma necessidade humana básica e fonte de prazer, desempenha um importante papel social, religioso, biológico, simbólico e cultural, podendo deste modo, assumir um papel importante no bem-estar de um doente em CP. No entanto, devido à evolução da

doença ou como consequência dos tratamentos, são vários os sintomas que influenciam a alimentação, padrão e hábitos alimentares destes doentes, tais como astenia, anorexia, disfagia, hipogeusia, diarreia, mucosite, náuseas e vômitos, obstipação, saciedade precoce/enfartamento e xerostomia (Pinho-Reis & Coelho, 2014). A avaliação da perda de apetite pode ser feita usando para o efeito a *Edmonton System Assessment Scale* (ESAS) .

A nutrição suplementar e a estimulação do apetite por si só não revertem a perda de peso acentuada nos doentes com doença avançada, progressiva e incurável (Fabbro et al., 2006). Importa, por isso, salientar que, em CP, dependendo do estágio em que a doença se encontra, a nutrição pode ter como objetivos manter o peso e a funcionalidade do doente-em fases precoces da doença; manter o prazer nos alimentos de acordo com a preferência do doente ou em fases mais avançadas para conforto do doente (Fernandes et al., 2021). No presente estudo de caso, o doente apresenta diminuição do apetite associado à progressão da doença e dos hábitos alimentares praticados no domicílio, que eram já muito restritivos.

DOR

Barata et al. (2016), referem que a dor é um dos sintomas mais frequentes e mais receados pelos doentes com cancro e que quando mal controlada vai interferir significativamente nas atividades de vida diária dos doentes, prejudicando a sua qualidade de vida.

A gestão da dor deve ser encarado como uma preocupação do profissional de enfermagem que através da sua atuação autónoma identifica a queixa algica do doente, a caracteriza tendo em conta todos os seus domínios, relaciona as repercussões que a dor pode ter no funcionamento biológico, emocional e comportamental do doente; faz uma identificação dos fatores de alívio ou de fatores que possam intensificar a dor; seleciona as alternativas ao tratamento e verifica a eficácia das estratégias instituídas. Neste sentido, várias são as intervenções autónomas que o enfermeiro pode implementar para ajudar a pessoa com dor, tais como: estabelecer relação terapêutica; capacitar o doente à autogestão da dor; ensinar o doente a resposta da dor; dar suporte ao cuidador/família; fornecer outros impulsos sensoriais; promover repouso e massagem de relaxamento; usar imaginação guiada; diminuir estímulos que possam prejudicar a dor; e manter-se junto do doente mostrando disponibilidade (Rigotti & Ferreira, 2005).

Relacionando com o caso clínico e tendo em conta que o doente se encontra numa fase avançada da doença, a intervenção do profissional de enfermagem visa o alívio do sofrimento e promoção do conforto e bem-estar do doente. O tratamento adequado da dor vai também ajudar a melhorar o sono, podendo por sua vez melhorar a astenia e a fadiga.

De acordo com a capacidade cognitiva do doente ao longo do processo de fim de vida, deve ser ajustado o instrumento de avaliação a utilizar para quantificar a intensidade da dor, dando preferência, se possível, à autoavaliação. Deste modo e, apesar do doente apresentar degradação rápida do estado funcional, a capacidade cognitiva manteve-se, sendo possível

aplicar a “escala numérica” de avaliação da dor. No entanto, nos momentos em que o doente apresenta flutuação do estado de consciência, com períodos de prostração, foi utilizada a heteroavaliação na avaliação da dor, utilizando para isso a *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD).

O tipo de estratégia utilizada para tratamento da dor tendo em conta a intensidade avaliada não é um parâmetro com consenso restritivo, devendo proceder-se de acordo com análise efetuada dentro da equipa multidisciplinar de cada caso. No entanto, a literatura recomenda que para uma dor ligeira possam ser utilizadas estratégias não farmacológicas para controlo da dor e, eventualmente, a utilização de medicação não opioide; para uma dor moderada a utilização de estratégias não farmacológicas e farmacológicas (não opióides ou opióides fracos) e para a dor considerada intensa a utilização de estratégias farmacológicas (opióides) (Batalha, 2016).

Remetendo novamente ao presente caso, numa primeira instância, o doente encontrava-se renitente à administração de medicação opioide para o alívio da dor devido ao medo de tolerância e das alterações mentais que pudessem advir da sua toma. Este facto veio toldar a tomada de decisão do profissional de enfermagem na gestão da dor do doente, sendo administrado paracetamol e realizadas estratégias não farmacológicas que surtiram algum efeito, mas não aliviaram por completo a dor.

Ferraz Gonçalves (2018) refere várias barreiras à adequada gestão da dor, podendo ser causadas por políticas dos sistemas de saúde existentes; barreiras intrínsecas aos profissionais de saúde ou barreiras causadas pelos próprios doentes (Gonçalves, 2018). Relativamente às barreiras à adequada gestão da dor que podem ser provocadas pelos doentes encontra-se o medo da adição, medo da tolerância, medo das alterações mentais, o significado da dor, a adesão ao tratamento e os problemas financeiros dos doentes (Gonçalves, 2018). Neste sentido, foi necessário estabelecer uma relação terapêutica com o doente, capacitá-lo à autogestão da dor e dotá-lo de conhecimentos sobre a resposta à dor, sobre os efeitos da medicação analgésica e possíveis efeitos secundários, cujos efeitos podem também ser consultados em 3.3.1., desmistificando os efeitos da morfina e esclarecendo a sua ação no controlo da dor oncológica, na dispneia e no controlo da tosse.

SISTEMA RESPIRATÓRIO - DISPNEIA

A dispneia é caracterizada como uma experiência subjetiva de falta de ar, de dificuldade e desconforto respiratório, causadora de angústia e sofrimento não só para o doente, mas também para o cuidador e família, multidimensional e complexo (Azevedo, 2006; Feio, 2016).

De acordo com Hui et al. (2020) a falta de ar é altamente prevalente nos doentes com cancro, afetando entre 20% a 70%, particularmente em estádios avançados da doença e nas últimas semanas de vida. Obarzanek & Campbell (2022) acrescentam que este é um problema que contribui para a diminuição da qualidade de vida dos doentes com diagnóstico oncológico,

sendo também um preditor de mortalidade. Por isso, torna-se importante uma abordagem terapêutica adequada para melhorar a qualidade de vida dos doentes em situação paliativa (Azevedo, 2006).

A etiologia da dispneia, nos doentes em fase final de vida, é multifatorial, podendo estar relacionada com fatores físicos, psicológicos, sociais e espirituais e existenciais. As causas para a sua manifestação podem ser por consequência direta ou indireta devido a neoplasia por invasão local ou disseminação metastática. Assim, as causas mais comuns na doença oncológica são o envolvimento parenquimatoso pelo tumor, o derrame pleural, obstrução das vias aéreas, tromboembolismo pulmonar, derrame pericárdico, síndrome da veia cava superior; ou como causa de natureza sistémica como a anemia, fraqueza muscular, ascite, caquexia, crises de pânico ou ansiedade (Feio, 2016). No presente estudo de caso, a dispneia deve-se à neoplasia pulmonar metastizada, em que é também evidente outros sintomas que podem agravar a dispneia como a caquexia, a dificuldade na mobilização de secreções ou broncospasmo.

Não existem ferramentas ou instrumentos *gold standard* para avaliação deste sintoma, no entanto podem ser utilizadas escalas analógicas visuais, escalas verbais ou escalas numéricas, como no caso da Escala de *Borg* modificada ou na utilização da escala de *Edmonton System Assessment Scale* (ESAS) (Cipriano et al., 2021).

É importante referir que as opções terapêuticas que podem ser instituídas nos doentes terminais que apresentem dispneia e cujo objetivo é a melhoria da qualidade de vida e alívio do sofrimento, assim como as tomadas de decisão sejam tomadas em equipa envolvendo também o doente e família na discussão do plano a instituir. Assim, importa ter presente não só os fatores etiológicos, a gravidade do sintoma, o impacto que este acarreta tanto a nível funcional como na qualidade de vida do doente, mas também o tempo de vida previsto como fatores determinantes para a tomada de decisão (Azevedo, 2006).

Como estratégias não farmacológicas, nos doentes em fase terminal podem ser aplicadas técnicas de relaxamento, distração e apoio psicossocial; adaptação das atividades diárias à capacidade funcional do doente; otimização nutricional; uso de ventoinhas direcionando ar para a face do doente criando sensação de melhoria subjetiva da dispneia através do movimento de ar; ou a utilização de dispositivos de insuflação-exsuflação para os doentes com dificuldade na mobilização de secreções (Cipriano et al., 2021). Alguns doentes em situação paliativa podem ainda beneficiar de reabilitação pulmonar ou fisioterapia respiratória; ar medicalizado; oxigenoterapia, como no caso do presente estudo de caso, ou de ventilação não invasiva (Cipriano et al., 2021).

Relativamente a estratégias farmacológicas a utilização de broncodilatadores, corticoides, opioides, benzodiazepinas e oxigénio são as estratégias mais utilizadas. Os opióides são o grupo farmacológico mais estudado e com maior eficácia no tratamento da dispneia (Azevedo, 2006).

Como recomendações a morfina deve estar prescrita em esquema fixo ou em SOS, e deve ser duplicada a última dose da noite para reduzir a dispneia irruptiva durante o sono, saltando assim a toma do meio da noite. Deve também ser ponderada perfusão EV ou SC nos doentes com dispneia terminal (Cipriano et al., 2021). Podemos verificar que no presente estudo de caso a prescrição de morfina segue estas recomendações, verificando-se que a dosagem no período noturno é superior à do período diurno precisamente para possibilitar que o doente apresente menos dispneia e tosse durante a noite e consiga descansar.

Já as benzodiazepinas são utilizadas no controlo da ansiedade associada à sensação de falta de ar, tendo também efeito relaxante ao nível dos músculos respiratórios. Os broncodilatadores e os corticoides estão indicados em situações em que o broncospasmo é um importante fator condicionante da dispneia (Cipriano et al., 2021; Azevedo, 2006). No presente estudo de caso, doente com dispneia importante condicionante das AVD's e com impacto na sua qualidade de vida e conforto, associado à condição do doente, neoplasia pulmonar metastizada, com episódios de broncospasmo, sintoma a ser gerido com estratégias não farmacológicas e estratégias farmacológicas.

TOSSE

O ICN, através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019) define tosse como a *“expulsão súbita de ar dos pulmões para limpar a via aérea”*. É, assim, um reflexo protetor desencadeado pela irritação das vias respiratórias e um dos sintomas mais referidos pelos doentes em fase terminal. Nestes doentes, a irreversibilidade dos estímulos, a astenia ou a fraqueza muscular provocam uma tosse ineficaz e persistente fazendo com que este seja um sintoma angustiante, fisicamente extenuante e muito perturbador da qualidade de vida podendo, ainda, agravar outros sintomas como a dor, dispneia, hemoptises, perturbações do sono, vômitos, incontinência ou até fratura de costelas (Monteiro et al., 2021a; Azevedo, 2006).

Este sintoma tem uma incidência de 50% em doentes oncológicos, podendo atingir os 80% em doentes com neoplasia do pulmão (Monteiro et al., 2021a; Azevedo, 2006). O objetivo de intervenção terapêutica na tosse será, numa primeira instância a eliminação da causa, tratando as causas reversíveis e sintomas potenciadores da tosse. No caso de ser impossível eliminar a causa, deve ser proporcionado ao doente o máximo de conforto possível (Monteiro et al., 2021a; Azevedo, 2006).

Doentes que apresentem tosse produtiva e eficaz deve ser promovida hidratação adequada para fluidificar as secreções; pode ser realizada cinesioterapia respiratória; devem ser evitados supressores da tosse; ser realizada nebulizações com solução salina e administrados mucolíticos químicos. Se por outro lado, o doente não apresentar tosse eficaz, devem ser utilizados dispositivos de insuflação-exsuflação mecânica para mobilizar as secreções; aspirar o doente o menos possível; deve ser reduzido o aporte hídrico; devem ser utilizados fármacos antimuscarínicos para reduzir a produção de secreções, como no caso da butilescopolamina e

devem ser administrados supressores do reflexo da tosse, como no caso da administração de codeína, morfina, da gabapentina, pregabalina ou do diazepam (Monteiro et al., 2021a).

No caso clínico em análise, como referido no capítulo 3.3.1., doente foi alterando a medicação ao longo do internamento, de acordo com a progressão da doença, no sentido de aliviar a tosse persistente, promovendo alguma qualidade de vida e aliviando o sofrimento ao doente. A tosse tornou-se um dos principais sintomas referido pelo doente, muito perturbador no dia a dia, fisicamente extenuante e agravando ainda outros sintomas como a dor, a dispneia e perturbações do sono, tornando o sono comprometido. Deste modo, o adequado controlo da tosse vai permitir prevenir complicações na fase terminal em que o doente se encontra e que provocariam maior sofrimento, melhorando significativamente a qualidade de vida.

TERMORREGULAÇÃO

Toussaint et al. (2006) apresentam a febre como um sintoma comum em doentes com cancro e que pode ter variadas causas, infecciosa ou não infecciosa. As causas não infecciosas estão, segundo os autores, relacionadas com o tumor, que pode dar origem a quadros de inflamação ou tromboembolismo; por outro lado, as causas infecciosas podem estar relacionadas com aumento da suscetibilidade devido a destruição das barreiras anatómicas, tratamentos que causem neutropenia ou realização de procedimentos invasivos.

Considerando o caso em estudo, tratando-se de um doente com diagnóstico de neoplasia, excluindo que a origem da febre seja de foco infeccioso, considera-se que a mesma seja de causa neoplásica. Para ajuda ao diagnóstico diferencial, foi prescrito naproxeno que além das suas propriedades antipiréticas, a sua prescrição e administração pode ser feita no sentido de diferenciar se a febre é de origem infecciosa ou neoplásica em doentes com cancro com febre de origem indeterminada (Chang & Gross, 1984). A cada episódio de febre, o doente apresentava também taquicardia e aumento da dispneia. Após ser considerada febre de origem neoplásica, foi instituído medicação antipirética fixa no sentido de dar mais conforto ao doente.

SONO

Os distúrbios do sono constituem um desafio em contexto de CP, não só para os próprios doentes como para as suas famílias, uma vez que é um fator gerador de stress adicional às preocupações já inerentes à gestão de uma doença avançada, incurável e progressiva. Nos doentes que se encontram em contexto paliativo, a atividade diurna é, muitas vezes, substancialmente reduzida, conduzindo a uma indefinição no ciclo de sono-vigília, principalmente quando a rotina diária envolve longos períodos confinados ao leito. A agitação mental e inquietação noturna podem resultar em longos períodos sem descansar, contribuindo para o desenvolvimento de problemas relacionados com o sono (Hajjar, 2008). Neste contexto, a insónia é, muitas vezes, assumida como efeito de outras comorbilidades, como transtornos depressivos ou ansiedade, assumindo que a mesma será resolvida com o tratamento destas

condições (Mercadante et al., 2015).

Monteiro et al. (2021b) consideram como estratégias para o tratamentos não farmacológico para os distúrbios do sono: a correção de fatores reversíveis (como o controlo sintomático, tratamento das comorbilidades, correção de fatores externos ou a revisão da medicação instituída); uma boa higiene do sono (criando ambiente sem estímulos externos na hora de dormir) ou terapêuticas psicológicas e comportamentais (como estratégias de relaxamento). Os autores acrescentam que em CP, a qualidade/quantidade de sono dever ser valorizada pois o sono suficiente não pode ser traduzido pelo número de horas, mas sim pela noção subjetiva do doente de ter um sono reparador.

Tendo em conta o estudo de caso, o domínio da dor, a dispneia e o compromisso no domínio das emoções concorrem para o compromisso efetivo do domínio do sono. Relativamente à dor, a insónia pode ser um marcador da intensidade da dor, ou seja, a falta de sono diminui o limiar da dor e a intensidade da dor aumenta à medida que o doente diminui as horas de sono. (Palma & Salazar, 2006). Do mesmo modo, a tosse é o sintoma que mais desconforto provoca no doente, sendo que os episódios de tosse irruptiva durante o período noturno são os que mais prejudicam o sono no doente.

CONSERVAÇÃO DE ENERGIA

A *European Association for Palliative Care* (EAPC), define astenia/fadiga como uma sensação subjetiva de cansaço, fraqueza ou falta de energia. A fadiga é, geralmente, reconhecida como uma construção multidimensional, com uma dimensão física e cognitiva, podendo ser definida como uma sensação subjetiva de falta de energia física e/ou mental, desproporcionada ao nível de atividade, que acontece todos ou quase todos os dias, em duas semanas consecutivas ou durante o último mês (Radbruch, 2008).

Apesar da alta prevalência da fadiga em doentes em CP (25% a 90% em doentes oncológicos, 47-99% em doentes com doença crónica e 99% em doentes submetidos a tratamentos de quimioterapia ou radioterapia) e do impacto na sua qualidade de vida, os mecanismos fisiopatológicos da astenia continuam desconhecidos (Mota, 2002). Existem, contudo, algumas causas que estão relacionadas com o aparecimento da astenia em doentes paliativos, por exemplo: anemia, alterações endócrinas, caquexia, falta de nutrientes induzidas pela anorexia e por vômitos, infeção, sintomas não controlados, alterações musculares/ descondicionamento (repouso prolongado, imobilidade), hipóxia, desidratação, alterações eletrolíticas, insuficiência de órgão, alterações do sono, síndromes paraneoplásicas, distress emocional (ansiedade, depressão) e fármacos (opióides, benzodiazepinas antidepressivos, anticonvulsivos) (Gonçalves, 2011).

A avaliação da fadiga deve ser, sempre que possível, sistemática e com recurso a instrumentos de autoavaliação (em doentes cognitivamente íntegros), como por exemplo uso da escala visual

numérica, ou a *Edmonton System Assessment Scale* (ESAS). Em doentes com alterações cognitivas, deve ser realizada uma heteroavaliação, pelo familiar cuidador ou pelo profissional de saúde (Radbruch, 2008).

No que se refere a terapêutica não farmacológica, as estratégias baseiam-se na organização dos momentos de descanso/sono, sendo que deve ser proporcionado um ambiente favorável para uma boa noite de sono e os períodos de atividade devem ser devidamente programados; a nutrição deve conceber um maior aporte energético, mas sem que isso possa influenciar outros sintomas como, por exemplo, a náusea; o uso de terapias complementares como a reflexologia, massagem, a homeopatia e a acupuntura são os mais sugeridos pelos profissionais de saúde; e a realização de atividades de lazer e educação, como programas de leitura, passeios, trabalhos domésticos e conversas são extremamente eficazes no tratamento da fadiga (Mota, 2002).

Por sua vez, Fabi et al. (2020) apresentam, também, algumas estratégias de informação e aconselhamento que podem ajudar os doentes a obter uma melhor compreensão da sua situação, nomeadamente através do entendimento da sua patologia, com o objetivo de ajudar os doentes a criar um plano de atividades personalizado. O aconselhamento deve incluir recomendações sobre a conservação de energia: priorização de tarefas, ritmo de atividade e conselhos sobre como delegar atividades menos importantes.

Relativamente ao presente estudo de caso o doente apresenta progressão da dispneia ao longo das sessões, com aumento da fadiga e consequentemente aumento da intolerância à atividade, beneficiando de mais períodos de repouso para conservação de energia. No entanto, doente e família em vários momentos do internamento, em negação da progressão da doença, negação da perda de funcionalidade e autonomia, apresentando comportamentos como caminhar no corredor do internamento, apesar de não ter capacidade e de ficar extremamente cansado com bastante dificuldade respiratória e com dificuldade na recuperação da energia.

EMOÇÃO - LUTO

O luto antecipatório, em contexto de CP, tem vindo a ser interpretado no continuum da trajetória do luto, como um processo que pode constituir uma oportunidade de intervenção a cada perda relacionada com o processo natural de evolução da doença, minimizando preventivamente possíveis complicações do processo de luto pós-morte (Coelho, 2020).

De acordo com Diagnósticos de Enfermagem da NANDA-I (2021-2023), luto diz respeito a *"processo normal e complexo que inclui respostas e comportamentos emocionais, físicos, espirituais, sociais e intelectuais, por meio dos quais indivíduos, famílias e comunidades incorporam uma perda real, antecipada ou percebida às suas vidas diárias"*.

Embora o luto esteja frequentemente associado à morte, receber um diagnóstico de doença terminal, progressiva e incurável também desencadeia uma sobrecarga de emoções para o indivíduo e seu cuidador (Johnson et al., 2017). O luto antecipatório é um processo complexo de

adaptação/superação e reorganização perante a percepção de morte previsível e no reconhecimento de perdas passadas, presentes e futuras (Barbosa, 2016; Johnson et al., 2017). Para Vergo et al. (2017) estas perdas dizem respeito não só à morte iminente, mas também às perdas que o doente sofre através de todo o processo de doença terminal, como sejam, perda de capacidades físicas e cognitivas, perda da independência, perda da privacidade, dignidade, controlo financeiro, autonomia e perda de papéis sociais e familiares. Além disto, os autores referem que durante este processo devastador, o doente se prepara não só para a sua própria perda, mas também para a perda de todos os seus entes queridos. Neste sentido é necessário identificar e implementar medidas no sentido de facilitar o processo de luto e evitar o sofrimento do doente e família.

Quando a morte da pessoa que é cuidada é expectável, a situação permite ao cuidador criar um processo de ajuste psicológico e prático, que resulta em melhores vivências do período pós-perda do seu ente querido. A partir do momento em que existe o diagnóstico de doença avançada, progressiva e incurável, os cuidadores são confrontados com sucessivas perdas, tais como alterações na autonomia e degradação do estado geral da pessoa doente, alteração de papéis sociais e familiares até ao momento da inevitável morte. Esta experiência é denominada como luto antecipatório e baseia-se na suposição de que a ameaça da morte ou da separação da pessoa que está doente inicia, por si só, uma reação de luto na pessoa que assume o papel de cuidador (Coelho, 2020). Coelho et al. (2022) corroboram que, durante os cuidados de fim-de-vida, os familiares cuidadores experienciam a ameaça à vida da pessoa que é cuidada, juntamente com múltiplas perdas resultantes da progressão da doença, nomeadamente limitações físicas e psicológicas que são percebidas na pessoa doente e que despoletam o início do processo de luto antecipado, descrito pelos autores como sendo um conceito multidimensional e complexo.

Coelho et al. (2019) sugerem que o processo de luto antecipatório está relacionado com a gestão de expectativas e emoções vivenciadas e que se relacionam com o medo, experienciado pelo cuidador, da morte da pessoa doente, dando origem a uma vasta gama de manifestações que estão social e culturalmente associadas ao luto, em resposta à perda de uma pessoa significativa.

Estes autores, através do seu estudo, sugerem que o luto antecipatório é responsável por provocar sentimentos como a ansiedade de separação e a evicção da pessoa doente pelo familiar cuidador. Concluem, ainda, que o familiar cuidador está exposto ao stress de lidar com a ameaça de morte e de separação em tempo indeterminado, enquanto mantém a responsabilidade de proteger a vida do seu familiar e zelar pelo seu bem-estar, o que constitui, na perspetiva dos autores, um delicado balanço entre aceitar que o doente ainda está vivo e lidar com o facto que o mesmo irá morrer num curto espaço de tempo, constituindo o maior dilema que o cuidador enfrenta durante o processo de cuidar de outra pessoa (Coelho et al., 2019). Patinadan et al. (2020) sugerem várias intervenções para promover o luto antecipatório,

desde o uso da Terapia da Dignidade, desenvolvida por Chochinov, a utilização de musicoterapia ou arteterapia ou recurso às Terapias de Revisão de Vida e de Promoção do Significado.

Em relação ao estudo de caso, é identificado um processo de luto antecipatório pelas perdas que o doente vai apresentando, nomeadamente a perda de autonomia e funcionalidade que o doente apresenta por progressão da doença.

Apesar da progressão da doença com degradação progressiva da funcionalidade, e consequente perda de autonomia ao longo das sessões, doente em negação da mesma, mantendo as estratégias de *coping* com foco na cura (mantendo os rituais com a alimentação para se curar, ex. não ingestão de alimentos processados, raspar a língua, comer alho cru e beber um copo de água quente com limão ao acordar, referindo que “é assim que vou evitar ficar pior” (sic), ao insistir em fazer caminhadas deixando-o exausto ou ao referir que os médicos têm de prescrever oxigénio líquido portátil para ele usar no domicílio ou através de expressões como “o oxigénio tem de ser prescrito de longa duração porque vou precisar dele durante muitos meses em minha casa”...Destas frases se identifica que o doente se encontra em negação da perda de autonomia, capacidades funcionais, e progressão da doença, com uma idealização irrealista do futuro, sem consciencialização da própria doença ou em processo de negação.

O processo de consciencialização, como sendo uma propriedade inerente à transição, segundo a teoria das transições de Afaf Meleis, implica reconhecer o que mudou, de forma a promover a reorganização para um novo modo de viver, ser e estar. Refere ainda que, quanto maior o reconhecimento da mudança, mais rápida será a reorganização da pessoa num novo modo de viver e estar (Meleis et al., 2000).

Kübler-Ross (1969) dedicou-se ao estudo do processo de morte em doentes terminais, descrevendo as diversas fases por que passam os mesmos: negação e isolamento, raiva, negociação, depressão e, por último, aceitação. Ao longo de todas estas fases é trabalhada a consciência da situação de fase final de vida. Segundo este modelo, a aceitação da morte é uma condição indispensável para uma “boa morte”.

Tendo em conta o cenário torna-se importante a consciencialização do processo de morrer do doente, da família e profissionais de saúde e que estes consigam agir positivamente de acordo com estes dados. O profissional de saúde deve envolver-se no processo de transição, de forma a providenciar conhecimento e suporte durante este período de grande vulnerabilidade (Meleis et al., 2000). Assim, após implementação de intervenções junto do doente para melhorar consciencialização sobre a progressão da doença e consciencialização da sua deterioração funcional; estratégias para melhorar conhecimento sobre o luto antecipatório e para melhorar consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto antecipatório, foi possível observar uma evolução no processo de luto do doente.

No entanto, o diagnóstico do luto antecipatório, mantém-se inalterado visto que traduz ainda uma necessidade em cuidados para a qual a equipa de enfermagem se deve manter desperta. Não foi utilizada nenhuma escala mensurável para avaliação do luto por não se encontrarem validadas para a população portuguesa.

PREPARAÇÃO DA FAMÍLIA PARA INTEGRAR UM FAMILIAR DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO

Este domínio foi identificado tendo em conta a patologia do doente, o prognóstico, a rápida evolução da doença e deterioração do estado geral do doente com progressiva dependência, tendo em conta a antecipação das necessidades do doente e família.

O *Internacional Council of Nurses* (2019), através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), define familiar cuidador como o responsável pela prevenção e tratamento da doença ou incapacidade (ou limitação) de um membro da família.

Em relação ao doente do presente estudo de caso temos uma cuidadora informal, que convive com o doente, assumindo a responsabilidade pela prestação de cuidados no domicílio e a ajuda de uma empregada para os momentos em que esta não esteja disponível. Assim como o apoio dos pais e sogros do doente e de um grande número de amigos que também se disponibilizaram a ajudar.

Entre as repercussões que podem ser observadas e que advém do papel de cuidador, são frequentemente mencionadas a sintomatologia depressiva, o decréscimo na qualidade de vida, a fadiga e a diminuição das crenças religiosas, que podem ser explicadas pela relação existente entre a expectativa projetada pela pessoa que cuida em estar à altura das exigências que o papel implica e o nível de tensão provocado pelo mesmo. Entre os vários fatores causadores de stress associados ao papel de cuidador, encontram-se as limitações pessoais que são impostas pela responsabilidade na prestação de cuidados, o desejo de cumprir os requisitos exigidos socialmente pela figura de cuidador, as necessidades físicas e emocionais do próprio doente alvo de cuidados, os recursos e apoios sociais e a própria relação entre o cuidador e a pessoa doente. Por outro lado, a assunção do papel de cuidador pode, também, acarretar consequências positivas: o sentir-se útil através da prestação de cuidados, a afirmação pessoal, a satisfação do cuidador e a perceção subjetiva do impacto de cuidar de outra pessoa (Paz-Rodríguez et al., 2005).

Vários estudos mostraram uma relação direta entre o bem-estar dos doentes e o bem-estar da pessoa que os cuida, indicando que uma redução no bem-estar do cuidador pode influenciar negativamente a qualidade de vida da pessoa que é cuidada (Wit et al., 2017).

O agravamento do estado do doente, bem como a evolução progressiva da doença com agravamento dos sintomas e a constante perda de funcionalidade para as atividades de vida diária exige uma grande capacidade de adaptação da família face à situação. A família precisa

criar estratégias para mobilizar os seus recursos internos ou externos para minimizar ou superar a situação de crise e deste modo adaptar-se à situação de dependência do seu familiar doente (Sequeira, 2007). O mesmo autor refere que o resultado do processo de cuidar de um familiar dependente “está intimamente ligado com as capacidades adaptativas do familiar cuidador” (p. 108).

Este domínio está também relacionado com o luto antecipatório que estes cuidadores vivenciam tendo em conta a evolução clínica do doente e as perdas presentes e futuras associadas. Os enfermeiros devem preparar a família/cuidador para integrar um familiar dependente no domínio do autocuidado, com várias perdas ao longo do processo de doença de finitude.

Ainda sobre a organização do funcionamento da casa, no caso em análise, de salientar o acesso da família ao apoio social e serviço domiciliário para poder preparar o domicílio para receber o familiar dependente e poder exercer o papel de cuidador.

ESTATUTO CUIDADOR INFORMAL

De acordo com a *European Association Working for Carers* (EUROCARERS) um cuidador é “uma pessoa que presta – geralmente – cuidados não remunerados a alguém com uma doença crónica, deficiência ou outra necessidade de saúde ou cuidados de longa duração, fora de um quadro profissional ou formal” (EUROCARERS, 2023).

O Estatuto do Cuidador Informal (Lei nº 100/2019) estabelece um conjunto de normas que regula os direitos e deveres do cuidador e da pessoa cuidada, estabelece as respetivas medidas de apoio e define várias medidas de apoio ao cuidador, nomeadamente aconselhamento, acompanhamento, capacitação e formação para o desenvolvimento de competências para cuidar. Na presente lei existem dois tipos de cuidador informal: cuidador informal principal e cuidador informal não principal.

Sendo o apoio à família um dos pilares dos CP, torna-se fundamental que a equipa prestadora de cuidados tenha em consideração o papel que a família tem no apoio ao doente terminal, e que sofre juntamente com ele o impacto da doença. Deste modo, deve ser incluída no plano de cuidados traçado, cujo objetivo deve passar pela promoção do conforto do doente e da sua família. É importante que a equipa de CP tenha como preocupação a identificação do cuidador principal e da estrutura familiar, a monitorização frequente da família e a identificação precoce de níveis de stress ou outros problemas que possam surgir, entre os quais, os problemas espirituais (Neto, 2016).

Os doentes em CP apresentam frequentemente dependência nos vários domínios do autocuidado, tendo necessidade de apoio de cuidadores informais para a prestação de cuidados no domicílio. Em CP, esta prestação de cuidados requer, muitas vezes, níveis complexos de conhecimento e habilidades técnicas, sendo importante “que os profissionais de saúde desenvolvam estratégias de ensino adequadas às necessidades concretas dos familiares

cuidadores" (Landeiro et al., 2016, p. 2).

Relativamente ao estudo de caso, o papel de cuidador informal do doente ficará a cargo da esposa. No entanto, como a cuidadora tem atividade profissional, deve ser explicado que para requerer o Estatuto de Cuidador Informal, além de ter de coabitar com o doente, deve ser prestadora de cuidados de forma permanente, não pode exercer atividade profissional remunerada ou outro tipo de atividade incompatível com a prestação de cuidados permanente e não pode receber prestações de desemprego nem auferir remuneração por parte do doente.

Com vista à alta do doente para domicílio, é importante dotar a esposa não só de capacidades físicas para prestar os melhores cuidados ao doente no domicílio mas também de conhecimentos para atuar em caso de agravamento de sintomas e perceber a sua capacidade para gerir os sintomas que podem advir das UHVD, especificamente neste caso, capacidade para gerir medicação que o doente levará em perfusão e possíveis sintomas como dispneia, dor, inquietação, prostração com possibilidade de perda oral e da capacidade para se alimentar e hidratar. Do mesmo modo, disponibilizar o telefone da equipa para qualquer dúvida e inquietação. Sabendo que esta cuidadora terá também o apoio da equipa domiciliária, que fará visitas diárias ao domicílio, ajustando o plano de cuidados de acordo com as necessidades da cuidadora e família.

DELIRIUM

Alterações do estado cognitivo são muito frequentes nos doentes com doenças avançadas. O *delirium* constitui o distúrbio mais frequente associado a insuficiência cognitiva na fase final da vida (58,8 a 88% dos casos) (Gonçalves, 2023; Gama & Barbosa, 2006).

Segundo a *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5ª edição (DSM-V) *delirium* é uma disfunção cerebral aguda associada a perturbação da consciência com alteração da atenção e cognição e que se desenvolve num curto espaço de tempo, em horas a dias, apresentando um carácter flutuante no decorrer do dia (Monteiro et al., 2021b; Gonçalves, 2023). Este distúrbio além de frequente em CP, é causador de grande sofrimento e angústia tanto para o próprio doente e família/cuidadores, como para os profissionais de saúde e quando não diagnosticado ou não tratado adequadamente está associado a um aumento da mortalidade, aumento do declínio funcional e cognitivo, aumento do tempo de internamento e aumento da probabilidade de reinternamento após alta (Gonçalves, 2023 ;Gama & Barbosa, 2006; Monteiro et al., 2021b).

O diagnóstico de *delirium* é realizado tendo em conta os Critérios de diagnóstico para Delirium (DSM-V). Tendo em conta estes critérios, para o caso clínico em análise foi realizado o diagnóstico de delirium segundo os critérios:

A- Doente com alteração da consciência;

B- Alteração da consciência desenvolvida num curto período de tempo;

C- Doente com perturbação adicional na cognição;

D- As perturbações dos critérios A e C não se deram devido a condições ou outro transtorno neurocognitivo preexistente.

O *delirium*, consoante a agitação psicomotora e o nível de vigília do doente, pode ser caracterizado como hiperativo com presença de alucinações, ilusões e agitação; hipoativo com presença de confusão, sedação e lentificação ou misto em que há transições de um estado para o outro com alternância entre hiperatividade e sonolência (Gonçalves, 2023; Monteiro et al., 2021b). A etiologia do *delirium* pode ser multifatorial, sendo que nos doentes com cancro pode dever-se à utilização de opioides (64%), alterações metabólicas (53%), infeções (46%), cirurgia recente (32%) ou devido a lesões estruturais (15%). O *delirium* pode ser reversível nos doentes com doença avançada, no entanto, isso não é possível nas últimas 24 a 48 horas de vida, devido a estarem em curso, nesta fase, processos irreversíveis como falência multiorgânica (Gama & Barbosa, 2006; Gonçalves, 2023).

O *delirium* é considerado um fator de risco para o deficiente controlo de sintomas. Um dos fatores que pode influenciar a tomada de decisão da equipa é a interpretação que o profissional faz dos sinais que o doente apresenta. No caso do controlo da dor, a agitação pode ser interpretada como sinal de dor e se, caso não for dor que o doente apresenta, ao ser tratada com opioides pode levar à exacerbação do *delirium* (Gonçalves, 2023). O tratamento do *delirium* consiste em procurar as causas subjacentes, em corrigir os fatores precipitantes e no tratamento de sintomas. O planeamento dos cuidados e intervenções ao doente com *delirium* deve ser feito tendo em conta o doente, o ambiente e a família (estas intervenções encontram-se descritas em 3.7.1.)

SITUAÇÃO DE UHDV

Ao estado que precede a morte, que surge pela progressão da doença crónica avançada, podendo durar horas a dias, é designado de agonia. No entanto, este termo tem vindo a ser substituído pelo termo situação de últimas horas a dias de vida (UHDV) devido à interpretação muitas vezes errónea do termo “agonia” (Francisco & Barbedo, 2021). Assim, a deterioração clínica da pessoa doente pode ser indicativa de que este se encontra em situação de UHDV. Nesta situação, torna-se necessária uma avaliação multidisciplinar em equipa. Após exclusão de causas potencialmente reversíveis, tais como, presença de infeção, toxicidade de opioides, insuficiência renal, hipercalcemia ou desidratação e a identificação de alguns sinais e sintomas que podem caracterizar o fim da vida, pode ser considerado que o doente se encontra efetivamente em situação de UHDV (Francisco & Barbedo, 2021).

As manifestações típicas que podem caracterizar esta fase podem ser:

- A deterioração do estado físico, com presença de fadiga e astenia progressivas;
- A presença de anorexia ou recusa alimentar com consequente diminuição do aporte alimentar e hidratação oral;
- Presença de dificuldade progressiva na deglutição, levando a incapacidade para deglutir;
- Diminuição do estado de consciência, alternando períodos de vigília com prostração, podendo atingir o coma;
- *Delirium* terminal com ou sem presença de agitação;
- Alteração na respiração, apresentando períodos de apneia ou respiração de *Cheyne-Stokes*, podendo ocorrer estertor;
- Falência multiorgânica com diminuição do débito urinário, sinais de má perfusão periférica com extremidades frias, pele pálida e marmoreada;
- Pode ocorrer retenção urinária;
- Existência de sintomas psicoemocionais como ansiedade ou crises de pânico, podendo ocorrer percepção emocional da proximidade da morte (Francisco & Barbedo, 2021).

Remetendo para o presente caso clínico, a deterioração do estado com aumento de fadiga e astenia; presença de retenção urinária, necessitando de colocação de sonda vesical e diminuição de débito urinário na última sessão; ventilação comprometida; alteração do estado de consciência, apresentando períodos de vigília alternados com períodos de prostração, e ainda períodos de agitação e inquietação/*delirium* presentes na última sessão, remetem para a suposição de se tratar de uma situação de UHDV. Neste sentido, foi realizado a conferência familiar com a cuidadora para tomada de decisão, reformulação do plano de cuidados e preparação para a alta para domicílio, com ensinamentos relativamente aos sintomas de UHDV, por ser este o desejo do doente.

Os objetivos de cuidados e o plano de cuidados instituído, para os doentes em situação de UHDV devem ser revistos regularmente no sentido de identificar sinais e sintomas que vão surgindo. Deste modo, após a identificação desta situação devem ser definidos novos objetivos de monitorização, suspendendo a monitorização sistemática dos sinais vitais pela vigilância de sinais e sintomas. No entanto, deve ser mantida a monitorização sistemática da temperatura e da dor. Relativamente à terapêutica instituída deve ser suspensa toda a terapêutica irrelevante e mantida apenas terapêutica dirigida para o controlo sintomático. Nesta fase, os objetivos dos cuidados devem ser o de proporcionar conforto e promover dignidade e qualidade de vida ao doente no seu processo de finitude, nunca esquecendo o apoio que deve ser dado à família (Francisco & Barbedo, 2021).

Os sintomas mais frequentes nos doentes em situação de UHDV são o *delirium* (55%), estertor

(45%), dispneia (25%), dor (26%), náuseas ou vômitos (14%) (Francisco & Barbedo, 2021). As famílias/cuidadores dos doentes nestas situações devem ser capacitadas para lidar com estes principais sintomas. Relativamente ao estudo de caso, visto que o objetivo é a alta para domicílio, aquando da preparação para a alta à cuidadora devem ser feitos ensinamentos no sentido de conseguir identificar estes sintomas, tranquilizá-la e explicar o significado de cada um dos sintomas.

A via de administração da medicação também deve ser adaptada à situação, uma vez que com a degradação progressiva pode levar à perda da via oral, sendo por isso privilegiada a administração de medicação por via SC, sublingual/orodispersível ou via retal. Relativamente à via TD esta nunca deve ser iniciada nesta fase, podendo ser mantida em doentes estabilizados com medicação prescrita nesta via (Francisco & Barbedo, 2021). Devem ser feitos ensinamentos sobre alimentação e hidratação, no sentido de esclarecer família/cuidador sobre a perda de via oral, manifestação previsível de acontecer nesta fase. A utilização de uma comunicação simples, clara e empática é fundamental para esclarecer os familiares/cuidadores sobre todo o processo de finitude (Francisco & Barbedo, 2021).

3.6. Dados

Consciência

09-03-2023 08:00

Abertura dos olhos: ao estímulo verbal.

Resposta verbal: confusa.

Resposta motora: obedece a ordens simples.

períodos de prostração alternados com períodos de inquietação

Consciência comprometida

Apetite

24-02-2023 08:00

Apetite diminuído.

Paladar conservado.

Apetite comprometido [RESOLVIDO] 09-03-2023 08:00

Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a

mestria; é o momento próprio para intervir.

Significado atribuído ao compromisso do apetite: não dificultador.

Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador.

Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético [RESOLVIDO]

27-02-2023 08:00

27-02-2023 08:00

Conhecimento sobre regime dietético: facilitador.

Dor

24-02-2023 08:00

Dor

Localização da dor

Perna Direita(o)

Intensidade da dor - 6.

frequência da dor - contínua.

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.

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.

significado atribuído às estratégias farmacológicas de alívio da dor - uso de morfina - Não dificultador

conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias farmacológicas - necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir

9h- doente com queixas algicas a nível da perna direita de intensidade 6, tipo moedeira, que agrava com o movimento. Administrado paracetamol EV. Doente recusa administração de morfina EV

10h-doente refere alívio da dor na perna direita. neste momento dor com intensidade 4, tipo moedeira. Aplicado calor local.

14h-doente refere novamente dor na perna direita intensidade 7, tipo moedeira.

Desmistificado o uso de morfina e incentivado a sua administração. administrado SOS de morfina 2mg EV

15h-doente refere alívio da dor apresentando dor com intensidade 3

Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 27-02-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 27-02-2023 08:00

potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias farmacológicas [RESOLVIDO] 27-02-2023 08:00

27-02-2023 08:00

Localização da dor

Perna Direita(o)

Intensidade da dor - 3.
frequência da dor - contínua.
dor de tipo - moedeira.

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

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

Conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias farmacológicas - facilitador

Conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias farmacológicas - para manipulação de DIB no domicílio - Necessita ser melhorado para progredir para mestria; é o momento próprio para intervir

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias farmacológicas - para manipulação de DIB no domicílio

09-03-2023 08:00

Expressão facial: Relaxada.

Movimento dos membros: Sem movimento dos membros superiores.

Choro/vocalização: Sem vocalização da dor.

Sistema respiratório

24-02-2023 08:00

Frequência respiratória: 20 ciclos/min.

Ritmo respiratório irregular.

Utiliza os músculos acessórios da ventilação.

Saturação do oxigênio no sangue

Periférico(a): 94 %.

Comunica falta de ar ao realizar atividades que exigem grande esforço físico.

Sons respiratórios: normais.

tosse seca irritativa persistente

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

Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de episódios de dispneia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

14h-doente refere mais dispneia para grande esforços. administrado morfina EV

Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia

[RESOLVIDO] 27-02-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [RESOLVIDO] 27-02-2023 08:00

27-02-2023 08:00

Conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de episódios de dispneia: facilitador.

09-03-2023 08:00

Frequência respiratória: 20 ciclos/min.

Ritmo respiratório irregular [MANTEVE].

Profundidade da ventilação: inspirações superficiais.

Utiliza os músculos acessórios da ventilação [MANTEVE].

Reflexo da tosse: presente.

Sons respiratórios: sibilos.

Ventilação comprometida

Sistema cardiovascular

24-02-2023 08:00

Localização do Pulso

Punho Direita(o)

Pulso de grande amplitude (magnus) e regular.

Pulso rítmico.

Frequência do pulso: 110 pulsações por minuto.

Eliminação intestinal

24-02-2023 08:00

Consistência das fezes: Mole.

Coloração das fezes: acastanhada.

Número de defecações por semana: 3.

27-02-2023 08:00

Consistência das fezes: Em sibilas [PIOROU].

Número de defecações por semana: 2.

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

09-03-2023 08:00

Consistência das fezes: Moldada com sibilas [PIOROU].

Ausência de massa palpável de fezes no reto.

Eliminação urinária

09-03-2023 08:00

Cor da urina: Laranja.

Presença de globo vesical.

Baixo débito urinário

desconforto a nível da região supra-púbica

Retenção urinária

10h - Retenção urinária [RESOLVIDO]

Termorregulação

24-02-2023 08:00

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 38.20 °C.

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

Consciencialização da relação entre o controlo da temperatura corporal e a progressão do processo patológico: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial para melhorar consciencialização sobre a relação entre o controlo da temperatura corporal e a progressão do processo patológico [RESOLVIDO] 09-03-2023 08:00

09-03-2023 08:00

Temperatura corporal central: 37.00 °C.

Sono

24-02-2023 08:00

Sono não reparador, com dificuldade em adormecer e intermitente.

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

Sono comprometido [RESOLVIDO] 09-03-2023 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]

27-02-2023 08:00

27-02-2023 08:00

sono reparador segundo o doente, no entanto com períodos de tosse irruptiva

Conhecimento sobre promoção do sono: facilitador.

Conservação de energia

24-02-2023 08:00

Comunica cansaço para grandes esforços e recuperação da energia com o repouso.

Intolerância à atividade [RESOLVIDO] 09-03-2023 08:00

Conhecimento sobre conservação da energia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre conservação de energia: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial para melhorar conhecimento sobre conservação da energia [RESOLVIDO]

27-02-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia [RESOLVIDO] 09-03-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre conservação de energia [RESOLVIDO] 09-03-2023 08:00

27-02-2023 08:00

Comunica cansaço para pequenos esforços e recuperação da energia com o repouso [PIOROU].

Conhecimento sobre conservação da energia: facilitador.

Emoção

24-02-2023 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 (Não).

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 de autonomia.

Negação da perda.

Pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda (Não).

doente não consciencializado da progressão da doença. em negação em relação à diminuição da capacidade funcional e autonomia

Luto comprometido [RESOLVIDO] 09-03-2023 08:00

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

Consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

consciencialização da relação entre a perda funcional, agravamento do estado geral e a progressão da doença - necessita ser melhorada para progredir para mestria; é o momento próprio para intervir

Consciencialização do cuidador da relação entre a perda funcional, agravamento do estado geral e a progressão da doença - necessita ser melhorada para progredir para mestria; é o momento próprio para intervir

Potencial para melhorar conhecimento sobre o luto [RESOLVIDO] 09-03-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto [RESOLVIDO] 27-02-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a perda funcional, agravamento do estado geral e a progressão da doença [RESOLVIDO] 09-03-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar consciencialização da relação entre a perda funcional, agravamento do estado geral e a progressão da doença [RESOLVIDO] 09-03-2023 08:00

27-02-2023 08:00

Consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto: facilitadora [MELHOROU].

Autogestão do regime dietético

24-02-2023 08:00

Número de refeições diárias: 5.

Défice de ingestão de gorduras face ao regime dietético aconselhado.

Défice de ingestão calórica face ao regime dietético aconselhado.

Défice de ingestão de proteínas face ao regime dietético aconselhado.

Conhecimento sobre regime dietético: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

doente com dieta muito restritiva no domicílio. não ingere peixe, nem ovos, nem produtos "manipulados pelo homem"-sic

reconhece que o seu emagrecimento se deve à dieta que tem tido no domicílio e que isto o debilita ainda mais

Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético [RESOLVIDO]

27-02-2023 08:00

27-02-2023 08:00

Conhecimento sobre regime dietético: facilitador.

Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado

27-02-2023 08:00

Há participação de outros membros da família para tomar conta do dependente .

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 necessidades do familiar dependente

Potencial da família para melhorar acesso a apoio social para o exercício do papel de cuidador [RESOLVIDO]

09-03-2023 08:00

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].

processo psicológico

09-03-2023 08:00

presença de agitação e inquietação

presença de pensamento e discurso desorganizado

Distúrbio adicional na cognição (défice de memória, desorientação)

alteração do nível de consciência

perturbação da atenção

Delirium

3.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Segundo a OE (2002) os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem dependem da reflexão sobre as intervenções praticadas, uma vez que a definição de objetivos sobre o serviço a prestar promove a idealização de estratégias para os atingir.

Este capítulo prende-se com a definição de objetivos e prioridades para o planeamento dos cuidados. Assim, os objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados foram:

- Que o doente seja capaz de reconhecer a influência da doença no apetite;
- Que o doente seja capaz de reconhecer a importância da introdução de alimentos variados e suplementos a par de alimentos que sejam do seu agrado no seu apetite;

- Controlar a dor;
- Aumentar o conhecimento do doente e cuidadora, sobre estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio da dor;
- Incentivar à toma de medicação analgésica nomeadamente a morfina ao enunciar os efeitos da mesma e benefícios sobre o controlo da dor, da dispneia e da tosse;
- Prevenção e alívio da dispneia;
- Que o doente e a cuidadora sejam capazes de reconhecer estímulos precipitantes para a dispneia;
- Que o doente e cuidadora sejam capazes de utilizar medidas preventivas para o aparecimento ou agravamento da dispneia;
- Melhorar o padrão de eliminação intestinal de modo a não agravar outros sintomas;
- Consciencializar o doente que a hipertermia se deve a um processo tumoral evidenciando a progressão da doença;
- Consciencializar o doente da alteração da sua condição física devido à progressão da doença;
- Consciencializar o doente da progressão da doença;
- Melhorar o padrão de sono do doente:
 - Que o doente seja capaz de apresentar um período de sono noturno ininterrupto de, pelo menos, 7 horas;
 - Que seja capaz de obter um período de sono noturno que possa considerar reparador;
- Melhorar o conhecimento do doente acerca de medidas de promoção do sono, nomeadamente que seja capaz de descrever aquilo que é uma rotina de sono saudável, que reconheça a importância da não realização de sesta prolongadas durante o dia e que reconheça a importância da administração de medicação no sentido de ajudar no controlo da tosse e dispneia irruptiva noturna;
- Melhorar o padrão de tolerância à atividade:
 - Que o doente seja capaz de manter um equilíbrio entre os períodos de atividade e os períodos de repouso;
 - Que o doente seja capaz de aplicar períodos de repouso para restaurar a energia;
 - Que o doente seja capaz de reconhecer as suas limitações no que concerne ao gasto de energia;
- Que o doente se consciencialize da relação entre a atividade e a necessidade de repouso para conservar a energia;
- Que o doente e a cuidadora sejam capazes de identificar a relação existente entre a patologia

e a intolerância à atividade;

- Que o doente e a cuidadora sejam capazes de identificar atividades que provocam mais fadiga;
- Que o doente e a cuidadora reconheçam o agravamento da fadiga como sintoma associado ao processo de morrer;
- Facilitar o processo de luto através dos objetivos:
 - Que o doente e cuidadora tenham consciência das perdas que apresenta, por progressão da doença;
 - Que o doente e cuidadora sejam capazes de expressar as suas emoções;
 - Que o doente e cuidadora se consciencializem da alteração da condição física do doente devido à progressão da doença;
 - Que o doente e cuidadora aumentem o conhecimento sobre o processo de morrer e luto;
 - Que o doente tome consciência da situação de fase final de vida e consiga alcançar um “estado de paz” psicológico, emocional e espiritual;
 - Que o doente tome consciencialização da importância do envolvimento familiar no processo do luto.

Relativamente ao **cuidador e família** os objetivos delineados no planeamento dos cuidados foram:

- Encaminhar o cuidador para recursos de apoio na comunidade, e/ou apoio domiciliário disponível na instituição;
- Que a família seja capaz de obter acesso a um serviço de apoio domiciliário, para fornecer suporte na prestação de cuidados ao doente (por exemplo, nos cuidados de higiene);
- Que a família seja capaz de obter acesso a um serviço de apoio para disponibilização dos equipamentos necessários para a prestação de cuidados;
- Que a família tome consciência do agravamento da doença e consequente aumento da dependência do doente;
- Que a família seja capaz de reconhecer estratégias facilitadoras da integração do familiar dependente;
- Que a família seja capaz de organizar domicílio para poder prestar os melhores cuidados ao familiar dependente;
- Que a família seja capaz de reconhecer as necessidades do familiar dependente;
- Que a família seja capaz de desenvolver estratégias para lidar com a dependência do familiar.

Na última sessão, com o agravamento do estado clínico do doente e entrando em situação de UHCV, as intervenções para os diagnósticos enunciados têm como objetivo o controlo de sintomas, a promoção do conforto do doente e a melhoria da qualidade de vida, mantendo-se a

preparação da família para a alta do doente para domicílio.

3.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

Donabedian (1980), para efeitos de medição da qualidade dos cuidados de saúde, distinguiu a mesma em indicadores de estrutura, processo e resultado. Os indicadores de resultado, em análise neste capítulo, representam o impacto alcançado com os cuidados, em termos de melhorias na saúde, bem-estar do doente/família ou qualidade de vida.

Por sua vez, à luz da teoria das transições, Meleis et al. (2010), definem indicadores de resultado como sendo a medida que nos permite apurar se uma transição se constitui como um evento saudável na vida do doente, sendo definido dois tipos: a mestria, que diz respeito ao desenvolvimento de competências e comportamentos necessários para gerir a nova situação; e a identidade flexível e integrativa, que pressupõe que o doente possa reformular a sua identidade, levando à aquisição de novos conhecimentos com o objetivo de alterar os seus comportamentos face à situação que se alterou e que implicou o processo de transição (Meleis et al., 2010).

Tendo em conta a definição de CP da OMS (WHO, 2020a), o intuito da prestação de cuidados neste âmbito é a melhoria da qualidade de vida dos doentes e das suas famílias, através da identificação precoce, avaliação e tratamento de sintomas relacionados com o processo de doença, quer sejam físicos, psicossociais ou espirituais, pelo que, das intervenções implementadas ao longo das várias sessões, obtiveram-se alguns resultados mensuráveis, considerados como indicadores de resultado.

No que diz respeito à **dor**, através da administração de medicação analgésica e o seu ajuste ao longo do internamento e aplicação de técnicas não farmacológicas para alívio da dor, permitiu que fosse observada uma melhoria da dor, devido aos sucessivos ajustes terapêuticos, ao conhecimento facilitador do doente em relação às estratégias não farmacológicas e farmacológicas, aceitando a administração de morfina, e à diminuição da intensidade de outros sintomas como no caso da tosse. Esta evolução é considerada como um indicador de resultado positivo relativamente ao conhecimento do doente sobre a utilização de estratégias não farmacológicas e farmacológicas para alívio da dor, uma vez que a diminuição da intensidade da dor reflete a sua eficácia. No que concerne ao conhecimento da cuidadora sobre o alívio da dor do doente usando estratégias não farmacológicas verifica-se que a cuidadora é capaz de descrevê-las, sendo interpretado como um indicador de resultado positivo. Relativamente ao conhecimento do cuidador sobre o alívio da dor usando estratégias farmacológicas, mais precisamente o conhecimento relativamente à utilização de DIB, apesar de já terem sido iniciados os ensinamentos, a necessidade de aperfeiçoamento mantém-se até à alta, pelo que o

diagnóstico referente a este campo permanece ativo e inalterado.

No que diz respeito ao domínio da **eliminação intestinal**, relativamente ao diagnóstico de obstipação, a progressão da doença, o aumento progressivo do nível de dependência e a intolerância à atividade e consequente diminuição da atividade física e, ainda, a administração de medicação cujos efeitos secundários podem ser consultados em 3.3.1., dos quais a obstipação se destaca frequentemente, foi necessário a implementação de terapêutica dirigida, planeada a dieta de acordo com o favorecimento da motilidade intestinal e reforçada a hidratação, o que resultou numa regularização do trânsito intestinal do doente. No entanto o risco de obstipação mantém-se pelos motivos mencionados anteriormente.

No domínio do sono, o diagnóstico de **sono** comprometido foi identificado na primeira sessão, relacionado com o quadro de descompensação clínica do doente e associado à presença de vários sintomas, como a dor, a dispneia e a tosse. No decorrer das sessões, foram identificadas e implementadas estratégias de promoção do sono, farmacológicas, através da administração de terapêutica fixa e em SOS e estratégias não farmacológicas. Para além destas medidas, a intervenções e diminuição de outros sintomas que influenciavam diretamente a qualidade do sono, como no caso da dor, da dispneia e da tosse, verificou-se uma melhoria na qualidade do sono, traduzida, pelo doente, como sono mais reparador. No entanto, devido à presença de tosse, que ainda não se encontra totalmente controlada, o diagnóstico de sono comprometido mantém-se inalterado.

Relativamente ao domínio de **conservação de energia**, o diagnóstico intolerância à atividade mantém-se inalterado com o aumento do cansaço para pequenos esforços devido à progressão da doença. No entanto, no que concerne ao conhecimento sobre conservação de energia e a tomada de consciência do doente e cuidador relativamente à relação do aumento da fadiga com a progressão da doença e com a consciencialização do processo de finitude é considerado como um indicador de resultado positivo.

Também em relação ao **domínio respiratório**, o diagnóstico de dispneia, que apesar de mais controlada, mantém inalterado devido à progressão da doença, não sendo possível associar indicador de resultado. No entanto, o facto do doente e cuidador serem capazes de identificar medidas para prevenção de episódios de dispneia e intervenções na dispneia é também considerado um indicador de resultado positivo.

A respeito do domínio **emoção**, com a identificação do diagnóstico de luto comprometido relativamente às perdas vivenciadas pelo doente devido à progressão da doença e consequente deterioração funcional do doente, foram implementadas medidas no sentido de melhorar o conhecimento do doente acerca do luto para facilitar o processo de luto, implementadas medidas para melhorar a consciencialização da relação entre o apoio da família e do luto e estratégias para a consciencialização do doente e cuidador/família sobre a progressão/prognóstico da doença e identificação de sintomas indicativos de situação de UHDTV.

No entanto, este diagnóstico mantém-se inalterado visto que traduz ainda uma necessidade em cuidados para a qual a equipa de enfermagem se deve manter desperta de modo a facilitar o processo de luto.

Relativamente à **preparação da família para integrar um familiar dependente** no autocuidado, com o intuito de alta do doente para domicílio, a preparação para a alta foi realizada ao longo das sessões, sendo que na terceira sessão se verificou que a cuidadora/família já tinha entrado em contacto com a equipa domiciliária da instituição, tendo já arranjado apoio material para equipar o domicílio para poder prestar cuidados ao familiar dependente, assim como entrado em contacto com empresa de oxigénio para colocação de oxigénio no domicílio. O que demonstra melhoria do conhecimento sobre organização do domicílio para facilitar o autocuidado, conhecimento sobre estratégias para integrar um familiar dependente e melhoria do conhecimento sobre as necessidades a ter em conta.

Com o agravamento do estado clínico do doente e caminhando para uma situação de UHDV, na última sessão, o propósito dos cuidados a serem prestados ao doente é o **controlo de sintomas, a promoção do conforto e a melhoria da qualidade de vida**. No presente estudo de caso, o controlo sintomático através da aplicação das várias estratégias farmacológicas e não farmacológicas, assim como o apoio dado à família com a consciencialização de ambos sobre a progressão da doença e do processo de fim de vida é considerado como um indicador de resultado positivo.

3.7. Diagnósticos

Consciência

09-03-2023 08:00

Consciência comprometida

Intervenções de Enfermagem

- 09-03-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciência [sem horario]
- 09-03-2023 08:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [sem horario]
- 09-03-2023 08:00 - Manter cabeceira da cama elevada a 30º [sem horario]
- 09-03-2023 08:00 - Aplicar colchão de alívio de pressão [agora]
- 09-03-2023 08:00 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão [3/3h ou SOS]
- 09-03-2023 08:00 - Alimentar cliente [sos]
- 09-03-2023 08:00 - Posicionar para prevenir a aspiração [sem horario]
- 09-03-2023 08:00 - Dar banho na cama [turno manha]
- 09-03-2023 08:00 - Lavar cavidade oral [1x turno ou SOS]
- 09-03-2023 08:00 - Vestir/despir [turno manha]
- 09-03-2023 08:00 - Elevar grades da cama [sem horario]

Apetite

24-02-2023 08:00

Apetite comprometido [RESOLVIDO] 09-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

24-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do apetite [sem horário] [FIM] 09-03-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Planear dieta [SOS] [FIM] 09-03-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Referenciar compromisso do apetite ao médico [SOS] [FIM]

09-03-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Referenciar compromisso do apetite ao serviço de nutrição [SOS]
[FIM] 09-03-2023 08:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético [RESOLVIDO]

27-02-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

24-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [sem
horario] [FIM] 27-02-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Ensinar sobre regime dietético [sem horario] [FIM] 27-02-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Ensinar sobre suplementos nutricionais aconselhados face ao
compromisso do apetite [sem horario] [FIM] 27-02-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - referenciar ao médico [sos] [FIM] 27-02-2023 08:00

Dor

24-02-2023 08:00

Dor

Intervenções de Enfermagem

24-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da dor [1xturno e SOS] [FIM] 09-03-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Gerir analgesia [SOS]

24-02-2023 08:00 - Aplicar calor (Perna Direita(o)) [SOS]

24-02-2023 08:00 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor [SOS] [FIM]

09-03-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Executar massagem (Perna Direita(o)) [SOS]

24-02-2023 08:00 - Posicionar para aliviar a dor [SOS]

09-03-2023 08:00 - avaliar evolução da dor [8/8h ou sos]

Potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 27-02-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

24-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre alívio da dor usando
estratégias não farmacológicas [sem horario] [FIM] 27-02-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas
[sem horario] [FIM] 27-02-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 27-02-2023 08:00

potencial para melhorar conhecimento sobre alívio da dor usando estratégias farmacológicas [RESOLVIDO] 27-02-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

24-02-2023 08:00 - avaliar evolução do conhecimento sobre alívio da dor usando

estratégias farmacológicas [sem horario] [FIM] 27-02-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - ensinar sobre alívio da dor usando estratégias farmacológicas [sem horario] [FIM] 27-02-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Desmistificar mitos associados ao uso de morfina [sem horario] [FIM] 27-02-2023 08:00

27-02-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias farmacológicas - para manipulação de DIB no domicílio

Intervenções de Enfermagem

27-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias farmacológicas [sem horario]

27-02-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias farmacológicas de alívio da dor [sem horario]

27-02-2023 08:00 - Ensinar cuidador sobre manipulação de DIB no domicílio [no momento da alta] [sem horario]

Sistema respiratório

24-02-2023 08:00

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

Intervenções de Enfermagem

24-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da dispneia [sem horario] [FIM] 09-03-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Executar exercícios de controlo respiratório [SOS] [FIM] 09-03-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Posicionar para otimizar a ventilação [SOS] [FIM] 09-03-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Gerir medicação [SOS] [FIM] 09-03-2023 08:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia

[RESOLVIDO] 27-02-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

24-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [sem horario] [FIM] 27-02-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Ensinar sobre prevenção de episódios de dispneia [sem horario] [FIM] 27-02-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de episódios de dispneia [RESOLVIDO] 27-02-2023 08:00

09-03-2023 08:00

Ventilação comprometida

Intervenções de Enfermagem

09-03-2023 08:00 - Posicionar para otimizar a ventilação [sem horario]

09-03-2023 08:00 - colocação de oxigenoterapia para conforto [sos]

Sistema cardiovascular

24-02-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de arritmia [1xdia(turno da manha)]

24-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da pressão sanguínea [1xdia(turno da manha)]

Eliminação intestinal

27-02-2023 08:00

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

Intervenções de Enfermagem

27-02-2023 08:00 - Referenciar obstipação ao médico [sos] [FIM] 09-03-2023 08:00

27-02-2023 08:00 - Planear dieta [SOS] [FIM] 09-03-2023 08:00

27-02-2023 08:00 - Gerir hidratação [Sem horario] [FIM] 09-03-2023 08:00

27-02-2023 08:00 - gerir medicação [sos] [FIM] 09-03-2023 08:00

Eliminação urinária

09-03-2023 08:00

Retenção urinária

Intervenções de Enfermagem

09-03-2023 08:00 - Referenciar retenção urinária ao médico [sos]

09-03-2023 08:00 - Inserir cateter urinário [agora]

Termorregulação

24-02-2023 08:00

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

Intervenções de Enfermagem

24-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [1xturno] [FIM] 09-03-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Gerir hidratação [Sem horario] [FIM] 09-03-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Referenciar hipertermia ao médico [sos] [FIM] 09-03-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - aplicado arrefecimento natural [SOS] [FIM] 09-03-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - gerir medicação [SOS] [FIM] 09-03-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização sobre a relação entre o controlo da temperatura corporal e a progressão do processo patológico [RESOLVIDO] 09-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

24-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre a relação entre o controlo da temperatura corporal e a progressão do processo patológico [sem horário] [FIM] 09-03-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre controlo da temperatura corporal e progressão do processo patológico [sem horario] [FIM] 09-03-2023 08:00

Sono

24-02-2023 08:00

Sono comprometido [RESOLVIDO] 09-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

24-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do sono [turno da noite] [FIM] 09-03-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Implementar estratégias de promoção do sono [turno noite] [FIM] 09-03-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Gerir medicação [SOS] [FIM] 09-03-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Referenciar sono comprometido ao médico [sos] [FIM] 09-03-2023 08:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono [RESOLVIDO]

27-02-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

24-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção do sono [sem

horario] [FIM] 27-02-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Ensinar sobre padrão de sono [sem horario] [FIM] 27-02-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Ensinar sobre complicações do sono comprometido [sem horario]

[FIM] 27-02-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Ensinar sobre estratégias de promoção do sono [sem horario] [FIM]

27-02-2023 08:00

Conservação de energia

24-02-2023 08:00

Intolerância à atividade [RESOLVIDO] 09-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

24-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da tolerância à atividade [sem horario] [FIM]

09-03-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Referenciar intolerância à atividade ao médico [sos] [FIM] 09-03-2023 08:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre conservação da energia [RESOLVIDO]

27-02-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

24-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre conservação da energia [sem horario] [FIM] 27-02-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Ensinar sobre conservação de energia [sem horario] [FIM] 27-02-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade e repouso [sem horario] [FIM] 27-02-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Ensinar sobre vigilância da resposta física à atividade [sem horario] [FIM] 27-02-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia [RESOLVIDO] 09-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

24-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia [sem horario] [FIM] 09-03-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia [sem horario] [FIM] 09-03-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Analisar com o cliente a resposta ao regime de exercício [sem horario] [FIM] 09-03-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre conservação de energia [RESOLVIDO] 09-03-2023 08:00

Emoção

24-02-2023 08:00

Luto comprometido [RESOLVIDO] 09-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

24-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do luto [sem horario] [FIM] 09-03-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Executar escuta ativa [sem horario] [FIM] 09-03-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - providenciar apoio espiritual [sem horario] [FIM] 09-03-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Incentivar as narrativas de Revisão de Vida e de Promoção do

Significado [sem horario] [FIM] 09-03-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - incentivar construção de legado [sem horario] [FIM] 09-03-2023 08:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre o luto [RESOLVIDO] 09-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

24-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre o luto [sem horario] [FIM]
09-03-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - ensinar sobre perdas decorrentes do processo de progressão de
doença [sem horario] [FIM] 09-03-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - facilitar o processo de luto [sem horario] [FIM] 09-03-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - providenciar apoio emocional [sem horario] [FIM] 09-03-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - providenciar apoio espiritual [sem horario] [FIM] 09-03-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - mostrar disponibilidade [sem horario] [FIM] 09-03-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Incentivar as narrativas de Revisão de Vida e de Promoção do

Significado [sem horario] [FIM] 09-03-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto [RESOLVIDO] 27-02-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

24-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o apoio da
família e o luto [sem horario] [FIM] 27-02-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre o apoio da família e o luto [sem
horario] [FIM] 27-02-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - promover envolvimento da família [sem horario] [FIM] 27-02-2023
08:00

24-02-2023 08:00 - incentivar criação de legado [sem horario] [FIM] 27-02-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - incentivar à realização antecipada do dia do pai [sem horario] [FIM]
27-02-2023 08:00

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre a perda funcional, agravamento do estado geral e a progressão da doença [RESOLVIDO] 09-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

24-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre perda
funcional, agravamento do estado geral e progressão da doença [sem horario] [FIM]
09-03-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Analisar com o cliente a relação entre o agravamento do estado geral
e a progressão da doença [sem horario] [FIM] 09-03-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Mostrar disponibilidade, Realizar escuta ativa, Providenciar apoio
emocional [sem horario] [FIM] 09-03-2023 08:00

Potencial do cuidador para melhorar consciencialização da relação entre a perda funcional, agravamento do estado geral e a progressão da doença [RESOLVIDO] 09-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

24-02-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre perda
funcional, agravamento do estado geral e progressão da doença [sem horario] [FIM]
09-03-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Analisar com a cuidadora/família a relação entre o agravamento do estado geral e a progressão da doença [sem horario] [FIM] 09-03-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Realizar conferência familiar [27/02] [FIM] 09-03-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Mostrar apoio à cuidadora/família; Providenciar apoio emocional [sem horario] [FIM] 09-03-2023 08:00

Autogestão do regime dietético

24-02-2023 08:00

Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético [RESOLVIDO]

27-02-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

24-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [sem horario] [FIM] 27-02-2023 08:00

24-02-2023 08:00 - Ensinar sobre regime dietético [sem horario] [FIM] 27-02-2023 08:00

Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado

27-02-2023 08:00

Potencial da família para melhorar conhecimento sobre necessidades do familiar dependente

Intervenções de Enfermagem

27-02-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento da família sobre as necessidades do familiar dependente [sem horario]

27-02-2023 08:00 - Ensinar a família sobre necessidades do familiar dependente [sem horario]

27-02-2023 08:00 - realizar conferencia familiar [sos]

Potencial da família para melhorar acesso a apoio social para o exercício do papel de cuidador [RESOLVIDO] 09-03-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

27-02-2023 08:00 - Providenciar apoio social para a família [sem horario] [FIM] 09-03-2023 08:00

27-02-2023 08:00 - Informar família sobre serviços comunitários [sem horario] [FIM] 09-03-2023 08:00

27-02-2023 08:00 - Informar a família sobre legislação [sem horario] [FIM] 09-03-2023 08:00

processo psicológico

09-03-2023 08:00

Delirium

Intervenções de Enfermagem

09-03-2023 08:00 - gerir medicação [SOS]

09-03-2023 08:00 - gerir ambiente físico [sem horario]

09-03-2023 08:00 - excluir presença de febre, dor, obstipação, retenção urinária [sem horario]

09-03-2023 08:00 - utilização de medidas não farmacológicas para delirium [sem horario]

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

CONFERÊNCIA FAMILIAR

No presente caso, no sentido da identificação das necessidades para o planeamento de alta para domicílio, visto ser o local de preferência de cuidados do doente, recorreu-se à estratégia comunicacional da conferência familiar.

A conferência familiar teve como objetivo principal discussão de plano terapêutico para doente e família/cuidador; realizada por agravamento do quadro clínico do doente; para identificação das necessidades da família; por necessidade da cuidadora para esclarecimento de dúvidas e preocupações e para preparação para a alta. Esta teve também como propósito perceber a capacidade da cuidadora para cuidar do doente no domicílio, a identificação de necessidades sociais no domicílio para ajudar nos cuidados ao doente e avaliar a capacidade da cuidadora na gestão de sintomas se agravamento de estado.

Na mesma, foram abordados assuntos sobre clarificação dos objetivos dos cuidados, controlo de sintomas, expectativas sobre doença e evolução da mesma, identificação de necessidades do doente e família e para esclarecimento sobre questões éticas como a alimentação/hidratação em fim de vida.

A conferência foi realizada com a presença da cuidadora e da equipa de CP (médica e a enfermeira). Foram então abordados vários assuntos:

- Local de preferência de cuidados do doente, tendo o doente já manifestado várias vezes o seu desejo de voltar para casa, facto que foi confirmado junto da cuidadora que quer cumprir o desejo do doente;
- Esclarecido prognóstico e progressão da doença;
- Exploradas expectativas e esperanças, apoiando a cuidadora na tomada de decisões;
- Ensinos sobre progressão da doença e possibilidade de agravamento funcional e de sintomas;
- Esclarecidas dúvidas sobre possíveis sintomas que podem aparecer em situação de UHVD (perda de via oral, estertor, delirium) e esclarecido que doente apenas terá alta se os sintomas estiverem controlados;
- Efetuados ensinos sobre estratégias de controlo de sintomas;
- Incentivado à construção de legado, com a realização do “dia do pai” antecipado, por rápida progressão da doença;
- Identificado necessidades de apoio psicológico à filha menor;

- Identificado necessidades de apoio junto dos pais do doente, visto cuidadora referir que estes estão em negação da progressão da doença;
- Foi possível criar um momento para a cuidadora ventilar as emoções e expressar as suas dúvidas, preocupações e medos.
- Mostrada disponibilidade da equipa para apoiar no domicílio, telefone 24 horas e equipa médica em contacto com hospitalização domiciliária para consultadoria sobre medicação e necessidades.

Cuidadora referiu ainda que já teve vários momentos com a filha menor para a preparar para o luto e que ela própria se encontra a fazer também esse caminho. Refere que tem feito vários vídeos com a filha a mandar mensagens para o pai e vice-versa.

DELIRIUM

Estratégias não farmacológicas aplicadas aos **doente**:

- Identificação das causas precipitantes do delirium;
- Manter uma conduta de respeito pela dignidade;
- Promover o contacto com a realidade: tratando o doente pelo nome, informando-o do momento do dia, referir quem somos e realizar rotinas diárias com horário regular para os cuidados de higiene, alimentação...;
- Promover a autonomia do doente nas AVD's com a realização de pequenas tarefas, incentivando a memória retrógrada, reduzindo estímulos à noite;
- Estimular a presença de família, estimulando a expressão de emoções, dúvidas e pensamentos;
- Promover o descanso noturno (ex. técnicas de relaxamento);
- Promover a comunicação, estando atento a medos, angústias e alucinações, ajudando a corrigir ou superar estas situações;
- Evitar conversas paralelas aquando da prestação de cuidados ao doente (Monteiro et al., 2021b; Gama & Barbosa, 2006).

Estratégias não farmacológicas aplicadas no **ambiente**:

- Proporcionar ambiente seguro e confortável;
- Diminuir os estímulos;
- Criar ambiente calmo e estável, evitando transferências do doente de cama ou unidade;
- Colocar um relógio e um calendário num local visível para o doente;

- Colocar objetos pessoais ou familiares para promover a orientação;
- Estabelecer contacto físico e tom de voz suave;
- Evitar a presença de muitas pessoas no quarto;
- Promover a ventilação do quarto e a utilização de luminosidade ténue e constante durante a noite;
- Evitar o recurso à contenção física (Monteiro et al., 2021b; Gama & Barbosa, 2006).

Estratégias não farmacológicas aplicadas em relação à **família**:

- Devem ser explicados os sintomas e comportamento do doente, a sua causa e as atitudes terapêuticas a adotar;
- Deve ser explicado que o delirium é uma situação inesperada, mas frequente em situações de doença avançada;
- Explicado que o doente apresenta períodos de flutuação de consciência;
- Deve ser explicado comportamentos a ter na presença do doente;
- Deve ser promovida a comunicação com o doente, explicando à família que não devem corrigir, contrariar ou desafiar o que o doente diz;
- A equipa deve incentivar a família à expressão de emoções (Monteiro et al., 2021b; Gama & Barbosa, 2006).

SITUAÇÃO DE UHDTV

Abordagem ao **doente e família** em situação de UHDTV:

- Reconhecer situação de UHDTV e registar o estado neurológico do doente, sintomas presentes, capacidade de deglutição, verificar trânsito intestinal/obstipação;
- Abordar espiritualidade e necessidade de apoio emocional;
- Comunicar com doente e família/cuidador, explicando a situação clínica, ter em conta preferências do doente;
- Antecipar sintomas, verificar prescrição de medicação a utilizar em caso de aparecimento de sintomas e simplificação de terapêutica;
- Evitar procedimentos e tratamentos que possam causar desconforto;
- Abordar junto da família questões de hidratação/nutrição e cuidados à boca;
- Apoiar família;
- Incentivar à expressão de emoções;

- Definir plano individual de cuidados, alterar objetivos e privilegiar conforto;
- Rever regularmente plano de cuidados (Barbosa et al., 2021).

3.8. Especificação das intervenções

Ensinar sobre padrão de sono

- Informar o cliente sobre o número de horas de sono recomendadas
- Informar o cliente sobre distúrbios do padrão de sono: insónia inicial, intermédia e final.
- Incentivar o cliente a evitar a realização de sestas durante o dia.
- Incentivar o cliente a estabelecer uma rotina, no que diz respeito ao horário para se deitar.

Ensinar sobre conservação de energia

- Explicar ao cliente a importância da priorização de atividades.
- Explicar ao cliente que, para combater os sintomas de cansaço, pode adotar estratégias de conservação de energia, como a criação de plano de atividades baseado nos sintomas que apresenta.
- Explicar ao cliente que o facto de se sentir mais cansado está relacionado com a evolução da doença e dos sintomas associados à mesma (caquexia, alterações musculares/ descondicionamento (repouso prolongado, imobilidade), alterações eletrolíticas, insuficiência orgânica, alterações do sono, dispneia
- Planear atividades de acordo com os momentos de menor fadiga de forma a conservar energia
- ensinar cliente a adaptar a atividade física ao estado em que se encontra
- Ensinar importância de períodos de repouso para evitar fadiga
- Promover repouso no leito/limite às atividades
- Intercalar momentos de atividade com períodos de repouso para evitar fadiga
- Limitar o número de visitas, conforme apropriado

Gerir hidratação

- Incentivar a cliente a ingerir cerca de 1,5 litros de água por dia

Posicionar para otimizar a ventilação

- Cabeceira a 30º

Ensinar sobre complicações do sono comprometido

- Informar o cliente que a privação de sono pode culminar no desenvolvimento de

transtornos emocionais e perturbações de memória.

- Informar o cliente que a privação de sono pode exacerbar a percepção de sintomas físicos, como a dor e a dispneia

Ensinar sobre estratégias de promoção do sono

- Explicar a influência da gestão do ambiente físico na promoção do sono: redução da luminosidade do quadro; temperatura agradável; redução do ruído ambiente
- Incentivar o cliente a realizar atividades que lhe proporcionam relaxamento nos 90 minutos que antecedem a hora estipulada para dormir
- Incentivar o cliente a definir uma hora regular para dormir e para acordar
- Incentivar o cliente à expressão de sentimentos que possam interferir no padrão de sono
- Propor ao cliente a realização de atividades que o mesmo considere relaxantes, imediatamente antes de dormir

Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade e repouso

- Explicar ao cliente que, de forma a evitar períodos de exaustão, deve alternar os períodos de atividade com períodos de repouso
- Explicar ao cliente que, dependendo da intensidade da sintomatologia que apresente, podem ser necessários períodos de repouso diferentes para a realização de atividades semelhantes
- Explicar ao cliente que, no domicílio, poderá optar por colocar pequenos bancos/cadeiras nos percursos que costuma realizar com maior frequência, de modo a que seja possível repousar, se necessário
- Explicar ao cliente que a opção de realização de algumas AVDs sentado (em vez de se manter em pé), pode atenuar a sensação de cansaço

Ensinar sobre vigilância da resposta física à atividade

- Explicar ao cliente que deve vigiar os sinais de intolerância à atividade, como: sensação de dispneia; polipneia; sensação de palpitação; sensação de cansaço extremo; sensação de fraqueza nos membros inferiores; sensação de desmaio eminente.
- Explicar ao cliente que, pela evolução natural da doença, a sua resposta às diferentes AVDs pode não ser igual todos os dias, pelo que, os esforços a realizar devem ser adequados à mesma e reajustados sempre que necessário.

Ensinar sobre regime dietético

- dieta rica em fibra
- Preferência a alimentos leves
- Evitar comida frita, com muita gordura ou doce
- incentivar a um regime alimentar mais variado
- oferecer e adaptar dieta hospitalar às preferências do cliente (propor sopa realizada com os ingredientes que pretende e escolha do conduto ingrediente a ingrediente)
- incentivar à ingestão de proteína animal(ovo, peixe, carne)

Implementar estratégias de promoção do sono

- Incentivar a tocar a campainha se ocorrer insónia
- Conhecer os hábitos de sono do cliente e rituais de adormecimento, de forma a respeitar

os mesmos dentro do possível

- Reduzir luminosidade do quarto
- Dar segurança através da nossa presença
- Propor escutar uma música, ver televisão ou ler um livro
- Escutar as preocupações do cliente e ajudá-lo a verbalizá-las
- Realizar sessão de relaxamento

Ensinar cuidador sobre oxigenoterapia

- ensinar cuidadora sobre limpeza de CN
- ensinar cuidadora sobre cuidados a ter com concentrador de oxigénio no domicílio e localização
- providenciar contacto de empresa de oxigénio para colocação, manutenção e dúvidas sobre oxigenoterapia
- ensinar cuidadora a titular FiO2 para conforto do doente

Analisar com o cliente a relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia

- Planear atividades de acordo com os momentos de menor fadiga de forma a conservar energia
- Priorizar atividades que o doente considere importantes no seu dia a dia para bom uso dos níveis de energia
- Adaptar a atividade física
- Ensinar importância de períodos de repouso para evitar fadiga
- Auxiliar o cliente a programar períodos de descanso
- Promover repouso no leito/limite às atividades
- Intercalar momentos de atividade com períodos de repouso para evitar fadiga

Ensinar sobre suplementos nutricionais aconselhados face ao compromisso do apetite

- e incentivar ao seu consumo visto doente não ingerir nada que seja manipulado

Executar massagem

- massagem de relaxamento

Avaliar evolução da dor

- através da escala numérica de avaliação da dor

Ensinar sobre alívio da dor usando estratégias não farmacológicas

- Musicoterapia - criação de playlist com músicas que o cliente aprecie e associe à sensação de bem-estar
- Imaginação guiada - uso imagens mentais com conotação positiva para o cliente
- Técnica de massagem (a aplicar na zona do corpo em que o cliente referir desconforto)
- Técnica de distração - através da visualização de programas de TV, da leitura ou da escrita no blog, uma vez que esta é uma das estratégias já utilizadas pelo cliente
- aplicação de calor

Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

- Musicoterapia - criação de playlist com músicas que o cliente aprecie e associe à sensação de bem-estar
- Técnica de distração - através da visualização de programas de TV, da leitura ou da escrita no blog, uma vez que esta é uma das estratégias já utilizadas pelo cliente
- Técnica de massagem - a aplicar na zona do corpo em que o cliente referir desconforto
- Imaginação guiada - uso de imagens mentais com conotação positiva para o cliente
- aplicação de calor
- toque terapêutico - técnica utilizada para melhorar a sensação de bem-estar

Posicionar para aliviar a dor

- De acordo com a posição de conforto relatada pelo cliente
- posicionamento antialgico

ensinar sobre perdas decorrentes do processo de progressão da doença

- Incentivar a expressão de sentimentos
- Demonstrar disponibilidade
- consciencializar o doente da relação das perdas com a progressão da doença

facilitar o processo de luto

- Incentivar a expressão de sentimentos sobre a perda
- Ouvir as manifestações de perda
- Incentivar a discussão de experiências de perdas anteriores
- Incentivar a identificação dos maiores medos relativos à perda
- Orientar sobre as fases do processo de luto
- Incluir as pessoas significativas (outros membros da família) nas conversas e decisões, conforme apropriado
- Usar palavras claras, como morte, em vez de eufemismos
- Apoiar os esforços de resolução de conflitos anteriores, conforme apropriado
- Reforçar o progresso realizado no processo de luto
- Oferecer informações reais sobre diagnóstico, tratamento e prognóstico

providenciar apoio emocional

- escuta ativa
- toque terapêutico
- comunicação clara
- envolver a família

providenciar apoio espiritual

- mostrar recursos espirituais disponíveis
- demonstrar disponibilidade
- incentivar expressão de emoções

mostrar disponibilidade

- estar disponível para apoiar o cliente

Incentivar as narrativas de Revisão de Vida e de Promoção do Significado

- encorajar expressão de sentimentos através de narrativas
- encorajar à revisão de vida passada
- promover desenvolvimento de significado da vida
- Incentivar as narrativas sobre o sofrimento relacionado com a doença
- Conhecer o impacto da experiência da doença na vida do cuidador, nas suas relações e nas suas crenças religiosas

promover envolvimento da família

- promoção da integridade familiar
- suporte ao cuidador
- incentivar a esposa do cliente a trazer a filha menor ao internamento ou realizar video-chamada

incentivar criação de legado

- Encorajar a uma retrospectiva da vida, através da criação de um legado
- apoiar a esposa do cliente na gravação de vídeos para mostrar à filha menor
- apoiar cliente na expressão de emoções, sentimentos e ensinamentos que queira deixar à filha menor
- incentivar cliente a escrever no blog, se for esse o seu desejo

incentivar à realização antecipada do dia do pai

- incentivar á construção de legado com a realização antecipada do dia do pai

Analisar com a cuidadora/família a relação entre o agravamento do estado geral e a progressão da doença

- mostrar disponibilidade; executar escuta ativa; providenciar apoio emocional
- esclarecer cuidadora/família que os sinais e sintomas que o doente apresenta se devem à progressão da doença
- ensinar cuidadora/família sobre sinais e sintomas frequentes em situação de UHVD

Realizar conferência familiar

- para esclarecimento de dúvidas
- discussão do plano de cuidados
- antecipação de dependência/situações futuras
- tomada de decisão
- antecipação de agravamento do quadro clínico/sintomas
- negociação com o cliente e família local de cuidados ao cliente (cuidado no domicílio por preferência do cliente)

Analisar com o cliente a relação entre o agravamento do estado geral e a progressão da doença

- consciencializar doente que aparecimento de sintomas se deve a progressão da doença
- comunicação simples, clara, empática
- promover apoio emocional

ensinar sobre alívio da dor usando estratégias farmacológicas

- ensinar sobre medicação para alívio da dor e efeitos secundários

- incentivar toma de medicação analgésica
- desmistificar uso de opioides

Desmistificar mitos associados ao uso de morfina

- ensinar sobre efeitos da morfina para alívio da dor, da dispneia e da tosse
- desmistificar os mitos associados à toma de morfina (adição, tolerância, morte)

Providenciar apoio social para a família

- providenciar reunião entre apoio domiciliário da instituição e cuidador/família

Informar família sobre serviços comunitários

- Informar a família acerca da existência de organizações comunitárias de apoio à prestação de cuidados (por exemplo a Liga Portuguesa Contra o Cancro, a Associação Cuidadores, etc), assim como o serviço domiciliário da instituição

Informar a família sobre legislação

- Explicar à cuidadora acerca da existência do Estatuto do Cuidador Informal
- Explicar à cuidadora o conteúdo da lei n.º 31/2018, que consagra os Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida

Ensinar a família sobre necessidades do familiar dependente

- necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais
- ensinar sobre sinais e sintomas de UHVV
- ensinar sobre necessidades nutricionais e de hidratação em UHVV: só alimentar doente se doente bem desperto, e se solicitado pelo doente
- ensinar sobre manter doente em repouso
- ensinar sobre necessidade de medicação EV para controlo de sintomas
- ensinar sobre não estimular doente
- ensinar sobre necessidade de posicionar doente de 3 em 3 horas ou apenas quando necessário
- ensinar família sobre privilegiar conforto

realizar conferência familiar

- definir plano individual de cuidados para situação de UHVV, alterar objetivos e privilegiar conforto
- para esclarecimento de dúvidas
- se necessidade da família para apoio psicológico
- para realização de ensinamentos à família/cuidador
- para identificação das necessidades da família
- para esclarecimento de questões éticas (alimentação/hidratação, sedação paliativa)

Ensinar cuidador sobre estratégias farmacológicas de alívio da dor

- esclarecer cuidador sobre o uso de medicação analgésica para controlo da dor, dose e via de administração

Ensinar cuidador sobre manipulação de DIB no domicílio [no momento da alta]

- ensinar cuidador sobre cuidados a ter com dispositivo; ensinar cuidador sobre função do

dispositivo

Alimentar cliente

- se doente vigil e com via oral patente, e se solicitado pelo doente

Avaliar evolução da consciência

- escala coma glasgow

avaliar evolução da dor

- adequando escala de avaliação da dor ao estado cognitivo de doente (escala numérica ou PAINAD)

utilização de medidas não farmacológicas para delirium

- evitar contenção física
- assegurar ambiente calmo e iluminação adequada
- permitir presença de familiares, desde que não agrave a agitação
- adaptar contacto pessoal e comunicação - utilizando instruções verbais, orientações simples e contacto visual
- proporcionar sono tranquilo (redução de ruído e ajuste de horários das medicações, evitando administrações noturnas)

4. ESTUDO DE CASO EIHSCP

10349_2_PM_2

4.1. Enquadramento teórico

CENÁRIO INICIAL

D^a M, 60 anos, previamente autónoma. Antecedentes pessoais de adenocarcinoma pulmão estágio IV com metastização peritoneal e ganglionar diagnosticada em fevereiro 2023, ex-fumadora (hábitos tabágicos desde os 12 aos 29 anos), hipotireoidismo, hepatite B. Admitida a 24/03 por enfarte em território da artéria cerebral posterior direita e artéria cerebolosa posteroinferior direita, não submetida a tratamento de fase aguda por ausência de critérios (tempo de evolução, neoplasia ativa e ausência de trombo abordável), de etiologia desconhecida, no entanto com grande probabilidade de contributo protombótico subjacente a neoplasia avançada, teve alta hipocoagulada. Agravamento dos défices neurológicos a 10/04 com afasia associada a febre, sem foco infeccioso claro, evolução desfavorável, pielonefrite e novo AVC isquémico da artéria cerebral média e lesão vascular isquémica recente em território da artéria cerebelosa superior/anteroinferior. Após discussão com equipa de oncologia, atendendo a degradação do estado funcional, com baixo potencial de recuperação, considerou-se que a doente não tinha condições para tratamento sistémico ficando sob tratamento sintomático exclusivo.

Divorciada, tem 2 filhos, vive com a filha e genro e um neto de 8 meses de quem toma conta, doméstica de profissão, formação superior em economia. Boa relação com o ex-marido.

Medicação habitual: Levotiroxina 0,075mg, loflazepato de elito (Victan) 2mg

Pedida **colaboração da EIHSCP** para organização de cuidados, colaboração na tomada de decisão e para controlo de sintomas, nomeadamente sintomas psicoemocionais e dor. À observação da equipa doente consciente, comunicação verbal expressiva comprometida, apresenta disartria grave a apraxia que limitam a verbalização, dependente nos vários domínios do autocuidado. Apresenta disfagia para líquidos e sólidos, a tolerar dieta pastosa, no entanto, segundo equipa assistencial, noção de agravamento. A reavaliar a necessidade e vontade da doente de colocação de SNG. Algaliada por retenção urinária.

Relativamente ao domínio da emoção, doente chorosa durante a entrevista, com grande

sofrimento pelo facto de ter dificuldades em comunicar. Consciente da sua doença e do seu prognóstico. Manifestou vontade em regressar a casa, no entanto compreende que não será possível. Concorde com realização de reunião familiar com filhos e ex-marido.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A presença de doença altera a vida da pessoa, condicionando novos momentos, novas situações provocando instabilidade do que era dado como certo, causando mudanças, adaptações e transições inevitáveis (Ferreira, 2013).

De acordo com os últimos dados publicados pela Agência Internacional para a Investigação do Cancro (IARC), o cancro do pulmão é o 2º tipo de cancro mais comum em todo mundo, sendo o tipo de cancro com mais mortalidade. Em Portugal é o 3º tipo de cancro mais frequente, representando o cancro com mais mortes (WHO, 2020b). Em 2021, segundo dados do INE, as mortes por tumores malignos da traqueia, brônquios e pulmão aumentaram (INE, 2023).

A maioria dos doentes é diagnosticada numa fase tardia da doença, sem possibilidade de tratamento curativo (Planchard et al, 2018). A intervenção precoce da equipa de CP juntamente com as equipas de oncologia após o diagnóstico da doença, melhoram significativamente a qualidade de vida destes doentes (Planchard et al, 2018).

As doenças do foro circulatório, dos quais fazem parte o acidente vascular cerebral (AVC) e a doença coronária, segundo dados do INE referentes ao ano 2021, estão na origem do maior número de óbitos ocorridos em Portugal, apesar da descida verificada em relação ao ano anterior (INE, 2023).

Apesar das elevadas taxas de morbilidade no período agudo pós AVC, as diretrizes e protocolos clínicos centram-se, normalmente, na recuperação, reabilitação e na prevenção de novo evento. No entanto, uma vez que a trajetória da doença permanece incerta e a fase crónica da doença só é atingida após seis meses a um ano pós AVC, a incerteza do prognóstico aumenta a complexidade das necessidades dos doentes e família. Deste modo, a abordagem dos CP pode ajudar na organização dos cuidados pós AVC, dando resposta às necessidades físicas, sociais, psicológicas e espirituais dos doentes vítimas de AVC e das suas famílias (Schutz & Creutzfeldt, 2023). A referenciação para CP destes doentes deve ser feita no momento do diagnóstico de qualquer evento neurológico agudo severo, ameaçador de vida ou que leve a diminuição da qualidade de vida com perda de autonomia, aparecimento de sintoma ou progressão de comorbilidades já existentes (Cipriano et al., 2018).

A presença de doença vascular cerebral altera a vida da pessoa, causando adaptações funcionais e transições inevitáveis. Este evento crítico provoca também mudanças a nível familiar, exigindo adaptação, vigilância e compromisso por parte das famílias/cuidadores que assistem a um declínio rápido e inesperado do seu ente querido (Schutz & Creutzfeldt, 2023).

Alguns dos sintomas mais comuns e incapacitantes dos doentes pós AVC dizem respeito à dor, fadiga, ansiedade, depressão e outros sintomas psicoemocionais. Podem ser extremamente angustiantes para doentes que eram previamente saudáveis, podendo ocorrer em qualquer fase pós AVC. Estes, podem ter um impacto negativo na recuperação, na qualidade de vida e no processo de fim de vida se não forem tratados adequadamente. É fundamental que os profissionais de saúde estejam especialmente atentos aos doentes com compromisso na comunicação, uma vez que estes são frequentemente incapazes de vocalizar as suas queixas (Creutzfeldt et al., 2012), como no presente estudo de caso.

Assim, a identificação e o tratamento dos sintomas dos doentes com AVC deve ser uma componente central dos cuidados, assim como o apoio e intervenção junto das famílias (Schutz & Creutzfeldt, 2023). Cipriano et al. (2018) acrescentam que pela complexidade e prevalência de sintomas não controlados neste tipo de doentes, o compromisso do estado funcional e a diminuição na qualidade de vida que daí pode advir, leva a que estes doentes devam ter acesso inequívoco a CP.

À luz do caso em estudo, importa fazer referência à equipa especializada que colabora nos cuidados ao doente, responsável pela conceção de cuidados neste caso clínico: a equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP). Neste caso, o pedido de consultadoria à EIHSCP foi realizado pela equipa de um serviço de neurologia da instituição de saúde, para organização de cuidados, colaboração na tomada de decisão e para controlo de sintomas, nomeadamente sintomas psicoemocionais e dor, uma vez que é função desta equipa articular-se e complementar-se com outras unidades e equipas da instituição de saúde onde se encontra integrada (Portaria nº 66/2018). Para além do evento agudo que motivou o internamento da doente, a presença de comorbilidades importantes, nomeadamente a presença de neoplasia de pulmão avançada motivou também este pedido de colaboração.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 60 anos | Feminino

Cuidador

17-04-2023 08:00

Nome do cuidador: j.

Data de nascimento do cuidador: 07-02-1992.

Parentesco: Filha / Filho.

Coabita com a pessoa dependente.

Disponibilidade para tomar conta: Em alguns dias.

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 alimentar através de sonda gástrica: suficiente para assegurar na totalidade.

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 dar banho

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para posicionar

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para transferir

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para vestir/despir: suficiente para assegurar na totalidade.
trabalha todos os dias da semana e tem um filho de 8meses**Família**

17-04-2023 08:00

Família alargada.

Família com familiar institucionalizado.

papel do cliente na família - cuidador do neto de 8meses

4.3. Medicação**Início**

2023-04-17 08:00:00Macrogol 1 saqueta PO 7h, 15h, 23h

Medicação**Fim**

2023-05-02 08:00:00

Início	Medicação	Fim
2023-04-17 08:00:00	Picossulfato de sódio (gutralax) PO 10gotas 21h	
2023-04-17 08:00:00	Paracetamol PO 1gr SOS 8/8h	2023-05-02 08:00:00
2023-04-17 08:00:00	Enoxaparina 60mg SC 12/12h	2023-05-02 08:00:00
2023-04-17 08:00:00	Metoclopramida 10mg PO SOS 8/8h	2023-05-02 08:00:00
2023-04-17 08:00:00	Microlax retal SOS	
2023-04-17 08:00:00	Morfina 2mg EV 4/4h SOS se dor ou dispneia	
2023-04-17 08:00:00	Escopolamina TD 1,5mg 3/3dias	
2023-04-17 08:00:00	Substituto saliva 4/4h ou SOS oral	
2023-05-02 08:00:00	morfina 1mg/h perfusão continua	
2023-05-02 08:00:00	Paracetamol PO 1gr 8/8h	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A EIHS CP como equipa consultora, não prevê a administração da medicação ao cliente, mas sim o aconselhamento das equipas assistenciais na gestão do plano terapêutico a instituir com objetivo de controlo de sintomas, promovendo o conforto do cliente. Relativamente ao presente estudo de caso, foi pedida a colaboração da EIHS CP durante vários momentos para colaboração na organização de cuidados e na colaboração na tomada de decisão, para controlo de vários sintomas como a dor e sintomas psicoemocionais. De acordo com o cenário descrito, aborda-se em seguida alguma da medicação prescrita no decorrer das sessões documentadas.

Macrogol: indicado no tratamento sintomático da obstipação crónica (Infarmed®, 2018). No presente caso é utilizado para evitar a obstipação que pode vir a acontecer derivado da toma de opioides.

Morfina: faz parte do grupo farmacológico dos analgésicos opióides utilizados para tratamento da dor de intensidade severa, resistente a outros analgésicos (Infarmed®, 2012). A obstipação é um dos efeitos secundários mais frequentes, podendo surgir também náuseas, vômitos, sonolência, confusão mental, disúria, retenção urinária e prurido, em casos específicos. A utilização da morfina no estudo de caso prende-se com a necessidade de controlo da dor e da dispneia, caso se venha a manifestar.

Paracetamol: Relativamente a este estudo de caso o paracetamol encontra-se prescrito inicialmente para controlo de dor ligeira a moderada estando por isso prescrito em SOS, passando a prescrição com hora fixa (8/8h) como função preventiva, relacionando-se com a possibilidade de desenvolvimento de quadros de hipertermia por febre de origem neoplásica, assim como, a sua utilização junto de opioides para alcançar níveis ótimos de controlo da dor.

Escopolamina: Segundo Wildiers et al. (2009) a escopolamina é um antagonista dos recetores muscarínicos e, em comparação com o uso de outros fármacos do mesmo grupo, tem tido um efeito mais potente na inibição da produção de secreções brônquicas, sendo menos suscetível

de provocar taquicardia. Por esta razão, foi prescrita no presente estudo de caso.

Substituto saliva: é um composto que contém habitualmente na sua constituição eletrólitos, carboximetilcelulose, hidroxipropilcelulose ou hidroxietilcelulose, glicerol, polietilenoglicol, sorbitol entre outros. Indicado para proporcionar alívio sintomático, através da hidratação e lubrificação, aumentando a viscosidade e mimetizando a saliva natural (Mendes, 2021). No presente caso é utilizada para controlo da xerostomia.

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

17-04-2023 08:00

Cateter urinário

Características do dispositivo: folley nº14.

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de infeção do sistema urinário [sem horario]

17-04-2023 08:00 - Otimizar cateter urinário [sem horario]

17-04-2023 08:00 - Referenciar sinais de infeção do sistema urinário ao médico [sos]

17-04-2023 08:00 - Remover cateter urinário [sos]

17-04-2023 08:00 - Trocar cateter urinário [14/14dias]

17-04-2023 08:00 - inserir cateter urinario [agora] [FIM] 02-05-2023 08:00

Cateter venoso periférico

Localização do cateter venoso periférico

Antebraço Direita(o)

Características do dispositivo: 22G.

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico (Antebraço Direita(o)) [sem horario]

17-04-2023 08:00 - Otimizar cateter venoso periférico (Antebraço Direita(o)) [sem horario]

17-04-2023 08:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico (Antebraço Direita(o)) [turno manha]

17-04-2023 08:00 - Trocar cateter venoso periférico (Antebraço Direita(o)) [sos]

17-04-2023 08:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [sos]

02-05-2023 08:00

Sonda gástrica

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

A via de administração preferencial utilizada em CP é a via oral, por se tratar de uma via de administração fácil e não invasiva (Pontalti et al., 2012). Neto (2008) acrescenta que esta via garante a eficácia e facilidade na administração de medicação, mínimo desconforto para o cliente e permite ao cliente e/ou família o controlo sobre o regime terapêutico. No entanto, vários estudos indicam que grande percentagem dos clientes com doença avançada, progressiva ou incurável irá necessitar de uma via de administração de terapêutica alternativa no decorrer da doença (Pontalti et al., 2012).

Para o presente caso para a administração da medicação foi utilizada a via oral e a via EV através do uso de um **cateter venoso periférico (CVP)**. Caso se verificasse a perda de via EV, por mau acesso nas UHVD, a via a ser utilizada seria a via SC (Neto, 2008),

A introdução de **sonda vesical** no presente caso deveu-se ao desconforto a nível da região supra-púbica, com presença de globo vesical devido a retenção urinária. Esta condição deve-se à progressão de doença e à utilização prolongada de opioides, cujos efeitos secundários podem ser consultados em 4.3.1.

Relativamente à colocação de **Sonda nasogástrica (SNG)**, a decisão da sua colocação tinha sido discutida em equipa, entre a EIHS e equipa assistente, na primeira observação à doente. No entanto, devido a disfagia total apresentada pela doente, e após autorização da mesma, a equipa assistente tomou a decisão de colocar a SNG para alimentação e hidratação, permanecendo a SNG durante todo o internamento por não causar desconforto à doente.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
17-04-2023 08:00	Comunicação verbal	02-05-2023 08:00
17-04-2023 08:00	Deglutição	02-05-2023 08:00
17-04-2023 08:00	Eliminação intestinal	
17-04-2023 08:00	Eliminação urinária	02-05-2023 08:00
17-04-2023 08:00	Mucosas	
17-04-2023 08:00	Emoção	02-05-2023 08:00
17-04-2023 08:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
17-04-2023 08:00	Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado	
17-04-2023 08:00	Consciência	
17-04-2023 08:00	Dor	
17-04-2023 08:00	Termorregulação	
17-04-2023 08:00	Conforto	

Início**Domínios****Fim**

02-05-2023 08:00 Sistema respiratório

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

Vários dos domínios apresentados na presente conceção de cuidados, ficam apenas como foco de atenção pois a partir dos dados apresentados na primeira sessão não formam diagnósticos, no entanto considera-se a oportunidade de manter a sua avaliação ao longo das sessões devido à patologia e condição do doente. Deste modo, na primeira sessão, o domínio consciência e termorregulação foram domínios identificados, mas que após avaliação dos dados não formaram diagnósticos, nesta sessão, ficando apenas ativos para serem avaliados no decorrer do internamento da doente. A avaliação da temperatura é importante ser realizada 1 vez turno ou em SOS devido ao desconforto causado caso a doente apresente febre.

CONSCIÊNCIA

Damásio (2010), define consciência como uma faculdade da nossa mente, um eu capaz de controlar o mundo interior, de se reconhecer a si mesmo, e de controlar o ambiente que o rodeia. A subjetividade inerente à consciência é responsável pela expansão do raciocínio e da memória, da evolução da linguagem, da criatividade, da afetividade como comportamento em sociedade e outras capacidades que foram aperfeiçoadas ao longo do tempo. A consciência surge assim como um processo evolutivo de conhecimento do eu e do mundo que nos rodeia, sem a qual não haveria percepção da nossa existência ou da existência do mundo externo, ou seja, é um estado mental em que temos percepção da nossa própria existência e da existência do que nos rodeia.

A avaliação do nível de consciência constitui um aspeto importante da avaliação neurológica do doente. Bruegge & Forsyth (2003) referem que as causas genéricas para a alteração do nível de consciência podem ser de dois tipos: estruturais, que *"incluem lesões físicas que originam interrupções das vias neuronais corticais ou do tronco cerebral"* e metabólicas que *"envolvem alterações do ambiente celular que afetam a função neuronal"* (p.1921).

De entre as escalas criadas, a Escala de Coma de Glasgow é a mais utilizada e de prática aplicação para obter o nível de consciência em doentes na fase aguda, através do somatório da avaliação de três domínios do comportamento: abertura dos olhos, resposta verbal e resposta motora. Com esta escala é possível a deteção precoce de agravamento ou melhoria neurológica do doente (Baptista, 2003; Varanda et al., 2015; Feijó, 2015). No entanto, a Escala de Coma de Glasgow não deve ser usada isoladamente, mas sim incluída num exame neurológico completo.

Relativamente ao estudo de caso, a avaliação da consciência deve ser realizada em todos os

momentos de contacto com a doente pois pode vir a alterar-se rapidamente devido ao diagnóstico e rápida progressão da doença aliado à medicação que a doente se encontra a fazer, cujos efeitos secundários podem ser consultados em 4.3.1., podendo levar a alterações de consciência.

DOR

Existem dois métodos de avaliação da dor: por autoavaliação (quando é feita pela própria pessoa), sendo que este é o método preferencial de eleição para avaliação da dor pela subjetividade que a caracteriza e heteroavaliação (Batalha, 2016). A avaliação da dor deve ser feita em intervalos regulares, com a mesma frequência que os restantes sinais vitais, ou frequência mínima de oito em oito horas ou uma vez por turno; a cada novo episódio ou aquando de alteração na qualidade ou intensidade do sintoma e após intervenção farmacológica ou não farmacológica (Pires & Gonçalves, 2021; Batalha, 2016; OE, 2008).

A escolha do instrumento de avaliação da dor deve ser feita tendo em conta o tipo de dor, a idade do doente ou capacidade cognitiva, a sua situação clínica, propriedades psicométricas, critérios de interpretação do instrumento de avaliação, escala de quantificação comparável com outras escalas, a facilidade da aplicação da escala e experiência de utilização da escala (OE, 2008; Batalha, 2016).

No presente caso e de acordo com a capacidade cognitiva da doente ao longo de todo o processo, deve ser ajustado o instrumento de avaliação a utilizar para quantificar a intensidade da dor, dando preferência, se possível, à autoavaliação. Deste modo e, apesar da doente apresentar degradação rápida do estado funcional, de acordo com a sua capacidade cognitiva, na primeira avaliação, foi possível aplicar a “escala numérica” de avaliação da dor, tendo sido alterada para a *Pain Assessment in Advanced Dementia* (PAINAD) à medida que a condição e o estado cognitivo da doente se altera.

A Escala PAINAD é um instrumento de avaliação da dor que pode ser utilizado em todos os tipos de dor, aguda ou crónica, cuja população alvo são idosos com demência, sendo também fiável a sua aplicação para medir a dor em clientes idosos que não conseguem comunicar (OE, 2008). Esta escala é composta por indicadores como respiração, vocalização, expressão facial, linguagem corporal e consolabilidade em que cada um dos indicadores é classificado com pontuação de zero a dois pontos. A soma da pontuação de cada indicador indica a intensidade da dor, sendo que valor mais altos traduzem maior intensidade da dor (Batalha et al., 2012).

Relativamente ao caso, durante o internamento foi solicitada a colaboração da EIHSCP para ajudar na tomada de decisão relativamente à gestão da dor da doente. A dificuldade na interpretação de sinais de dor ou de alterações de comportamento (dor *versus* sofrimento psicoemocional por não conseguir verbalizar) percecionadas pelos profissionais da equipa assistente motivou esses pedidos de colaboração.

Nestes casos, em que a distinção não é clara, Batalha (2016) sugere que devem ser avaliadas e tratadas ambas as condições, visto que a dor pode ser um fator que potencia outras condições. Neste caso a sugestão da EIHSCP passou pelo incentivo ao envolvimento da família e da disponibilidade da equipa assistente para a doente, assim como na prescrição de morfina fixa e em SOS. Ainda assim, o processo de tomada de decisão foi influenciado tanto pela avaliação do comportamento da doente, como pela avaliação efetuada pela equipa assistente, que através de reunião da EIHSCP com a equipa prestadora de cuidados, em consenso, decidiram o plano terapêutico mais ajustado para a situação da doente. Este facto, vai de encontro ao descrito por Lourenço (2022) e Deodato (2010) que referem que fatores que resultam de atitudes da equipa multidisciplinar, assim como constrangimentos organizacionais e limites impostos pela autonomia dos doentes podem influenciar o processo de tomada de decisão.

MEMBRANA MUCOSA

As alterações da mucosa oral são prevalentes nos doentes com doença avançada, incurável e progressiva, quer pela própria patologia, quer por efeitos laterais resultantes de tratamentos efetuados, no entanto é muitas vezes negligenciada (Fradique, 2016). A falta de cuidados na higiene oral tem forte impacto funcional e social, podendo levar a alterações de comunicação, da nutrição, do paladar, infeções ou dor. Deste modo, no sentido de prevenir, identificar e tratar problemas da mucosa oral, a sua avaliação não pode ser esquecida devendo fazer parte da avaliação holística dos doentes em CP e deste modo promover o bem-estar, conforto e a melhoria da qualidade de vida destes doentes (Fradique, 2016).

De acordo com o presente estudo de caso a doente apresenta como alteração da membrana mucosa a xerostomia. O tratamento da xerostomia pode ser feito através de tratamento farmacológico, através da administração de saliva artificial ou de fármacos estimuladores de saliva, como a pilocarpina ou tratamento não farmacológico tratando a causa da xerostomia, se for possível e desejável; promover uma boa higiene oral ou reduzir a iatrogenia através da otimização da medicação (Carneiro, 2021).

A utilização de terapia de estimulação é outra estratégia não farmacológica para a xerostomia: através do uso de pastilha elástica ou rebuçados de sabor cítrico sem açúcar, uso de substitutos de saliva tais como utilização de gelo moído ou água em spray, saliva artificial e utilização de creme hidratante para os lábios. Pode também ser utilizada terapia nutricional: através do aumento de aporte hídrico, se possível; refeições com alimentos moles e com molhos; preferência por alimentos frios/tépidos; e sugar pequenos cubos congelados de ananás, pepino ou maçã (Carneiro, 2021).

Relativamente ao presente estudo, a EIHSCP propôs como ajuste terapêutico a prescrição de saliva artificial, foi também incentivada a equipa assistente à higiene oral frequente da doente e à aplicação frequente da saliva.

SOFRIMENTO

Ao longo dos tempos, independentemente da cultura, a dor tem assumido um carácter assustador, é uma experiência individual, íntima, impossível de partilhar, causadora de grande sofrimento. “Mais do que a morte, teme-se a dor” e “mais do que a doença, teme-se o sofrimento” (Cardoso, 2010, p.11). A dificuldade na sua avaliação e no seu tratamento contribuiu para intensificar o seu valor simbólico, sendo que apenas a partir de meados do século XX se começou a desenvolver maior preocupação com a dor e o seu alívio nos doentes em fim de vida. No entanto, foi com Cicely Saunders, nos anos 60, com a criação de um modelo de CP, que a abordagem à dor assumiu um papel mais alargado do que apenas um sintoma físico (Cardoso, 2010).

O International Council of Nurses (ICN), através da CIPE (2019) define sofrimento como uma emoção negativa descrita por “sentimentos prolongados de grande pena (...) sintomas físicos crónicos como a dor; desconforto (...), stress psicológico...”

Os CP visam dar uma resposta ativa aos problemas que uma doença incurável, progressiva e prolongada pode trazer, de modo a prevenir o sofrimento que estas doenças acarretam, promovendo a máxima qualidade de vida não só à pessoa doente, mas também à sua família. Segundo a APCP (2023), estes cuidados são uma combinação de ciência e humanismo com vista ao desaparecimento do sofrimento ou em casos de maior complexidade, o alcance de níveis toleráveis.

Este modelo de cuidados torna claro a necessidade de envolver uma equipa de profissionais com conhecimentos especializados para o cuidado a estes doentes (Fernando & Hughes, 2019). A OMS salienta a necessidade de uma abordagem multidisciplinar, constituída por médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros profissionais, para dar resposta às complexas necessidades da pessoa em situação paliativa, desde o momento do diagnóstico até à fase de luto após a morte do doente (WHO,2020a).

A abordagem global do sofrimento pode ser realizada com base no conceito de dor total, em que a análise das várias dimensões do sofrimento permite uma melhor identificação das necessidades do doente em fim de vida e da sua família. Deste modo, permite criar ferramentas para intervir de forma mais eficaz no sofrimento do doente (Barbosa, 2006).

Perante um processo de doença incurável, o nível de sofrimento pode assumir diferentes incidências em diferentes áreas como seja o sofrimento espiritual; relacional (social e familiar); físico ou psicológico (emocional e mental) (Barbosa, 2006).

O sofrimento físico, diz respeito à dor física e ao controlo de sintomas que pode advir tanto da doença ou de tratamentos como da perda de energia ou de limitações funcionais. O sofrimento mental diz respeito à dificuldade na concentração e memória, às preocupações e dificuldade na resolução de problemas que advêm das perdas sucessivas. O sofrimento emocional reporta-se

ao humor, insónia, à tendência ao abandono e ideias suicidas (Barbosa, 2006).

O sofrimento familiar dentro da componente relacional integra as disfunções na comunicação doente-família, a auto-culpabilização pela dependência, as preocupações com o futuro e problemas sexuais. Já a dimensão social do sofrimento centra-se nos problemas com os profissionais de saúde e com a família, nos problemas económicos e isolamento social. Por último, o sofrimento espiritual incide sobre a dimensão da desarmonia consigo próprio, na vida sem sentido, na falta de sentimento de realização e na não confiança na transcendência (Barbosa, 2006).

O alívio do sofrimento passa pela relação que se estabelece entre o doente que sofre e o profissional que cuida, com o objetivo de tornar este sofrimento suportável e consciente e assim ser aliviado. Desta forma é fundamental perceber as razões para o sofrimento, a escuta ativa, a companhia, o afeto, o apoio, o conforto, o silêncio e a esperança (Martins, 2010). As equipas de CP, treinadas em áreas como a comunicação, assumem um papel importante no alívio do sofrimento do doente. De acordo com o Regulamento nº429/2018 o enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação paliativa tem como competência específica identificar as necessidades da pessoa com doença incurável, em fase avançada ou progressiva, valorizando o peso de variáveis psicoemocionais, valores e crenças na intensidade dos sintomas e do sofrimento, segundo uma abordagem multimodal e multidimensional como no caso do sofrimento que a doente do presente estudo de caso apresenta.

Assim, relativamente ao caso clínico, o sofrimento apresentado pela doente incide sobre o domínio físico, resultante da progressão da doença com aumento de dependência física e imobilidade e pela incapacidade em comunicar que se vai agravando com a progressão da doença e o sofrimento emocional percecionado pelo estado anímico da doente, com labilidade emocional e tristeza, com manifestações de choro quando tenta comunicar com a equipa de profissionais de saúde e na presença da família.

Durante o internamento, foi pedida, em vários momentos, a colaboração da EIHSCP para controlo de sintomas físicos e psicoemocionais. A dificuldade na diferenciação no tipo de sofrimento que a doente apresentava, pela equipa assistencial, motivou estes pedidos. Um dos pedidos de colaboração foi pela perceção, da equipa assistencial, de maior desconforto na doente, principalmente à mobilização, com necessidade de realização de vários resgates de morfina nas últimas 24h. Nesse momento a EIHSCP deslocou-se ao serviço para avaliar a doente que se apresentava com gemidos, porém acalmando após presença da equipa, que aparentemente lhe transmitia algum conforto. A equipa assistente referiu ainda, que este comportamento também se refletia aquando do horário de visitas em que doente acalmava na presença de familiares. Da avaliação da EIHSCP, doente em sofrimento pela incapacidade em comunicar verbalmente. Após discussão com equipa assistente, foi decidido ajuste terapêutico, ficando com morfina fixa de 4/4h e morfina em SOS e incentivada equipa a providenciar apoio

emocional, promover escuta ativa através da presença e disponibilidade, afeto e liberalização de visitas para promover o envolvimento da família.

CONFORTO COMPROMETIDO

O International Council of Nurses (ICN), através da CIPE (2019) define conforto como sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal. Conforto é um conceito complexo, difícil de definir, operacionalizar e avaliar. É um conceito dinâmico, variável e singular. É também definido como uma experiência transitória e multidimensional, abrangendo mais do que a ausência de dor (Lin et al., 2023).

O conceito do conforto holístico é essencial ao longo de todo o processo de vida de cada ser humano. Através da análise da Teoria do Conforto de Katherine Kolcaba, este conceito é abordado como um estado holístico que resulta da satisfação das necessidades de alívio, tranquilidade e transcendência nos contextos físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Pinto et al., 2016). A aplicação da Teoria de Conforto na prática de cuidados é definida como Cuidados de Conforto, uma filosofia dos cuidados que se foca na satisfação das necessidades de conforto, tendo em conta o cuidado holístico, individualizado (Lin et al., 2023).

Segundo Kolcaba (2003), o contexto físico onde o conforto ocorre está relacionado com as sensações corporais e os mecanismos homeostáticos; o conforto psicoespiritual, que se relaciona particularmente com o conceito de espiritualidade, está ligado a componentes mentais e espirituais, englobando emoções que estão associadas a conceitos que dão sentido à vida do indivíduo, como a autoestima, autoconceito e autoconsciência. O contexto ambiental é relativo ao contexto externo da experiência humana e o contexto sociocultural diz respeito às relações interpessoais, familiares e sociais (Kolcaba, 2003; Lin et al., 2023).

Os cuidados de conforto dizem respeito a intervenções terapêuticas para alcançar o conforto do doente e família. Assim, tendo em conta a Teoria de Conforto de Kolcaba, os cuidados de conforto são entendidos como uma abordagem do cuidar positiva, individualizada e holística, capaz de reforçar a esperança e dignidade na fase final da vida do doente (Kolcaba, 2003). Para isso, os profissionais de saúde avaliam as necessidades do doente e família que não estão satisfeitas e planeiam intervenções para dar resposta a essas necessidades. Deve ser feita a avaliação do conforto antes e após a implementação de intervenções e devem ser tidas em conta variáveis externas que possam interferir com o objetivo definido. Se o conforto for melhorado, os doentes e famílias envolvem-se mais plenamente nos cuidados, resultando na diminuição do sofrimento e na melhoria da qualidade de vida (Lin et al., 2023).

Tendo em conta o caso clínico, a doente apresentava conforto comprometido através de dados observáveis como tristeza, labilidade emocional, gemidos e fácies de dor à mobilização e gemidos constantes quando se encontrava sozinha. O consolo, a presença, a disponibilidade, a presença dos familiares foram intervenções aplicadas pelos profissionais para melhorar o

conforto psicoemocional e social. Relativamente ao conforto físico a administração de medicação analgésica, o posicionamento e a massagem foram também técnicas utilizadas.

A EIHS CP em todas as suas intervenções teve como objetivo primordial a diminuição do sofrimento e a promoção do conforto da doente e família. Numa primeira abordagem, através da comunicação, informando a doente sobre o diagnóstico, prognóstico e evolução da doença e identificando através da entrevista clínica as necessidades da doente. A EIHS CP prestou também apoio à equipa assistencial na colaboração de tomadas de decisão e na organização de cuidados, reformulando o plano de cuidados instituído e ajustando durante o internamento com vista ao alcance do conforto físico, emocional, espiritual da doente.

Tendo em conta o Regulamento nº429/2018 o enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação paliativa tem como competência específica promover intervenções baseadas na evidência junto de pessoas com doença incurável, em fase avançada ou progressiva, seus cuidadores e familiares, estabelecendo um plano de cuidados individualizado para a pessoa e seus cuidadores/familiares, preservando a sua dignidade e diminuindo o sofrimento e reformulando o plano de cuidados individualizado baseando-se na eficácia das intervenções desenvolvidas.

No apoio à família compete ao enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação paliativa, tendo em conta o Regulamento nº429/2018, envolver e reunir periodicamente com os cuidadores/familiares da pessoa em situação paliativa, utilizando para o efeito a conferência familiar. Por isso, para apoio à família, foi marcada conferência familiar pela EIHS CP, no sentido de identificar as necessidades da família.

PREPARAÇÃO DA FAMÍLIA PARA INTEGRAR UM FAMILIAR DEPENDENTE NO AUTOCUIDADO

Este domínio foi identificado tendo em conta a patologia da doente, o prognóstico, a rápida evolução da doença e deterioração do estado geral tendo em conta a antecipação das necessidades da doente e família.

De acordo com Fernandes (2016), a família é o núcleo social mais importante, sendo a unidade básica em que o doente se apoia e onde vai encontrar suporte e equilíbrio para ultrapassar momentos de crise. Na perspetiva da autora o papel de cuidador é uma responsabilidade que deve ser bem ponderada, sendo necessário avaliar a capacidade do cuidador para resolver eficazmente problemas e ser capaz de implementar um plano de cuidados adequado ao doente.

Fernandes (2016) salienta a importância da conferência familiar enquanto momento estruturado para intervir junto da família, assim como realça a importância da formação e da participação da família na prestação de cuidados, de forma a minimizar as dúvidas e ansiedade quando no domicílio. Remetendo ao presente caso, em conferência familiar, além da identificação das necessidades da família, foi abordada a questão da alta da doente, caso ela viesse a acontecer.

No entanto, a família mostrou-se preocupada relativamente à questão da alta. Por um lado, gostariam de satisfazer a vontade da doente de ir para casa e ser cuidada no domicílio, por outro lado, mostram muita preocupação em relação ao controlo de sintomas devido à progressão da doença, referindo que sentem que não prestariam os melhores cuidados à doente para que ela tivesse conforto nos seus últimos dias de vida.

4.6. Dados

Consciência

17-04-2023 08:00

Abertura dos olhos: espontânea.

Resposta verbal: (não aplicável).

Resposta motora: obedece a ordens simples.

02-05-2023 08:00

Abertura dos olhos: nenhuma [PIOROU].

Resposta verbal: nenhuma.

Resposta motora: flexão anormal [PIOROU].

Consciência comprometida

Dor

17-04-2023 08:00

Dor

No momento de avaliação da EIHSCP doente refere que não tem dor (EN0)

Percepção da equipa assistencial de doente com dor à mobilização (PAINAD 5 -R0V1E2L0C1)

02-05-2023 08:00

Expressão facial: Relaxada.

Movimento dos membros: Sem movimento dos membros superiores.

Choro/vocalização: Sem vocalização da dor.

Comunicação verbal

17-04-2023 08:00

Não é capaz de se expressar.

Sem compromisso na compreensão da mensagem.

Comunicação verbal expressiva comprometida [RESOLVIDO] 02-05-2023 08:00

Sistema respiratório

02-05-2023 08:00

Ritmo respiratório irregular.

Profundidade da ventilação: inspirações superficiais.

Utiliza os músculos acessórios da ventilação.

Ventilação comprometida

Deglutição

17-04-2023 08:00

Aumento do tempo de deglutição para líquidos (superior a 2 segundos).
Aumento do tempo de deglutição para sólidos (superior a 10 segundos).
Acumulação involuntária de conteúdo na cavidade oral.
Ausência de encerramento dos lábios durante a deglutição (Não).
Movimento assimétrico da língua e lábios (Não).
Alteração da voz após a deglutição (Não).
Tosse associada à deglutição (Não).

Deglutição comprometida [RESOLVIDO] 02-05-2023 08:00

Eliminação intestinal

17-04-2023 08:00

Consistência das fezes: Em sibalas.
Número de defecações por semana: 1.

Obstipação [RESOLVIDO] 02-05-2023 08:00

02-05-2023 08:00

Consistência das fezes: Mole [MELHOROU].
Número de defecações por semana: 3.

Eliminação urinária

17-04-2023 08:00

Presença de globo vesical.

Retenção urinária [RESOLVIDO] 02-05-2023 08:00

Mucosas

17-04-2023 08:00

Membrana mucosa comprometida

Localização do compromisso da membrana mucosa
Cavidade oral
Coloração da mucosa: rosada.
Mucosa seca.

Termorregulação

17-04-2023 08:00

Temperatura corporal periférica
Ouvido: 36.00 °C.

Emoção

17-04-2023 08:00

Tristeza persistente (há mais de uma semana).
labilidade emocional
fácies triste
gemidos ocasionais
chora cada vez que tenta verbalizar

Tristeza [RESOLVIDO] 02-05-2023 08:00

Sofrimento [RESOLVIDO] 02-05-2023 08:00

Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado

17-04-2023 08:00

Conhecimento da família sobre necessidades do familiar dependente: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
conhecimento da família sobre diagnóstico, evolução e prognóstico do familiar dependente:

necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir
consciencialização da família sobre processo de finitude da doente: necessita ser
melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir

Potencial da família para melhorar conhecimento sobre necessidades do familiar dependente [RESOLVIDO] 02-05-2023 08:00

potencial da família para melhorar conhecimento sobre diagnóstico, evolução e prognóstico do familiar dependente [RESOLVIDO] 02-05-2023 08:00

potencial da família para melhorar consciencialização sobre processo de finitude da doente [RESOLVIDO] 02-05-2023 08:00

02-05-2023 08:00

Conhecimento da família sobre necessidades do familiar dependente: facilitador
[MELHOROU].

conhecimento da família sobre diagnóstico, evolução e prognóstico do familiar dependente:
facilitador

consciencialização da família sobre processo de finitude da doente: facilitador

Conforto

17-04-2023 08:00

gemidos

desconhecimento da família sobre evolução da doença e prognóstico

tristeza

família ansiosa relativamente à doença

labilidade emocional

família em "conflito" (quer levar doente para casa vs sensação de incapacidade para
prestar os melhores cuidados à doente)

gemidos e fácies de dor à mobilização (segundo equipa assistente)

Conforto comprometido [RESOLVIDO] 02-05-2023 08:00

Conforto da família comprometido

4.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Este capítulo prende-se com a definição de objetivos e prioridades para o planeamento dos cuidados. Assim, os objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados relativamente à **doente** em causa foram:

- Controlar a dor;
- Controlar ou diminuir a sensação de xerostomia;
- Melhorar o padrão de eliminação intestinal, de modo a não agravar outros sintomas;
- Diminuir o sentimento de tristeza, atenuando a frustração da doente pela incapacidade de comunicar verbalmente, incentivando a equipa prestadora de cuidados a estar mais disponível para a doente ou a promover a presença da família;

- Diminuir o sofrimento da doente em todos os seus domínios;
- E promover o conforto.

Relativamente à **família** os objetivos delineados no planeamento dos cuidados foram:

- Identificar as necessidades da família;
- Apoiar a família na tomada de decisão;
- Incentivar a família ao conhecimento sobre as necessidades do familiar dependente
- Consciencializar a família da evolução da doença;
- Incentivar a família ao conhecimento sobre o processo de morrer, identificando sinais de UHDV;
- Consciencializar a família do processo de fim de vida;
- Melhorar o conforto da família, através da expressão de emoções e através do apoio familiar e da consciencialização do processo de morrer.

Deste modo, o objetivo e a prioridade na execução do plano de cuidados, passa em primeira instância, pela identificação das necessidades da doente e da família, de modo a culminar na diminuição do sofrimento e na promoção do conforto como objetivo primordial dos cuidados, preservando a dignidade do doente, maximizando a qualidade de vida, promovendo o suporte familiar e o conforto da família, permitindo um fim de vida tranquilo.

No presente caso, além do planeamento de cuidados à doente e família, a EIHSCP teve também como objetivo principal prestar aconselhamento e apoio diferenciado sobre CP aos profissionais da equipa assistencial da doente, apoiando e ajudando no controlo dos sintomas físicos e psicoemocionais, antecipando situações de agudização, colaborando na tomada de decisão e na organização de cuidados quando solicitada pela equipa assistente.

4.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

A OE (2015b) define indicadores de resultado como sendo os objetivos dos cuidados que os enfermeiros se dispõem a prestar, demonstrando mudanças nos padrões e estado de saúde atual ou futuro dos clientes atribuíveis aos cuidados que foram prestados.

Assim, perante o objetivo controlar a **dor**, através da administração de medicação analgésica, do seu ajuste ao longo do internamento, da colaboração da EIHSCP junto da equipa assistencial na tomada de decisão relativamente à identificação da dor através do comportamento da doente foram identificados os indicadores de resultado:

- A doente não demonstra manifestações comportamentais sugestivas de dor;
- A equipa assistencial encontra-se apoiada pela EIHS CP e sente-se confortável com a tomada de decisão;
- A doente apresenta-se calma.

No que diz respeito ao domínio da **eliminação intestinal**, relativamente ao diagnóstico de obstipação, a progressão da doença, o aumento progressivo do nível de dependência e a administração de medicação cujos efeitos secundários podem ser consultados em 4.4.1, dos quais a obstipação se destaca frequentemente, foi necessário a implementação de terapêutica dirigida, planeada a dieta de acordo com o favorecimento da motilidade intestinal e reforçada a hidratação pela equipa assistente, o que resultou numa regularização do trânsito intestinal da doente. Foi ainda sugerido que a equipa mantivesse um controlo regular da eliminação intestinal com pesquisa de fecalomas se obstipação de mais de três dias ou desconforto abdominal. Levando aos indicadores de resultado:

- A doente mantém-se calma;
- Sem sinais de distensão ou desconforto abdominal.

Relativamente à **membrana mucosa** foi sugerido a aplicação de saliva artificial, lavagem regular da cavidade oral pela equipa assistente, no entanto devido à diminuição da ingestão hídrica e aproximação das UH DV, mantém-se alguma xerostomia.

Em relação ao domínio da **emoção**, relativamente à tristeza e ao sofrimento, através das estratégias implementadas, com a presença de familiares e com a visita do neto, destaca-se como indicador de resultado:

- A doente mantém-se calma e serena

Os mesmos indicadores são aplicados relativamente ao **conforto**, em que a doente não demonstra manifestações comportamentais de desconforto, sem sinais de desconforto respiratório, sem agitação ou inquietude, demonstrando controlo de sintomas e comportamento calmo e sereno.

No que à **família** diz respeito foram identificados os seguintes indicadores:

Em relação ao conhecimento sobre as necessidades do familiar dependente:

- A família reconhece que as necessidades do doente nesta fase são o controlo de sintomas e o conforto.

Relativamente ao conhecimento sobre diagnóstico, prognóstico e evolução da doença:

- A família demonstra-se calma;

- A família demonstra conhecimento sobre a doença e prognóstico;
- A família demonstra conhecimento sobre a fase da doença.

Relativamente à consciencialização sobre processo de finitude da doente:

- A família identifica sinais de UHVD;
- A família tem conhecimento sobre a fase da doença;
- A família demonstra conhecimento sobre objetivo de cuidados;
- A família demonstra vontade e necessidade de se despedir da doente.

Por último relativamente à melhoria do conforto da família, como indicadores podem ser enunciados:

- A família demonstra conhecimento sobre a doença, evolução e prognóstico;
- A família é capaz de expressar emoções;
- A família reconhece o apoio familiar como estratégia para o luto;
- A família é capaz de reconhecer as suas dificuldades e tomar decisões relativamente à alta;
- A família sente-se apoiada pela equipa na tomada de decisões.

No entanto, o diagnóstico **conforto da família comprometido** mantém-se inalterado visto que traduz ainda uma necessidade em cuidados para a qual a equipa de enfermagem se deve manter desperta de modo a facilitar o processo de luto, evitando um luto complicado.

Ainda relativamente à **preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado**, após realização de conferência familiar foram identificadas as necessidades da família. Nesta reunião apesar da vontade da família de levar o seu ente querido para ser cuidada em casa, a família reconhece a dificuldade em conseguir prestar os melhores cuidados à doente no domicílio, de acordo com as necessidades identificadas no familiar dependente, sugerindo a sua referenciação para uma unidade da RNCCI- UCP.

Evolução do doente:

A primeira sessão realizada no dia 17 de abril é referente à primeira visita da EIHS CP à doente no serviço onde se encontrava internada, cuja avaliação se encontra descrita no cenário inicial em 4.1.

No final da visita, e após discussão do plano com a equipa assistente, foram efetuados ajustes terapêuticos, contactada assistente social para averiguar suporte social para a área de residência (doente vivia com a filha mas era autónoma, agora precisaria de mais apoio); a reavaliar a necessidade e vontade da doente para colocação de SNG e foi marcada conferência familiar para dia 20 de abril.

A 20 de abril foi observada a doente pela EIHSCP que se apresentava consciente, sem resposta verbal, com fácies triste apresentando labilidade emocional, com aparente desconforto psicoemocional por não conseguir comunicar, não referia desconforto físico. Foi colocada SNG pela equipa assistente por disfagia total, após autorização da doente que referiu que esta não lhe causava desconforto. Obstipada, foram reforçados laxantes. Segundo equipa de enfermagem da equipa assistencial, doente com gemidos à mobilização, associada a queixas álgicas, foi realizado ajuste terapêutico ficando com analgesia antes dos cuidados de higiene e em SOS. Realizada conferência familiar que se encontra descrita em 4.7.1.

A 26 de abril foi pedida nova colaboração pela equipe assistente para ajuda na tomada de decisão, por agravamento do estado da doente e percepção de maior desconforto, principalmente à mobilização, com necessidade de realização de vários resgates nas últimas 24h. À observação da EIHSCP doente com gemidos, que acalma após presença da equipa, que aparentemente lhe transmite algum conforto. Equipa assistencial refere que D^a M apresenta o mesmo comportamento quando a família está presente, apresentando gemidos quando está sozinha e acalmando na presença dos familiares. Doente em sofrimento pela incapacidade em comunicar verbalmente. Após discussão com equipa assistente, decidido ajuste terapêutico, ficando com morfina fixa de 4/4h e morfina em SOS. Segundo equipa de enfermagem, aumento das secreções, diminuiu ritmo de nutrição e água.

Ao longo do internamento, foi pedida a colaboração da EIHSCP para consultadoria relativamente ao controlo de sintomas físicos e psicoemocionais e para apoio na tomada de decisão que foi influenciada por várias vezes pela dificuldade de avaliação do comportamento da doente, relativamente à dor e ao sofrimento. Além disto, também a falta de consenso entre a EIHSCP e a equipa assistencial relativamente às estratégias a implementar para controlo de sintomas, nomeadamente a colocação de morfina em perfusão. No entanto, após discussão entre as equipas e devido ao aumento do número de resgates realizado pela equipa de enfermagem assistente foi decidido, em conjunto, o início de perfusão de morfina.

Assim na última sessão de 02 de maio, aquando da observação da EIHSCP doente apresentava-se tranquila, no leito, sem sinais de desconforto. Prostrada, objetivando-se últimas horas a dias de vida (UHDV). Tem recebido visitas da família, com noção de tranquilidade na presença dos familiares. Nesse momento o plano terapêutico proposto pela EIHSCP foi a manutenção de morfina em perfusão, com administração de resgates em SOS, vigilância de estertor, dispneia e agitação. Promoção do conforto e apoio à família. Foi decidido, ainda, iniciar processo de referenciação para RNCCI por decisão da família.

4.7. Diagnósticos

Consciência

02-05-2023 08:00

Consciência comprometida

Intervenções de Enfermagem

- 02-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da consciência [sem horario]
- 02-05-2023 08:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [sem horario]
- 02-05-2023 08:00 - Manter cabeceira da cama elevada a 30º [sem horario]
- 02-05-2023 08:00 - Aplicar colchão de alívio de pressão [agora]
- 02-05-2023 08:00 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão [3/3h e sos]
- 02-05-2023 08:00 - Posicionar para prevenir a aspiração [sem horario]
- 02-05-2023 08:00 - Lavar cavidade oral [sem horario]
- 02-05-2023 08:00 - Planejar eliminação intestinal [sos]
- 02-05-2023 08:00 - Elevar grades da cama [sem horario]
- 02-05-2023 08:00 - Iniciar referenciação para a RNCCI [agora]

Dor

17-04-2023 08:00

Dor

Intervenções de Enfermagem

- 17-04-2023 08:00 - Avaliar evolução da dor [1xturno e sos]
- 17-04-2023 08:00 - Gerir analgesia [sos]
- 17-04-2023 08:00 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor [sos] [FIM]
- 02-05-2023 08:00
- 17-04-2023 08:00 - Executar massagem [sos]
- 17-04-2023 08:00 - Posicionar para aliviar a dor [3/3h e sos]

Comunicação verbal

17-04-2023 08:00

Comunicação verbal expressiva comprometida [RESOLVIDO] 02-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

- 17-04-2023 08:00 - Avaliar evolução da comunicação verbal [sem horario] [FIM]
- 02-05-2023 08:00
- 17-04-2023 08:00 - Implementar estratégias facilitadoras da comunicação [sos] [FIM]
- 02-05-2023 08:00

Sistema respiratório

02-05-2023 08:00

Ventilação comprometida

Intervenções de Enfermagem

- 02-05-2023 08:00 - Posicionar para otimizar a ventilação [sem horario]
- 02-05-2023 08:00 - Referenciar ventilação comprometida ao médico [sos]
- 02-05-2023 08:00 - vigiar estertor [sem horario]
- 02-05-2023 08:00 - vigiar desconforto respiratório [sem horario]

02-05-2023 08:00 - gerir medicação [sos]

Deglutição

17-04-2023 08:00

Deglutição comprometida [RESOLVIDO] 02-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 08:00 - Avaliar evolução da deglutição [a cada refeição] [FIM] 02-05-2023 08:00

17-04-2023 08:00 - Planear dieta [sos] [FIM] 02-05-2023 08:00

17-04-2023 08:00 - Posicionar durante a refeição para facilitar a deglutição [durante a refeição] [FIM] 02-05-2023 08:00

17-04-2023 08:00 - Inserir sonda gástrica [sos] [FIM] 02-05-2023 08:00

17-04-2023 08:00 - Posicionar para prevenir a aspiração [sem horário] [FIM] 02-05-2023 08:00

17-04-2023 08:00 - Referenciar deglutição comprometida ao médico [sos] [FIM] 02-05-2023 08:00

Eliminação intestinal

17-04-2023 08:00

Obstipação [RESOLVIDO] 02-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de obstipação [sem horário]

17-04-2023 08:00 - Referenciar obstipação ao médico [sos] [FIM] 02-05-2023 08:00

17-04-2023 08:00 - Planear dieta [sos] [FIM] 02-05-2023 08:00

17-04-2023 08:00 - Gerir hidratação [sem horário] [FIM] 02-05-2023 08:00

17-04-2023 08:00 - pesquisa de fecalomas [sos] [FIM] 02-05-2023 08:00

17-04-2023 08:00 - gerir medicação [sos] [FIM] 02-05-2023 08:00

Eliminação urinária

17-04-2023 08:00

Retenção urinária [RESOLVIDO] 02-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 08:00 - Avaliar evolução de sinais de retenção urinária [sem horário] [FIM] 02-05-2023 08:00

17-04-2023 08:00 - Referenciar retenção urinária ao médico [sos] [FIM] 02-05-2023 08:00

17-04-2023 08:00 - Inserir cateter urinário [agora] [FIM] 02-05-2023 08:00

17-04-2023 08:00 - Otimizar cateter urinário [sem horário] [FIM] 02-05-2023 08:00

Mucosas

17-04-2023 08:00

Membrana mucosa comprometida

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 08:00 - Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas [sem horário]

17-04-2023 08:00 - Tratar membrana mucosa (Cavidade oral) [sem horário]

17-04-2023 08:00 - Lavar cavidade oral [sem horário]

Termorregulação

17-04-2023 08:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [1x turno e sos]

Emoção

17-04-2023 08:00

Tristeza [RESOLVIDO] 02-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

- 17-04-2023 08:00 - avaliar evolução de tristeza [sem horario] [FIM] 02-05-2023 08:00
- 17-04-2023 08:00 - mostrar disponibilidade [sem horario] [FIM] 02-05-2023 08:00
- 17-04-2023 08:00 - referenciar tristeza ao médico [sos] [FIM] 02-05-2023 08:00
- 17-04-2023 08:00 - providenciar apoio emocional [sem horario] [FIM] 02-05-2023 08:00
- 17-04-2023 08:00 - promover envolvimento da família [sem horario] [FIM] 02-05-2023 08:00
- 17-04-2023 08:00 - gerir ambiente físico [sem horario] [FIM] 02-05-2023 08:00
- 17-04-2023 08:00 - incentivar equipa assistencial a providenciar apoio emocional [sem horario] [FIM] 02-05-2023 08:00
- 17-04-2023 08:00 - conversar com doente [sem horario] [FIM] 02-05-2023 08:00
- 17-04-2023 08:00 - executar toque terapêutico [sem horario] [FIM] 02-05-2023 08:00

Sofrimento [RESOLVIDO] 02-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

- 17-04-2023 08:00 - avaliar evolução do sofrimento [sem horario] [FIM] 02-05-2023 08:00
- 17-04-2023 08:00 - mostrar disponibilidade [sem horario] [FIM] 02-05-2023 08:00
- 17-04-2023 08:00 - executar toque terapêutico [sem horario] [FIM] 02-05-2023 08:00
- 17-04-2023 08:00 - incentivar equipa assistencial a providenciar apoio emocional [sem horario] [FIM] 02-05-2023 08:00
- 17-04-2023 08:00 - gerir ambiente físico [sem horario] [FIM] 02-05-2023 08:00
- 17-04-2023 08:00 - promover envolvimento da família [sem horario] [FIM] 02-05-2023 08:00
- 17-04-2023 08:00 - providenciar apoio emocional [sem horario] [FIM] 02-05-2023 08:00
- 17-04-2023 08:00 - informar doente sobre diagnóstico e prognóstico [agora] [FIM] 02-05-2023 08:00
- 17-04-2023 08:00 - comunicar com a doente [sem horario] [FIM] 02-05-2023 08:00
- 17-04-2023 08:00 - solicitar apoio da EIHS CP [sos] [FIM] 02-05-2023 08:00

Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado

17-04-2023 08:00

Potencial da família para melhorar conhecimento sobre necessidades do familiar dependente [RESOLVIDO] 02-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

- 17-04-2023 08:00 - Avaliar evolução do conhecimento da família sobre as necessidades do familiar dependente [sos] [FIM] 02-05-2023 08:00
- 17-04-2023 08:00 - Ensinar a família sobre necessidades do familiar dependente [conferência familiar e durante visitas] [FIM] 02-05-2023 08:00
- 17-04-2023 08:00 - realização de conferência familiar [de acordo com disponibilidade da família] [FIM] 02-05-2023 08:00

potencial da família para melhorar conhecimento sobre diagnóstico, evolução e prognóstico do familiar dependente [RESOLVIDO] 02-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 08:00 - avaliar evolução do conhecimento sobre diagnóstico, evolução e prognóstico do familiar dependente [sem horario] [FIM] 02-05-2023 08:00

17-04-2023 08:00 - realizar conferência familiar [de acordo com disponibilidade da família] [FIM] 02-05-2023 08:00

potencial da família para melhorar consciencialização sobre processo de finitude da doente [RESOLVIDO] 02-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 08:00 - avaliar evolução da consciencialização sobre processo de fim de vida [sem horario] [FIM] 02-05-2023 08:00

17-04-2023 08:00 - realizar conferência familiar [de acordo com disponibilidade da família] [FIM] 02-05-2023 08:00

17-04-2023 08:00 - consciencializar família sobre evolução e gravidade de doença e da aproximação da morte [na conferência familiar] [FIM] 02-05-2023 08:00

Conforto

17-04-2023 08:00

Conforto comprometido [RESOLVIDO] 02-05-2023 08:00

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 08:00 - avaliar conforto [sem horario] [FIM] 02-05-2023 08:00

17-04-2023 08:00 - mostrar disponibilidade [sem horario] [FIM] 02-05-2023 08:00

17-04-2023 08:00 - referenciar conforto comprometido ao médico [sos] [FIM] 02-05-2023 08:00

17-04-2023 08:00 - solicitar apoio da EIHSCP [sos] [FIM] 02-05-2023 08:00

17-04-2023 08:00 - permitir presença de familiares [sem horario] [FIM] 02-05-2023 08:00

17-04-2023 08:00 - envolver família [sem horario] [FIM] 02-05-2023 08:00

17-04-2023 08:00 - comunicar com a doente [sem horario] [FIM] 02-05-2023 08:00

17-04-2023 08:00 - providenciar apoio emocional [sem horario] [FIM] 02-05-2023 08:00

17-04-2023 08:00 - executar medidas de conforto [sem horario] [FIM] 02-05-2023 08:00

Conforto da família comprometido

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 08:00 - apoiar a família na tomada de decisão [sem horario]

17-04-2023 08:00 - envolver a família nos cuidados se for essa a sua vontade [sem horario]

17-04-2023 08:00 - permitir a presença da família junto da doente se agravamento clínico e perspectivando-se UHVD [sem horario]

17-04-2023 08:00 - informar a família sobre diagnóstico, evolução e prognóstico [na conferência familiar] [FIM] 02-05-2023 08:00

17-04-2023 08:00 - permitir à família a expressão de emoções [sem horario]

17-04-2023 08:00 - Consciencializar a família do aproximar da morte [na conferência familiar]

17-04-2023 08:00 - clarificar família sobre objetivos de cuidados (conforto da doente) [na conferência familiar] [FIM] 02-05-2023 08:00

17-04-2023 08:00 - informar família sobre orientação e possibilidades de apoio pós alta [na conferência familiar] [FIM] 02-05-2023 08:00

17-04-2023 08:00 - informar família sobre o plano terapêutico para a doente [na

conferência familiar] [FIM] 02-05-2023 08:00

02-05-2023 08:00 - iniciar processo de referenciação para RNCCI - UCP por decisão da família [agora]

02-05-2023 08:00 - incentivar ao apoio familiar como estratégia para o luto [sem horário]

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

CONFERÊNCIA FAMILIAR

O apoio à família do doente em situação de UHDTV torna-se fundamental e todas as intervenções realizadas com a família devem ter como objetivo promover a adaptação emocional do cliente e família à situação terminal, capacitando a família para a execução de cuidados ao doente e preparando-a para a perda evitando assim o desenvolvimento de luto patológico (Neto, 2003).

Segundo Braz & Franco (2017), as conferências familiares são um espaço aberto para escuta da família, sendo possível conhecer e compreender os seus pensamentos, sentimentos, medos, angústias e, a partir disso, responder às necessidades encontradas. Por outro lado, vai estreitar relações entre a equipa multidisciplinar e o cliente/família.

Fernandes (2016) salienta que as conferências familiares não devem ser apenas realizadas em situações de crise, devendo ser realizadas sempre que seja necessário para promoção do diálogo entre o cliente, família e equipa prestadora de cuidados, permitindo perceber o conhecimento que a família e cliente têm sobre a doença e a sua evolução, funcionando como momento para clarificação de dúvidas de modo a não criar expectativas irrealistas.

Na realização da conferência familiar e para transmissão de más notícias sobre o diagnóstico e prognóstico da doente do presente estudo de caso foi utilizado o modelo de comunicação de más notícias de Buckman-protocolo *SPIKES*. Este é um modelo de comunicação, que permite organizar o momento, ajudando o profissional e o doente a manter uma comunicação clara e aberta, em que é utilizado uma mnemónica de seis passos, tendo como objetivos perceber o que o doente ou familiares sabem sobre a situação; fornecer informação de acordo com o que o doente ou familiares conseguem suportar; permitir a expressão de emoções e ter um plano (Cruz & Riera, 2016).

No presente caso a conferência familiar foi realizada para discussão de plano terapêutico, por agravamento do quadro clínico da doente, para identificação das necessidades da família e para preparação para alta. Estiveram presentes a equipa assistente, a EIHSCP, assistente social, os filhos da doente e o ex-marido. Durante a mesma, foi esclarecido o quadro atual de doença neurológica com má evolução e prognóstico reservado associada a doença oncológica avançada com indicação para tratamento sintomático exclusivo. Estabelecidos objetivos de controlo de

sintomas e conforto com que a família concorda. Identificadas necessidade de suporte emocional, controlo de sintomas e garantia de cuidados por dependência total.

Família em sofrimento, referiu preocupação sobre continuidade de cuidados, mencionando que o desejo da doente era voltar para casa, no entanto, receosa sobre capacidade de prestar os devidos cuidados para maior conforto à doente. Preocupada com o controlo de sintomas no domicílio e progressão da doença, sentimento já demonstrado pela doente que tem consciência da dificuldade que isto acarreta.

Foi explicado à família que podem ser prestados cuidados no domicílio com apoio (ECCI) ou numa UCP. Família ficou de decidir. Foram incentivados a envolver a doente na decisão.

Durante a conferência foi valorizada a presença e disponibilidade da família junto da doente e incentivada a transmitir tranquilidade quando junto dela. Incentivada equipa assistente à liberalização de visitas e a permitir a visita de neto de oito meses.

4.8. Especificação das intervenções

Gerir hidratação

- Incentivar a cliente a ingerir água gelificada ou água com espessante

Tratar membrana mucosa

- sugerir à equipa a lavar cavidade oral frequentemente
- Pesquisar presença de lesões
- sugerir à equipa a aplicação de substitutos de saliva artificial

Lavar cavidade oral

- incentivar equipa a lavar frequentemente a cavidade oral da doente com tantum verde

Planear dieta

- dieta pastosa

Posicionar durante a refeição para facilitar a deglutição

- cabeceira a 90º ou posicionamento de sentada tolerado pela doente

Posicionar para prevenir a aspiração

- cabeceira elevada 30º

Inserir sonda gástrica

- se perda da capacidade de deglutição

Implementar estratégias facilitadoras da comunicação

- falar lenta e pausadamente
- transmitir uma ideia de cada vez

- respeitar o silêncio
- utilizar linguagem não verbal
- estar atento à linguagem não verbal da doente
- Privilegiar perguntas com resposta sim/não
- Posicionar-se ao nível da doente
- Estar atento aos sinais de cansaço e frustração
- utilização de quadros de comunicação (se tolerado pela doente)

Inserir cateter urinário

- realizado pela equipa assistente no momento da retenção urinária

Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico

- a ser realizado pela equipa assistente

Executar massagem

- massagem de relaxamento

Avaliar evolução da dor

- através da escala numérica ou qualitativa de avaliação da dor enquanto estado cognitivo da doente permita fazer autoavaliação
- através da escala comportamental de PAINAD quando doente não tiver capacidade para autoavaliar

Trocar cateter urinário

- a ser realizado pela equipa assistente

Ensinar a família sobre necessidades do familiar dependente

- necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais
- ensinar sobre sinais e sintomas de UHVD
- ensinar sobre necessidade de medicação para controlo de sintomas
- ensinar família sobre privilegiar conforto

Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

- Musicoterapia - sugerir criação de playlist com músicas que a cliente aprecie e associe à sensação de bem-estar
- Técnica de distração - através da visualização de programas de TV, do conforto, conversar com a doente
- Sugerir técnica de massagem - a aplicar na zona do corpo em que a cliente refere desconforto
- Imaginação guiada - uso de imagens mentais com conotação positiva para a cliente
- sugerir aplicação de calor
- toque terapêutico - técnica utilizada para melhorar sensação de bem-estar

Posicionar para aliviar a dor

- posicionamento antialgico
- De acordo com posição de conforto

pesquisa de fecalomas

- incentivar equipa assistencial à pesquisa de fecalomas se doente com dor abdominal, distensão abdominal e obstipação

mostrar disponibilidade

- estar disponível para apoiar cliente e família
- presença empática e compassiva junto da doente

providenciar apoio emocional

- escuta ativa
- toque terapêutico
- envolver a família
- presença empática e compassiva

promover envolvimento da família

- promoção da integridade familiar
- suporte ao cuidador
- incentivar equipa a permitir visita de neto da doente

gerir ambiente físico

- ambiente calmo
- proporcionar ambiente seguro e confortável
- incentivar equipa assistente a criar condições para visita do neto

incentivar equipa assistencial a providenciar apoio emocional

- incentivar equipa a permitir visita do neto da doente
- incentivar equipa a permitir liberalização de visitas
- incentivar equipa a envolver a família
- incentivar equipa a mostrar disponibilidade

conversar com doente

- estar presente
- falar com a doente
- mostrar disponibilidade
- utilizar linguagem não verbal
- falar lenta e pausadamente
- Posicionar-se ao nível da doente

executar toque terapêutico

- para melhorar sensação de bem-estar

mostrar disponibilidade

- sentar-se com a doente
- confortar a doente através do toque

informar doente sobre diagnóstico e prognóstico

- utilizar protocolo spikes para comunicação de más notícias na primeira avaliação pela

EIHSCP

solicitar apoio da EIHSCP

- para colaboração na gestão de sintomas
- para colaboração na organização de cuidados
- para colaboração na tomada de decisões

realizar conferência familiar

- conhecer a família
- identificar necessidades da família
- verificar informação sobre doença, diagnóstico e prognóstico
- clarificação sobre CP
- clarificar objetivos de cuidados
- discussão do plano terapêutico
- preparação para a alta

Consciencializar a família do aproximar da morte

- promover despedidas
- permitir presença de familiares
- identificação de sinais UHVD

avaliar conforto

- em todas as suas dimensões: psicoemocional, espiritual, físico, ambiental e sociocultural

executar medidas de conforto

- gerir ambiente físico
- posicionar a doente
- massajar a doente
- executar toque terapêutico
- gerir analgesia
- envolver família
- mostrar disponibilidade
- presença empática e compassiva

Avaliar evolução da integridade dos tecidos

- vigiar sinais de úlcera de pressão

Planear eliminação intestinal

- gerir medicação

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A formação especializada em CP permite aquisição de conhecimentos sobre CP e melhoria contínua da qualidade da prestação dos cuidados de saúde. O enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica adquire competências para conceber, implementar e avaliar planos de intervenção com base nas necessidades das pessoas e família/cuidadores alvo dos seus cuidados, tendo por base o pensamento crítico e reflexivo (OE, 2017). Ao conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias para o exercício das práticas de enfermagem numa determinada área é definido como competência profissional. A formação por meio de aquisição de competências é essencial para fornecer ao profissional conhecimentos associados a habilidades, atitudes, assim como aquisição e desenvolvimento de raciocínio crítico-reflexivo e ético (Guirro et al., 2021).

Em 2013, o grupo de educação da *European Association for Palliative Care* (EAPC) definiu dez competências fundamentais, transversais a todos os profissionais, para a prática de qualidade de CP: 1.aplicar os princípios centrais dos CP, tendo em conta o ambiente próprio e seguro para o doente e família; 2.promover conforto físico no decorrer da trajetória de doença da pessoa; 3.atender as necessidades psicológicas dos doentes; 4.atender às necessidades sociais dos doentes; 5.atender às necessidades espirituais dos doentes; 6.dar resposta às necessidades dos familiares cuidadores relativamente aos objetivos do cuidar a curto, médio e longo prazo; 7.dar resposta aos desafios éticos e clínicos da tomada de decisão; 8.implementar trabalho em equipa interdisciplinar, coordenado, em todos os contextos da prática de CP; 9.desenvolver competências comunicacionais e interpessoais ajustadas aos CP; 10.promover o autoconhecimento e o desenvolvimento profissional contínuo (Guirro et al., 2021).

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, enfermeiro especialista é aquele a quem é reconhecido competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem especializada numa determinada área. Este regulamento define o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista aplicáveis em todos os contextos da prestação de cuidados enquadrando as competências do domínio da responsabilidade profissional; competências do domínio da melhoria da qualidade, competências do domínio da gestão de cuidados e competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. O conjunto de competências especializadas diz respeito ao aprofundar dos domínios de competência do enfermeiro generalista que se traduz no conjunto das competências comuns e específicas de cada área de especialidade (Regulamento nº140/2019).

Tendo em conta o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em

Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em situação paliativa, a área de especialização de enfermagem tem como alvo de atuação de cuidados a pessoa com doença incurável, em fase avançada, progressiva e terminal, sua família/cuidadores, nos diversos contextos de intervenção. O presente regulamento define como competências específicas cuidar da pessoa em situação paliativa, cuidadores/família nos diversos contextos da prática clínica, tendo como finalidade o alívio do sofrimento, melhoria da qualidade de vida, conforto ou bem-estar; e estabelecer relação terapêutica com a pessoa em situação paliativa, seus familiares/cuidadores apoiando-os no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte, assim como no acompanhamento do luto (Regulamento nº 429/2018).

Este capítulo prende-se com a descrição critico-reflexiva das atividades desenvolvidas durante o período de ENP para o desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista e desenvolvimento de competências específicas em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação paliativa. A par destas competências foi também fomentado o desenvolvimento de competências que promovam a tomada de decisão do enfermeiro na gestão da dor da pessoa em situação paliativa com a identificação de fatores que influenciam a tomada de decisão, tendo por base a evidência científica com a realização de uma revisão da literatura sobre o tema em análise.

COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal

O enfermeiro especialista demonstra habilidades, atitudes e conhecimentos do domínio ético-deontológico para incorporar na sua prática, os melhores cuidados tendo em conta as preferências do doente, através da tomada de decisão segundo os princípios, valores e normas deontológicas e garantindo práticas de cuidados respeitando os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento nº140/2019).

A lei de bases dos Cuidados Paliativos faz também referência ao respeito pela autonomia, vontade, individualidade e dignidade da pessoa, referindo ainda que o doente tem direito a escolher o local de prestação de cuidados, ser informado do seu estado clínico se assim for a sua vontade, participação nas decisões sobre os cuidados a serem prestados, direito à privacidade e confidencialidade dos seus dados pessoais (Lei nº52/2012).

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, foram realizados vários momentos de reflexão crítica com as equipas em ENP relativamente às intervenções relacionadas com o princípio de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, tendo por base o código deontológico profissional de enfermagem.

Neste sentido, foi também promovido durante o período de ENP em conferências familiares momentos de reflexão ética, tendo como exemplo reflexões sobre colocação de SNG em doentes com demência avançada e com recusa alimentar ou questões sobre hidratação e

nutrição em fim de vida, tendo em conta os princípios de beneficência e não maleficência. O respeito pela autonomia durante as avaliações dos doentes decorrentes de entrevistas clínicas nos dois contextos de ENP, formulando planos de cuidados respeitando a vontade e desejos dos doentes, como referido no artigo 5º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos onde é mencionado o respeito pela autonomia das pessoas no que à tomada de decisão diz respeito (Unesco, 2006). O consentimento informado consagrado na Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (Unesco, 2006), na Lei de Bases da Saúde (Lei nº95/2019) ou na Lei dos direitos e deveres do utente dos serviços de saúde (Lei nº15/2014), foi igualmente respeitado durante as entrevistas clínicas ou nas conferências familiares, em que foi prestada a informação ao doente e família de forma adequada, acessível, objetiva, clara e completa sobre a situação de saúde, assim como de intervenções propostas, evolução e planos de cuidados a adotar. Também o Código Deontológico dos Enfermeiros prevê que o enfermeiro, no respeito das suas funções, deve informar o doente e família, respeitar e promover o direito da pessoa ao consentimento informado ou informar sobre os recursos existentes ou maneira de os obter, tendo sido respeitado estes princípios durante o contexto de prestação de cuidados na UCP e EIHSCP (OE, 2015c).

Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

O enfermeiro especialista, no domínio da melhoria da qualidade, colabora na realização de projetos institucionais na área da qualidade, na sua divulgação, reconhecendo a importância da avaliação das práticas de cuidados, usando a evidência científica, e a implementação de programas para a melhoria da qualidade dos cuidados. Do mesmo modo, assegura um ambiente terapêutico para a prestação de cuidados e promoção do bem-estar (Regulamento nº140/2019).

A OMS (2020) descreve cuidados de saúde de qualidade como cuidados eficazes, baseados na evidência; seguros, procurando não prejudicar a quem são destinados; centrados nos doentes, cuidados prestados tendo em conta as preferências, necessidades e valores; além disto, para que os cuidados prestados sejam de qualidade, os serviços de saúde devem ser oportunos, reduzindo tempos de espera; equitativos; integrados, devendo ser prestados em todos os níveis e disponíveis ao longo da vida e eficientes, otimizando a utilização dos recursos disponíveis.

A avaliação da qualidade é importante para saber a eficácia das atividades implementadas, levando a mudanças significativas nos resultados em saúde. Deste modo, a avaliação da qualidade por meio de indicadores, permite que prestadores e decisores políticos avaliem os progressos efetuados (OMS, 2020).

Importa também referir que para a melhoria da qualidade dos cuidados é necessário considerar a importância do desenvolvimento de uma cultura de qualidade a nível das organizações do sistema de saúde. Para a implementação de uma cultura da qualidade as organizações devem ter como características: liderança para a qualidade; uma cultura de abertura e transparência; dar ênfase no trabalho de equipa; responsabilização; ensino integrado; circuitos de *feedback*

para as melhorias; profissionais adequados, envolvendo os utentes dos serviços e das comunidades; capacitação dos indivíduos; alinhamento dos valores profissionais e organizacionais; promoção do orgulho na prestação de cuidados; valorização de cuidados compassivos; coerência dos esforços, desenvolvidos para a qualidade (OMS, 2020).

Por sua vez, a OE definiu padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico cirúrgica de modo a ser uma referência na prestação de cuidados especializados, promovendo a reflexão e criação de projetos de melhoria contínua dentro de cada área de especialidade (OE, 2017). Os cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação paliativa são cuidados contínuos, que exigem competências altamente qualificadas, prestados à pessoa em situação paliativa e família independentemente do contexto onde se encontrem. Devem ser prestados numa perspetiva interdisciplinar de modo a alcançar o bem-estar e a qualidade de vida, preservando a dignidade e diminuindo o sofrimento. Deste modo, a OE definiu seis categorias de enunciados descritivos, com vista a alcançar a excelência do exercício profissional do enfermeiro especialista: a satisfação do doente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; promoção de bem-estar e autocuidado; a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2017).

Assim, no domínio da melhoria contínua da qualidade e com base nos padrões da qualidade definidos pela OE (2017), procurei identificar as necessidades de cuidados do doente e família tendo em conta as variáveis psicoemocionais, crenças e valores durante a prestação dos cuidados, criando uma relação terapêutica facilitadora entre a equipa e com os doentes e família, propiciando climas de confiança. Procurei promover e respeitar a autonomia, bem-estar e qualidade de vida como objetivo dos cuidados, ajustando expectativas face à evolução da doença, ou a processos de perdas, desenvolvendo, avaliando e ajustando planos de cuidados às necessidades do doente e família.

Foram proporcionados vários momentos durante a prestação de cuidados no ENP, de identificação e antecipação de situações de agudização (OE, 2017), intervindo junto das equipas na tomada de decisão. Foram efetuados vários ensinamentos sobre a gestão de regime terapêutico e administração segura de terapêutica no domicílio (a título de exemplo, a colocação de medicação TD ou administração segura de medicação oral tendo em conta o estado de consciência do doente) e plano de intervenção em momentos de CE junto da EIHS CP e ensinamentos de preparação para alta junto de doentes e famílias na UCP, onde foram também ensinadas estratégias de autocuidado para minimizar fatores de stress decorrentes do aumento de dependência ou proximidade da morte ou ensinamentos de prevenção de úlceras de pressão ou quedas no domicílio.

Na organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2017) procurei contribuir e integrar-me na organização das equipas, tendo oportunidade de estar presente nos momentos de reflexão crítica com a equipa de CP e neste sentido, promovi junto das equipas momentos de discussão e

reflexão sobre a melhoria dos sistemas de registo (OE, 2017), ajudando na incorporação das necessidades de cuidados de enfermagem, as intervenções especializadas e os resultados destas intervenções, ajudando na formulação de diagnósticos e intervenções no plano de cuidados dos doentes acompanhados pela EIHSCP, tendo em conta as necessidades identificadas nos doentes e famílias. Também participei na implementação de novo sistema de registos em CE, sugerindo inclusão de dados pertinentes na avaliação inicial para melhor promover a continuidade de cuidados em futuras consultas, assim como intervenções de avaliação tendo em conta a escala *Edmonton System Assessment Scale* (ESAS) em todos os momentos de contacto e para melhor documentar o trabalho realizado.

Durante o ENP tomei conhecimento dos programas desenvolvidos pelas equipas no que concerne à melhoria da qualidade, sendo que, ambas as equipas colaboram com atividade formativa a outros profissionais de saúde das instituições no que concerne aos CP, desempenhando também funções importantes na disponibilidade de estágios profissionais para a formação pré e pós-graduada de médicos e enfermeiros. Percebi também, que as equipas se encontram em constante produção de evidência científica tendo vários artigos publicados em revistas científicas.

Neste sentido, de modo a contribuir para a melhoria da qualidade realizei também, uma revisão da literatura sob o tema “Fatores que influenciam o processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros na gestão da dor da pessoa em situação paliativa – *rapid review*”, tendo sido os resultados apresentados à EIHSCP, mobilizando assim conhecimentos baseados na evidência, fomentando momentos de reflexão e partilha com a equipa, acreditando, se estes forem considerados na prática clínica, os enfermeiros poderão ser responsáveis por mudanças muito significativas na vida da pessoa e família em situação paliativa.

De referir, ainda, a participação como Comissão Organizadora do Seminário de Enfermagem Médico-Cirúrgica, área da pessoa em situação paliativa, integrado na NursID Spring School 2023, realizada a 8 de maio de 2023 (Anexo I).

Domínio da Gestão dos cuidados

No domínio da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista no domínio das suas funções, realiza a gestão dos cuidados adequando os recursos disponíveis às necessidades e garantindo a segurança e qualidade dos cuidados (Regulamento nº140/2019).

Neste sentido, colaborei com as equipas multidisciplinares dos contextos de ENP, participando em momentos de assessoria aos enfermeiros e equipas prestadoras de cuidados durante o ENP na EIHSCP, colaborando nos momentos de discussão e reflexão e no processo de tomada de decisão. Colaborei, igualmente, através da consulta dos processos e registos dos doentes em acompanhamento pela equipa, na gestão dos cuidados, gerindo a priorização das visitas a

serem efetuadas aos doentes.

Foi também proporcionado vários momentos de reflexão crítica junto dos tutores sobre os planos de cuidados instituídos, intervenções de enfermagem e gestão de cuidados.

A participação em oito reuniões multidisciplinares na EIHSCP, assim como nas reuniões semanais da UCP fomentaram a discussão de situações clínicas complexas e reflexões sobre o planeamento de cuidados dos doentes em acompanhamento pelas equipas.

Com a integração nas equipas, tive ainda a oportunidade de conhecer a organização dos serviços, ter conhecimento da legislação em vigor e das funções de gestão do enfermeiro especialista nos diferentes contextos. Percebi que os recursos disponíveis são insuficientes para atender a todas as necessidades dos doentes em situação paliativa, verificando a necessidade de formar e especializar mais profissionais na área de CP (OE, 2017). No ENP decorrente na EIHSCP verifiquei que a existência de três enfermeiros e cinco médicas pertencentes à equipa leva a uma grande exigência e desgaste por parte da equipa para atender ao universo de doentes a quem é solicitado apoio nesta instituição e com necessidades paliativas.

A nível de gestão de recursos materiais, nomeadamente a nível de instalações, de referir a gestão na UCP das vagas disponíveis para internamento de doentes, muitas vezes condicionada pela presença de elevado número de doentes internados de foro cirúrgico, uma vez que as instalações são partilhadas. Relativamente à EIHSCP, de referir a sala onde se encontra alocada a equipa, que ao ser partilhada entre a equipe médica e de enfermagem e alunos de ambas as categorias profissionais fica limitada, assim como a inexistência de uma sala própria para as conferências familiares em cada serviço da instituição, a quem a equipa presta consultoria, verificando-se muitas vezes, a dificuldade em arranjar um espaço para este efeito.

Domínio das aprendizagens profissionais

Os CP assumem-se como uma resposta às necessidades dos doentes que padecem de grande sofrimento, das suas famílias ou cuidadores. Neste sentido, devido à falta de capacidade de resposta da RNCP em Portugal, para suprir as necessidades dos doentes em situação paliativa, surge a crescente necessidade de formar e especializar profissionais nesta área (OE, 2017).

Relativamente ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista demonstra capacidade de autoconhecimento e assertividade pessoal, profissional e organizacional, tornando importante o desenvolvimento da prática dos cuidados especializados na evidência científica.

Deste modo, foram desenvolvidos momentos de reflexão pessoal e profissional através da participação ativa nas atividades das equipas, nos momentos de reflexão decorrentes das orientações tutoriais com os orientadores do relatório e reuniões intercalares com o professor assistente da ESEP. Foi promovido o autoconhecimento através da participação de várias

atividades formativas ao longo do ENP, cujos comprovativos de participação se encontram em anexo, tais como:

-Participação em formação sobre o luto com discussão de casos clínicos durante ENP na EIHSCP. Formação realizada na instituição de saúde da equipa, onde foram discutidos casos sobre a oportunidade e apoio aos familiares de doentes que falecem no SU da instituição, com identificação das necessidades nesse local de trabalho (necessidades formativas aos profissionais de saúde, recursos materiais e humanos com pessoal capacitado para comunicação de más notícias...);

-Participação em palestra “Cuidamos e acompanhamos outros... e como podemos cuidar de nós?” com Professor Doutor Enric Benito como palestrante (Anexo II), onde foi abordado as estratégias necessárias para promover o autocuidado físico, social e interior; a autoconsciência e a importância do profissional na relação terapêutica; sendo também referido que a qualidade dos cuidados de saúde depende, em grande parte, do funcionamento das equipas e que a qualidade das equipas está relacionada com a maturidade, experiência e qualidade das pessoas que as compõem e das relações que estabelecem entre si. Deste modo, com a participação nesta formação, tive oportunidade de perceber a importância da equipa de saúde como um instrumento de saúde e de autocuidado. A importância da criação de estratégias de autocuidado para que os profissionais que lidam diariamente com o sofrimento, equipas de CP, possam prestar os melhores cuidados. O Professor Doutor Enric Benito refere, ainda, que não se pode cuidar dos outros se cada profissional não cuidar de si próprio. Menciona ainda que dar prioridade aos cuidados dos outros, em detrimento de si próprio leva à exaustão, esgotamento e eventualmente à má prestação de cuidados. Por isso mesmo, o autocuidado, deve ser prestado primeiro a nível pessoal, depois da equipa e depois dos outros;

-Participação em webinar de Lançamento de White Paper “Feridas na pessoa em situação paliativa” da APTFeridas, tendo oportunidade de refletir e perceber a atuação dos profissionais nos doentes com doença incurável, progressiva ou avançada que apresentam feridas, tema de extrema relevância para os cuidados prestados também a nível profissional no dia a dia (Anexo III);

-Participação no Seminário de Enfermagem Médico-Cirúrgica, área da pessoa em situação paliativa, integrado na NursID Spring School 2023 com o tema “Consciencialização do processo de morrer em clientes paliativos” (Anexo IV);

-Participação em webinar: “Comunicação em CP – desafios e oportunidades”. Sendo a comunicação um dos pilares fundamentais onde assentam os CP, é importante a formação nesta área de modo à aprendizagem de ferramentas de comunicação facilitadoras da relação terapêutica com todos os intervenientes do processo de cuidar, permitindo uma comunicação honesta, a esperança realista e o ajuste de expectativas (OE, 2017);

-Realização e divulgação junto da EIHSCP da revisão “Fatores que influenciam o processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros na gestão da dor da pessoa em situação paliativa - *rapid review*”, cuja apresentação se encontra em anexo (Anexo V);

-No decorrer do ENP e de forma a atingir os objetivos delineados para a aquisição de competências especializadas que promovessem a tomada de decisão do enfermeiro na gestão da dor da pessoa em situação paliativa, foram também identificados os instrumentos de avaliação da dor utilizados pelas equipas onde decorreu o ENP, identificado como é feita a monitorização da dor pelas equipas, as estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o controlo da dor mais utilizadas e identificado fatores que influenciam o processo de tomada de decisão dos profissionais na gestão da dor da pessoa em situação paliativa.

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

No âmbito das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica à pessoa em situação paliativa e de acordo com o Regulamento nº429/2018, para as competências específicas “*Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida*” (p.19365) e “*Estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto*” (p.19365) foram desenvolvidas atividades durante o ENP através da mobilização de conhecimentos adquiridos durante o curso de mestrado em enfermagem médico cirúrgica à pessoa em situação paliativa e da experiência e conhecimentos da vida profissional, bem como da pesquisa bibliográfica, procurando identificar e responder perante situações complexas, identificando necessidades do doente e família, desenvolvendo atividades de forma a aliviar o seu sofrimento, maximizando o bem-estar, conforto e qualidade de vida dos doentes internados numa UCP e em acompanhamento pela EIHSCP, seus familiares ou cuidadores.

A prática de CP assenta sobre quatro áreas fundamentais:

- Controlo da dor e de todos os sintomas, assentando também no suporte psicológico, emocional e espiritual;
- Comunicação eficaz e terapêutica;
- Apoio à família, devendo esta ser envolvida ativamente nos cuidados prestados, uma vez que também ela deve ser alvo de cuidados durante o processo de doença e no luto;
- Trabalho em equipa, em que todos os elementos se centram num objetivo e missão em

comum (Neto, 2016; OE, 2017).

Não é possível a aplicação de cuidados de qualidade se alguma destas vertentes for descurada, devendo por isso serem tidas em conta numa perspetiva de igual importância. Para uma correta gestão de cuidados perante as situações complexas, bem como, uma correta intervenção junto do doente em situação paliativa exige que os profissionais de saúde recebam formação adequada e rigorosa nestas quatro áreas (Neto, 2016). Assim, é importante a aquisição de competências clínicas, de comunicação, éticas e na gestão de casos, assentando em valores e atitudes, o respeito pela autonomia, a compaixão e o compromisso para com o doente e família (Neto, 2016).

Deste modo, o controlo de sintomas aqui referido, vai mais além do controlo da dor ou de outros sintomas físicos, sendo também necessário aludir ao controlo das necessidades psicológicas, emocionais, espirituais ou sociais do doente. Negligenciar esta área pode levar ao sofrimento do doente, causando impacto no bem-estar do doente e na sua qualidade de vida (Neto, 2016).

O apoio à família por parte das equipas de CP é fundamental pois estes detêm um papel fulcral no apoio aos doentes terminais. Fernandes (2016) afirma que quando a pessoa adoece, o impacto da doença afeta toda a família. Por sua vez, Rolland (2000) afirma que a doença, a incapacidade e a morte são experiências universais que põem as famílias perante um dos maiores desafios da vida. Cabe aos enfermeiros, enquanto profissionais de saúde, a obrigação de estar presente nesta experiência única que é o processo de morrer, facultando toda a informação e formação necessária ao familiar/cuidador.

Assim, a família é considerada, nesta fase da vida, como prestadora e recetora de cuidados, sendo por isso importante a sua inclusão no plano de cuidados definido, monitorizando frequentemente o seu nível de stress e identificando problemas e necessidades que possam ser resolvidos pela equipa profissional (Neto, 2016).

A Teoria das Transições, de Afaf Meleis, refere que, durante a vida, a pessoa é alvo de transições que resultam de eventos críticos e de mudanças (Meleis, 2010). A autora define a enfermagem como o processo facilitador das transições promotoras de sentimentos de bem-estar. Os enfermeiros acabam por ser os principais cuidadores dos doentes/famílias que vivenciam esta transição e desempenham um papel privilegiado, dado que também são responsáveis pela capacitação dos familiares/cuidadores, providenciando conhecimento e suporte e promovendo, desta forma, uma transição saudável, num período de grande vulnerabilidade e sofrimento (Meleis et al., 2000; Meleis, 2010).

O enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica à pessoa em situação paliativa, de acordo com o regulamento nº 429/2018, focando-se na complexidade das necessidades do doente e família, detentor de competências, conhecimento e experiência, deve ser agente facilitador do processo de transição, com o objetivo de aliviar o sofrimento e melhorar a

qualidade de vida.

A transição diz respeito ao processo que leva à inclusão de mudanças, promovendo a reorganização para um novo modo de viver, ser e estar. Sabe-se que as transições são complexas e multidimensionais. Quanto maior for o reconhecimento da mudança, mais rapidamente a pessoa conseguirá reorganizar-se num novo modo de viver e de estar no mundo (Meleis et al., 2000). Esta teoria de enfermagem, serve como referencial à conceção dos estudos de caso elaborados na plataforma e4Nursing da ESEP e presentes neste relatório.

Figueiredo e Amendoeira (2018) descrevem a abordagem por estudo de caso como uma abordagem metodológica de investigação, a ser utilizada para compreender, explorar ou descrever e aprofundar acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão envolvidos diversos fatores. Deste modo, durante a realização dos ENP e de forma a aprofundar o conhecimento no âmbito dos CP e adquirir e desenvolver competências específicas de enfermeiro especialista em médico cirúrgica à pessoa em situação paliativa, foram elaborados dois estudos de caso, referentes a dois contextos distintos, na plataforma e4Nursing da ESEP e que constam do presente relatório. Nestes, foram apresentados vários problemas que implicam tomada de decisão tendo por base os princípios dos CP, sendo explanadas atividades e intervenções necessárias para o desenvolvimento das competências, tendo por base a teoria de transições de Afaf Meleis, referido anteriormente.

A seleção dos domínios de cada estudo de caso e priorização dos cuidados foi realizada tendo em consideração os cenários descritos, o enquadramento teórico e os objetivos dos CP. Assim, foi realizada uma análise sobre alguns dos domínios que mais desconforto causam ao doente do estudo de caso, tendo em conta as necessidades identificadas e descrevendo as atividades realizadas com vista à melhoria da prestação dos cuidados, ao alívio do sofrimento, melhoria do conforto, do bem-estar e qualidade de vida do doente e família, baseado na evidência encontrada, para melhor fundamentar e construir o processo de toma de decisão em enfermagem.

Os problemas identificados nos estudos de caso (consciência, dor, membrana mucosa, sofrimento, conforto comprometido, preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado, apetite, dispneia, tosse, termorregulação, sono, conservação de energia, emoção, luto, situação de UHDV, *delirium*), bem como as intervenções realizadas encontram-se fundamentados em 3. e 4. deste relatório. Esta atividade permitiu igualmente o desenvolvimento do pensamento crítico perante os problemas de enfermagem identificados e o desenvolvimento de competências gerais e específicas de enfermeiro especialista.

O trabalho em equipa, enquanto um dos pilares dos CP, assenta em dois conceitos: multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, em que a multidisciplinaridade diz respeito à complementaridade de atuação entre diferentes especialidades profissionais e a interdisciplinaridade é referente à orientação de prestação de cuidados entre os diferentes

profissionais da equipa, tendo em conta objetivos comuns (Lei nº52/2012). Para uma resposta efetiva e adequada de cuidados perante as necessidades de um doente em situação paliativa é fundamental uma equipa coordenada, que trabalha com uma metodologia comum e cuja abordagem e objetivo de atuação tenha como finalidade a qualidade de vida e o bem-estar global do doente e da sua família (Bernardo et al., 2016).

O enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica à pessoa em situação paliativa deve ser um elemento dinamizador do trabalho em equipa, partilhando e potenciando os contributos individuais no processo de tomada de decisão (Regulamento 429/2018).

A comunicação eficaz em CP constitui uma necessidade básica na atenção ao doente e família. É o processo de troca de informação capaz de levar à criação de uma relação interpessoal autêntica, fundamental para a prestação de cuidados de qualidade, atendendo a todas as dimensões do sofrimento da pessoa doente (Querido et al., 2016). Segundo Twycross (2003) a comunicação constitui um importante processo terapêutico, dinâmico e imprescindível para cuidar com dignidade todas as dimensões da pessoa.

Comunicar eficazmente é, ao mesmo tempo, uma tarefa de extrema importância e dificuldade, constituindo um desafio para os profissionais, e implicando a utilização e o desenvolvimento de competências de comunicação entre o profissional que cuida e o doente e família a quem são prestados os cuidados (Querido et al., 2016). Saber comunicar é uma competência fundamental para promover cuidados de qualidade. O enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica à pessoa em situação paliativa é capaz de adequar as estratégias de comunicação na relação que estabelece com todos os intervenientes no processo de cuidar, estabelecendo relações terapêuticas utilizando uma comunicação honesta, esperança realista e ajuste de expectativas no processo e formulando planos de intervenção tendo em conta as preferências e vontades da pessoa doente e família em todo o processo (Regulamento nº429/2018). *“A comunicação adequada é uma estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento associado à doença avançada e terminal”* (Querido et al., 2016, p.816).

Os autores acrescentam que é fundamental que a comunicação tenha em conta as necessidades de informação, preocupações e expectativas do doente, devendo ao mesmo tempo, ser preocupação da equipa de CP o incentivo ao cumprimento de metas realistas, dando enfoque à esperança realista, questionando sempre o doente e incluindo estes aspetos no plano de cuidados. Neste processo, o direito à verdade deve ser reconhecido e adequado à capacidade que a pessoa doente tem para a assimilar e incorporar na sua experiência de vida (Querido et al., 2016).

A escuta ativa, compreensão empática e *feedback* são competências básicas da comunicação em CP. A comunicação eficaz é uma estratégia terapêutica de intervenção, que permite estabelecer uma relação de qualidade com os doentes, permitindo melhor identificação das necessidades dos doentes e famílias proporcionando uma melhor qualidade de vida (Querido et

al., 2016).

A comunicação torna-se fundamental também no apoio e satisfação dos familiares/cuidadores, na medida em que cuidadores/familiares bem informados proporcionam melhor acompanhamento e melhor qualidade de vida ao doente alvo de cuidados (Neto, 2003).

A conferência familiar pode ser considerada uma ferramenta eficaz de comunicação que além de proporcionar momentos de partilha e informação, providencia apoio psicoemocional ao doente e à família, permitindo a expressão de emoções, preocupações, medos e ajuda na adaptação emocional à perda, ao processo de doença e ao luto (Fernandes, 2016). É considerada uma ferramenta de intervenção de comunicação efetiva adaptada às necessidades do doente e família, podendo facilitar a aceitação de um plano de cuidados (Nobre, 2019).

Segundo Neto (2003) a conferência familiar corresponde a uma reunião estruturada, organizada e planeada pelos profissionais da equipa multidisciplinar de intervenção na família. Esta pode ser realizada com objetivo de clarificar objetivos dos cuidados ao interpretar sintomas e dados clínicos, explorar opções terapêuticas, expectativas e esperança, apoiando na tomada de decisão e clarificando dúvidas relativamente a dilemas éticos; ajudar na resolução de problemas identificando necessidades do doente e família, explorando dificuldades na comunicação, mobilizando recursos familiares e intervindo através do ensino de estratégias de manejo de sintomas ou outras; prestar apoio e aconselhamento, através da validação de emoções, do esforço e trabalho da família, convidando o doente e família à expressão de emoções, medos e preocupações.

Compete ao enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica na área da pessoa em situação paliativa, tendo em conta o Regulamento nº429/2018, envolver os cuidadores/familiares da pessoa em situação paliativa, com vista à otimização dos resultados para a satisfação das necessidades ao reunir periodicamente com os familiares, identificando e reavaliando as necessidades, utilizando para o efeito a conferência familiar e atualizando o plano de intervenção em parceria com os familiares.

Perante o exposto, e para além da realização das atividades já supramencionadas e descritas ao longo do relatório, tendo em conta a **unidade de competência 1.1** do Regulamento nº429/2018 ***“Identifica as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/familiares”*** (p.19365) durante o ENP realizado na EIHS CP e UCP foram também desenvolvidas as seguintes atividades:

- Identificação das necessidades dos doentes internados na UCP ou através da avaliação dos doentes seguidos pela EIHS CP, através de entrevista clínica realizada na avaliação inicial ao doente ou nos momentos de reavaliação. Participação nas visitas diárias aos doentes seguidos pela EIHS CP, 14 das quais foram entrevistas iniciais onde foram identificadas necessidades a nível físico, psicoemocional, espiritual e sociofamiliar. Oportunidade de colaborar na elaboração

de plano terapêutico, na organização de cuidados, na tomada de decisões através da discussão diária com os elementos da EIHSCP e com a equipa assistencial; identificação, também, de valores culturais e espirituais através das entrevistas clínicas, das conferências, das consultas e na prestação de cuidados dos doentes internados na UCP;

- Identificação das necessidades, através da consulta diária de processos clínicos dos doentes seguidos pela EIHSCP, através do sistema clínico de informação SClínico. Esta consulta de informação clínica permitiu perceber o estado do doente nas últimas 24 horas, identificando as necessidades, agravamento ou alterações relativamente ao doente, ajudando também na priorização das visitas/reavaliações aos doentes. Permitiu também momentos de reflexão entre a equipa interdisciplinar;
- Identificação das necessidades da família /cuidador através da realização de conferência familiar. (Participação em 16 conferências familiares durante o período de ENP na EIHSCP e uma conferência familiar na UCP);
- Identificação das necessidades da pessoa em situação paliativa e familiares/cuidadores também através da participação na CE para gestão e controlo de sintomas no domicílio. Participação em 18 CE (seis telefónicas e 12 presenciais) e em sete consultas a doentes com doença neuromuscular, essencialmente doentes com esclerose lateral amiotrófica durante o ENP na EIHSCP;
- Reformulação do plano de cuidados de acordo com a evolução clínica do doente com objetivo de promoção do conforto e bem-estar do doente;
- Utilização diária da escala ESAS e Escalas de avaliação da dor (numérica/PAINAD) aquando da entrevista clínica e na reavaliação dos doentes em acompanhamento pela EIHSCP; realizada monitorização da dor a todos os doentes internados na UCP, adequando o instrumento de avaliação de acordo com estado cognitivo do doente;
- Desenvolvimento de técnicas comunicacionais durante as visitas, na participação de conferências familiares e em consulta. Utilização de comunicação empática, clara, honesta e compassiva. Participação em várias conferências e entrevistas clínicas para comunicação de más notícias;
- Antecipação de sintomas e situações de agudização com antecipação de situação de UHVD. Discussão com a EIHSCP e com a equipa assistente sobre plano de cuidados ajustado às necessidades do doente, nomeadamente o incentivo à equipa assistencial à vigilância de agitação, dispneia, estertor, dor e agindo em conformidade para melhorar o bem-estar e conforto do doente através da utilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas para controlo de sintomas;
- Avaliação dos sintomas no doente internado na UCP através da comunicação com o

doente/família e observação, identificando e usando estratégias junto do doente para minimizar ou eliminar os sintomas, tendo em conta as variáveis psico-emocionais, culturais e espirituais que podem ter impacto na intensidade dos sintomas identificados;

- Envolver e capacitar familiares/cuidadores no reconhecimento de sintomas e de estratégias farmacológicas e não farmacológicas a utilizar no domicílio, como a antecipação de estertor, confusão, dor, dispneia, situação de UHDV, ensinamentos sobre estratégias para alívio de dispneia ou intolerância à atividade, ensino de gestão do regime medicamentoso, ensinamentos e treino sobre colocação de medicação transdérmica, incentivo à administração terapêutica para alívio de sintomas, com desmistificação da utilização de morfina para alívio da dor ou dispneia, ensinamentos sobre estratégias para xerostomia, ensinamentos e treino sobre manipulação e monitorização de dreno abdominal de longa duração (pleurex), ensinamentos sobre adaptação de dieta em caso de disfagia ou prevenindo agravamento do estado do doente com perda da capacidade de deglutição, ensinamentos à família sobre agudização de sintomas em doente com suboclusão/oclusão no domicílio, ensinamentos sobre sinais e sintomas de UHDV, nutrição e hidratação e priorização de cuidados e necessidades em situações de UHDV, demonstrando disponibilidade da equipa para ser contactada em caso de necessidade com entrega de folheto informativo com contactos da equipa.

Dentro da unidade de competência 1.2 ***“Promove intervenções baseadas na evidência junto de pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, seus cuidadores/familiares respeitando as suas preferências”*** (p.19365) durante o ENP na EIHSCP e UCP foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- Elaboração de plano de cuidados individualizado em conjunto com a equipa assistencial e multidisciplinar tendo em conta as necessidades do doente e família, promovendo a autonomia do doente, de modo a preservar a dignidade, conforto e bem-estar;
- Realização de ensinamentos para melhorar conhecimento/capacitação de doente e família; ensinamentos de estratégias não farmacológicas para controlo de sintomas, envolvendo família/cuidador nos cuidados. Preparação para a alta, preparação da família para cuidar de familiar dependente no domicílio. Referenciação de doentes para unidades da RNCCI (UCP, ECCI, ECSCP);
- Ensinamentos realizados às equipas prestadoras de cuidados sobre CP, ensinamentos sobre administração de terapêutica SC, sobre diminuição de volumes de dieta para diminuição de broncorreia em doentes com aumento de produção de secreções; apoio na tomada de decisão das equipas assistentes;
- Utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas em contexto de UCP nas situações de agudização de sintomas (gestão e administração de terapêutica em SOS em casos de agitação, dor, dispneia, vômitos, febre, tosse persistente, hipus); em contexto de EIHSCP, antecipação de situações de agudização junto da equipa assistente, demonstrando

disponibilidade da equipa para a colaboração na organização de cuidados e controlo de sintomas. Colaboração na tomada de decisão junto das equipas assistenciais, incentivando a gestão e administração de terapêutica em SOS em casos de agitação, dor, dispneia, vómitos, febre e no contacto com a EIHSCP em caso de necessidade;

- Reformulação do plano de cuidados de acordo com os resultados obtidos e da eficácia das intervenções, tendo como objetivo o conforto do doente;
- Adoção das Precauções Básicas de Controlo de Infecção (PBCI) durante a visita aos doentes internados ou durante a prestação de cuidados. Uso de medidas de proteção individual em doentes que se encontram em isolamento de contacto. Em contexto de UCP, utilização de técnica asséptica na manipulação de CVCTi, troca de agulhas de CVCTi e preparação de nutrição parentérica.

Relativamente à unidade de competência 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”*** (p.19365) as atividades desenvolvidas em contexto do ENP na EIHSCP e UCP foram:

- Participação em 16 conferências familiares para discussão de plano terapêutico; por agravamento do estado clínico do doente ou de sintomas; para identificação de necessidades da família/cuidador do doente; para preparação para a alta e por conspiração do silêncio. Nas diversas conferências familiares foi verificada a informação sobre diagnóstico, evolução e prognóstico; clarificado os objetivos de cuidados; informado as famílias/cuidadores sobre CP; fornecida informação sobre controlo de sintomas e esclarecidas expectativas sobre a doença, o tratamento ou a evolução da doença. Foi também aproveitado este momento para realização de ensinamentos e verificação da necessidade de apoio social ou psicológico à família. Esclarecidas questões de alimentação e hidratação em fim de vida ou sedação paliativa;
- Reformulação de plano de cuidados no internamento e em contexto de CE, conforme evolução do doente e resultados, assim como necessidades do doente e família após a alta;
- Preparação da família para receber familiar dependente no domicílio, envolvendo família nos cuidados.

Em relação à unidade de competência 1.4 ***“Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interdisciplinar e em articulação com os serviços de apoio”*** (p.19365) foram desenvolvidas as seguintes atividades em contexto de EIHSCP e UCP:

- Integração na equipa interdisciplinar: participação em oito reuniões multidisciplinares de serviço na EIHSCP e reuniões da equipa da UCP, com discussão de casos complexos que envolvem a necessidade de apoio psicológico, social ou espiritual. Reuniões realizadas com a presença da equipa de CP: médicos, enfermeiros, psicóloga, psiquiatra, nutricionista, assistente

social e capelão do hospital;

- Discussão diária com EIHSCP e com equipa assistente para elaboração do plano individualizado para o doente, tendo em conta as suas necessidades de cuidados. Apoio e colaboração com a equipa assistente na tomada de decisão e na organização dos cuidados. Relativamente à UCP discussão diária com equipa médica sobre evolução clínica do doente e sobre plano de cuidados instituído ao doente e identificação de necessidades e reformulação de planos de cuidados de acordo com os indicadores de processo e de resultado delineados e alcançados pela pessoa e família em situação paliativa;
- Participação na referenciação de doentes para RNCCI.

Referente à segunda competência específica presente no Regulamento nº429/2018 ***“Estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto”***, e de acordo com a unidade de competência 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”*** (p.19365) em contexto de EIHSCP e UCP, durante o ENP foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- Colaboração com a equipa assistente na realização de plano de cuidados para controlo de sintomas físico ou psicoemocionais tendo em conta as perdas progressivas que o doente vai apresentando, e na elaboração do plano de cuidados tendo em conta os desejos e preferências do doente/família;
- Preparação para a alta do doente junto com a equipa prestadora de cuidados, mesmo em situação de UHDTV, quando é desejo e vontade do doente e da família, e desde que a família tenha capacidade de o fazer. Realização de conferência familiar para agilizar planeamento da alta;
- Desenvolvimento de técnicas comunicacionais durante as visitas, na participação de conferências familiares e em CE;
- Participação nas visitas diárias ao doente em situação paliativa, apoiando-o nas perdas progressivas que vai apresentando resultantes da progressão da doença e apoio aos familiares para consciencialização das perdas, reorganização familiar e alteração de papeis, consciencialização relativamente ao processo de fim de vida, encorajando o envolvimento dos familiares na visita ao doente, promover junto da equipa assistente a possibilidade de permanência dos familiares junto do doente nas UHDTV, da visita de entes significativos, como no caso da visita de crianças ou apoiando na construção de legado, sugerindo a realização

antecipada do dia do pai de modo a promover apoio e conforto espiritual ao doente e família (estudo de caso descrito em 3.). Promovido a conexão entre o doente e os familiares e suporte emocional ao doente e família;

- Consciencialização dos familiares da evolução e progressão de doença, com aumento da dependência do doente;
- Participação nas reuniões multidisciplinares com discussão de casos que necessitem de acompanhamento por parte de outros profissionais (psicóloga, psiquiatra, assistente social, nutricionista ou assistência espiritual), sinalizando esses casos a estes profissionais. Identificação de necessidades de apoio psicológico para familiares de doente. Discussão de casos seguidos em consulta ou no internamento.
- Encaminhamento para recursos na comunidade, hospitalização domiciliária, para apoios técnicos, apoio da organização “COMPASSIO” para apoio a familiares cuidadores no domicílio.

Em relação à unidade de competência 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”** (p.19365), em contexto de EIHSCP e UCP foram desenvolvidas as atividades:

- Realização e discussão de plano de cuidados com equipa assistente estabelecendo objetivos e metas a alcançar em parceria com doente e família e tendo em conta as necessidades e estado do doente, os seus desejos e preferências, espirituais e psicoemocionais. Identificação das necessidades da família após conferência familiar e planificação da alta tendo em conta vontades e preferências do doente (estudos de caso descritos em 3. e 4.);

Relativamente à unidade de competência 2.3 **“Negocia objetivos/metasp de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico”** (p.19366) as atividades realizadas nos dois contextos foram:

- Realização de vários ensinosp e capacitação dos familiares/cuidador na prestação de cuidados. Envolvimento da família/cuidadores na prestação e apoio na tomada de decisão. Desenvolvimento de técnicas de comunicação com doente, familiares e equipa multidisciplinar;
- Ajudar doente e família à consciencialização e aceitação do processo de fim de vida através da comunicação com a família/cuidadores e conferencia familiar. Comunicação honesta, empática e realista, com ajuste de expectativas;
- Participação na entrevista clínica com o doente e conferência familiar com a utilização de estratégia comunicacional SPIKES, com o objetivo de promover a adaptação emocional do doente e família à situação terminal, capacitando a família para a execução de cuidados ao doente e preparando-a para a perda evitando assim o desenvolvimento de luto patológico.

Por último relativamente à unidade de competência 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” (p.19366), foram desenvolvidas as seguintes atividades em contexto de EIHS CP e UCP:

- Reflexão em equipa sobre estado emocional da família/cuidador com identificação da sobrecarga dos cuidadores/familiares. Apoio do cuidador/família em caso de exaustão validando todo o trabalho realizado. Fornecido suporte emocional ao doente e família/cuidador, demonstrando disponibilidade e escuta ativa;
- Preparação de famílias para o reconhecimento de sinais de UHDP.

OUTRAS ATIVIDADES REALIZADAS:

Considerando o documento da OE de 2021 que aborda as *"recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista"* (p.1), o enfermeiro especialista deve possuir competências para consultar e mobilizar a evidência científica. Respondendo ao mencionado, foi elaborado a revisão de literatura que a seguir se apresenta, já referida no decorrer do relatório.

FATORES QUE INFLUENCIAM O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, INCLUINDO ENFERMEIROS, NA GESTÃO DA DOR DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA - RAPID REVIEW

Introdução

Segundo a definição de dor revista em 2020 pela *International Association for the Study of Pain* (IASP) a *"dor consiste numa experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidual atual ou potencial, ou assim percebida como dano"* (IASP, 2020). É causa de grande sofrimento, com forte impacto no bem-estar do doente (Gonçalves, 2019), sendo um dos sintomas mais prevalentes nos doentes em CP (Barbosa et al., 2016).

Desde 2003 que a Direção Geral de Saúde (DGS), através da circular normativa nº09, instituiu a dor como 5º sinal vital determinando que, apesar da sua subjetividade, a sua presença e intensidade deve ser sistematicamente valorizada, avaliada, diagnosticada e registada. Deste modo, a sua quantificação e documentação serve de indicador de resposta ao tratamento e de auxílio para execução de planos de tratamento futuros (DGS, 2003). A gestão da dor é um direito do doente, um dever profissional e um direito fundamental para a efetiva humanização dos cuidados de saúde.

No entanto, apesar de ser de elevada importância para os doentes, a dor é negligenciada pela sociedade e pelos profissionais de saúde, sendo subavaliada, subdiagnosticada e subtratada

(DGS, 2004; Fallon et al., 2018). Desde 2008 que a desvalorização e negação da dor é apontada pela OE como sendo uma falha na excelência do exercício profissional. (OE, 2008).

A tomada de decisão é uma habilidade fundamental para a prática de enfermagem, afetando os cuidados, a segurança e os resultados dos doentes. É utilizada para orientar os enfermeiros na identificação, aquisição, avaliação e/ou eliminação de dados para emitir juízos relativamente a situações clínicas e não clínicas complexas e resolução de problemas (Johansen & O'Brien, 2016). Estes autores referem que uma boa decisão não depende apenas do processo cognitivo do enfermeiro, mas também da forma como a informação é ponderada, priorizada e pela capacidade do enfermeiro em reconhecer e responder perante o cenário. Acrescentam, que na prática, o profissional é obrigado a tomar decisões em condições ambíguas em que as escolhas podem ser influenciadas pelas informações e dados objetivos e subjetivos disponíveis no momento da decisão. Deste modo, o conhecimento, a experiência do enfermeiro, a capacidade para lidar com situações em constante mudança e a sua perceção do problema vão ser a base para a tomada de decisões e a combinação destes fatores podem afetar a qualidade da decisão e os resultados (Johansen & O'Brien, 2016).

A Ordem dos enfermeiros (2012) refere que no processo de tomada de decisão do enfermeiro que vai orientar o exercício profissional autónomo, este identifica as necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa individual ou do grupo (família e comunidade) e prescreve intervenções de enfermagem com o intuito de produzir resultados positivos ou ganhos em saúde. Durante todo este processo de tomada de decisão e implementação de intervenções, o enfermeiro incorpora na sua prática os cuidados de enfermagem baseados na evidência de modo a alcançar a melhoria continua da qualidade do seu exercício profissional.

O processo de tomada de decisão é um processo complexo sendo influenciado por fatores internos e externos ao enfermeiro. Os fatores internos, de carácter individual relacionam-se com o conhecimento e experiência do enfermeiro, seus valores, ideologias, género, idade, capacidade de pensamento crítico, educação e nível de compromisso que o enfermeiro apresenta. Já os fatores contextuais/ambientais e organizacionais, de carácter externo ao enfermeiro, são aqueles que são inerentes à própria natureza e contexto da atividade, à complexidade do problema ou da situação a resolver pelo enfermeiro, envolvendo o risco, os recursos disponíveis, a intensidade do trabalho, as características dos clientes, as fontes de informação, o tempo disponível e fatores de stress relacionados com a existência de uma equipa desajustada e conflitos interpessoais, como a relação médico/enfermeiros ou o trabalho em equipa (Lourenço et al., 2022).

A comunicação deve, também, ser tida em conta pelo enfermeiro como outro fator que pode influenciar a tomada de decisão. O enfermeiro deve ser capaz de contextualizar a informação, analisar, processar e colher os dados mais relevantes, filtrando a informação e reduzindo interferências individuais. O trabalho em equipa facilita e torna mais efetiva a tomada de

decisão ao promover em conjunto a análise das opiniões e informações de todos os intervenientes no cuidado ao cliente (Lourenço et al., 2022).

Por fim, a experiência, a competência e o conhecimento do enfermeiro são tidos como fatores ativos que influenciam o processo de tomada de decisão ao influenciar a maneira como o enfermeiro mobiliza os seus conhecimentos, modificando ideias ou reformulando a prática como resposta a um problema, tendo sempre em conta que durante todo este processo de tomada de decisão e implementação das intervenções de enfermagem, deve incorporar os resultados da investigação na sua prática (Lourenço et al., 2022).

Tendo em conta o exposto e no sentido de encontrar a melhor evidência científica relativamente a fatores que influenciam a tomada de decisão na gestão da dor foi realizado uma revisão da literatura com a metodologia de *rapid review* e seguindo as recomendações da *Cochrane Rapid Reviews Methods Group* (Garritty et al., 2020) cujo objetivo passa por revisar evidência sobre fatores que influenciam o processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, na gestão da dor da pessoa em situação paliativa.

A utilização da estratégia **PI(c)O** (População, Intervenção, Comparação e *Outcome*) é utilizada pela maioria dos revisores para ajudar na definição das perguntas de investigação. Na presente revisão a população (**P**) analisada são os profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, que tomam decisões face ao foco dor da pessoa em situação paliativa; a intervenção (**I**) é o processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, na gestão da dor da pessoa adulta em situação paliativa; e o resultado (**O**) são os fatores que influenciam o processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, na gestão da dor da pessoa em situação paliativa. Relativamente à comparação (**C**) este foi omitido tendo em conta o objetivo definido para a presente revisão. A partir da utilização da estratégia PI(c)O, foi possível elaborar as seguintes perguntas de revisão:

- O que influencia a decisão dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, no processo de tomada de decisão na gestão da dor da pessoa adulta em situação paliativa?
- Quais os fatores determinantes no processo de tomada de decisão, dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, na gestão da dor da pessoa em situação paliativa?

E deste modo auxiliar na criação dos critérios de inclusão, de modo a facilitar a investigação, criando um ponto de partida para o desenvolvimento da revisão.

Assim, de acordo com a estratégia PI(c)O, foram incluídos nesta revisão estudos cuja população sejam profissionais de saúde, com referência a inclusão de enfermeiros. Artigos que identifiquem fatores que influenciam o processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, na gestão da dor da pessoa em situação paliativa. Como critérios de exclusão, artigos que não façam referência a enfermeiros, no conjunto dos profissionais de saúde; estudos que abordem os fatores que influenciam a tomada de decisão dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, face à gestão da dor, nas pessoas com idade inferior a 18

anos.

Estratégia de pesquisa

A estratégia de pesquisa utilizada para a presente revisão foi iniciada através da pesquisa genérica em bases de dados eletrônicas, com termos relacionados com o tema em análise e posterior leitura no sentido de identificar possíveis *search terms* para a presente investigação. Posteriormente foram identificados descritores de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH) e *Medical Subject Headings* (MeSH).

A pesquisa foi conduzida apenas numa base de dados - *MEDLINE Complete*, disponível na *EBSCOhost* da biblioteca virtual da ESEP, obedecendo às recomendações do *Cochrane Rapid Review* (Garritty et al., 2020), utilizando a seguinte frase booleana: *Decision Making* AND Pain Management AND nurs* AND Palliative Care*. A estratégia de pesquisa seguiu com a utilização da frase booleana anterior ao nível do título (TI) ou (OR) do resumo (AB) ou (OR) dos termos do assunto (SU) na base de dados referida. Como limitadores foram definidos a nível temporal todos os estudos que constavam na base de dados supracitada desde 1 de janeiro 2013 até 14 de março 2023; quanto ao idioma foram selecionados apenas os estudos disponíveis em inglês e foram também incluídos todos os artigos publicados em revistas académicas e sujeitos a revisão por pares.

Seleção do estudo

A seleção dos estudos foi realizada de maneira independente por dois revisores através da plataforma informática *Rayyan QCRI*. Inicialmente foram selecionados os artigos através do rastreio de título e resumo por dois revisores independentes e as discordâncias entre os dois revisores foram resolvidas por consenso. Numa segunda fase, foi efetuada leitura do texto integral dos artigos que cumpriam os critérios de elegibilidade por apenas um revisor e aplicados critérios de inclusão e exclusão definidos previamente.

Extração de dados

A extração de dados relevantes dos artigos selecionados foi feita por apenas um revisor, sendo sintetizados os dados extraídos numa tabela, identificando o(s) nome(s) do(s) autor(es), ano e país da publicação, objetivo, tipo de estudo, participantes e fatores intrínsecos e extrínsecos que influenciam o processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, na gestão da dor (**Quadro 6**).

A pesquisa conduzida, tal como apresentado na **figura 1** identificou 212 estudos, provenientes da base de dados mencionada anteriormente, que poderiam ser potencialmente incluídos nesta revisão. Foram removidos dois estudos por se encontrarem duplicados. Deste número, após leitura do título e resumo, foram excluídos 192 estudos. Dos 18 estudos restantes, após leitura integral do texto, foi possível excluir 12 por não cumprirem os critérios de inclusão e exclusão

pré-definidos, finalizando com um total de 6 estudos elegíveis para análise integral.

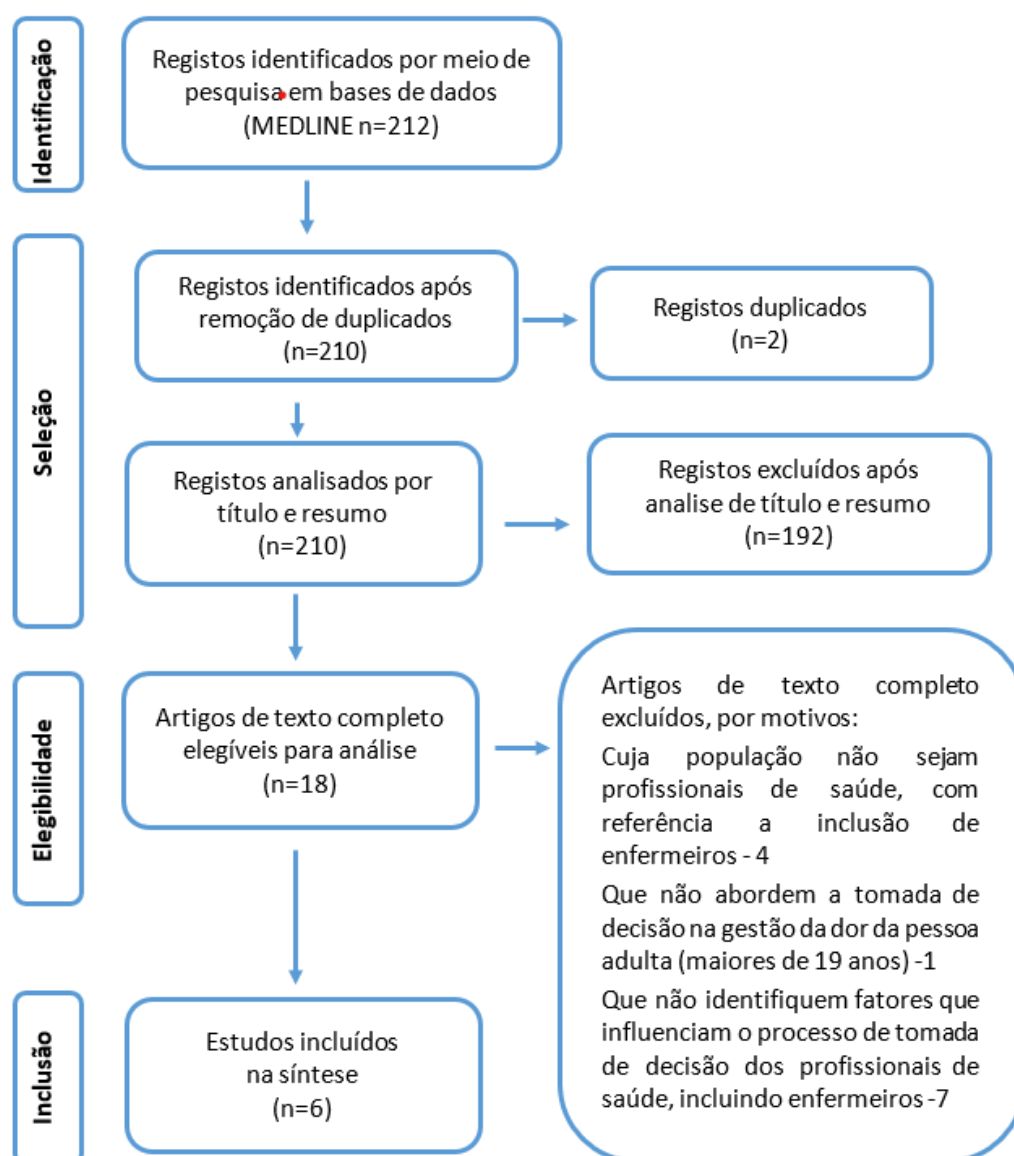


Figura 1 – Fluxograma PRISMA do processo de seleção e inclusão dos estudos (adaptado Moher et al., 2009).

Os 6 estudos elegíveis foram analisados integralmente e extraídos e sintetizados os dados que respondem ao objetivo e perguntas de investigação colocadas para a realização desta revisão. Os dados extraídos encontram-se sumariados no quadro que a seguir se apresenta (**Quadro 6**).

Quadro 6 – Quadro de extração de dados dos estudos incluídos na *rapid review*

A1 (Austrália) – Lovell, M., Agar, M., Luckett, T., Davidson, P. M., Green, A., & Clayton, J. (2013). Australian Survey of Current Practice and Guideline Use in Adult Cancer Pain Assessment and Management: Perspectives of Palliative Care Physicians. <i>Journal of Palliative Medicine</i> , 16(11), 1403-1409. https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0245				
Objetivo do estudo	Tipo de estudo	Participantes	Fatores intrínsecos influentes na tomada de decisão dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, na gestão da dor	Fatores extrínsecos influentes na tomada de decisão dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, na gestão da dor
Identificar barreiras para avaliação e gestão da dor em doentes oncológicos assistidos por profissionais de CP	Estudo transversal quantitativo	92 profissionais de Cuidados Paliativos (1 enfermeiro)	-Conhecimento sobre opioides e a sua utilização; -Conhecimento sobre gestão da dor; -Prática baseada na evidência.	-Falta de recursos e acessibilidade; -Coordenação, consenso e trabalho em equipa; -Utilização de <i>guidelines</i> de apoio à tomada de decisão; -Falta de recursos para o ensino; -Falta de especialistas na área da dor e acessibilidade a esses especialistas; -Atraso na referência dos doentes às equipas diferenciadas de CP.
A2 (Irlanda). Mitchell, G., Agnelli, J., McGreevy, J., Diamond, M., Roble, H., McShane, E., & Strain, J. (2016). Palliative and end of life care for people living with dementia in care homes: part 2. <i>Nursing Standard</i> , 30(44), 54–60. https://doi.org/10.7748/ns.2016.e10582				
Objetivo do estudo	Tipo de estudo	Participantes	Fatores intrínsecos influentes na tomada de decisão dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, na gestão da dor	Fatores extrínsecos influentes na tomada de decisão dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, na gestão da dor
Ensinar aos profissionais de saúde, as melhores práticas na prestação de cuidados paliativos e fim de vida a pessoas com demência que vivem em lares	Artigo de opinião	Profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, que prestam cuidados em lares	-Conhecimento (sobre instrumentos de avaliação, dificuldade no reconhecimento da presença de dor através do comportamento; -Experiência e competência do profissional para identificar e avaliar a dor; -Comunicação; -Utilização incorreta de antipsicóticos, ansiolíticos e sedativos quando não é considerada a dor na alteração comportamental dos doentes; -Enfermeiros devem focar-se no alívio de sintomas nos doentes em fim de vida. Objetivo de CP.	-Avaliação regular da dor; utilização de escalas padronizadas para avaliação da dor; existência de protocolos para prescrição de analgésicos; -Tomada de decisão em conjunto com doente e família (providenciar os cuidados de acordo com as necessidades e desejos do doente; considerar as necessidades da família.
A3 (EUA) – Martin, B. E. M., & Barkley, T. W. (2016). Improving cultural competence in end-of-life pain management. <i>Nursing</i> 2016, 46(1), 32-41. https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000475480.75266.9a				
Objetivo do estudo	Tipo de estudo	Participantes	Fatores intrínsecos influentes na tomada de decisão dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, na gestão da dor	Fatores extrínsecos influentes na tomada de decisão dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, na gestão da dor
Analisar fatores culturais que podem influenciar a gestão da dor em fim de vida, descrever métodos para incorporar valores culturais na avaliação da dor, e apresentar sugestões para melhorar a capacidade dos enfermeiros de cuidar de populações com diversas culturas no fim da vida.	Artigo de opinião	Profissionais de saúde, incluindo enfermeiros que prestam cuidados a doentes em fim de vida; doentes com diversidade cultural	-A educação e o treino dos enfermeiros acerca da orientação e dos rituais de cultura dos doentes influenciam a tomada de decisão destes profissionais de saúde; -Formação especializada que aborde aspetos culturais -Formação especializada em comunicação; -Existência de mitos, por parte dos enfermeiros, relativamente à administração de opioides (morte)	-Fatores sociais, crenças culturais, religiosas e espirituais do doente e família podem influenciar a tomada de decisão dos enfermeiros; -Crenças culturais vão afetar a maneira como os doentes expressam a dor; -Atitudes dos doentes como estoicismo (falta de sinais observáveis tais como expressão facial, postura corporal, choro ou gemidos) pode levar profissionais a interpretar como ausência de dor e influenciar a sua tomada de decisão; -Envolver família no tratamento da dor (ter em conta mitos culturais à administração de opioides, relacionados com morte e adição).
A4 (EUA) Johnstone-Petty, M. (2018). Ketamine Use for Complex Pain in the Palliative Care Population. <i>Journal of Hospice and Palliative Nursing: JHPN: The Official Journal of the Hospice and Palliative Nurses Association</i> , 20(6), 561–567. https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000488				
Objetivo do estudo	Tipo de estudo	Participantes	Fatores intrínsecos influentes na tomada de decisão dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, na gestão da dor	Fatores extrínsecos influentes na tomada de decisão dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, na gestão da dor
Refletir sobre o processo de tomada de decisão clínica baseado em evidência para a utilização de ketamina na gestão da dor complexa em cuidados paliativos	Revisão da literatura	Profissionais de saúde, incluindo enfermeiros	-Educação e formação académica; -Enfermeiros especialistas devem considerar novas estratégias para controlo da dor complexa; -Processo de tomada de decisão clínica baseado na evidência de modo a pesar risco-benefício na utilização de novas estratégias para controlo da dor; -A gestão da dor complexa exige conhecimento, confiança e experiência; -Medo de uso indevido da ketamina; -Experiência do profissional para administração da medicação.	-Os objetivos de cuidados, desejos e vontades do doente influenciam o plano de tratamento; -Local de preferência do doente de prestação de cuidados em fim de vida influencia o plano de tratamento para controlo da dor; -A tomada de decisão baseada na evidência é difícil quando a evidência é escassa, conflituosa, inconsistente ou não generalizável; -Disponibilidade de recursos para administração da medicação em segurança.
A5 (Suécia) – Lundin, E., & Godskesen, T. E. (2021). End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes. <i>BMC Nursing</i> , 20(1), 48. https://doi.org/10.1186/s12912-021-00566-7				
Objetivo do estudo	Tipo de estudo	Participantes	Fatores intrínsecos influentes na tomada de decisão dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, na gestão da dor	Fatores extrínsecos influentes na tomada de decisão dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, na gestão da dor
Descrever as dificuldades dos enfermeiros na gestão da dor da pessoa com demência avançada no fim de vida	Estudo exploratório descritivo	13 enfermeiras de 12 nursing homes	-Comunicação; -Avaliação por intuição; -Incertezas na avaliação e controlo da dor (administração de analgesia por abordagem intuitiva); -Dificuldade em separar dor de ansiedade; -Falta de conhecimento, competência e experiência dos profissionais sobre CP e gestão da dor.	-Fatores relacionais: influência dos familiares (na avaliação da dor, na administração de analgesia/mitos-morte, adição); -Fatores organizacionais: tempo limitado para prestação de cuidados, rádios, sobrecarga de trabalho; -Não utilização de escalas padronizadas/ <i>guidelines</i> vai influenciar a tomada de decisão.
A6 (EUA) – McMenamin, E., Kellermann, M., Cunningham, R., & Selway, J. (2023). Predictors of Nurse Practitioner. Prescription of opioids for cancer pain: quantitative results. <i>J Adv Pract Oncol</i> , 14(1), 22–35. https://doi.org/10.6004/jadpro.2023.14.1.2				
Objetivo do estudo	Tipo de estudo	Participantes	Fatores intrínsecos influentes na tomada de decisão dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, na gestão da dor	Fatores extrínsecos influentes na tomada de decisão dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, na gestão da dor
Perceber se a proficiência na tomada de decisão dos enfermeiros está correlacionada com características de personalidade dominante, estilos de tomada de decisão, formação em Cuidados Paliativos e fatores demográficos dos enfermeiros	Estudo quantitativo descritivo	180 enfermeiros que cuidam de doentes oncológicos e cujo a <i>American Association of Nurse Practitioners</i> lhes permite prescrever opioides segundo as orientações da <i>National Comprehensive Cancer Network</i>	-Formação e competência (enfermeiros com formação avançada em CP ou oncologia prescrevem mais opioides; enfermeiros especializados em CP usam <i>guidelines</i> para tomada de decisão) -Conhecimento; -Personalidade (enfermeiros com personalidade dominante implementam mais práticas inovadoras, utilização da prática baseada na evidência; são mentores e orientadores de outros enfermeiros na gestão da dor); -Intervenções recomendadas para o controlo da dor requerem uma prática baseada na evidência.	-Avaliação da dor implica a colheita da história da dor do doente, realização de exame físico do doente; -Plano de tratamento adaptado às necessidades do doente.

Resultados

Com a presente *rapid review* pretende-se revisar alguma evidência sobre fatores que influenciam o processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, na gestão da dor da pessoa em situação paliativa, partindo das questões de investigação que se debruçam sobre o que influencia a decisão dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros e quais os fatores determinantes para este processo.

De forma a responder ao objetivo proposto, foram incluídos seis estudos, que reportam aos anos 2013, 2016, 2018, 2021 e 2023.

Dois estudos analisados foram realizados no continente Europeu, nomeadamente Irlanda e Suécia, três dizem respeito a estudos realizados no continente Americano e um na Austrália, verificando-se contextos de investigação distintos, remetendo para culturas de prestação de cuidados que diferem entre si, demonstrando a pertinência do tema para a comunidade científica de várias partes do mundo.

Relativamente à metodologia, é analisado uma revisão da literatura, um estudo primário tipo qualitativo, dois estudos primários tipo quantitativos e dois artigos de opinião.

Todos os estudos fazem referência aos participantes (profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, que prestam cuidados a pessoas com doença avançada, progressiva e incurável). O artigo de Martin & Barkley (2016), além de incluírem na sua reflexão a perceção dos profissionais de saúde, acerca dos fatores culturais que podem influenciar a gestão da dor da pessoa em fim de vida, reportam a perceção de um grupo de pessoas em situação de fim de vida, acerca da influência desses mesmos fatores, na gestão da sua dor.

Apesar de todos os estudos abordarem fatores que influenciam o processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, na gestão da dor da pessoa em situação paliativa, diferem no objetivo a alcançar em cada um deles.

Discussão

Com a presente revisão pretende-se dar resposta às questões de investigação: “O que influencia a decisão dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, no processo de tomada de decisão na gestão da dor da pessoa em situação paliativa?” e “Quais os fatores determinantes no processo de tomada de decisão, dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, na gestão da dor da pessoa em situação paliativa?”

Nos estudos analisados, respondendo à primeira questão de investigação e indo de encontro ao referido por Lourenço et al. (2022), foram identificados dois tipos de fatores passíveis de influenciarem o processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, na gestão da dor: fatores intrínsecos e fatores extrínsecos, aos profissionais de saúde.

Como fatores intrínsecos, foram identificados o conhecimento, a competência, a experiência e a prática baseada na evidência; a comunicação; as crenças e a personalidade do profissional de saúde.

Como fatores extrínsecos foram identificados: fatores organizacionais (recursos disponíveis, rotinas, existência de protocolos/*guidelines*, o tempo, o rácio ou a sobrecarga de trabalho e o trabalho em equipa); fatores relacionais entre os profissionais de saúde, a pessoa e a família em situação paliativa. E ainda, os valores, as crenças culturais, espirituais e sociais e as atitudes dos doentes e dos familiares/cuidadores, podem ter influência na tomada de decisão dos profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros.

Em resposta à segunda questão supramencionada, e da análise efetuada, foi identificado o conhecimento, a experiência e as competências como fatores determinantes no processo de tomada de decisão, dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, na gestão da dor da pessoa em situação paliativa. Considerando fatores determinantes, os mencionados de forma repetida na maioria dos estudos elegíveis para a presente *Rapid Review*.

Relativamente aos fatores intrínsecos, o **conhecimento**, é identificado em todos os artigos em análise, mas, com vertentes diferentes. O conhecimento sobre a identificação e avaliação da dor é referido nos artigos de Mitchell et al. (2016) e Lundin & Godskesen (2021), mencionando sobretudo a dificuldade que os profissionais têm no reconhecimento da presença de dor através da análise do comportamento dos doentes. O que conduz, muitas vezes, à utilização incorreta de antipsicóticos, ansiolíticos e sedativos ou levando à administração de analgesia por meio de uma abordagem intuitiva. O conhecimento dos profissionais sobre estratégias farmacológicas e sua utilização é referido nos artigos de Lovell et al. (2013) e de Johnstone-Petty (2018).

O conhecimento dos profissionais sobre CP é outro fator influente no processo de tomada de decisão identificado nos estudos de Mitchell et al. (2016) e Lundin & Godskesen (2021). Assim como a educação e a formação académica como fonte de conhecimento especializado sendo identificada nos estudos de Johnstone-Petty (2018), Martin & Barkeley (2016) e McMenamin et al. (2023) referindo que profissionais com formação avançada em CP têm mais competências em relação à tomada de decisão para a gestão da dor.

Por último é feita referência à importância da prática baseada na evidência como fator influente na tomada de decisão, estando identificado no estudo de Lovell et al. (2013), McMenamin (2023) e Johnstone-Petty (2018). Este último enfatiza ainda a dificuldade da tomada de decisão baseada na evidência quando a evidência é escassa, conflituosa, inconsistente ou não generalizável.

A **experiência e as competências** dos profissionais são identificadas em cinco dos artigos como fatores que também influenciam a tomada de decisão. Mitchell et al. (2016) referem a experiência e competência do profissional na identificação e avaliação da dor; Martin & Barkley

(2016) identificam a influência do treino dos enfermeiros na tomada de decisão; Johnstone-Petty (2018) aborda a influência da experiência do profissional na administração de novos medicamentos, como no caso da ketamina; por último Ludin & Godskesen (2021) e McMenamin et al. (2023) identificam a competência e experiência dos profissionais sobre CP e gestão da dor como influenciadores da tomada de decisão.

A **comunicação** é outro fator de influência na tomada de decisão e referido em três dos artigos. Mitchell et al. (2016) e Lundin & Godskesen, (2021) referem as competências comunicacionais que o profissional possui e Martin & Barkley (2016) fazem referência à formação especializada em comunicação como fator influenciador do processo de tomada de decisão.

As **crenças** dos profissionais de saúde, identificadas no artigo de Martin & Barkley (2016), relativamente à existência de mitos, por parte dos enfermeiros, na administração de opioides, associando a sua administração à morte, vai influenciar o processo de tomada de decisão.

Por último, a **personalidade** do profissional, identificada no estudo de McMenamin et al. (2023), referindo que enfermeiros com personalidade dominante implementam mais práticas inovadoras, focando a prática baseada na evidência; disponibilizando-se como mentores e orientadores de outros enfermeiros na gestão da dor.

Relativamente aos **fatores extrínsecos**, dentro dos fatores **organizacionais** podemos encontrar referência aos recursos disponíveis, às rotinas, à existência de protocolos/*guidelines*, o tempo, o rácio ou a sobrecarga de trabalho e o trabalho em equipa.

Assim, a influência dos recursos na tomada de decisão é identificada em dois estudos: Lovell et al. (2013) que refere a falta de recursos existentes, falta de recursos para o ensino dos profissionais, falta de especialistas na área da dor e a dificuldade na acessibilidade a esses especialistas, assim como o timing na referência dos doentes para equipas especializadas em CP. Johnstone-Petty (2018) menciona a disponibilidade de recursos físicos para a administração de medicação subanestésica em segurança.

A existência de rotinas e utilização de protocolos ou de *guidelines* como fatores que vão influenciar a tomada de decisão na gestão da dor, é referido em quatro artigos, sendo identificados nos artigos de Lovell et al. (2013), Lundin & Godskesen (2021) e McMenamin et al. (2023) e no estudo de Mitchell et al. (2016). Neste último, além da utilização de *guidelines*, é ainda referido que diferentes contextos de trabalho, usam diferentes rotinas para avaliação, administração de analgesia ou monitorização da dor; mencionam a importância da utilização de escalas padronizadas para a avaliação e de protocolos existentes sobre a prescrição de analgésicos.

O tempo, o rácio profissional/doente, e o trabalho por turnos ou a sobrecarga de trabalho, são fatores referidos Lundin & Godskesen, (2021). Acrescentam que a escassez de profissionais de enfermagem leva a que estes deem prioridade às necessidades físicas, como o alívio

farmacológico da dor, em detrimento das necessidades psicossociais.

O trabalho em equipa é outro fator referido por Lovell et al. (2013) que elenca a coordenação entre os profissionais e o consenso relativamente às decisões sobre gestão da dor influenciando a tomada de decisão.

Dentro dos **fatores relacionais**, a influência da família na avaliação da dor, referido nos estudos de Lundin & Godskesen, (2021) e Mitchell et al. (2016) mencionando a importância de envolver o cuidador/família para ajudar na identificação da dor nos doentes com demência avançada pois são estes os que melhor conhecem o comportamento do seu ente querido, assim como a importância da tomada de decisão em conjunto.

Por último, relativamente aos **valores, crenças e atitudes** dos doentes e família, os estudos de Martin & Barkley (2016) e Lundin & Godskesen (2021) mencionam a influência dos mitos da família em relação à utilização de analgesia opioide. No primeiro artigo é ainda referido que crenças culturais podem afetar a maneira como os doentes expressam a dor, mencionando que a diminuição da expressão da dor leva a que os profissionais assumam a ausência de dor. Acrescentam que, um comportamento estoico por parte do doente, pode levar a avaliações inexatas da intensidade da dor, ao levarem os profissionais de saúde a interpretarem a falta de sinais observáveis tais como expressão facial, postura corporal, choro ou gemidos, à interpretação de ausência de dor. Os autores do estudo, referem que os profissionais de saúde devem ter em conta os fatores sociais, culturais, religiosos e espirituais e as preferências do doente para a tomada de decisão na gestão da dor, a par de envolver também a família no controlo da dor.

Ainda relativamente às atitudes dos doentes, é mencionado a influência dos desejos, vontade, necessidades e objetivos de cuidados no plano de tratamento do doente, nos estudos de Mitchell et al. (2016), Johnstone-Petty (2018) e McMenamin et al. (2023), referindo ainda que o local de preferência do doente de prestação de cuidados em fim de vida vai influenciar o plano de tratamento para controlo da dor.

Conclusão

Com a presente revisão rápida pode concluir-se que todos os estudos analisados identificam fatores que influenciam o processo de tomada de decisão na gestão da dor da pessoa com doença incurável, avançada e progressiva.

A generalidade dos autores dos estudos analisados concorda que a tomada de decisão na gestão da dor no cliente com doença incurável, progressiva e avançada é um processo complexo e deve ser seriamente considerada com vista à melhoria na prestação de cuidados e, embora distinta, a análise a todos os estudos permitiu identificar que este processo é influenciado por vários fatores, sejam eles intrínsecos ao profissional ou extrínsecos.

Além disto, da análise realizada foi possível perceber que o conhecimento, a experiência e as competências são fatores determinantes no processo de tomada de decisão, dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, que combinados com outros fatores podem afetar a qualidade da decisão e os resultados, indo de encontro ao referido por Johansen & O'Brien (2016), ao aludirem que o conhecimento, a experiência do enfermeiro, a capacidade para lidar com situações em constante mudança e a sua perceção do problema vão servir de base para a tomada de decisões.

Os profissionais de enfermagem desempenham um papel de vital importância na gestão da dor dos doentes em CP, sendo este um dos sintomas de maior prevalência. O processo de tomada de decisão na gestão da dor depende de vários fatores que podem afetar negativamente os cuidados prestados à pessoa em situação paliativa. Para isso, é fundamental dotar os profissionais de conhecimento, capacidades e competências sobre a dor, incluindo formação especializada em CP, melhorar a capacidade de tomada de decisão utilizando o conhecimento da investigação na prática clínica, com vista ao alívio do sofrimento e melhoria da qualidade de vida dos doentes e família em CP.

Limitações da *rapid review*

Esta revisão foi realizada com base nas recomendações da *Cochrane Rapid Reviews Methods Group* para as revisões rápidas (Garritty et al., 2020). No entanto, o facto desta revisão ser uma *rapid review* constitui por si só uma limitação, pois permitiu sintetizar o conhecimento, no entanto, acelerando o processo de realização da revisão sistemática tradicional através da racionalização e omissão de métodos específicos (Tricco et al., 2017). Assim, constituiu como limitações, o facto de ter sido conduzida a pesquisa apenas numa base de dados, com apenas estudos disponíveis em inglês e com limitação temporal aos últimos 10 anos, limitando assim a evidência encontrada; a utilização de dois revisores para a fase de seleção dos estudos por título e resumo e de um revisor único para a fase de análise completa de texto, extração e síntese de resultado e a omissão da avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos.

Referências Bibliográficas

Barbosa A., Pina, P.R., Tavares F., Neto I.G. (2016) *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª edição). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

DGS (2003). *Circular Normativa nº 09/DGCG do Ministério da Saúde. A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da Intensidade da Dor*. Direção Geral de Saúde. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

DGS (2004). *Plano nacional de saúde 2004-2010 Volume II – Orientações estratégicas*. 216p. https://www.cascais.pt/sites/default/files/anexos/gerais/planonacionaldesade_orientaesestrategicas.pdf

- Fallon, M., Giusti, R., Aielli, F., Hoskin, P., Rolke, R., Sharma, M., & Ripamonti, C. I. (2018). Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 29(July), iv166-iv191. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdy152>
- Garritty, C., Gartlehner, G., Nussbaumer-Streit, B., King, V. J., Hamel, C., Kamel, C., Affengruber, L., & Stevens, A. (2020). Cochrane Rapid Reviews Methods Group offers evidence-informed guidance to conduct rapid reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, 130, 13-22. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.10.007>
- Gonçalves, F. (2019, janeiro 1) Dor crónica. *Medicina paliativa*. <https://medicinapaliativa.pt/Blog/Detail/100>
- IASP (2020, julho 16) *IASP Announces Revised Definition of Pain*. International Association for the Study of Pain. <https://www.iasp-pain.org/publications/iasp-news/iasp-announces-revised-definition-of-pain/?ItemNumber=10475&navItemNumber=643>
- Johansen, M. L., & O'Brien, J. L. (2016). Decision Making in Nursing Practice: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 51(1), 40-48. <https://doi.org/10.1111/nuf.12119>
- Johnstone-Petty, M. (2018). Ketamine Use for Complex Pain in the Palliative Care Population. *Journal of Hospice and Palliative Nursing: JHPN: The Official Journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, 20(6), 561-567. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000488>
- Lourenço, I. L., Gonçalves, M.S.F., Sequeira, M.S., Melo, M.F.H., & Gouveia, M. J.B. (2022). A Tomada De Decisão Na Gestão De Cuidados Em Enfermagem: Uma Revisão Narrativa Da Literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, 30, 557-578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Lovell, M., Agar, M., Lockett, T., Davidson, P. M., Green, A., & Clayton, J. (2013). Australian Survey of Current Practice and Guideline Use in Adult Cancer Pain Assessment and Management: Perspectives of Palliative Care Physicians, *Journal of Palliative Medicine*, 16(11), 1403-1409. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0245>
- Lundin, E., & Godskesen, T. E. (2021). End-of-life care for people with advanced dementia and pain: a qualitative study in Swedish nursing homes. *BMC Nursing*, 20(1), 48. <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00566-7>
- Martin, B. E. M., & Barkley, T. W. (2016). Improving cultural competence in end-of-life pain management, *Nursing* 2016, 46(1), 32-41. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000475480.75266.9a>
- McMenamin, E., Kellermann, M., Cunningham, R., & Selway, J. (2023). Predictors of Nurse Practitioner. Prescription of opioids for cancer pain: quantitative results. *J Adv Pract Oncol*, 14(1), 22-35. <https://doi.org/10.6004/jadpro.2023.14.1.2>

Mitchell, G., Agnelli, J., McGreevy, J., Diamond, M., Roble, H., McShane, E., & Strain, J. (2016). Palliative and end of life care for people living with dementia in care homes: part 2. *Nursing Standard*, 30(44), 54-60. <https://doi.org/10.7748/ns.2016.e10582>

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., Altman, D., The PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2008). *Dor - Guia orientador de boa prática. Cadernos OE*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem - Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. (ed. rev.). Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Tricco, A. C., Langlois, E.V., & Straus, S.E. (2017). *Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258698/9789241512763-eng.pdf>

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Com a realização deste relatório pretendo espelhar o desenvolvimento das competências clínicas comuns e especializadas na área à pessoa em situação paliativa, descrevendo e refletindo sobre as várias experiências e atividades desenvolvidas durante o ENP.

A concepção de cuidados apresentada ao longo deste relatório, tendo como referência dois estudos de caso, alvo dos cuidados prestados durante o ENP, permitiu desenvolver competências de julgamento clínico especializado e complexo, contemplando a recolha de dados, a sua interpretação e relação diagnóstica. Realçando as intervenções promotoras de conforto da pessoa e família em situação paliativa e as atividades que as concretizam, assim como o desenvolvimento de estratégias de avaliação e sistematização dos resultados obtidos face aos objetivos e critérios de resultado definidos.

Os estágios realizados foram repletos de momentos de aprendizagem, crescimento e reflexão sobre a prática...

Enquanto futura enfermeira especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica na área da pessoa em situação paliativa, a ambição de prestar cuidados diferenciados e alcançar o objetivo de ser enfermeira que cuida da pessoa com doença incurável, avançada ou progressiva e seus cuidadores/familiares, aliviando o seu sofrimento, melhorando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida, estabelecendo relação terapêutica com a pessoa e família/cuidador, de modo a dar suporte nos processos de adaptação face a perdas, morte e acompanhamento no luto e daqui retirar bases para ser agente de mudança no contexto de trabalho atual (Regulamento n.º 429/2018).

Relativamente às dificuldades encontradas, no decurso da realização dos ENP e do curso de mestrado, de referir a exigência dos contextos de ENP pela complexidade dos cuidados à pessoa em situação paliativa, suas famílias/cuidadores, pela qualidade dos cuidados prestados pelas equipas, que apesar da limitação de recursos, se mostraram sempre disponíveis para promover momentos formativos, de reflexão sobre a prática e consolidação de conhecimentos. Realço o contributo positivo de todos os profissionais dos contextos de ENP, assim como das orientadoras deste relatório, na formação como futura enfermeira especialista, na aquisição e desenvolvimento de competências comuns e especializadas e no crescimento pessoal e profissional.

Como aspeto menos positivo destaco o tempo para a realização do ENP e relatório face à excedente carga horária profissional, às horas dedicadas ao estudo individual, à carga horária e exigências do mestrado, assim como a constrangimentos e vida pessoal. No entanto, considero

ter alcançado os objetivos propostos tendo em conta as atividades delineadas.

7. BIBLIOGRAFIA

APCP – Associação portuguesa de cuidados paliativos (2023). *Cuidados paliativos*. Recuperado em 30 de abril, 2023, de <https://apcp.com.pt/publico-em-geral>

Aragon, K. N. (2020). Palliative Care in Lung Cancer. *Clinics in Chest Medicine*, 41(2), 281-293. <https://doi.org/10.1016/j.ccm.2020.02.005>

Azevedo, P. (2006). Dispneia. In A. Barbosa, P.R. Pina, F. Tavares & I. G Neto. (Eds.); *Manual de Cuidados Paliativos*. (1ª ed., pp. 177-187). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Baptista, R. C. N. (2003). Avaliação do doente com alteração do estado de consciência- Escala de Glasgow. *Revista Referência*. 10. 77-80. [file:///C:/Users/seviv/Downloads/ref_10-77a80%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/seviv/Downloads/ref_10-77a80%20(3).pdf)

Barata, P., Santos, F., Mesquita, G., Cardoso, A., Custódio, M. P., Alves, M., Papoila, A. L., Barbosa, A., & Lawlor, P. (2016). Associação da intensidade de dor no tempo até à morte dos doentes oncológicos referenciados aos cuidados paliativos. [Pain Intensity and Time to Death of Cancer Patients Referred to Palliative Care]. *Acta Medica Portuguesa*, 29(11), 694-701. <https://doi.org/10.20344/amp.7557>

Barbosa, A. (2006). Sofrimento. In A. Barbosa, P.R. Pina, F. Tavares & I. G Neto. (Eds.); *Manual de Cuidados Paliativos*. (1ª ed., pp. 397-417). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Barbosa A. (2016). O luto em Cuidados Paliativos. In A. Barbosa, P.R. Pina, F. Tavares & I. G Neto. (Eds.); *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed., pp.553-630). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Barbosa, A., Pina, P.R., Tavares F., Neto I.G. (2016) *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª edição). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Barbosa, M., Gonçalves, T.N., Neto, I.G. (2021). *Guia sintético Abordagem da Agonia – Últimos dias e horas de vida* (1ªed.). Ordem dos Médicos. <https://ordemdosmedicos.pt/wp-content/uploads/2021/06/Guia-sinte%CC%81tico-abordagem-da-agonia.pdf>

Batalha, L. M. C. (2016). *Avaliação da dor: Manual de estudo – versão1*. ESEnfC. [file:///C:/Users/seviv/Downloads/Manual%20de%20%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20dor%](file:///C:/Users/seviv/Downloads/Manual%20de%20%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20dor%20)

20(6).pdf

Batalha, L., Duarte, C., Rosário, R., Costa, M., Pereira, V., & Morgado, T. (2012). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão portuguesa da escala Pain Assessment in Advanced Dementia. *Revista de Enfermagem Referência, III Série* (no 8), 7-16. <https://doi.org/10.12707/riii1294>

Bernardo, A., Rosado, J., Salazar, H. (2016). Trabalho em equipa. In A. Barbosa, P.R. Pina, F. Tavares & I. G Neto. (Eds.); *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª ed., pp. 907-914). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Braz, M. S., & Franco, M. H. P. (2017). Profissionais Paliativistas e suas Contribuições na Prevenção de Luto Complicado. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(1), 90-105. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001702016>

Bruegge, M. V. & Forsyth, L. W. (2003) Intervenções junto de pessoas com traumatismo, neoplasia e outros problemas cerebrais afins. In W. J. Phipps, J. K. Sands & J. F. Marek, *Enfermagem Médico-cirúrgica. Conceitos e prática clínica* (6ª. ed., pp.1921-1974). Lusociência

Capelas, M.L. & Neto, I. (2010). Organização de Serviços. In A. Barbosa & I. G Neto. (Eds.); *Manual de Cuidados Paliativos*. (2ª ed., pp. 785-814). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Cardoso, M. A. (2010). A dor em cuidados paliativos. *Dossier saúde Grunenthal*, 11. https://apeddor.org/images/diversos/documentos/dossier_saude_especial_dor.pdf

Carneiro, R. (2021) Sintomas cutâneos e das mucosas. In E. Freire, *Guia prático de controlo sintomático*. (2ª ed., pp. 141-146). <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>

Chang, C., & Gross, M. (1984). Utility of naproxen in the differential diagnosis of fever of undetermined origin in patients with cancer. *The American Journal of Medicine*, 76(04), 597-603. [https://doi.org/10.1016/0002-9343\(84\)90283-3](https://doi.org/10.1016/0002-9343(84)90283-3)

Cipriano, P., Monteiro, N.F., Alves, J., Mirra, J., Santos, M., Feire, E. (2018). Cuidados Paliativos em Doentes com Acidente Vascular Cerebral: Um Estudo Retrospectivo de 5 Anos de uma Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos. *Medicina Interna*, 25(3), 186-192. <https://doi.org/10.24950/rspmi/original/288/3/2018>

Cipriano, P., Monteiro, N. F., Silvas, S. V., Freire, E. (2021). Dispneia. In E. Freire, *Guia prático de controlo sintomático* (2ª ed., pp.35-41). <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>

Coelho A, de Brito, M., Teixeira, P., Frade, P., Barros, L., Barbosa, A. (2019). Family Caregivers' Anticipatory Grief: A Conceptual Framework for Understanding Its Multiple Challenges. *Qual Health Res.* 30(5), 693-703. <https://doi:10.1177/1049732319873330>.

Coelho, A., Roberto, M. S., Barros, L., & Barbosa, A. (2022). Family Caregiver's Anticipatory Grief—Clinical Interview: Psychometric Characteristics and Scoring Pattern. *Illness Crisis and Loss*, 30(2), 294-319. <https://doi.org/10.1177/1054137320923383>

Coelho, M. A. M. (2020). *Conceptualization and Assessment of Family Caregivers' Anticipatory Grief in Palliative Care*. (Tese de doutoramento, Faculdade de Medicina de Lisboa - Universidade de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10451/48493>

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2021). *Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos 2021 - 2022*. ACSS, 1 - 60. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>

Creutzfeldt, C. J., Holloway, R. G., & Walker, M. (2012). Symptomatic and palliative care for stroke survivors. *Journal of General Internal Medicine*, 27(7), 853-860. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1966-4>

Cruz, C., & Riera, R. (2016). Comunicando más notícias: o protocolo SPIKES. *Diagnóstico e Tratamento*, 21(3), 106-108. https://docs.bvsalud.org/biblioref/2016/08/1365/rdt_v21n3_106-108.pdf

Damásio, A. R. (2010) *E o cérebro criou o homem: construindo a mente consciente*. Companhia das Letras.

Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde. (1996). *Diário da República: I Série - A*, nº 205. <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>

Deodato, S.J. (2010). *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir*. (Tese de doutoramento, Instituto de ciências da saúde - Universidade Católica Portuguesa). Repositório Científico de Acesso Aberto. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/4984/3/Tese_Dout_SD_Final_23.10.10.paginada.pdf

Despacho nº 9563/2021 de 30 de setembro (2021). *Diário da República*, 2ª série - Nº191, 126-128. https://estudar.esenf.pt/wp-content/uploads/2021/10/MEMC_Paliativa_Despacho-n.-9563_2021-de-30-set.pdf

Direcção-Geral da Saúde (2003). *Circular Normativa nº 09/DGCG do Ministério da Saúde. A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da Intensidade da Dor*. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

Donabedian, A. (1980). *The Quality of Medical Care*. Science 200.

European Association Working for Carers - EUROCARERS. (2023, Janeiro 19). *About carers*. Recuperado em 26 de junho, 2023, de <https://eurocarers.org/about-carers/>

- Fabbro, E., Dalai, S., & Bruera, E. (2006). Symptom control in Palliative Care – part II: Cachexia/Anorexia and Fatigue. *Journal of palliative medicine*, 9(2), 409-421. <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.409>
- Fabi, A., Bhargava, R., Fatigoni, S., Guglielmo, M., Horneber, M., Roila, F., Weis, J., Jordan, K., & Ripamonti, C. I. (2020). Cancer-related fatigue: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis and treatment. *Annals of Oncology*, 31(6), 713–723. <https://doi.org/10.1016/j.annonc.2020.02.016>
- Fallon, M., Giusti, R., Aielli, F., Hoskin, P., Rolke, R., Sharma, M., & Ripamonti, C. I. (2018). Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 29(4), iv166–iv191. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdy152>
- Feijó, L. I. (2015). *Avaliação do estado de consciência- tradução e validação da escala FOUR*. (Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://hdl.handle.net/10216/90400>
- Feio, M. (2016). Dispneia. In A. Barbosa, P.R. Pina, F. Tavares & I. G Neto. (Eds.); *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª ed., pp. 219-231). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
- Fernandes et al. (2007). Retenção Urinária Pós-Operatória: Avaliação De Pacientes Em Uso De Analgesia Com Opióides. *Revista Latino Americana Enfermagem*, 15(2), 1–5. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/BxCztR8PTtZC9gTrxsQsxXD/?format=pdf&lang=pt>
- Fernandes, J. (2016). Apoio à família em cuidados paliativos. In A. Barbosa, P.R. Pina, F. Tavares & I. G Neto. (Eds.); *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª ed., pp. 653-664). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
- Fernandes, R., Ramos, A. R. & Monteiro, P. (2021) Nutrição e hidratação em fim de vida. In E. Freire, *Guia prático de controlo sintomático* (2ª. ed., pp. 95-108). <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>
- Fernando, G. V. M. C., & Hughes, S. (2019). Team approaches in palliative care: A review of the literature. *International Journal of Palliative Nursing*, 25(9), 444–451. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2019.25.9.444>
- Ferreira, A. D. S. (2013). *Necessidades em cuidados paliativos: na pessoa com doença oncológica – Perspetiva dos enfermeiros prestadores de cuidados de saúde paliativos*. (Tese de mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/70517/2/30541.pdf>
- Figueiredo, M. do C., & Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *Revista Da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, VI(2), 102–107. <https://revistas.rcaap.pt/uiips/article/view/16137/14378>

Fradique, E. (2016). Cuidados à boca. In A. Barbosa, P.R. Pina, F. Tavares & I. G Neto. (Eds.); *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª ed., pp. 367-378). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Francisco, J., & Barbedo, I. (2021). Últimas horas ou dias de vida. In E. Freire, *Guia prático de controlo sintomático* (2ª ed., pp.153-160). <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>

Gama, G.M., & Barbosa, A. (2006). Delirium. In A. Barbosa, P.R. Pina, F. Tavares & I. G Neto. (Eds.); *Manual de Cuidados Paliativos*. (1ª ed., pp. 277-294). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Gonçalves, F. (2018, março 3) *Dor*. Medicina paliativa. <https://medicinapaliativa.pt/Blog/Detail/17>

Gonçalves, F. (2020, Outubro 18). *Administração de medicação por via subcutânea em cuidados paliativos*. Medicina paliativa. <https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/201018141335.pdf>

Gonçalves, F. (2022, novembro 29). *Tosse em cuidados paliativos*. Medicina paliativa. <https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/221129210020.pdf>

Gonçalves, F. (2023, fevereiro 5). *Delirium em cuidados paliativos*. Medicina paliativa. <https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/230205185815.pdf>

Gonçalves, J. A. S. F. (2011). *Controlo de sintomas no cancro avançado*. (2ª ed.) Coisas de Ler

Gonçalves, P. B. (2020). *Formalização do Conhecimento Disciplinar em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria: Desenvolvimento de Modelos Clínicos de Dados centrados no Delírio e na Alucinação*. (Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar). Repositório Científico de Acesso Aberto. <https://hdl.handle.net/10216/132948>

Guirro, Ú. B. P., Perini, C. C., & Siqueira, J. E. (2021). PalliComp: um instrumento para avaliar a aquisição de competências em cuidados paliativos. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 45(3). <https://doi.org/10.1590/1981-5271v45.3-20200513>

Hajjar, R. R. (2008). Sleep Disturbance in Palliative Care. *Clinics in Geriatric Medicine*, 24(1), 83-91. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2007.08.003>

Hui, D., Maddocks, M., Johnson, M. J., Ekström, M., Simon, S. T., Ogliari, A. C., Booth, S., & Ripamonti, C. I. (2020). Management of breathlessness in patients with cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines. *ESMO Open*, 5(6), 1-13. <https://doi.org/10.1136/esmoopen-2020-001038>

Infomed - Base de dados de medicamentos do Infarmed© consultada em extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/index.xhtml (acedida em 2/04/2023).

Instituto Nacional de estatística (2023). *Causas de morte 2021*, 1-13. file:///C:/Users/seviv/Downloads/16Causas_Morte_2021_retificado%20(1).pdf

Internacional Council of Nurses. (2019). *Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem Browser*. ICN. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

International Association for Hospice and Palliative Care (2018). *Palliative Care definition*. <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/>

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>

Kochovska, S., Ferreira, D. H., Luckett, T., Phillips, J. L., & Currow, D. C. (2020). Earlier multidisciplinary palliative care intervention for people with lung cancer: A systematic review and meta-analysis. *Translational Lung Cancer Research*, 9(4), 1699-1709. <https://doi.org/10.21037/tlcr.2019.12.18>

Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A vision for Holistic Health Care and Research*. Springer Publishing Company.

Kübler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. Macmillan Company.

Landeiro, M. J. L., Martins, T. V., & Peres, H. H.C. (2016). Percepção dos enfermeiros sobre dificuldades e necessidades informacionais dos familiares cuidadores de Pessoa dependente. *Texto Contexto Enferm*, 25(1), 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720160000430015>

Lei n.º 52/2012 de 5 de setembro. (2012). *Diário da República*, 1.ª série — N.º 172. <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>

Lei nº15/2014 de 21 março. (2014). *Diário da República*, 1ª série-Nº 57, 2127-2131. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2014/03/05700/0212702131.pdf>

Lei nº 100/2019 de 6 de setembro. (2019). *Diário da República: 1ª série* - Nº 171, 3-16. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/17100/0000300016.pdf>

Lei nº 95/2019 de 4 de setembro (2019). *Diário Da República*, 1ª série - Nº169, 55-66. <https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0005500066.pdf>

Lin, Y., Zhou, Y., & Chen, C. (2023). Interventions and practices using Comfort Theory of Kolcaba to promote adults' comfort: an evidence and gap map protocol of international effectiveness studies. *Systematic Reviews*, 12(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02202-8>

- Lourenço, I. L., Gonçalves, M.S.F., Sequeira, M.S., Melo, M.F.H., & Gouveia, M. J.B. (2022). A Tomada De Decisão Na Gestão De Cuidados Em Enfermagem: Uma Revisão Narrativa Da Literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, 30, 557-578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Marinho, L. A. G. (2013) *A gestão da dor em cuidados paliativos: Saberes e práticas dos enfermeiros*. (Tese de mestrado, Instituto Politécnico de Viana de Castelo). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1185~>
- Martins, M. C. S. F. C. (2010). *Aliviando o Sofrimento: O Processo De Acompanhamento De Enfermagem Ao Doente Em Final De Vida*. (Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://hdl.handle.net/10451/3185>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. A. K. H., & 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>
- Mendes, A.P. (2021). *Xerostomia causas e tratamento*. Centro de informação do medicamento. https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/cim_e_publicacoes_xerostomia_631563334612ce95acb129.pdf
- Mercadante, S., Aielli, F., Adile, C., Ferrera, P., Valle, A., Cartoni, C., Pizzuto, M., Caruselli, A., Parsi, R., Cortegiani, A., Masedu, F., Valenti, M., Ficorella, C., & Porzio, G. (2015). Sleep Disturbances in Patients with Advanced Cancer in Different Palliative Care Settings. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(6), 786-792. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.06.018>
- Monteiro, N. F., Cipriano, P. C., Silva, S. V., & Freire, E. (2021a). Tosse. In E. Freire, *Guia prático de controlo sintomático* (2ª ed., pp.43-49). <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>
- Monteiro, P., Fernandes, R., Ramos, A.R. (2021b). Sintomas neuropsíquicos. In E. Freire, *Guia prático de controlo sintomático* (2ª ed., pp.109-128). <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>
- Mota, D. D. C. F. & Pimenta, C. A. de M. (2002). Fadiga em pacientes com câncer avançado: conceito, avaliação e intervenção. *Revista Brasileira De Cancerologia*, 48(4), 577-583. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2002v48n4.2172>
- NANDA-I: definições e classificação 2021-2023 (12ª ed. rev.) Artmed
- Neto, I. G. (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados

paliativos. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 19(1), 68-74. <http://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/9906/9644>

Neto, I. G. (2008). Utilização da via subcutânea na prática clínica. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 15 (4), 277 - 283. https://www.spmi.pt/revista/vol15/vol15_n4_2008_277_283.pdf

Neto, I. G. (2016). Cuidados Paliativos: princípios e conceitos fundamentais. In A. Barbosa, P.R. Pina, F. Tavares & I. G Neto. (Eds.); *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª ed., pp. 1-22). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Nobre, V. S. D. (2019). *As Conferências Familiares numa Unidade de Cuidados Paliativos: Análise do seu conteúdo*. (Tese de mestrado, Faculdade de Medicina Universidade de Lisboa). Repositório científico de acesso aberto. <http://hdl.handle.net/10451/39416>

Obarzanek, L., & Campbell, M. L. (2022). Dyspnea in Patients with Advanced Stage Cancer: A Nurses Guide to Assessment and Treatment. *Seminars in Oncology Nursing*, 38(1), 151255. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2022.151255>

Oliveira, E.P., & Junior, P.M. (2020) Palliative care in pulmonar medicine. *J Bras Pneumol*, 46(3), 1-11. <https://dx.doi.org/10.36416/1806-3756/e20190280>

Ordem dos Enfermeiros (OE) (2008). *Dor - Guia orientador de boa prática*. *Cadernos OE*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Parecer CJ 196/2014 - Registo de Penso e Evolução da Ferida*. Conselho jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros. 1-5. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_196_2014_RegistoPensoEvolucaoFerida.pdf

Ordem dos Enfermeiros – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Reabilitação. (2015b). *Core de indicadores por categoria de enunciados descritivos dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de Reabilitação(PQCER)*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQCER.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015c). *Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº156/2015 de 16 de setembro)*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Assembleia extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>

Organização Mundial da Saúde (2020). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde. Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*.

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>

Paiva, A., Cardoso, A., Sequeira, C., Morais, E. J., Bastos, F., Pereira, F., Padilha, J. M., Cruz, I., Oliveira, M. F., Brito, M. A., Silva, M.A.; Machado, N.; Sousa, P.; Sousa, P. & Marques, P. (2014). *Análise da parametrização nacional do Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem - SAPE Relatório em 7 volumes*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. https://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_d/publicacoes/apn-978-989-98443-5-3.pdf

Palma, M. J. & Salazar, H. (2006). Sono. In A. Barbosa, P.R. Pina, F. Tavares & I. G Neto. (Eds.); *Manual de Cuidados Paliativos*. (1ª ed., pp. 257-276). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Patinadan, P. V., Tan-Ho, G., Choo, P. Y., & Yan, A. H. (2020). Resolving anticipatory grief and enhancing dignity at the end-of life: A systematic review of palliative interventions. *Death Studies*, 46(2), 1-14. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1728426>

Paz-Rodríguez, F., Andrade-Palos, P., & Llanos-Del Pilar, A. M. (2005). Consecuencias emocionales del cuidado del paciente con esclerosis lateral amiotrófica. *Revista de Neurologia*, 40(8), 459-464. <https://doi.org/10.33588/rn.4008.2004376>

Pinho-Reis, C & Coelho, P. (2014). Significado da alimentação em cuidados paliativos. *Revista Cuidados Paliativos*. 1(2), 14-22. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/19803/1/2014187.pdf>

Pinto, S. M. O., Berenguer, S. M. A. C., Martins, J. C. A., & Kolcaba, K. (2016). Cultural adaptation and validation of the Portuguese end of life spiritual comfort questionnaire in palliative care patients. *Porto Biomedical Journal*, 1(4), 147-152. <https://doi.org/10.1016/j.pbj.2016.08.003>

Pires, c. & Gonçalves, E. (2021) Conceitos gerais de cuidados paliativos em controlo sintomático. In E. Freire, *Guia prático de controlo sintomático* (2ª. ed., pp. 17-22). <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>

Planchard, D., Popat, S., Kerr, K., Novello, S., Smit, E. F., Faivre-Finn, C., Mok, T. S., Reck, M., Van Schil, P. E., Hellmann, M. D., & Peters, S. (2018). Metastatic non-small cell lung cancer: ESMO

Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of Oncology*, 29(January), iv192-iv237. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdy275>

Pontalti, G., Rodrigues, E. S. A., Firmino, F., Fábris, M., Stein, M. R., & Longaray, V. K. (2012). Via subcutânea: segunda opção em cuidados paliativos Subcutaneous route: second option in palliative care. *Revista Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)*, 32(2), 199-207. <http://seer.ufrgs.br/hcpa>

Portaria n.º 66/2018 do Ministério da Saúde (2018). *Diário Da República n.º 46/2018, Série I*, 1177-1182. <https://dre.pt/home/-/dre/114822275/details/maximized>

Queirós, A.R.R., Costa, A.S.R., Souto, M.M. & Cadavez, A.M.M. (2021). Principais fármacos utilizados em cuidados paliativos. In E. Freire, *Guia prático de controlo sintomático* (2ª. ed. pp. 193-204). <https://www.spmi.pt/guia-pratico-de-controlo-sintomatico/>

Querido, A., Salazar, H., Neto, I. G. (2016). Comunicação. In A. Barbosa, P.R. Pina, F. Tavares & I. G. Neto. (Eds.); *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª ed., pp. 815-832). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Radbruch, L., Strasser, F., Elsner F., Gonçalves, J. F., Løge, J., Kaasa, S., Nauck, F. & Stone, P. (2008). Fatigue in palliative care patients — an EAPC approach. *Palliative Medicine*, 22(1), 13-32. <https://doi.org/10.1177/0269216307085183>

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (2019). *Diário da República*, 2.ª Série - N.º 26, 4744-4750. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 429/2018 (2018). *Diário da República*, 2.ª Série - N.º 135, 19359-19370. <https://dre.pt/application/conteudo/115698617>

Rigotti, M. A., & Ferreira, A. M. (2005). Intervenções de enfermagem ao paciente com dor. *Arq Ciênc Saúde*, 12(1), 50-54. http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/Vol-12-1/09 - id 105.pdf

Rolland, J. S. (2000). *Famílias, enfermedad y discapacidad - una propuesta desde la terapia sistémica*. Gedisa.

Schutz, R.E.C. & Creutzfeldt, C.J. (2023) Chapter1-Palliative care after stroke survival. *Handbook of clinical neurology*, 191, 3-11. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-824535-4.00003-3>

Sequeira, C. (2007) *Cuidar de idosos dependentes*. Quarteto editora.

Silva, A.R., Oliveira, T.M, Lima, C.F., Rodrigues, L.B., Bellucci, J.N., & Carvalho, M.G.O. (2016). Sistemas De Informação Como Instrumento Para Tomada De Decisão Em Saúde: Revisão Integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, 10(9), 3455-3462. <https://doi.org/10.5205/reuol.9571-83638-1-SM1009201634>

Toussaint, E., Bahel-Ball, E., Vekemans, M., Georgala, A., Al-Hakak, L., Paesmans, M., & Aoun, M.

(2006). Causes of fever in cancer patients (prospective study over 477 episodes). *Supportive Care in Cancer*, 14(7), 763-769. <https://doi.org/10.1007/s00520-005-0898-0>

UNESCO (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*, 1-12. <http://unesdoc.unesco.org/images/0014/001461/146180por.pdf>

Vallerand, A. H., Sanoski, C. A., & Deglin, J., H. (2018). *Guia Farmacológico para Enfermeiros* (14^a.ed.). Lusociência

Vapiwala, N., & Simone, C. B. (2006, março 29) *Lung Cancer*. *Oncolink*. https://www.oncolink.org/print/pdf/8839?print_8784_lung_cancer.pdf

Varanda, E., Rodrigues, C., & Costa, A. (2015, setembro). *Avaliação e Estimulação do Doente com Alterações de estado de consciência*. *Concurso Padrões de Qualidade Dos Cuidados de Enfermagem SRSOE*, Almada, Portugal.

Vergo, M. T., Whyman, J., Li, Z., Kestel, J., James, S. L., Rector, C., & Salsman, J. M. (2017). Assessing Preparatory Grief in Advanced Cancer Patients as an Independent Predictor of Distress in an American Population. *Journal of Palliative Medicine*, 20(1), 48-52. <https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0136>

Vieira, S. M. C. (2018). *Utilização e Evolução dos Sistemas de Informação em Enfermagem: Influência na Tomada de Decisão e na Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. (Tese de mestrado, Universidade do Minho). Repositório Científico de Acesso Aberto. 1-152. <https://hdl.handle.net/1822/55867>

Wildiers, H., Dhaenekint, C., Demeulenaere, P., Clement, P. M. J., Desmet, M., Nuffelen, R. Van, Gielen, J., Droogenbroeck, E. Van, & Geurs, F. (2009). Atropine, Hyoscine Butylbromide, or Scopolamine Are Equally Effective for the Treatment of Death Rattle in Terminal Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(1), 124 - 133. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2008.07.007>

Wit, J., Bakker, L. A., Groenestijn, A. C., Berg, L. H., Schröder, C. D., Visser-Meily, J. M. A., & Beelen, A. (2017). Caregiver burden in amyotrophic lateral sclerosis: A systematic review. *Palliative Medicine*, 32(1), 231-245. <https://doi.org/10.1177/0269216317709965>

World Health Organization (2020a, agosto 5). *Palliative Care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

World Health Organization. (2020b). *Portugal*. The Global Cancer Observatory. 1-2. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/620-portugal-fact-sheets.pdf>

8. ANEXOS

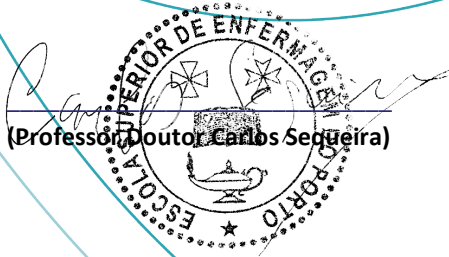
Anexo I

NURSID SPRING SCHOOL 2023

DECLARAÇÃO

Declara-se que **Ana Serralheiro** fez parte da **Comissão Organizadora** do **Seminário de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa**, integrado na **NursID Spring School 2023**, realizado no dia 8 de maio de 2023, pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Comissão Organizadora



ENFERMAGEM PORTO

POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

Anexo II



CERTIFICADO

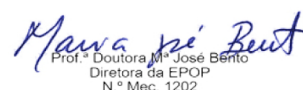
Para os devidos efeitos certifica-se que, Ana Luisa Sevivas Serralheiro, participou na Palestra "Cuidamos e acompanhamos outros... e como podemos cuidar de nós?" que decorreu no Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E.P.E., no dia 2023-05-04 com 2 horas de duração.

Coordenadora da Comissão da Humanização do IPO-Porto


Coordenadora
Comissão da Humanização
IPO-Porto

Dr.ª Luísa Viterbo

Escola Portuguesa de Oncologia do Porto


Prof.ª Doutora M.ª José Bento
Diretora da EPOP
N.º Mec. 1202

Prof.ª Doutora Maria José Bento

PROGRAMA

Palestrante - Prof. Doutor Enric Benito

Autocuidado dos Profissionais de Saúde

Como Cuidarmos para poder cuidar e acompanhar

Anexo III

ANOS

ATIVIDADES

LIVE YOUTUBE
WEBINAR DE LANÇAMENTO

White Paper “Feridas na Pessoa
em Situação Palliativa”

Grupo Feridas em Oncologia

26
ABR.
18H00

CERTIFICADO

Certifica-se que:

Ana Seivivas Serralheiro

Assistiu ao **Webinar de Lançamento do White Paper “Feridas na Pessoa em Situação Palliativa”**, da Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas (**APTferidas**), que se realizou, *online*, no dia **26 de Abril de 2023**, com a duração total de **2 horas**.

Gondomar, 26 de Abril de 2023

Pe'l A Organização



O PRESIDENTE DA DIREÇÃO
(Paulo Alves)

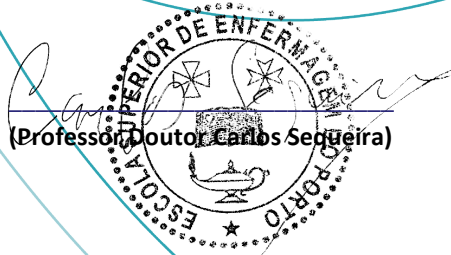
Anexo IV

NURSID SPRING SCHOOL 2023

DECLARAÇÃO

Declara-se que **Ana Sevivas** proferiu o painel com o tema **Consciencialização do Processo de Morrer em Clientes Paliativos** no **Seminário de Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa**, integrado na **NursID Spring School 2023**, realizado no dia 8 de maio de 2023, pela Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Comissão Organizadora



ENFERMAGEM PORTO

POR UMA ENFERMAGEM MAIS SIGNIFICATIVA PARA AS PESSOAS

Anexo V

FATORES QUE INFLUENCIAM O PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, INCLUINDO ENFERMEIROS, NA GESTÃO DA DOR DA PESSOA EM SITUAÇÃO PALLIATIVA: RAPID REVIEW

Ano Semanas, ep 10349

Introdução

DOR

"Consiste numa experiência sensorial e emocional desagradável associada a dano tecidualar atual ou potencial, ou assim percebida como dano"
(IASP, 2020)

- é sempre uma experiência pessoal que pode ser influenciada por vários fatores: biológicos, psicológicos ou sociais;
- deve ser sempre respeitado a experiência de dor referida pela pessoa
- embora a dor tenha normalmente um papel adaptativo, pode ter efeitos adversos na função e bem-estar social e psicológico da pessoa
- a descrição verbal da dor é apenas um dos vários comportamentos para a sua expressão: a incapacidade de comunicar não nega a possibilidade da experiência de dor

(International Association for the Study of Pain, 2020; Semmelweis & Bouché, 2011)

Dor Total

Cicely Saunders veio revolucionar a prática dos cuidados aos doentes em fim de vida, valorizando a qualidade de vida ao encarar a dor como uma entidade com diferentes componentes que a podem influenciar: físicos, psicológicos, emocionais, espirituais e sociais

(Cicely, 2003)

A combinação destes elementos vai influenciar e modificar a dor física do doente, tornando-a numa experiência individualizada e específica de acordo com a situação particular de cada um

(Melnik & Chan, 2008)

Dor Em CP

- Um dos sintomas mais prevalentes nos doentes em CP
- 60 a 70 % dos doentes com necessidades paliativas têm dor
- A prevalência da dor no último ano de vida é de 80 a 90% nos doentes oncológicos e 60 a 70% nos doentes não oncológicos

Elevada prevalência, faz com que a gestão da dor seja um dos principais objetivos dos CP, sendo essencial para a promoção do bem-estar físico e emocional e melhoria da qualidade de vida destes doentes

Dada a **complexidade, multidimensionalidade e subjetividade** da dor, a **abordagem multidisciplinar** da sua gestão, desde a **avaliação, diagnóstico e tratamento**, é fundamental

(CE, 2008 DGS, 2020; Barreto, 2015)

(Baldwin et al., 2006; Furlan et al., 2006; Sengler et al., 2007)

Apesar de ser de elevada importância para os doentes, a dor é negligenciada pela sociedade e pelos profissionais de saúde, sendo **subavaliada, subdiagnosticada e subtratada**

[PDS, 2004; Peltier et al., 2018].



Dor como 5° sinal vital

- A gestão da dor deve ser encarada como uma preocupação do profissional de enfermagem.
- Apesar da sua subjetividade, a sua presença e intensidade deve ser sistematicamente valorizada, avaliada, diagnosticada e registada. A sua quantificação e documentação serve de indicador de resposta ao tratamento e de auxílio para execução de planos de tratamento futuros

[PDS, 2003]

MÉTODO DE REVISÃO: RAPID REVIEW

PI(c)O

População, Intervenção, Comparação e Outcome



P	População	Profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, que tomam decisões face ao foco da dor da pessoa em situação paliativa
I	Intervenção	Processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, no gestão da dor da pessoa adulta em situação paliativa
O	Outcome	Fatores que influenciam o processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, no gestão da dor da pessoa em situação paliativa

Objetivo: revisar evidência sobre fatores que influenciam o processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, na gestão da dor da pessoa em situação paliativa.

- Quais os fatores determinantes no processo de tomada de decisão, dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, na gestão da dor da pessoa em situação paliativa?

- O que influencia a decisão dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, no processo de tomada de decisão na gestão da dor da pessoa adulta em situação paliativa?

- **Incluídos artigos** cuja população sejam profissionais de saúde, com referência a inclusão de enfermeiros, que identifiquem fatores que influenciam o processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, no gestão da dor.
- **Excluídos** artigos que abordem os fatores que influenciam a tomada de decisão face à gestão da dor, nas pessoas com idade inferior a 18 anos.

MÉTODO DE REVISÃO: RAPID REVIEW

Frase booleana: "Decision Making*"AND"Pain Management"
AND" nurs*"AND "Palliative Care"

- 1 base de dados: MEDLINE Complete, disponível na EBSCOhost da biblioteca virtual do ESEP
- limite temporal: 1 de janeiro 2013 até 14 de março 2023;
- idioma: estudos em inglês;
- artigos publicados em revistas académicas e sujeitos a revisão por pares

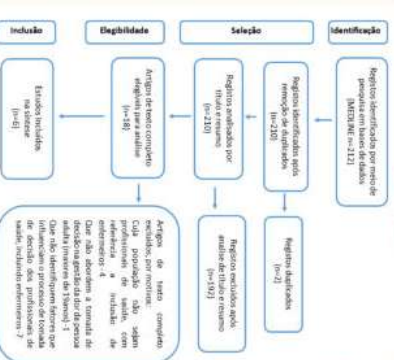


Figura 1 - Diagrama de fluxo do processo de seleção e inclusão dos artigos segundo Higgins et al., 2006

Resultados

Seis Estudos

2013, 2016, 2018, 2021 e 2023
EUA, Irlanda, Suécia, Austrália

Revisão da literatura, estudo qualitativo, estudos quantitativos, artigos de opinião
Participantes: profissionais de saúde que prestam cuidados a pessoas com doença avançada, progressiva e incurável, incluindo enfermeiros

Fatores intrínsecos

- Conhecimento sobre **estratégias farmacológicas**
Lovell et al. (2013) e Johnstone-Petty (2018)

- Conhecimento sobre identificação e **avaliação** da dor
- Dificuldade dos profissionais no reconhecimento da presença de dor através da análise do comportamento dos doentes
Mitchell et al. (2016) e Lundin & Godskesen (2021)

- Conhecimento dos profissionais sobre CP
Mitchell et al. (2016) e Lundin & Godskesen (2021)

Fatores intrínsecos

Fatores extrínsecos

Todos os estudos abordam **fatores que influenciam o processo de tomada de decisão dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros na gestão da dor** da pessoa em situação paliativa, apesar de definirem objetivos diferentes

Discussão

Experiência e competências

Conex artigos



- Experiência e competência na identificação e avaliação da dor **Mitchell et al. (2016)**
- Influência do treino dos enfermeiros **Martin & Barkley (2016)**
- Experiência na administração de novas medicações (ketamina) **Johnstone-Petty (2018)**
- Competência e experiência dos profissionais sobre CP e na gestão da dor **Ludin & Godskesen (2021) e McMenamin et al. (2023)**

Conhecimento

- **Prática baseada na evidência** como fator influente na tomada de decisão
- Dificuldade na tomada de decisão baseada na evidência quando a evidência é escassa, conflituosa, inconsistente ou não generalizável

Conexões

Existência de **mitos** na administração de opioides, associando a sua administração à morte **Martin & Barkley (2016)**

Comunicações

Três artigos

- **Competências de comunicação** do profissional-vai influenciar a capacidade de avaliação da dor **Mitchell et al. (2016)** e **Lundin & Godskesen (2021)**
- **Formação especializada em comunicação** como fator influenciador do processo de tomada de decisão **Martin & Barkley (2016)**

Personalidade

Enfermeiros com **personalidade dominante** implementam mais práticas inovadoras, tocando a prática baseada na evidência; disponibilizando-se como mentores e orientadores de outros enfermeiros na gestão da dor. **McMenamin et al. (2023)**

Fatores organizacionais

Recursos disponíveis

- Falta de **recursos para o ensino** dos profissionais,
- Falta de **especialistas** na área da dor
- Dificuldade na **acessibilidade** a esses especialistas,
- **Timing** na referência dos doentes para equipes especializadas em CP - **McMenamin et al. (2023)**
- Disponibilidade de recursos físicos para a administração de medicação subaracnóide em segurança **Johnstone-Petty (2018)**

Fatores extrínsecos

Fatores organizacionais

Rotinas e utilização de protocolos/guidelines

Lovell et al. (2013), **Lundin & Godskesen (2021)** e **McMenamin et al. (2023)** e no estudo de **Mitchell et al. (2016)**.

- Diferentes contextos de trabalho, usam diferentes rotinas para avaliação, administração de analgesia ou monitorização da dor;
- importância da utilização de escalas padronizadas e de protocolos

Fatores extrínsecos

Fatores organizacionais



- **Tempo** disponibilidade para realizar uma abordagem holística da dor;
- **Racões**, o trabalho por turnos ou a sobrecarga de trabalho.
- **Escassez de profissionais** de enfermagem leva a que estes dêem prioridade às necessidades físicas, como o alívio farmacológico da dor, em detrimento das necessidades psicossociais.
- **Trabalho em equipa** - a **coordenação** entre os profissionais e o **consenso** relativamente às decisões sobre gestão da dor influenciando a tomada de decisão. **Lovell et al. (2013)**

Lundin & Godskesen, (2021)

Fatores relacionados

- Influência da **família** na avaliação da dor,
- Importância de envolver o cuidador/família para ajudar na identificação da dor nos doentes com demência avançada pois são estes os que melhor conhecem o comportamento do seu ente querido,
- Importância da tomada de decisão em conjunto com doente e família

Mitchell et al. (2016), Lundin & Godskesen, (2021)

Valores, crenças e atitudes

Cuidar efetivos



- **Crenças culturais** podem afetar a maneira como os doentes expressam a dor levando a que os profissionais assumam a ausência de dor,
- **Comportamento estoico** por parte do doente, pode levar a avaliações inexatas da intensidade da dor, ao levarem os profissionais de saúde a interpretar a falta de sinais observáveis tais como expressão facial, postura corporal, choro ou gemidos, à interpretação de ausência de dor.

Martin & Barkley (2016) e Lundin & Godskesen (2021)

- Influência dos **desejos, vontade, necessidades e objetivos** de cuidados
- O local de preferência do doente de prestação de cuidados em fim de vida vai influenciar o plano de tratamento para controlo da dor.

Mitchell et al. (2016), Johnstone-Petty (2018) e McMenamin et al. (2023)

Conclusões

- **A tomada de decisão** na gestão da dor da pessoa em situação polidivida é um **processo complexo** e deve ser seriamente considerada com vista à melhoria na prestação de cuidados
 - Este processo é influenciado por vários fatores, sejam eles **intrínsecos** ao profissional ou **extrínsecos**.
- **conhecimento, a experiência e as competências** são **fatores determinantes** no processo de tomada de decisão, dos profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, que combinados com outros fatores podem afetar a qualidade da decisão e os resultados

Limitações

- Ser uma rapid review constitui por si só uma limitação, pois permitiu sintetizar o conhecimento, no entanto, acelerando o processo de realização da revisão sistemática tradicional através da racionalização e omissão de métodos específicos
- Pesquisa apenas numa base de dados,
- Apenas estudos disponíveis em inglês,
- Limitação temporal aos últimos 10 anos,
- Utilização de dois revisores para a fase de seleção dos estudos por título e resumo e de um revisor único para a fase de análise completa de texto, extração e síntese de resultado,
- Omissão da avaliação da qualidade metodológica dos estudos incluídos.

(Tricco et al., 2017)

É fundamental dotar os profissionais de **conhecimento, capacidades e competências sobre a dor, incluindo formação especializada em CP**, melhorar a capacidade de tomada de decisão utilizando o conhecimento da investigação na prática clínica, com vista ao alívio do sofrimento e melhoria da qualidade de vida dos doentes e família em CP.



