

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

Intervenções de Conforto para o controlo sintomático da Oclusão Intestinal Maligna

Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na área de Enfermagem da
Pessoa em Situação Paliativa

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Autor
Ana Sofia Silva

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

Comfort Interventions for Symptomatic Control of Malignant Intestinal Occlusion

Development of Specialized Clinical Skills in Palliative Care Nursing

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientador(es)

Olga Maria Freitas Simões de Oliveira Fernandes
Professor Coordenador s/ Agreg., Doutor

Sara Maria Oliveira Pinto
Professor Adjunto, Doutor

Autor

Ana Sofia Silva

Porto, 2023

RESUMO

Este documento traduz um resumo de todo o trabalho clínico desenvolvido no âmbito do Estágio de natureza profissional com relatório final, integrante no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. O interesse em abordar a Oclusão Intestinal Maligna em doentes em contexto de Cuidados Paliativos, surge devido ao facto de, na prática diária de enfermagem depararmos-nos com dificuldades em gerir todos os sintomas que este diagnóstico provoca. Teve por base a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre a forma como os sintomas surgem, de como a pessoa encara e vive os sintomas, que muitas vezes surgem em simultâneo. É importante, nestas pessoas, ter em conta as suas necessidades, vontades e preferências, adequando o plano de cuidados a todos a esses níveis.

O objetivo foi desenvolver competências comuns e especializadas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa e identificar intervenções de conforto para doentes com diagnóstico de Oclusão Intestinal Maligna.

O método utilizado foi baseado na orientação para as atividades que concretizam o perfil de competências explanadas pelo regulamento nº 429/2018 e regulamento nº 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, desenvolvimento de competências e crítica reflexiva apoiada na revisão de literatura e pesquisa da melhor evidência científica disponível.

Os resultados expõem-se via dois casos clínicos desenvolvidos na plataforma E4Nursing da Escola Superior de Enfermagem do Porto, bem como, a realização de uma formação em serviço sobre Intervenções de Conforto para o Controlo sintomático da Oclusão Intestinal Maligna. O foco de desenvolvimento das competências clínicas vai reforçar a área do conforto em Cuidados Paliativos, nomeadamente no controlo sintomático da dor abdominal, náuseas, vómitos e o efeito que o descontrolo sintomático pode trazer aos doentes com Oclusão Intestinal Maligna do ponto de vista físico, emocional e espiritual.

Em cuidados paliativos, os cuidados de enfermagem da pessoa com Oclusão Intestinal Maligna, têm como objetivo, o controlo sintomático de forma a promover o conforto, a dignidade da pessoa e da sua família. Os sintomas que ocorrem perante este diagnóstico são efetivamente de difícil controlo, porém existem intervenções de enfermagem que contribuem para minimizar o sofrimento em fim de vida

Palavras chave: Competências profissionais; Cuidados Paliativos; Cuidados em fim de vida; Oclusão intestinal maligna.

ABSTRACT

This document is a summary of all the clinical work carried out as part of the professional internship with final report, which is part of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the area of Palliative Care Nursing. The interest in approaching Malignant Intestinal Occlusion in Palliative Care patients arises from the fact that, in daily nursing practice, we find it difficult to manage all the symptoms that this diagnosis causes. It was based on the need to deepen our knowledge of how the symptoms appear, how the person faces and experiences the symptoms, which often appear simultaneously. It is important for these people to take into account their needs, wishes and preferences, adapting the care plan to all of these levels.

The aim was to develop common and specialized skills in Medical-Surgical Nursing, in the area of Palliative Care Nursing, and to identify comfort interventions for patients diagnosed with Malignant Intestinal Occlusion.

The method used was based on orientation towards the activities that materialize the competency profile explained by regulation nº 429/2018 and regulation nº 140/2019 of the Order of Nurses, competency development and reflective criticism supported by a literature review and search for the best available scientific evidence.

The results are presented via two clinical cases developed on the E4Nursing platform of the Escola Superior de Enfermagem do Porto, as well as in-service training on Comfort Interventions for the Symptomatic Control of Malignant Intestinal Occlusion. The focus for developing clinical skills will be on comfort in Palliative Care, namely symptomatic control of abdominal pain, nausea, vomiting and the effect that symptomatic uncontrol can have on patients with Malignant Intestinal Occlusion from a physical, emotional and spiritual point of view.

In palliative care, nursing care for people with Malignant Intestinal Occlusion, is aimed, at symptomatic control in order to promote the comfort and dignity of the person and their family. The symptoms that occur with this diagnosis are indeed difficult to control, but there are nursing interventions that help to minimize suffering at the end of life.

Key words: Professional skills; Palliative Care; End-of-life care; Malignant intestinal occlusion.

ABREVIATURAS

AVC - Acidente cerebro-vascular

CF - Conferência Familiar

CNCP - Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CP - Cuidados Paliativos

ECSCP - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

E4Nursing - plataforma Web based orientada para a conceção de cuidados

ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto

ESAS - Edmonton Symptom Assessment System

EV - Endovenosa

ICN - Internacional Council of Nurses

IM - Intramuscular

MEMCPSPA - Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

OE - Ordem dos Enfermeiros

OIM - Oclusão Intestinal Maligna

OMS - Organização Mundial da Saúde

PEG - Gastrostomia Percutânea Endoscópica

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

SC - Subcutânea

SNG - Sonda Nasogástrica

SNS - Sistema Nacional da Saúde

TAC - Tumografia Abdominal Computorizada

TD - Transdérmica

UCP - Unidade de Cuidados Paliativos

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	17
3. CASO 1	23
3.1. Enquadramento teórico	23
3.2. Clientes	29
3.3. Medicação	30
3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	31
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	35
3.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	35
3.5. Domínios	36
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	37
3.6. Dados	47
3.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	50
3.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	51
3.7. Diagnósticos	52
3.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	55
3.8. Especificação das intervenções	58
4. CASO 2	61
4.1. Enquadramento teórico	61
4.2. Clientes	68
4.3. Medicação	69
4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	69
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	72
4.4.1. Aspetos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	72
4.5. Domínios	73
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	74
4.6. Dados	80
4.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	83
4.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	85
4.7. Diagnósticos	85
4.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	91
4.8. Especificação das intervenções	92
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	97
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	107

7. BIBLIOGRAFIA	109
ANEXOS	117

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Anexos

Anexo I – Plano de Formação em serviço – Intervenções de Conforto para o controlo sintomático da Oclusão Intestinal Maligna -----115

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

Este relatório constitui uma parte integrante do Estágio de natureza profissional com relatório final que se encontra inserido no plano de estudos do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa (MEMCPSPA), da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), no ano letivo 2022/2023. Este foi um trabalho realizado sob a orientação da Professora Doutora Olga Fernandes e sob a co-orientação da Professora Doutora Sara Pinto. Em consonância com o plano de estudo deste curso, a componente de estágio tem como objetivo a integração do estudante no exercício da atividade profissional e ainda, o aprofundamento de competências clínicas diferenciadas, no que concerne aos cuidados especializados em Enfermagem na área da Pessoa em Situação Paliativa. O relatório, visa descrever as competências desenvolvidas ao longo do ensino clínico, enfatizando as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem na área da Pessoa em Situação Paliativa, aliando assim a componente teórica, através da evidência, à prática clínica.

O foco de estudo sobre pessoas em Cuidados Paliativos (CP) com o diagnóstico de Oclusão Intestinal Maligna (OIM), teve por base a necessidade pessoal e profissional em aprofundar este tema, de perceber a forma como os sintomas surgem, de como os doentes encaram e vivem estes sintomas, que muitas vezes surgem em simultâneo. É importante, com estes doentes, ter em conta as suas necessidades, vontades e preferências e adequar a conceção de cuidados a todos a esses níveis.

De acordo com a Lei 52/2012, os CP são cuidados ativos, coordenados e globais, prestados por unidades e equipas específicas, em contexto de internamento ou em contexto domiciliário. Estes cuidados são indicados para pessoas em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual.

Assim sendo, e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), se a causa do sofrimento for doença cardiovascular, oncológica, falência de órgão importante, tuberculose resistente a terapêutica, queimaduras graves, doença crónica em estado terminal, trauma agudo, prematuridade ao nascer ou fragilidade extrema na fase idosa, CP podem ser necessários e deve estar disponível em todos os níveis de atenção. Estima-se que, a nível mundial, apenas 14% dos doentes que necessitam de CP os recebam, com o objetivo de alcançar o desenvolvimento sustentável e contribuir para o aumento da cobertura universal de saúde. Os países devem fortalecer os serviços de CP, de forma a incluir estes cuidados como parte

integrante dos sistemas de saúde. Para melhorar o acesso equitativo aos serviços de CP, é dada ênfase a uma abordagem de atenção primária à saúde. Foram desenvolvidas ferramentas de avaliação para medir o progresso alcançado. Existem fortes parcerias para desenvolver e implementar orientação técnica, fortalecer a capacidade e disseminar informações (OMS, 2023).

Para Capelas (2019), no processo de planeamento de um programa nacional, ou mesmo a nível regional de CP, a identificação ou estimativa do número de doentes é importante, mas não é clara. Além do número e da patologia, é fundamental identificar os níveis de complexidade de cada doente, ou dos possíveis doentes que necessitam deste tipo de cuidados. Esta complexidade é influenciada pelos antecedentes da pessoa, pela presença de dor e ou de outros sintomas (tipo, intensidade e prevalência), situações clínicas de maior complexidade (agonia, oclusão intestinal, entre outros), síndromes específicas (metastização óssea, compressão medular, carcinomatose, entre outros). São também influenciados pela presença e intensidade de sintomas psicológicos, grau de adaptação emocional e perturbações adaptativas, transtornos do comportamento e da relação social, prognóstico, crises na evolução da doença, presença ou ausência de cuidador principal, capacidade para o autocuidado, luto patológico antecipado, presença de conflitos relacionais, novas fórmulas de família, necessidade de intervenção de outras equipas, dilemas éticos e de valores, atitudes e crenças (Capelas, 2019).

Desta forma, torna-se fulcral adquirir conhecimento e competências especializadas, bem como, competências especializadas comuns na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, com o objetivo de intervir junto das pessoas e suas famílias de uma forma mais eficiente e especializada.

Os Estágios de Natureza Profissional foram divididos em dois módulos, o módulo I que decorreu entre dois períodos de 7 de novembro de 2022 a 9 de dezembro de 2022 e de 12 de dezembro a 20 de janeiro de 2023 num total de 420h; e o período de estágio do módulo II que decorreu entre 6 de fevereiro de 2023 a 14 de abril de 2023 e de 17 de abril de 2023 a 12 de junho de 2023, num total 840h. Procurou-se atingir os objetivos de aprendizagem previstos, nomeadamente a promoção do desenvolvimento pessoal e profissional e o desenvolvimento da melhoria contínua. Uma das bases orientadoras foi o disposto nos regulamentos publicados em Diário da República pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (Regulamento 140/2019 e o Regulamento 429/2018), relativo ao perfil de competências comuns e especializadas a desenvolver. Nos CP é de extrema relevância dar resposta às necessidades de todas as pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias, nos diferentes contextos de saúde, hospital, ou, cuidados de saúde primários (na comunidade/ domicílio) continuando, por essa razão, o desenvolvimento e implementação de UCP e ou equipas de paliativos no terreno a ser uma prioridade. Nesta realidade impõe-se a evidente necessidade de profissionais com formação especializada nesta área, integrando as equipas. Reforça-se o interesse no desenvolvimento de competências comuns e especializadas na área da enfermagem médico-cirúrgica, especificamente na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa.

Este relatório é constituído por seis partes, capítulos e sub capítulos. Assim, após a introdução ao relatório, procede-se à caracterização dos contextos clínicos onde foram desenvolvidas as aprendizagens. No terceiro e quarto capítulo encontra-se a apresentação dos casos clínicos onde foram identificados os domínios de atuação com cada um dos doentes, foram elaborados diagnósticos, intervenções, objetivos dos cuidados desenvolvidos e indicadores de resultado. A conceção de cuidados segue o modelo estruturante da E4Nursing previsto pela ESEP.

Foi realizado um mapeamento de conceitos orientadores para a justificação dos processos, justificação com base na evidência disponível, com recurso a bases agregadoras de conteúdos (Ebscohost (Cinahl e Medline Complete), RCAAP, livros e outros recursos disponibilizados online, considerando sempre a evidência científica mais atual. Utilizou-se uma metodologia crítico reflexiva.

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

De acordo com a CNCP (2021), os CP têm por base um processo de cuidados centrados na pessoa e na sua família, o que implica que se integre uma partilha de responsabilidades em aspetos como autocuidado e acompanhamento clínico, juntamente com o suporte de que necessitam para realizar essa mesma responsabilidade. Os CP devem estar disponíveis a todas as pessoas a partir do momento do diagnóstico de doença incurável, o que exige que as equipas funcionem de forma articulada e não de forma isolada, entre os diversos serviços. O plano de cuidados deve ser personalizado, individualizado e antecipatório das necessidades da pessoa e sua família. Este plano deve ser um processo eficaz de cuidados, eficiente e individualizado, facilitador na tomada de decisão no envolvimento da pessoa/família e de toda a equipa de CP. Deve também, ser um processo de acompanhamento e de avaliação da qualidade dos cuidados prestados e, portanto, com flexibilidade, para revisão e/ou alteração do plano de cuidados sempre que se justifique.

A acessibilidade a uma abordagem paliativa de qualidade a todas as pessoas e familiares com necessidades paliativas deve ser disponibilizada de um modo universal. Nos casos de maior complexidade, a referenciação deve ser facilitada para níveis de CP

especializados. A promoção de um sistema sustentável, de qualidade e acessível, integrado nos Cuidados de Saúde Primários, Cuidados de Saúde Hospitalares e Cuidados Continuados Integrados deve ser considerado um Direito Humano e Social da pessoa e família (CNCP, 2021).

Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP)

De acordo com a Lei n.º 52/2012, os CP são cuidados diferenciados que procuram melhorar a qualidade de vida, aliviar o sofrimento das pessoas e das suas famílias, através da identificação, diagnóstico e tratamento de problemas físicos, psicológicos, sociais ou espirituais. Aplicam-se precoce e atempadamente no curso de doenças crónicas, complexas ou limitadoras da vida, em conjugação com terapias modificadoras da doença ou potencialmente curativas, para crianças e adultos. Usam princípios éticos e planeamento antecipado de cuidados para identificação das prioridades e metas dos doentes. Fornecem cuidados a familiares e apoio no luto, personalizado, para adultos e crianças, conforme necessidade. São prestados por equipas multidisciplinares: médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, assistentes espirituais/religiosos, com formação e experiência adequadas, no contexto de internamento, consulta externa ou domicílio. A ECSCP é uma equipa que apoia doentes e suas famílias no domicílio, o que se alinha com as vontades dos doentes e famílias em privilegiar permanecer, sempre que possível, na sua casa. Estas equipas devem ainda prestar apoio e aconselhamento diferenciado a outras unidades de

cuidados/profissionais, assegurar formação em CP e promover a informação e sensibilização da população. As ECSCP, como equipas de CP especializados, devem atender os doentes considerados complexos. De acordo com a CNCP (2021) a avaliação da complexidade do doente inicia-se logo com a premissa que cada pessoa é única, bem como a sua família. Assim sendo, o nível de exigência dos profissionais é elevado, o que demonstra que a formação avançada é uma base para a garantia da prestação de cuidados de qualidade, uma vez que a identificação precoce das necessidades é realizada de forma ativa, efetiva e em constante reavaliação.

De acordo com o Regulamento Interno nº 1/2018 da ECSCP, a missão desta equipa é prestar CP integrais, ativos, coordenados com qualidade, ética e de excelência, a doentes e suas famílias/cuidadores em situação de sofrimento decorrente de doença grave, avançada e progressiva, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar, dignidade e qualidade de vida, desde a admissão ao período de luto. A ECSCP tem como visão ser uma referência regional e nacional na área dos CP prestados na comunidade, pautando-se pela excelência e eficiência dos mesmos, de modo a obter um elevado nível de satisfação por parte da população e da equipa.

A ECSCP dispõe de um espaço próprio para a atividade não assistencial localizado na sede da Unidade de Saúde e dispõe de duas viaturas, tipo carrinha, devidamente adaptada para a realização da atividade domiciliária. Esta equipa orienta a sua atuação indo de encontro à missão e visão por ela definida, de forma a garantir o acesso da população a cuidados de saúde de excelência ao longo das várias etapas da vida, nomeadamente nas situações de final de vida.

Atualmente, os serviços da ECSCP incluem: consulta domiciliária, consulta telefónica, consulta telefónica e domiciliária de apoio no luto, consulta externa, consultoria e consulta do cuidador. É efetuada uma reunião semanal com equipa médica e de enfermagem às 4ª feiras das 14h às 15h e uma vez por mês participam na reunião todos os elementos da equipa, potenciando o trabalho em equipa. Esta reunião ocorre na primeira 4ª feira do mês. A ECSCP participa nas reuniões da UCP de internamento, que se realizam uma vez por semana (às 6ª feiras das 12h-13h).

Esta equipa, sendo multidisciplinar, tem formação específica e avançada na área dos CP. Atualmente a equipa é constituída por 5 enfermeiros a tempo total (35h/cada) que asseguram o horário de funcionamento da equipa- às 2ª feiras, 4ª feiras e 6ª feiras das 8h30-20h e nos restantes dias da semana (3ª feiras, 5ª feiras, sábados e domingos) das 8h30-15h30. Desde fevereiro deste ano que a ECSCP passou a integrar 2 médicas a tempo inteiro (40h/cada) e ainda 1 médica a tempo parcial (12h/semana), que asseguraram cuidados médicos de 2ª a 6ª f, das 8.30 às 15.30h, com exceção da 4ª f, que é das 8.30h às 17.30h. Dos enfermeiros da equipa, apenas 1 tem formação especializada em CP, os restantes possuem formação básica em CP e ainda 1 elemento possui formação especializada na área de saúde Mental e Psiquiátrica. Acrescenta-se ainda que a equipa, possui 1 assistente social (a tempo parcial, com a partilha

das suas atividades com outras equipas), 1 nutricionista (a tempo parcial, com a partilha das suas atividades com outras funções) e 2 farmacêuticos (que atuam como consultores). Os doentes seguidos pela Equipa Comunitária recebem apoio de um Centro de Fisioterapia, sempre que cumpram critérios elegíveis de admissão, tendo em conta o Regulamento Interno dessa equipa. Neste momento a ECSCP não tem assistente administrativa.

A ECSCP trabalha em parceria com a Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) de internamento desde 2018, de forma a potencializar e otimizar os seus recursos. A UCP é a entidade que referencia os doentes que são seguidos pela ECSCP. Dada a natureza deste tipo de cuidados e a complexidade das necessidades dos doentes e suas famílias, é considerado essencial uma estreita cooperação e um funcionamento em rede, entre os cuidados de saúde primários e os cuidados de saúde hospitalares, e, que de facto, este funcionamento é benéfico para os doentes e suas famílias. Adicionalmente, esta parceria também potencia oportunidades de aprendizagem para os elementos da equipa, com discussão dos casos em conjunto, e realização de formações em contexto de serviço (Regulamento Interno nº1/2018).

A ECSCP recebe apoio da Equipa de Apoio Psicossocial do Hospital, constituída por 1 psicóloga e 1 enfermeira especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica, que apoiam os doentes e famílias seguidos pela equipa, na vertente de consulta externa (a funcionar na UCP de internamento) ou na vertente de visita domiciliária. A Equipa de Apoio Psicossocial promove também aconselhamento diferenciado aos profissionais da equipa e organiza atividades de autocuidado e prevenção do burnout para os profissionais da ECSCP e UCP.

Desde o início da atividade assistencial da ECSCP (setembro de 2018), a equipa tem consolidado a sua prática de modo que os cuidados decididos sejam centrados na pessoa e sua família, mantendo um serviço de qualidade às pessoas de quem cuida. Ao longo dos anos, e com o crescimento progressivo da equipa, foi possível prestar cuidados a mais doentes e alargar a área de abrangência. Inicialmente a prática assistencial da equipa abrangia doentes residentes apenas em 2 concelhos, expandido a sua assistência para 3 concelhos, em junho de 2021. Em abril deste ano este acompanhamento alargou-se a toda a ilha (Regulamento Interno nº1/2018).

Unidade de Cuidados Paliativos (UCP)

De acordo com o Regulamento Interno nº1/2016 da UCP e da Lei 52/2012, esta é uma Unidade que tem como missão promover a prestação de CP integrais, ativos, coordenados com qualidade, ética e de excelência a doentes e suas famílias em situação de sofrimento decorrente de doença grave, avançada e progressiva com o principal objetivo de promover o seu bem-estar, dignidade e qualidade de vida, desde a admissão ao período de luto. No que se refere aos objetivos, estes estão centrados na pessoa e sua família e no apoio assistencial em internamento, consulta externa e interna, consulta e atendimento telefónico e hospital dia durante 24h/dia com execução e orientação do plano individual de cuidados do doente e sua família, fornecer aconselhamento e apoio diferenciado em CP aos profissionais de saúde,

articular os cuidados prestados à pessoa e família com os demais serviços hospitalares e comunitários, divulgar os objetivos e a natureza dos CP e da UCP e desenvolver atividade académica no âmbito da formação e investigação em CP.

Quanto aos valores, a pessoa e família estão no centro do cuidar, o respeito pelo valor intrínseco de cada pessoa como ser único e autónomo, a disponibilidade e atenção particularizada, reflexão ética nos processos de decisão, trabalho em equipa multidisciplinar e respeito pelos profissionais e seus limites, investimento nas atividades de formação e investigação e excelência da qualidade da intervenção. Tem como visão ser uma referência nacional pela excelência e eficiência dos cuidados prestados, obter um elevado nível de satisfação na população e desenvolver uma cultura forte e própria com elevado orgulho e satisfação dos profissionais (Regulamento Interno nº1/2016).

A UCP está localizada no 5º piso do hospital central da região, na ala nascente. É constituída por 11 quartos individuais cada um deles com casa de banho privativa, sala de trabalho da equipa, posto de trabalho de enfermagem e administrativo, sala de estar e de refeição para os doentes e suas famílias, sala de banho com banheira adaptada e preparada para doentes dependentes, sala de sujos e sala de limpos, armazém clínico, sala do enfermeiro responsável, sala de reuniões/formação, um gabinete de consulta, hospital de dia com capacidade para 3 doentes, vestiários, 1 casa de banho da equipa e 1 casa de banho geral e por fim a copa que é utilizada por toda a equipa.

A UCP do Hospital tem início com a Equipa intra-hospitalar a 01 de julho de 2014 e a consulta externa a 01 de julho de 2015. Em junho de 2016 surge a abertura da UCP, nomeadamente o internamento, a consulta interna, a consulta externa e o apoio telefónico 24h. E em setembro de 2017 a abertura do hospital dia.

De acordo com o Regulamento nº1/2016, a Unidade tem como população alvo pessoas com malformações congénitas ou outras situações que dependam de terapêutica de suporte de vida e/ou apoio de longa duração para as suas atividades de vida diária; pessoas com doença aguda, grave e ameaçadora da vida (traumatismos graves, leucemias, acidente cerebro-vascular (AVC) agudo), onde a cura ou reversibilidade é um objetivo realista mas a situação/terapêutica gera sofrimento e diminuição da qualidade de vida; pessoas com doença crónica progressiva (doença vascular periférica, neoplasias, insuficiência renal ou hepática, SIDA, doença cardíaca ou pulmonar avançada, fragilidade, AVC com incapacidade funcional, doenças neurovegetativas e demências); pessoas com lesões crónicas e limitativas resultantes de acidentes ou outras formas de trauma; e a pessoas com doença grave ou em fase terminal (demência em estágio final, cancro terminal, SIDA, AVC muito incapacitante) que não têm possibilidade de recuperação ou estabilização.

A Equipa é composta por 17 enfermeiros (3 Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 3 enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de

Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa e 12 Enfermeiros de Cuidados Gerais, sendo que 3 destes possuem formação avançada em Cuidados Paliativos), 1 enfermeiro responsável (Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa), 1 farmacêutico, 1 fisioterapeuta, 4 médicos, sendo que 1 deles é o Diretor Clínico, 1 médico - medicina física e reabilitação, um nutricionista, 2 psicólogos e 2 voluntários. Também fazem parte da equipa 1 assistente administrativo, 1 assistente espiritual, 7 assistentes operacionais, 1 assistente social. Neste momento encontram-se em formação alguns membros da equipa, o assistente espiritual que se encontra a realizar o doutoramento, 3 enfermeiros encontram-se a frequentar o MEMCPSPA e 1 enfermeiro em programa de doutoramento. De acordo CNCP (2021), é importante que cada elemento da equipa de CP desenvolva um programa de formação contínua que integre a especificidade de cada área profissional. Pretende-se assim, estimular a criação de programas de formação específicos para os diversos profissionais de saúde que integram as equipas de CP. A elaboração dos programas de formação deve dar uma resposta adequada às exigências de intervenção específicas de cada grupo profissional.

Em relação ao horário de funcionamento do internamento, este é contínuo, o do hospital dia é das 8h às 24h, o do apoio telefónico também é contínuo, o da Consulta Interna é de 2ª a 6ª feira das 8:30h às 16h, o da Consulta Externa é das 8:30h às 15h, o da Consulta Telefónica é das 8:30h às 16h e o do secretariado é de 2ª a 6ª feira das 8:30h às 16h.

A UCP tem como critérios de admissão condições potencialmente fatais, em que o objetivo do tratamento mudou de curativo para paliativo, doenças em que há tratamento disponível para prolongar a vida porém o prognóstico é incerto, doenças incuráveis, situações neurológicas não progressivas cuja a severidade provoca necessidades médicas complexas que são ameaçadoras da vida, situações de doentes com necessidades complexas (físicas, psicológicas, sociais e/ou espirituais) às quais a equipa assistente não consegue dar resposta. A admissão do doente só é efetuada após o fornecimento da informação adequada da natureza deste tipo de assistência e consentimento do doente e sua família. Esta informação deve ser transmitida pela equipa assistencial que segue a pessoa, antes da admissão pela equipa de CP (Regulamento Interno nº1/2016).

A exaustão e/ou claudicação dos cuidadores de pessoas no domicílio seguidos pela equipa da UCP, devidamente avaliadas e documentadas, são critérios para admissão em internamento por um período curto e de duração pré-acordada com a equipa (Regulamento Interno nº1/2016).

3. CASO 1

9616_2_ENP_2_1

3.1. Enquadramento teórico

Cenário

Doente acompanhada tem como diagnóstico carcinoma mucinoso da trompa de falópio e adenocarcinoma do colo do útero em 2018, foi submetida a cirurgia e após com doença estável. Em fevereiro de 2021 com internamento a cargo da cirurgia geral por quadro suboclusivo que ficou resolvido. Realizou uma tomografia abdominal computadorizada (TAC) que revelou pequenos implantes peritoneais, portanto já com metástases a nível abdominal. Em março foi submetida a laparoscopia que revelou carcinomatose peritoneal difusa e metastização intestinal. Iniciou quimioterapia paliativa que tolerou até julho de 2021, nesta altura com náuseas, vômitos e paragem na emissão de fezes, com posterior transferência para a UCP por oclusão intestinal maligna (OIM). A doente teve alta da UCP e iniciou o seguimento pela ECSCP, que mantém.

Tem como antecedentes pessoais: patologia osteoarticular, hipoacusia, depressão e dislipidemia.

Doente com 73 anos, casada com um senhor de 78 anos. Deste casamento resultaram dois filhos. O seu marido é o principal cuidador. Cuida da casa e da sua organização, com o apoio de uma nora e dos filhos. A doente tem apoio de uma equipa que presta cuidados de higiene e conforto ao domicílio.

Neste momento, a doente encontra-se no domicílio e recebe a visita diária da ECSCP, a mesma verbaliza cansaço, fadiga e intolerância à atividade, face a isto necessita de apoio domiciliário para os cuidados de higiene. Para a satisfação do autocuidado alimentar-se tem a ajuda do marido, é ele quem confecciona as refeições, bem como, também é o responsável por ajudar a doente a dispor os alimentos de forma a facilitar-lhe o acesso aos mesmos. Permanece grande parte do dia em repouso no leito, devido ao cansaço que refere, fadiga e intolerância à atividade mas é importante para a doente manter alguma atividade, consoante a sua vontade e tolerância. Assim sendo, o marido auxilia-a a transferir-se para o cadeirão quando solicita. É importante referir que este casal conta com o apoio de uma nora e de dois filhos, estes prestam apoio após o horário de trabalho. Doente mantém a via oral com apetite diminuído, tolerando

quantidades mais pequenas em cada refeição. Surge o início de um quadro de diarreia, dejeções líquidas com cheiro fétido quatro a cinco vezes por dia. Refere que a frequência e o odor das dejeções provoca-lhe desconforto. Foi medicada com butilescopolamina 80mg em perfusão contínua via SC com o objetivo de controlar este sintoma. Surge também a suspeita de uma fistula entero-vesical. Sem dor, por vezes com referência a náuseas, mas que melhoram com o SOS de ondansetron 4mg PO, sem vómitos, no entanto, por vezes, com regurgitações. O facto de apresentar hipoacusia pode dificultar a comunicação com a doente, por isso torna-se importante adequar estratégias que facilitem esta comunicação.

A doente tem conhecimento de todo o seu diagnóstico e prognóstico. Ao longo de todo o percurso de doença foi acompanhando a sua evolução e tendo conhecimento da sua situação clínica. Mostra muita vontade em permanecer no domicílio junto da sua família. Refere que já não está “aqui a fazer nada” e que sente estar muito doente. Observados momentos de olhar distante e triste, quando questionada refere que está preocupada com toda a sua doença e o seu processo até à morte, pois refere ter medo de sofrer aquando da morte.

De salientar que a família mostra muita vontade em respeitar a vontade da doente em manter-lhe no domicílio, no entanto constata-se alguns receios relacionados com o facto de não estarem preparados para a morte no domicílio.

Enquadramento Teórico

A (OIM) é uma complicação frequente em pessoas com o diagnóstico de cancro avançado, principalmente os de origem digestiva ou ginecológica. Esta oclusão resulta de uma obstrução mecânica ou funcional do intestino que impede o transito fisiológico e a digestão (Tuca et al., 2012).

Para Ripamonti et al. (2008), a OIM é uma consequência comum das pessoas com cancro intestinal ou ginecológico. Ainda de acordo com os mesmos autores, a cirurgia em pessoas com OIM não deve ser realizada de forma rotineira, a pessoa com mau prognóstico não têm indicação para ser submetida a este tipo de intervenção. Existem outros tratamentos disponíveis como é o caso da colocação de sonda nasogástrica (SNG), que tem como objetivo aliviar os sintomas de náuseas e vómitos, no entanto esta medida deverá ser temporária e de acordo com a vontade da pessoa. Os stents metálicos são também uma opção para as pessoas com diagnóstico de OIM.

De acordo com Turaga et al. (2020), este diagnóstico manifesta-se em pessoas com metástases peritoneais e uma alta percentagem destes casos é causa de morte. O tratamento da OIM deve ter por base o alívio de sintomas e tentar resolver a obstrução, assim sendo o objetivo centra-se no controlo da dor, das náuseas e dos vómitos, e em simultâneo na promoção da recuperação do suporte nutricional oral da pessoa, com vista à pessoa regressar ao seu domicílio. O uso de antieméticos, antissecretores e anti-inflamatórios faz parte dos fármacos utilizados e tem como

objetivo reduzir a obstrução intestinal. Segundo os mesmos autores, o papel da terapêutica antissecretora é reduzir as secreções gástricas e diminuir os sintomas. O uso da terapêutica anticolinérgica tem como objetivo o controlo de sintomas gastrointestinais, incluindo a dor e as secreções intestinais. As propriedades anti-inflamatórias dos corticosteróides ajudam na redução do edema da parede gastrointestinal e do edema do mesentérico. O octreotídeo atua de forma a reduzir as secreções gastrointestinais e a motilidade gastrointestinal, reduzindo assim episódios de vômitos e sintomas gastrointestinais. Se com a terapêutica farmacológica não for possível aliviar os sintomas clínicos, ou permitir a remoção da SNG, pode ser ponderada a realização de uma Gastrostomia Percutânea Endoscópica (PEG). A realização deste procedimento demonstra benefícios em relação ao controlo de sintomas gastrointestinais, episódios de vômitos, ao potencial recomeço da ingestão oral e, por conseguinte, um aumento da qualidade de vida. Embora não seja evidente uma melhoria na sobrevivência global para as pessoas doentes submetidas a colocação de PEG, a sua colocação precoce pode permitir um melhor controlo sintomático.

Segundo Chi et al. (2009), com a evolução dos tratamentos tanto cirúrgico como farmacológico (quimioterapia), o prognóstico das pessoas com diagnóstico de OIM pode melhorar, na medida em que, pode ser possível aumentar o tempo de ausência de doença com esta evolução. No entanto, quando ocorre uma recidiva as opções de tratamento esgotam-se, o foco de tratamento altera-se, ou seja, o objetivo passa a ser o controlo dos sintomas. Existem vários estudos realizados na área cirúrgica com o intuito de analisar, melhorar e fornecer o melhor tratamento para pessoas com neoplasias ginecológicas. No entanto, em CP o tratamento cirúrgico mantém-se alvo de discussão. Idealmente o médico deve ser capaz de aconselhar a pessoa e suas famílias sobre os riscos do procedimento cirúrgico e efetuar um prognóstico com base em dados reais.

Ainda para Chi et al. (2009), os procedimentos realizados em CP devem ter como objetivo, melhorar a qualidade de vida e aliviar os sintomas. O acompanhamento em CP deve ser iniciado aquando do diagnóstico de doença incurável, a pessoa deve ser elucidada acerca dos riscos do tratamento, das complicações e da possibilidade de morte durante o procedimento.

De acordo com Monge et al. (2008), o carcinoma invasivo da trompa de falópio, e conforme relatado na bibliografia mundial, pode ser considerado o mais raro dos tumores ginecológicos, visto que tem uma incidência de 0,3 a 1,8%. O seu diagnóstico é muitas vezes efetuado durante uma intervenção cirúrgica realizada por outros motivos. Geralmente manifesta-se entre os 50 e os 70 anos. Embora os sinais e sintomas manifestados sejam muito inespecíficos, os mais frequentes são: a dor ou massa abdominal pélvica em 80% dos casos, perda de sangue via vaginal em 50%, corrimento serohemático vaginal intenso em 11,1% e peritonite pélvica em 3,7% dos casos. O tratamento desde tipo de cancro é principalmente cirúrgico e consiste numa lavagem peritoneal e em seguida a realização de uma histerectomia abdominal total. Em

algumas pessoas é possível recorrer a quimioterapia adjuvante. Nos casos de uma recidiva ou persistência da doença, este tratamento pode ser considerado uma segunda linha de tratamento. Os critérios de prescrição para terapias adjuvantes são muito controversos, visto não existir evidência estatística significativa que mostre um aumento da sobrevida nestas pessoas. As neoplasias malignas da trompa de falópio, apesar de serem raras quando surgem apresentam um mau prognóstico.

Num estudo realizado por Chavez et al. (2019), o cancro do endométrio é um dos cancros ginecológicos mais comum em países desenvolvidos. A nível mundial, este diagnóstico representa aproximadamente 320.000 novos casos e 76.000 mortes por ano, sendo que as taxas de maior incidência são observadas na América do Norte, Europa do Norte e Ocidental.

Para Chavez et al. (2019), o carcinoma do endométrio pode ser classificado em dois grupos, tendo em conta a sua histologia e características genéticas, o grupo dos adenocarcinomas endometriais que são os chamados de tipo 1 e os cancros do endométrio tipo 2. O carcinoma do endométrio tipo 1 representa cerca de 80-90% deste tipo de cancro e apresenta um prognóstico mais favorável do que o do tipo 2. Neste último grupo estão incluídos o adenocarcinoma de alto grau, o seroso, de células raras, carcinossarcoma e carcinomas indiferenciados, estes tipos de tumores são altamente invasivos e apresentam mau prognóstico.

Nas pessoas com OIM e com o diagnóstico de cancro do ovário, é esperado que os procedimentos cirúrgicos aumentem o alívio dos sintomas (Chi et al., 2009).

De acordo com Castro et al. (2021), toda pessoa que sofra de uma doença ameaçadora da vida, irrecuperável e progressiva, é elegível para os CP a partir do diagnóstico dessa condição. A referência precoce aos CP, na prática clínica, favorece não só uma abordagem multidimensional de forma mais efetiva como também melhora a qualidade de vida da pessoa, podendo conduzir a um aumento da própria expectativa de vida e, sobretudo o alívio do sofrimento.

Apesar da abordagem dos CP ter como objetivo promover o conforto e dignidade à pessoa e suas famílias, muitas ainda experienciam desconforto por continuarmos a priorizar o conforto físico em detrimento de outras dimensões inerentes ao processo de doença (Castro et al., 2021).

Katherina Kolcaba desenvolveu uma teoria que designou por Teoria de Conforto e em que o conforto é explanado em várias dimensões permitindo um olhar holístico sobre a pessoa doente e as pessoas significativas. Kolcaba valoriza a intervenção de enfermagem como forma de trazer conforto às pessoas em situação paliativa.

Para Kolcaba (2001), a satisfação dos doentes é mensurável e decorre do envolvimento das pessoas e profissionais no processo de procura de comportamentos de saúde. A procura do bem-estar, da tranquilidade e da transcendência são níveis a atingir nesta teoria. Os comportamentos de busca de saúde estão relacionados com o que é chamado de integridade

institucional, definida por Kolcaba como a qualidade das organizações de saúde em termos de complementaridade, solidez, verticalidade, profissionalidade, ética e prestadora de cuidados competentes, seguros e de qualidade (Cardoso et al., 2019).

Vários teóricos de enfermagem, nomeadamente Nightingale, Paterson, Travelbee, Orlando, Henderson, entre outros, frisaram a necessidade de olhar para a pessoa como um todo, não apenas para as suas características orgânicas como ainda uma visão holística considerando as necessidades humanas básicas e a repercussão na pessoa. Para a maioria dos autores, a pessoa possui necessidades orgânicas, necessidades humanas básicas que devem ser satisfeitas com o objetivo de se atingir o conforto e o bem-estar. A procura do conforto e bem-estar vai para além do domínio físico. A necessidade de apoio social, de permanecerem em suas casas, de serem compreendidos e de estarem financeiramente estáveis, está associado ao conforto holístico, está relacionado com a satisfação de necessidades físicas, psicoespirituais, sociais e ambientais. A teoria do conforto é baseada na satisfação das necessidades dos doentes e, é uma representação do que estes esperam receber dos cuidados de enfermagem. Os doentes possuem necessidades de conforto implícitas e explícitas que, quando satisfeitas, os fortalecem e os motivam a ter um melhor desempenho no tratamento, na reabilitação, na aprendizagem de capacidades na adesão e compreensão a novos estados de saúde. As necessidades de conforto são mutáveis, e são determinadas pelas expectativas e, pelo que os doentes esperam que sejam cuidados de enfermagem competentes, holísticos e humanistas (Kolcaba, 2001).

Katharine Kolcaba em 1987, começou a desenvolver uma teoria compreensiva dos possíveis efeitos das intervenções do conforto no comportamento das pessoas que acompanhou. Através da sua observação, concluiu que, a alteração física e emocional da pessoa poderia alterar o seu equilíbrio psicológico e emocional, o que pode resultar em períodos de agitação, recusa em cooperar nos cuidados e até mesmo situações de maior agressividade. A partir do momento em que as pessoas por via da intervenção de enfermagem são orientadas para situações de maior conforto, tornam-se mais sociáveis e cooperantes, demonstrando maior nível de tranquilidade (Castro et al., 2021).

Katharine Kolcaba (2001, p. 86) definiu o conceito de conforto, como sendo “uma experiência imediata de sentir-se fortalecido, identificar alívio das suas necessidades, tranquilidade e transcendência atendidos em quatro contextos físico, psicoespiritual, social e ambiental”, com uma abrangência maior do que a simples ausência de dor. A partir dessa definição, descreve os três tipos de conforto: alívio como sendo a experiência de uma pessoa que teve uma necessidade específica de conforto atendida; tranquilidade como um estado de calma, contentamento ou bem-estar; transcendência como o estado em que se eleva acima dos problemas ou da dor. A transcendência acontece quando a pessoa possuiu capacidades de realizar planos, resolver problemas, ou seja, quando a mesma, tem capacidade de transcender situações de stress, este é considerado o nível mais elevado de conforto.

Segundo Cardoso et al. (2019), o conforto é considerado uma necessidade básica da pessoa humana, um resultado essencial do cuidado de enfermagem universalmente desejável e relevante em várias taxonomias profissionais e em teorias de enfermagem. Assim sendo, entende-se o conforto como objetivo essencial e terapêutico para responder às necessidades de cada pessoa.

No caso clínico que estamos a estudar, a doente apresentou, dois anos após o primeiro diagnóstico e tratamentos a doença uma progressão da doença com sintomas concordantes com aqueles que a bibliografia cita, nomeadamente as náuseas, vômitos, obstipação. Nesta altura a doente ficou com o diagnóstico de suboclusão intestinal, foi submetida a cirurgia tendo ficado resolvida a situação. No entanto, e após ter realizado uma TAC foi revelado um diagnóstico de carcinomatose peritoneal. Assim sendo, a sintomatologia subjacente a este diagnóstico poderia surgir a qualquer momento.

Surgem então, vários sintomas como anorexia, náuseas, diarreias frequentes em que a pessoa refere incomodo, tanto com o odor das fezes, como com a sua frequência, e com facto de ter de ser submetida a uma higienização perineal frequentemente devido ao desconforto que lhe provoca. Neste momento doente já com o diagnóstico de OIM. Para controlar esses sintomas foi necessário iniciar uma perfusão de butilescopolamina para ajudar no controlo da diarreia, embora seja um fármaco eficaz na dor tipo cólica, e por ter um efeito antissecretor ajuda no controlo da diarreia. Para as náuseas e regurgitações, que por vezes apresenta, cumpre o ondansetron 4mg PO em SOS.

Importa salientar, que a doente era cuidada pelo seu marido, idoso, tendo o apoio de dois filhos e uma nora e encontrava-se no seu domicílio. A mesma mostra vontade em permanecer na sua casa, mesmo com os sintomas, acima descritos descontrolados. De acordo com Teixeira et al (2016), o número de pessoas com doenças crónicas incuráveis que desejam morrer em casa tem vindo a aumentar. Estima-se que até 2030, haverá 21,5 milhões de prestadores de cuidados informais com mais de 25 anos de idade a prestar cuidados durante pelo menos 20 horas por semana, e 10,9 milhões de prestadores de cuidados informais a prestar cuidados durante pelo menos 35 horas por semana. A importância do prestador de cuidados da família, particularmente quando o cuidado se processa no domicílio, é cada vez mais importante na prestação de CP.

Para Ramalho et al. (2018), o cancro é visto como uma doença incurável e o seu diagnóstico afeta a vida das famílias dos doentes, provocando várias mudanças que geram conflitos emocionais. Isto porque o cancro é considerado uma doença invasiva e complexa, cujo o prognóstico é de terminalidade. Como tal, a pessoa necessita de cuidados humanizados, bem como a sua família, com base na filosofia dos CP. Esta consiste em melhorar a qualidade de vida das pessoas que enfrentam uma doença incurável e ameaçadora da vida, bem como das suas famílias através de uma avaliação adequada de sintomas físicos, psicossociais e espirituais.

As famílias destes doentes apresentam exigências sociais, espirituais, físicas e psicológicas durante o processo de cuidados do seu familiar doente. Estes, ao prestarem os cuidados passam por várias mudanças, a nível social, responsabilidade e incerteza perante o futuro. Assim sendo, as famílias necessitam de apoio para lidar com estas questões e com os desafios em torno da experiência de perda e sofrimento que irão enfrentar. A presença de familiares é importante quando participam nos cuidados e contribuem para o conforto físico e psicológico do seu familiar doente, podendo evoluir para a morte a qualquer momento ou pode prolongar-se por algum tempo. Deste modo, as famílias desempenham um papel fundamental na vida dos doentes que enfrentam uma doença terminal (Ramalho et al., 2018).

Ser um cuidador familiar é socialmente interpretado como uma função intrínseca à condição humana (Teixeira et al., 2016), este é um papel que normalmente está associado a esposas, filhas ou noras que são responsáveis pela execução das tarefas que os seus familiares com deficiência não podem desempenhar. Cuidar de uma pessoa em últimos dias ou horas de vida no domicílio provoca várias mudanças a nível da dinâmica familiar, e que são muitas vezes ignoradas pelos profissionais de saúde, mudanças estas que podem ter consequências negativas para a pessoa e para o seu familiar. Para lidar com uma nova situação, uma preparação precoce pode facilitar a transição, enquanto que, pelo contrário a falta de preparação pode influenciar o papel de familiar cuidador. Estudos mostram que os cuidadores familiares têm um nível de stress mais baixo e estão mais satisfeitos com o desempenho do papel de cuidador.

De acordo com o cenário, foi delineado em equipa um plano que teve como foco os potenciais do conhecimento, da capacitação e da autoeficácia junto dos familiares, estes sempre recetivos à aquisição de conhecimentos, contudo, mostram receio em lidar com a morte da doente no domicílio.

De acordo com um estudo realizado por Barbosa et al. (2020), repercussões na saúde física e psicológica do familiar cuidador estão relacionadas com a responsabilidade e com a proximidade de morte do seu familiar doente. Os cuidadores familiares sofrem com as limitações de terminalidade provocadas pela aproximação da morte, isto desencadeia sentimentos de medo, culpa e tristeza. Neste estudo evidenciou-se que os familiares cuidadores de doentes oncológicos em fase avançada, vivenciam o luto antecipatório. Estes realizam planos para o futuro com o objetivo de reformular a sua vida com a perda eminente do seu familiar doente. A intervenção da equipa multidisciplinar é fulcral para diminuir os danos causados por este processo de finitude.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 73 anos | Feminino

Cuidador

08-02-2023 14:00

Nome do cuidador: C.

Data de nascimento do cuidador: 08-03-1945.

Parentesco: Cônjuge.

Coabita com a pessoa dependente.

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

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

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

Capacidade física do cuidador para posicionar

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar parcialmente.

Capacidade física do cuidador para transferir

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar parcialmente.

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-02-08 14:00:00	Perfusão contínua de morfina 10mg em 50cc SF, 2.1cc/h via SC	
2023-02-08 14:00:00	Dexametasona 6mg 1 comprimido ao pequeno almoço	
2023-02-08 14:00:00	Lansoprazol 30mg 1 comprimido em jejum	
2023-02-08 14:00:00	Metamizol 575mg 1 comprimido de 8/8horas	
2023-02-08 14:00:00	Lorazepam 1mg 1 comprimido ao deitar	
2023-02-08 14:00:00	Ondansetron 4mg 1 comprimido antes das principais refeições	
2023-02-08 14:00:00	morfina 20mg/ml solução oral 4gotas em SOS até 3x/dia	
2023-02-08 14:00:00	Ondansetron 4mg em SOS 1 comprimido até 3x/dia	
2023-02-08 14:00:00	Lorazepam 1mg em SOS	
2023-02-08 14:00:00	Perfusão contínua de butilescopolamina 80mg em 50cc SF, 2.1cc/h via SC	

Início**Medicação****Fim**

2023-02-08 14:00:00 Fosfato de cálcio bochechar 4x/dia

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Do conjunto de medidas farmacológicas e não farmacológicas que proporcionam o máximo conforto possível e o controlo sintomático, segundo Neto (2008), é a administração de fármacos, que representa seguramente um papel fulcral. Com as intervenções terapêuticas a adotar procura-se assegurar um controlo sintomático constante, reduzindo ao máximo a ocorrência de crises que interferem e agravam a qualidade de vida da pessoa, e consequentemente, aumentam a ansiedade dos familiares.

Ainda de acordo com a mesma autora, qualquer pessoa em CP, independente do contexto onde está inserida, a via de administração oral é a privilegiada, por várias razões, nomeadamente, eficácia garantida, facilidade de administração, boa tolerabilidade e mínimo desconforto, melhor adesão ao tratamento, menor custo e por permitir uma melhor gestão por parte da pessoa e família. Contudo, existem diversas situações que impossibilitam a utilização da via oral como primeira linha, havendo necessidade de optar por outras vias de administração de terapêutica. Dessas situações, fazem parte, por exemplo, por debilidade ou obstrução local, estar impedido de deglutir, a ocorrência de náuseas e vômitos graves, a ocorrência de situações que conduzam a marcada redução da absorção gastrointestinal, fármacos contra indicados por via oral ou com resposta terapêutica insatisfatória, sinais de toxicidade a fármacos, ou a necessidade de, em crises sintomáticas, utilizar um fármaco para rápido início de ação. Nestes casos, as vias alternativas possíveis são a transdérmica (TD), a endovenosa (EV), a intramuscular (IM), a rectal e a subcutânea (SC).

Para Faull & Blankley (2015), a administração de terapêutica via SC é muito comum em pessoas com doença avançada e ameaçadora da vida e que não sejam capazes de cumprir ou tolerar a medicação via oral. Nesta fase, em pessoas que tenham mais dificuldade em cumprir a medicação por esta via, é importante rever toda a medicação prescrita de forma a avaliar a necessidade de manter ou não a terapêutica prescrita. Para se manter um controlo sintomático eficaz, muitas vezes, é necessário manter alguns fármacos. Uma alternativa à via de administração oral é o uso da via SC, que é uma técnica menos dolorosa e mais indicada em pessoas seguidas em CP.

Para as mesmas autoras, o uso de medicação SC em perfusão contínua, permite que a pessoa mesmo no domicílio possa cumprir medicação por esta via, promovendo assim, um melhor controlo sintomático mantendo a pessoa no conforto da sua casa. Permite, também à pessoa uma maior mobilidade e evita a necessidade de injeções repetidas.

De acordo com Pires & Gonçalves (2021), em CP o controlo sintomático é um dos pilares fundamentais, a par da comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa. O descontrolo de sintomas tem elevado predomínio, influenciando negativamente o bem-estar e conforto da pessoa, e consequentemente, a qualidade de vida da própria e da família. Os sintomas podem ser múltiplos e combinados, evolutivos e cambiantes, têm caráter multidimensional e causas multifatoriais.

Para controlar sintomas é necessário ter uma estratégia individualizada e gradual, que pode passar pelas atitudes não farmacológicas e farmacológicas. No que toca a estas últimas, perante o cenário apresentado, destaca-se a seguinte terapêutica de acordo com o sintoma.

Dor

Morfina

Doente encontra-se medicada com perfusão de 10mg de morfina nas 24 horas e com SOS de morfina 4 gotas até 3x/dia. Esta medicação foi prescrita por doente apresentar dor abdominal.

O uso deste fármaco pode provocar obstipação, sonolência, sudação. A micção pode tornar-se difícil e podem surgir espasmos biliares ou uretéricos, pode verificar-se também um efeito antidiurético.

Intervenções de enfermagem:

- Monitorizar dor;
- Vigiar eliminação intestinal e vesical;
- Vigiar sonolência;
- Vigiar xerostomia.

(Infarmed©, 2022)

O uso de morfina, neste caso, está relacionado com o controlo da dor. Doente já havia iniciado este fármaco por dor, neste momento encontra-se com a dor controlada sem necessidade de recorrer a SOS's. Avaliada escala numérica da dor em que a doente classifica a dor com score de 0.

Metamizol de magnésio

Doente está medicada com metamizol de magnésio 1 comprimido de 8/8horas devido ao seu efeito analgésico. Este é um fármaco utilizado tratar a dor aguda pós-operatória ou pós-traumática moderada ou intensa, dor espasmódica ou tumoral.

Intervenções de enfermagem:

- Monitorizar dor.

(Infarmed©, 2022)

Doente com dor controlada, avaliada escala numérica da dor em que a doente classifica a dor com score de 0.

Náuseas e vômitos/dor

Dexametasona

Doente medicada com dexametasona 6mg PO por ter um efeito antiemético, estimulante do apetite, e por ter um efeito anti-inflamatório contribuindo também para o controlo da dor.

Pode ocorrer aumento de peso, hábito cushingóide, mioclonias, equimoses, soluços, dispepsia, perturbação do sono, diabetes, suscetibilidade às infeções (sobretudo candidíase oral) e úlcera péptica.

Intervenções de enfermagem:

- Monitorizar glicémia capilar 1xdia;
- Vigiar sono;
- Vigiar mucosa oral;
- Vigiar edema.

(Infarmed©, 2022)

Doente pontualmente refere náuseas e mantém dor abdominal controlada.

Náuseas e vômitos

Lanzoprazol

Doente medicada com lanzoprazol 30mg 1x/dia para prevenção do refluxo gástrico. Este é um fármaco inibidor da bomba de prótons e que consequentemente reduz a quantidade de ácido que o estômago produz.

Intervenções de enfermagem:

- Vigiar refluxo gástrico;
- Vigiar náuseas e vômitos.

(Infarmed©, 2022)

Neste momento doente sem queixas de refluxo gástrico.

Ondansetrom

Doente medicada com ondansetrom 4mg PO em SOS até 3x/dia apresentar náuseas. Este fármaco pode provocar cefaleias, efeitos extrapiramidais, obstipação.

Intervenções de enfermagem:

- Monitorizar dor;
- Vigiar eliminação intestinal;
- Vigiar náuseas e vómitos;
- Vigiar efeitos extrapiramidais.

(Infarmed©, 2023)

Doente apresenta náuseas pontualmente, motivo pelo qual é necessário recorrer ao SOS.

Diarreia

Butilescopolamina

Doente medicada com perfusão de butilescopolamina 80mg/dia por ter um efeito antissecretor, reduzindo assim a frequência e quantidade das dejeções líquidas que apresenta.

Intervenções de enfermagem:

- Vigiar eliminação intestinal;
- Vigiar mucosa oral.

(Infarmed©, 2022)

A doente mantém as dejeções líquidas, no entanto em menores quantidades e com frequência mais reduzida.

Ansiedade

Lorazepam

Doente medicada com lorazepam 1mg ao deitar e em SOS para controlo da ansiedade e para manutenção do sono.

Intervenções de enfermagem

- Monitorizar sono;
- Monitorizar ansiedade.

(Infarmed©, 2022)

Nesta fase doente sem episódios de ansiedade e com sono mantido, sem necessidade de

recorrer ao SOS.

Xerostomia

Fosfato de cálcio

É uma de solução oral, composta por uma solução de fosfato e cálcio com água purificada rica em iões de cálcio e fosfato que tem como objetivo lubrificar os tecidos orais.

Está indicada para doentes com xerostomia. Visto que este é um dos sintomas mais frequentes em doentes com oclusão intestinal, e sendo o caso apresentado de uma utente com o diagnóstico de OIM a prescrição do fosfato de cálcio está indicada (Mousinho et al., 2014).

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

08-02-2023 14:00

Cateter subcutâneo

Localização do cateter subcutâneo

Braço Direita(o)

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 14:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter subcutâneo [10:00]

08-02-2023 14:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter subcutâneo [10:00]

08-02-2023 14:00 - Otimizar cateter subcutâneo [10:00]

08-02-2023 14:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter subcutâneo [10:00]

08-02-2023 14:00 - Trocar cateter subcutâneo [10:00]

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

Cateter SC

Material:

Cateter 22G ou 24G.

Locais - Região interescapular bilateral; região deltoides bilateral; região abdominal; região antero lateral das coxas bilateral; região subclavicular.

Indicações: Quando não é possível cumprir com terapêutica via oral; controle farmacológico dos sinais e sintomas inerentes ao processo de morte; tratamento de desidratação.

Contra-Indicações: Recusa do doente; anasarca; caquexia acentuada; trombocitopenia grave; reposição rápida de volume; ascite; síndrome da veia cava; proximidade articulação; proximidade das proeminências ósseas; áreas de infecção, inflamação ou ulceradas.

Complicações: Sinais inflamatórios; celulite; exsudado purulento; endurecimento; hematoma; necrose.

Ainda sobre o uso da via SC existem particularidades que devem ser atendidas, nomeadamente:

1 - Aspectos a considerar relativamente aos efeitos adversos

1.1 - edema local (fisiológico após a administração, absorve espontaneamente): se não reverter, diminuir o ritmo de perfusão, parar perfusão, fazer rotação do local de punção;

1.2 - eritema local (fisiológico após administração, reverte espontaneamente): se não reverter, determinar a etiologia, nomeadamente, alergia ao medicamento, agulha e/ou penso. Pode manter-se a punção quando o doente não refere desconforto ou efetuar rotação do local;

1.3 - dor/desconforto local: diminuir o ritmo de administração/ perfusão;

1.4 - punção de vasos: remover a agulha e efetuar a rotação do local de punção;

1.5 - inflamação dos tecidos: parar a perfusão, remover a agulha e rotação do local de punção. A presente situação é prevenida com a execução da técnica correta e rotação do local de punção com frequência.

2 - Aspectos a considerar relativamente à via subcutânea

2.1 - efetuar a rotação do local do cateter SC a cada três dias no caso particular da dexametasona;

2.2 - efetuar a rotação do local do cateter SC a cada cinco dias no caso particular dos antibióticos;

2.3 - o cateter pode permanecer até sete dias nos casos de perfusão, hipodermóclise e administração de terapêutica com exceção da supramencionada;

2.4 - colocar mais do que um cateter em situações como a administração de mais de três medicamentos, medicamentos incompatíveis e administração de grandes volumes.

2.5 - a rotação do local de punção deve ser de pelo menos 5cm de distância, o ideal é optar por um local mais distante; - após a administração preencher o cateter com 0.5cc a 2cc de SF, de acordo com o volume da tubuladura (Neto, 2008).

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
08-02-2023 14:00	Apetite	
08-02-2023 14:00	Digestão	
08-02-2023 14:00	Eliminação intestinal	
08-02-2023 14:00	Emoção	
08-02-2023 14:00	Organização do funcionamento da casa	
08-02-2023 14:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
08-02-2023 14:00	Conservação de energia	
08-02-2023 14:00	Virar-se	
08-02-2023 14:00	Erguer-se	
08-02-2023 14:00	Transferir-se	
08-02-2023 14:00	Sentar-se	
08-02-2023 14:00	Cuidar da higiene pessoal	
08-02-2023 14:00	Vestir-se ou despir-se	
08-02-2023 14:00	Andar	
08-02-2023 14:00	Alimentar-se	
08-02-2023 14:00	Dor	
08-02-2023 14:00	Mucosas	

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

Domínio: Appetite

O conceito "apetite" define-se como uma “sensação de desejo de satisfazer as necessidades orgânicas em nutrientes ou de um tipo particular de alimentos” (ICN, 2019, p. 39).

A pessoa em fim de vida, é alguém que tem uma doença sem possibilidade de cura, com agravamento dos sintomas, cuja morte se espera para próximo. À medida que a doença da pessoa em fim de vida progride, há degradação contínua do seu estado e à medida que se aproxima da morte, assiste-se a um desinteresse e recusa alimentar. Contudo, comer e beber tem um peso simbólico de vida na maioria das culturas, sendo a sua diminuição associada a morte, em que as famílias, na maior parte das vezes, não estão preparadas para esta situação, persuadindo e exigindo aos profissionais e à própria pessoa a manutenção da ingestão de líquidos e alimentos, apesar da recusa desta última, assistindo-se, na hora das refeições, a grande ansiedade da pessoa e da família (Alves, 2013).

Para Alves (2013), na fase de últimos dias ou horas de vida, uma das atividades de vida que se encontra alterada e que constitui uma preocupação para a própria pessoa, a família e para os profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro, é o comer e beber. A pessoa em fim de

vida tem habitualmente necessidades de cuidados neste contexto, que se modificam à medida que se aproxima a morte, necessitando de intervenções que lhe controlem os sintomas, lhe proporcionem conforto e mantenham a qualidade de vida. De facto, à medida que a pessoa se aproxima da agonia, que é um estágio irreversível que ocorre nos últimos dias ou horas de vida vão surgindo habitualmente um conjunto de alterações fisiológicas ficando a pessoa muito debilitada com repercussões na satisfação das atividades de vida, nomeadamente o comer e beber.

De acordo com Alves (2013), para além disso, a alimentação é munida de um enorme peso cultural, social, biológico e psicológico, sendo símbolos centrais na maioria das culturas. A controvérsia é grande devido às intervenções que o enfermeiro pode desempenhar de forma autónoma, visto que este se depara com a pessoa e família com necessidade e preocupações às quais têm de dar resposta. É frequente a família associar alimentação a saúde, demonstrando assim um grande interesse e uma grande ênfase a questões relacionadas com a alimentação.

Para Alves (2021), a alimentação pode tornar-se um dos principais problemas da pessoa em fim de vida, devido às alterações que surgem decorrentes da doença avançada, constituindo-se, muitas vezes, um ponto de divergência entre o que a pessoa deseja e aquilo que a família pensa ser adequado, criando também dilemas aos profissionais de saúde.

Segundo Poole & Froggatt (2002), existem pouco estudos sobre a incidência da avaliação do sofrimento associado à perda de peso ou à anorexia. A avaliação da persistência ou exacerbação do sintoma, por si só, não é clara acerca do impacto que o apetite tem para a pessoa. Esta observação é fundamental quando existem provas que sugerem que a perda de peso e, em particular, a anorexia podem ser tão ou mais problemáticas para os prestadores de cuidados do que para a pessoa.

A anorexia pode ocorrer de forma precoce ou tardia que pode estar com o tipo de cancro, o cancro de origem gastrointestinal como os do estômago, do cólon, do reto e do pâncreas, e pode ser o único sintoma presente no início da doença. Uma perda de apetite transitória, mas profunda, pode também resultar de tratamentos terapêuticos (radioterapia, cirurgia, quimioterapia) ou de anomalias metabólicas. O apetite e a depressão podem estar relacionados visto que, a anorexia, independentemente da sua etiologia, resulta na perda do desejo de comer, o que, apesar de ser um sintoma não observável, tem um impacto na vida das pessoas e suas famílias (Poole & Froggatt, 2002).

Em situação de fim de vida, a pessoa vivencia um conjunto de alterações fisiológicas, que vão desde o descontrolo sintomático à recusa alimentar por falta de apetite, ficando progressivamente mais debilitada e com repercussões na satisfação das suas atividades de vida, o que causa sofrimento à família e à pessoa. Apesar da alimentação ser um foco importante do cuidado de enfermagem, em situações de fim de vida constitui uma preocupação diferente, devido às alterações decorrentes da degradação do estado da pessoa com doença avançada. Estas alterações tornam-se num problema, para o próprio, para a família e para o enfermeiro. O enfermeiro é um elemento fulcral para a gestão desta atividade de vida

(alimentar-se), devendo basear-se numa filosofia de CP, orientando a satisfação das necessidades da pessoa, com o objetivo de lhe proporcionar conforto e qualidade de vida (Alves, 2021).

Tendo em conta que, o caso apresentado trata-se de uma doente com doença avançada e com OIM, é de esperar que surja o domínio do apetite, pois esta condição leva ao comprometimento do mesmo.

Domínio: Digestão

Náuseas e vômitos

O processo de digestão é definido com sendo um "processo pelo qual os alimentos ingeridos sofrem diversas transformações ao longo do tubo digestivo e são convertidos em substâncias mais simples que podem ser absorvidas e assimiladas pelas células" (Infopédia, 2023).

O conceito de "náusea" é definido como “uma sensação de enjoo e de vontade de vomitar; sensação desagradável, vagamente referenciada ao epigastro e abdómen, ofensiva ao paladar e ao olfato” (ICN, 2019, p. 63).

O "vômito" é definido como sendo um "processo do sistema gastrointestinal comprometido: expulsar ou trazer de volta alimentos processados ou conteúdo gástrico através do esófago e para fora da boca" (ICN, 2019, p. 80).

Para Leach (2019), as náuseas e vômitos em CP são sintomas bastante frequentes e de etiologia multifatorial. As causas mais comuns são o esvaziamento gástrico devido a causas químicas (quimioterapia por exemplo) e causa viscerais (obstipação, por exemplo). Deve-se ter em conta as características clínicas que possam influenciar o surgimento destes sintomas. As náuseas e vômitos são habitualmente vivenciados por pessoas que estão sob CP, e podem ser de origem da própria patologia e/ou de origem do tratamento para a doença.

A náusea traduz-se numa sensação desagradável da necessidade de vomitar, enquanto que o vômito é a expulsão forçada de conteúdo pela boca. Embora a náusea e o vômito sejam sintomas distintos, muitas vezes ocorrem em simultâneo. A prevalência das náuseas e dos vômitos é de 62%, a prevalência da náusea varia entre 6 a 68% e a prevalência do vômito é de 4% em doentes com cancro avançado. A acumulação de líquidos no estômago, pode apresentar-se através da sensação de saciedade precoce e distensão abdominal logo após a refeição, pode ser induzida pelos ópioides, normalmente ocorrem de forma transitória (1 a 6 semanas) e pode estar relacionada com a OIM (Leach, 2019).

Ainda de acordo com a mesma autora, as náuseas e os vômitos provocam sofrimento à pessoa podendo influenciar a qualidade de vida da pessoa de forma negativa. Este sofrimento aumenta de acordo com a prevalência do sintoma, sendo por isso, importante avaliar e intervir precocemente no seu controlo. Para além disso, podem também resultar complicações físicas significativas, como desidratação, distúrbios eletrolíticos e desnutrição.

Segundo Pina (2016), no tratamento das náuseas e vômitos é fulcral falar de um dos grandes pilares dos CP, a comunicação, uma vez que se torna de extrema importância explicar, informar de modo fracionado, educar, reassegurar, desmistificar e confortar. O objetivo é facilitar a tomada de decisão, diminuir os receios e o impacto negativo que as náuseas e os vômitos podem provocar na pessoa e na sua família.

No presente caso, como se pode inferir através dos dados apresentados no cenário, a doente apresentava náuseas e vômitos que após a terapêutica instituída melhorou dos vômitos mantendo apenas alguns episódios de regurgitações.

Domínio: Eliminação Intestinal

Diarreia

A "diarreia" é definida como “fluxo e defecação de fezes soltas, líquidas, não moldadas; aumento de frequência de dejeções, acompanhada de aumento dos ruídos intestinais, cólicas e urgência na defecação” (ICN, 2019, p. 49).

De acordo com Madariaga et al. (2022), a OIM causa redução ou ausência de movimentos intestinais o que, por sua vez, promove o aumento de conteúdo no intestino. Esta acumulação intestinal conduz a um aumento da área de superfície epitelial e provoca uma acumulação de secreções gástricas, pancreáticas, biliares, de água e de sais, que promovem a nível do epitélio intestinal uma resposta inflamatória com edema intestinal, hiperemia e produção de várias substâncias inflamatórias. Este processo provoca um impacto importante no aparecimento de vários sintomas, como a dor abdominal, as cólicas, a distensão, as náuseas, os vômitos, ausência de passagem de gases e fezes, e, ocasionalmente, diarreia por excesso de fluxo.

Para Ertem & Hanzar (2022), a diarreia é um sintoma que se caracteriza por um aumento no número e na frequência das defecações. Este, e é um problema comum e de relevância para os doentes com cancro em fase avançada. Por vezes a diarreia grave atinge dimensões maiores, podendo ameaçar a vida da pessoa.

Os autores Pastrana & Meißner (2013) corroboram com os autores supramencionados, referindo-se à diarreia como sendo um sintoma causador de angústia e que pode conduzir a uma alteração da qualidade de vida da pessoa. Para além disso, a diarreia normalmente está associada a um aumento da possibilidade de morte.

As causas mais comuns da diarreia em doentes em CP, são os efeitos dos tratamentos (terapêutica, radioterapia, quimioterapia) e o aparecimento de infeções. A diarreia pode ser tratável quando se sabe a sua causa, por outro lado, quando surge em doentes com doença avançada e progressiva as intervenções a ter devem ter como objetivo o controlo sintomático (Pastrana & Meißner, 2013).

Para Ertem & Hazar (2022), o risco de desenvolvimento de uma fístula vesicovaginal e/ou retovaginal é elevado em doentes com diagnóstico de cancro ginecológico. Foi efetuado um

estudo que revela que 44% dos doentes com cancro ginecológico desenvolvem uma fístula durante o processo de doença.

Assim sendo, e de acordo com o caso inicialmente apresentado, a diarreia surge numa fase em que a doente foi diagnosticada com uma fístula entero-vesical. Este, é um sintoma que provoca à doente algum desconforto devido ao odor intenso das fezes e à frequência com que tem de ser submetida a cuidados perineais.

Domínio: Conservação de energia

A "conservação de energia" é definida como sendo um "processo do sistema regulador, mais especificamente a gestão ativa da energia no sentido de iniciar e manter a atividade" (ICN, 2019, p. 46).

As manifestações clínicas da astenia são sensação de fadiga, mal-estar, fraqueza muscular e perda de energia, geralmente sem razão aparente. Apesar de alguma subjetividade acerca das principais queixas dos doentes com astenia, a extensão das limitações e incapacidades que provocam nas pessoas são extremamente elevadas (Vasenina et al., 2022).

Segundo os mesmos autores, a astenia desenvolveu-se evolutivamente como um mecanismo de proteção, sinalizando o gasto de recursos energéticos de forma a promover a sua correção. Desta forma, uma característica da astenia é que após o repouso este sintoma pode atenuar ou até mesmo desaparecer. As causas da astenia são variadas, incluindo o stress, doenças infecciosas, patologias somáticas e neurológicas agudas e crónicas. Esta condição pode ser considerada primária (por exemplo idiopática ou que ocorre em contexto de uma situação de stress), ou secundária, quando se desenvolve no contexto de uma situação patológica.

De acordo com o Fernandes et al. (2021), existe uma percentagem considerável de doentes seguidos em CP, com queixas de fadiga. A prevalência deste sintoma em doentes com cancro é de 25-96%, podendo ir até aos 99% em doentes que sejam submetidos a quimioterapia ou radioterapia.

Na relação com o presente estudo de caso, uma vez que a doente apresenta diagnóstico de uma doença em fase avançada, é expectável que apresente necessidades em cuidados relacionadas com o domínio da conservação de energia.

Domínio: Emoção

O conceito de "emoção" é definido como sendo um "processo psicológico: sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressados; podem aumentar com o stresse ou com a doença" (ICN, 2019, p. 52).

Humor deprimido

A tristeza é definida como uma "emoção negativa: sentimentos de desalento e de melancolia

associados com falta de energia" (ICN, 2019, p. 79).

De acordo com Julião & Barbosa (2011), a depressão é reconhecida como um dos problemas psicossociais mais prevalentes em CP. A patologia psicossocial é promotora de sofrimento para a pessoa e seus cuidadores/familiares, levando conseqüentemente à diminuição da qualidade de vida e ampliação da dor, bem como risco elevado para suicídio e desejo de antecipação da morte. Em indivíduos com doença avançada, a depressão provoca diminuição da qualidade de vida, aumento do sofrimento físico, angústia e burnout nos cuidadores.

De acordo com os mesmos autores, a depressão em doentes em últimos dias de vida diminui a adesão terapêutica, a capacidade de lidar com o curso da doença e é fator de risco major para suicídio e desejo de antecipação da morte, incapacitando os doentes na busca de sentido, no estabelecimento de relações e na despedida.

O humor deprimido e a tristeza são respostas normais e apropriadas face à doença grave e/ou ao tratamento debilitante. A depressão também pode surgir neste contexto, contudo, deve ser reconhecida e tratada. Em CP deve ser realizada uma avaliação clínica inicial cuidada a todos os doentes, que inclua os antecedentes psiquiátricos, familiares e pessoais, os sinais e sintomas típicos de depressão na doença terminal e os seus fatores de risco conhecidos. Todos os doentes em CP devem ser rastreados para depressão (Julião & Barbosa, 2011).

A HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), segundo Julião & Barbosa (2011), é o único instrumento de avaliação de ansiedade e depressão, já que foram eliminados os sintomas relacionados com a perturbação física e incluídos apenas sintomas psíquicos. Esta escala é de auto-preenchimento e está validada para a população portuguesa.

De acordo com o caso inicialmente descrito, a doente mostra tristeza devido à evolução da sua doença e devido ao facto de estar mais dependente. Mostra também preocupação com o seu processo até à morte, pois refere ter medo de sofrer aquando da morte. No entanto, o facto de se manter sempre acompanhada pela família transmitia-lhe segurança e harmonia.

Angústia Espiritual

A "angústia espiritual" é definida como sendo uma "rotura com o que a pessoa acredita acerca da vida, questões acerca do sentido da vida, associada ao questionar do sofrimento, separação dos laços religiosos ou culturais, mudanças nos sistemas de crenças e valores, sentimentos de intenso sofrimento e zanga contra a divindade" (ICN, 2019, p. 39).

Para Rabow (2019), no acompanhamento clínico a pessoas com doença avançada e progressiva, prestados por equipas de CP especializados ou por equipas de cuidados gerais surge a necessidade de definir alguns termos e conceitos. Os CP podem ser definidos, como sendo cuidados centrados na pessoa como ser único e individual em todas as suas dimensões e focados na qualidade de vida da pessoa e suas famílias. O envolvimento dos CP deve ser iniciado aquando do diagnóstico de doença grave. Estes, são cuidados focados nas

necessidades da pessoa, incluindo no sofrimento físico, emocional, social e espiritual. O objetivo final da intervenção destes cuidados, é atender às necessidades existenciais das pessoas que sofrem de doenças graves e ameaçadoras da vida.

Em contexto médico, e de acordo com Rabow (2019), o sofrimento foi definido como sendo uma desintegração de si próprio e é caracterizado por uma sensação que deveria estar a ser vivida e sentida por inteiro, no entanto está desfragmentada. O surgimento da doença provoca perdas, e estas perdas levam, também, ao sofrimento. As preocupações espirituais são muito comuns, e devem fazer parte do plano de cuidados da pessoa com doença grave e incurável. Para além das perdas que a doença provoca, as questões de dignidade, esperança, isolamento, significado e propósito de vida são de igual forma fulcrais para que a pessoa tenha qualidade de vida.

Para o mesmo autor, é possível conhecer os sinais de sofrimento espiritual através da identificação de sentimentos de perda ou ganho de crenças e práticas religiosas, a busca de perdão, sentimentos de tristeza, ansiedade e raiva.

De acordo com Barbosa (2016), na prática dos CP os profissionais de saúde deparam-se com conflitos psicossociais, existenciais e espirituais, estes podem ter um impacto negativo no processo de morte. É através do sofrimento, do diálogo interior que é possível perceber quais são as prioridades a ter. Este é um processo que surge normalmente próximo do momento da morte, podendo causar na pessoa ansiedade, medo e desespero existencial. O mal-estar pode expressar-se, também, através da indecisão, da perda de controlo, da não adesão aos tratamentos, da adoção de práticas rígidas da promoção da saúde ou por receio de constituir um fardo para a família e amigos.

Ao encarar a possibilidade de morte e a consciência de que nunca mais vão ser os mesmos e de que a sua vida vai mudar, muitas pessoas voltam-se para o que há de mais essencial nos valores. As pessoas têm a tendência de se guiar por intuições e “iluminações”, o que lhes permite transformar aparentes tragédias em possibilidades de crescimento e serenidade. Com a doença, surgem preocupações e dúvidas existenciais, sofrimento espiritual, sentimento de abandono, desespero, perda de sentido/completude/dignidade, no entanto, a confiança na relação profissional de saúde/pessoa, a procura de significado, o sentido de pertença e a conexão transcendental podem ser modos de restabelecer a perda de integridade, aliviando ou reduzindo o sofrimento. Assim sendo, os profissionais de saúde devem estar preparados para identificar de forma precoce estas dimensões, abordar e colher as narrativas pessoais, conduzir a sua reflexão, facilitar o apoio espiritual e ajudar no processo de transformação emergente, numa atitude de atenção, amor e compaixão (Barbosa, 2016).

Na relação com o presente estudo de caso, o diagnóstico de um cancro acarreta alterações negativas na qualidade de vida percecionada por aqueles que dele padecem, em grande parte relacionadas com a aparecimento de preocupações e dúvidas. Neste caso, a doente mostra preocupação com a evolução da sua doença e com o momento da sua morte, pois refere que tem medo de sofrer aquando desse acontecimento. Refere também que já não esta “aqui a fazer nada”.

Domínio: Autocuidado

O "autocuidado" é definido como sendo uma “atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e atividade da vida diárias” (ICN, 2019, p. 41).

Para Silva & Sousa (2015), o autocuidado é um conceito que tem evoluído ao longo do tempo e está relacionado com a autonomia, independência e responsabilidade pessoal que pode ser considerado como um processo de saúde e bem-estar das pessoas. Foi referido pela primeira vez por Dorothea Orem, que definiu o autocuidado como sendo uma ação desenvolvida em situações concretas da vida em que a pessoa dirige para si mesma, atividades em benefício da vida, saúde e bem-estar.

Desde sempre, e de acordo com Silva & Sousa (2015), que a enfermagem procura contextualizar os seus cuidados com o objetivo de promover a adaptação de qualquer pessoa a qualquer circunstância. Isto tem como finalidade proporcionar conforto à pessoa nas suas várias dimensões e no contexto em que se encontra. A doença é uma experiência dolorosa e causadora de desconforto, visto ter potencial para afetar todas as dimensões da vida pessoal desde aspetos individuais aos sociais. Quando se trata de uma doença oncológica, o sentimento de ameaça, de perda, de finitude, incerteza, medo, ansiedade e angústia estão mais evidentes e causam desconforto e sofrimento.

Segundo as autoras acima referidas, para facilitar o processo de transição saúde/doença, é fulcral o apoio dos enfermeiros, que têm como objetivo aliviar o sofrimento e promover o conforto. Procurar encontrar estratégias de autocuidado que promovam o conforto da pessoa, é também um objetivo nesse processo.

De acordo com o caso descrito, a doente mostra vontade em manter alguma autonomia dentro das suas possibilidades e limitações, e de manter também alguma mobilidade. Sempre que a doente mostrava vontade, o marido auxiliava-a a sentar-se, mesmo que por pouco tempo; às refeições, mesmo que não fosse capaz de dispor os alimentos sentia satisfação ao levá-los à boca e privilegiava o repouso após o banho, que era prestado por uma equipa de apoio aos cuidados de higiene.

Domínio: Dor

O conceito de "dor" pode ser definido como sendo um domínio da perceção que se encontra prejudicado, correspondendo ao “aumento de sensação desagradável no corpo; relato subjetivo, expressão facial de dor, alteração do tônus muscular, comportamento autoprotetor, foco de atenção reduzido, alteração do tempo de perceção, afastamento de contato social, processo de pensamento prejudicado, comportamento distraído, inquietação e perda do apetite” (ICN, 2019, p. 50).

Estima-se que, com o aumento dos casos de doença oncológica seja fundamental que os

profissionais de saúde estejam preparados para intervir em CP, tanto com a pessoa como às suas famílias. A doença avançada e grave é caracterizada pelo aparecimento de vários sintomas, sendo a dor um dos mais frequentes e um dos que mais afeta a qualidade de vida da pessoa, estando presente em cerca de 30% dos diagnósticos e em 80% dos que estão em fase terminal. A dor é mensurada através de várias escalas com o objetivo de melhorar a qualidade de vida destes doentes. A dor fisiológica é a que induz respostas protetoras, como a reação de fuga, este é um sinal típico da dor aguda, que é produzida por estímulos intensos a nível da superfície da pele. A dor visceral e somática profunda são causadas por estímulos inevitáveis, estas são subdivididas em nociceptiva e neuropática onde a dor é persistente. A dor nociceptiva resulta da ativação de nociceptores da pele e outros tecidos em resposta a uma lesão tecidual, acompanhada de inflamação. A dor neuropática é resultado de lesões dos nervos periféricos ou do sistema nervoso central. Em suma, pode dizer-se que a dor aguda surge do trauma de tecidos moles ou inflamação e está relacionada com um processo adaptativo biológico para agilizar o processo de cicatrização. Por outro lado, a dor crónica pode ser definida de acordo com a sua duração (mais do que 3 a 6 meses), pode manifestar-se de forma espontânea ou provocada por diversos estímulos externos. A dor crónica, para além de se manifestar por um longo período de tempo, pode também, ter implicações na qualidade de vida dos doentes (Manoel et al., 2021).

De acordo com Patel et al. (2016), a OIM leva a uma acumulação de líquidos e gases causando assim, a distensão abdominal. Este fenómeno conduz a um aumento da pressão intestinal e a um aumento do peristaltismo e das contrações no intestino, levando ao surgimento da dor tipo cólica, bastante comum em pessoas com diagnóstico de OIM.

De acordo com Sampaio et al. (2021), em CP o foco é a promoção da qualidade de vida e estar fora do ambiente hospitalar. A dor pode ser definida como sendo uma experiência sensitiva e emocional desagradável associada a danos tecidulares, é única e individual influenciada por vivências anteriores. No doente oncológico a dor pode ser de origem tumoral, como resultado dos tratamentos (cirurgia ou terapia antineoplásica), ou devido a outras causas. A prevalência da dor atinge os 80% dos doentes com doença avançada, embora esteja disponível tratamento para 70-90% destes.

Para Manoel et al. (2021), avaliação da dor é um dado fulcrar e que contribuiu para um aumento da qualidade dos cuidados prestados à pessoa com doença avançada. Existem várias escalas para medição da dor, no entanto as mais utilizadas são, a escala numérica e escala qualitativa. São escalas fáceis de aplicar e fáceis, também de serem compreendidas pelos doentes.

No estudo realizado por Sampaio et al. (2021), conclui-se que em CP tanto a dor como o tempo de internamento influenciam a qualidade de vida destes doentes.

Para Pina (2016), a dor pode ser tratada através de medidas não farmacológicas combinadas com medidas farmacológicas. Dentro das medidas não farmacológicas existem intervenções psicológicas, terapia física e medicinas complementares, todas elas baseadas numa abordagem multimodal, multidisciplinar com o objetivo de controlar a dor. No tratamento farmacológico são

usados os fármacos opióides, fármacos não opióides e fármacos adjuvantes. Os fármacos não opióides interrompem a síntese de prostaglandinas e têm uma dose máxima para o efeito do analgésico; os fármacos opióides atuam como agonistas em recetores específicos a nível espinal e supraespinal. O facto dos fármacos opióides (fortes) não terem limite de dose permite que as suas doses possam ser aumentadas até que surja o alívio da dor.

De acordo com o caso descrito inicialmente, a doente nesta fase mantém dor controlada. Está medicada com perfusão de morfina e com SOS de oramorph, que não tem sido necessário.

Domínio: Mucosas

"Membrana" é definida como sendo uma "componente do sistema tegumentar: camadas de revestimento natural, sem queratina, na superfície interna do corpo, forrando cavidades ou canais que abrem para o exterior do corpo; incluem as mucosas da boca, nariz, vagina, tubo digestivo, vias respiratórias e trato urinário; as mucosas protegem as estruturas subjacentes, segregam muco que lubrifica as estruturas associadas, absorvem água, sais e outros solutos" (ICN, 2019, p. 109).

Xerostomia

Segundo Carneiro (2021), xerostomia define-se como uma sensação de boca seca, tem uma prevalência em até 80% da doença oncológica avançada e é um dos sintomas mais perturbantes nos doentes e menos valorizados pelos profissionais de saúde. O aparecimento desta alteração a nível das mucosas, pode estar associada a uma doença de base, como a diabetes mellitus (principalmente a não controlada), a síndrome sicca, a desidratação, a hipercalcémia, e a respiração bucal. Os tratamentos de radioterapia, uso de oxigenoterapia, de diuréticos, antidepressivos, opióides, antimuscarínicos, anti-histamínicos e antipaikinsónicos, e a ocorrência de mucosites podem também estar associados ao aparecimento da xerostomia.

Ainda de acordo com o mesmo autor, as intervenções não farmacológicas para o tratamento da xerostomia, deve estar presente no plano de cuidados dos doentes. É importante perceber a causa e, se possível, tratar esta causa, manter uma higiene oral regular, efetuar uma revisão terapêutica de forma a diminuir a iatrogenia medicamentosa, utilizar estimulantes salivares (pastilha elásticas ou rebuçados com sabor cítrico sem açúcar), e terapia substituta de saliva (gelo moído ou água em spray, uso de saliva artificial, creme hidratante para os lábios). O aumento de aporte hídrico (quando possível), a ingestão de alimentos moles e com molhos, alimentos frios/tépidos e sugar cubos congelados de ananás, pepino ou maçã são estratégias não farmacológicas a ter em consideração aquando da realização do plano de cuidados do doente com xerostomia.

Assim sendo, e tendo em conta com o caso clínico apresentado, estamos perante uma doente com doença avançada, medicada com dexametasona (corticosteroide), morfina (opióide) e butilescopolamina (antimuscarínio). Estes são fármacos podem contribuir para o aparecimento da xerostomia.

3.6. Dados

Apetite

08-02-2023 14:00

Apetite diminuído.

Paladar conservado.

Apetite comprometido

Conhecimento sobre regime dietético: facilitador.

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

Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: facilitador.

Significado atribuído ao compromisso do apetite: não dificultador.

Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador.

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

Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime dietético

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético

Digestão

08-02-2023 14:00

Com sensação de enjoo.

Com refluxo dos alimentos deglutidos.

Náusea

Náusea ligeira.

Conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea: facilitador.

Conhecimento sobre regime dietético: facilitador.

Conhecimento sobre regime medicamentoso: facilitador.

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

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

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea

Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime dietético

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso

Regurgitação

Conhecimento sobre prevenção de aspiração: facilitador.

Conhecimento sobre regime dietético: facilitador.

Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de aspiração

Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético

Eliminação intestinal

08-02-2023 14:00

Fezes: em moderada quantidade.

Consistência das fezes: Líquida.

Coloração das fezes: amarelada.

Número de defecações por dia: 4.

Expulsão controlada de fezes.

Diarreia

Conhecimento sobre prevenção de desidratação: facilitador.

Conhecimento sobre prevenção de maceração do períneo: facilitador.

Conhecimento sobre regime dietético: facilitador.

Conhecimento sobre regime medicamentoso: facilitador.

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

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

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

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

Conhecimento do cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de maceração do períneo

Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de desidratação

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de maceração do períneo

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime dietético

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre vigilância da eliminação intestinal

Mucosas

08-02-2023 14:00

Membrana mucosa comprometida

Localização do compromisso da membrana mucosa

Cavidade oral

Coloração da mucosa: pálida.

Mucosa seca.

Conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre promoção da integridade da membrana mucosa: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da

membrana mucosa

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa

Conservação de energia

08-02-2023 14:00

Comunica cansaço permanente e ausência de recuperação da energia com o repouso.

Intolerância à atividade

Conhecimento sobre conservação da energia: facilitador.

Conhecimento sobre regime de exercício: facilitador.

Consciencialização da relação entre a gestão da atividade / repouso e a conservação de energia: facilitadora.

Capacidade para executar regime de exercício: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Autoeficácia para executar regime de exercício: necessita ser melhorada para progredir para a mestria, mas não 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

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre conservação de energia

Emoção

08-02-2023 14:00

Tristeza persistente (há mais de uma semana).

Desesperança e pessimismo (Não).

Autodesvalorização.

Acentuada diminuição de interesse e prazer nas atividades.

Dificuldade na concentração.

Pensamentos recorrentes de morte (Não).

Tom de voz baixa, discurso arrastado.

Excesso de energia (Não).

Aumento da atividade dirigida a objetivos ou agitação psicomotora (Não).

Redução da necessidade de sono (Não).

Fuga de ideias ou pensamento acelerado (Não).

Humor persistentemente elevado, expansivo ou irritável (Não).

Autoestima excessiva ou grandiosidade (Não).

Especificação da perdaEspecificação da perda: Perda de autonomia.

Negação da perda (Não).

Pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda (Não).

Humor depressivo

Conhecimento sobre humor depressivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor: necessita ser melhorado para progredir para a mestria, mas não é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre humor depressivo: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor: : necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial para melhorar conhecimento sobre humor depressivo

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre humor depressivo

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor

3.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

O objetivo deste planeamento de cuidados é o controlo sintomático, assim sendo, o controlo das náuseas, dos vômitos, da diarreia, da dor, da xerostomia, bem como, proporcionar dignidade e qualidade de vida nos últimos dias à pessoa é essencial para proporcionar alguma tranquilidade tanto à pessoa como à sua família. A doente apreciava momentos de repouso após o banho, apreciava a presença da família, apresentava-se muito agradada com a visita de pessoas conhecidas e de conversar, conforme sua tolerância, o que lhe trazia dignidade e qualidade de vida aos seus dias. Doente com conhecimento de toda a sua doença e do seu prognóstico, acompanhou toda a evolução da doença conhecendo toda a situação clínica. Doente com muita vontade de morrer em casa acompanhada pela sua família.

De acordo com a Lei n.º 31/2018 dos direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida decreta no artigo 1.º número "1 - A presente lei estabelece um conjunto de direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, consagrando o direito de não sofrerem de forma mantida, disruptiva e desproporcionada, e prevendo medidas para a realização desses direitos. 2 - A presente lei prevê ainda um conjunto de direitos dos familiares das pessoas doentes previstas no número anterior". De acordo com o mencionado no artigo 3º Direitos em matéria de informação e de tratamento número "1 - As pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, desde que nisso tenham consentido depois de informadas pelos profissionais de saúde, têm direito a receber informação detalhada sobre os seguintes aspetos relativos ao seu estado de saúde: a) A natureza da sua doença; b) O prognóstico estimado; c) Os diferentes cenários clínicos e tratamentos disponíveis". Conforme descrito no artigo 7º Cuidados paliativos em ambiente domiciliário "1 - Os cuidadores informais da pessoa em contexto de doença avançada e em fim de vida que recebe cuidados paliativos em ambiente domiciliário têm direito a receber formação adequada e apoio estruturado, proporcionados pelo Estado através da articulação entre o Ministério da Saúde e o Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social". Tendo em conta o previsto na lei e os objetivos do estudo de caso, determinam-se os seguintes:

Para a doente

- Controlar náuseas;
- Controlar vômitos;
- Controlar diarreia;
- Ensinar sobre o regime dietético;
- Ensinar sobre estratégias de alívio da náusea;
- Ensinar sobre estratégias para prevenção de aspiração;
- Melhorar membrana mucosa comprometida;
- Incentivar o repouso, conforme preferência;
- Ensinar sobre estratégias de prevenção de maceração do períneo;
- Promover valores e interesses;
- Reforçar a sua identidade pessoal;
- Promover escuta ativa;
- Promover bem-estar e conforto.

Para o familiar cuidador

- Melhorar o conhecimento do cuidador/família sobre o regime dietético;
- Melhorar o conhecimento do cuidador/família sobre a integridade da mucosa oral e dos cuidados a ter;
- Melhorar o conhecimento do cuidador/família sobre prevenção da maceração do períneo;
- Melhorar o conhecimento do cuidador/família sobre o regime medicamentoso;
- Melhorar o conhecimento do cuidador/família sobre a eliminação intestinal;
- Melhorar o conhecimento do cuidador/família sobre conservação de energia;
- Melhorar o conhecimento do cuidador/família sobre as necessidades do familiar dependente;
- Aliviar a sobrecarga sentida pelo cuidador;
- Informar acerca do estado de saúde da doente;
- Promover o bem-estar do cuidador/familiar;
- Manter envolvimento familiar.

3.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

A doente foi observada pela ECSCP, por quem já era seguida anteriormente e nesta altura apresentava falta de apetite, náuseas e vômitos, diarreia, dor, xerostomia, falta de energia, humor deprimido, angústia espiritual. A mesma tinha conhecimento de toda a sua situação clínica e consciência de que a sua morte estaria para breve. Foi possível controlar alguns dos sintomas como a dor, que após ter sido medicada de forma contínua não necessitou realizar medicação prescrita em SOS, sendo considerado um indicador de resultado. As náuseas e os vômitos também melhoraram embora não tenham deixado de surgir. Surgiam alguns episódios de regurgitação pontuais. Este controlo sintomático melhorou ligeiramente a falta de apetite da doente, visto que a mesma referiu que não comia por ter medo de ficar nauseada e com vômitos, após este controlo, a mesma tolerava apenas pequenas quantidades de alimentos e de bebida, sempre de acordo com a sua preferência e tolerância, sendo também considerado um indicador de resultado positivo. A diarreia, outro sintoma que provocava à doente bastante desconforto devido ao odor e devido à necessidade de ser submetida a cuidados perineais com frequência, também melhorou significativamente após ter iniciado terapêutica para o efeito. Em relação à xerostomia e falta de energia, apesar de todas as intervenções a doente manteve estes sintomas mas sem exacerbação. O humor deprimido e a angústia espiritual foram também domínios com melhoria, visto que embora a doente mantivesse tristeza, dúvidas e preocupações devido ao facto de saber que iria morrer, sentia-se sempre acompanhada o que lhe transmitia paz, tranquilidade, segurança e harmonia, sendo também considerado um indicador de resultado positivo.

3.7. Diagnósticos

Apetite

08-02-2023 14:00

Apetite comprometido

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 14:00 - Avaliar evolução do apetite [10:00]

08-02-2023 14:00 - Planear dieta [10:00]

08-02-2023 14:00 - Referenciar compromisso do apetite ao serviço de nutrição [10:00]

Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [10:00]

08-02-2023 14:00 - Ensinar sobre regime dietético [10:00]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime dietético

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético

Digestão

08-02-2023 14:00

Náusea

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 14:00 - Avaliar evolução da náusea [10:00]

08-02-2023 14:00 - Referenciar náusea ao médico [10:00]

08-02-2023 14:00 - Executar cuidados de higiene oral [10:00]

08-02-2023 14:00 - Planear dieta [10:00]

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea [10:00]

08-02-2023 14:00 - Ensinar sobre estratégias de relaxamento [10:00]

08-02-2023 14:00 - Ensinar sobre higiene oral [10:00]

Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [10:00]

08-02-2023 14:00 - Ensinar sobre regime dietético [10:00]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime dietético

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso

Regurgitação

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 14:00 - Avaliar evolução da regurgitação [10:00]

08-02-2023 14:00 - Referenciar regurgitação ao médico [10:00]

08-02-2023 14:00 - Executar cuidados de higiene oral [10:00]

08-02-2023 14:00 - Planear dieta [10:00]

Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de aspiração

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de aspiração [10:00]

08-02-2023 14:00 - Ensinar sobre prevenção da aspiração [10:00]

Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [10:00]

08-02-2023 14:00 - Ensinar sobre regime dietético [10:00]

Eliminação intestinal

08-02-2023 14:00

Diarreia

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 14:00 - Avaliar evolução da diarreia [10:00]

08-02-2023 14:00 - Referenciar diarreia ao médico [10:00]

08-02-2023 14:00 - Gerir hidratação [10:00]

08-02-2023 14:00 - Planear dieta [10:00]

Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de maceração do períneo

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de maceração do períneo [10:00]

08-02-2023 14:00 - Ensinar sobre prevenção da maceração do períneo [10:00]

Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético [10:00]

08-02-2023 14:00 - Ensinar sobre regime dietético [10:00]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de desidratação

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de desidratação [10:00]

08-02-2023 14:00 - Ensinar cuidador sobre prevenção da desidratação [10:00]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de maceração do períneo

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de maceração do períneo [10:00]

08-02-2023 14:00 - Ensinar cuidador sobre prevenção da maceração do períneo [10:00]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime dietético

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre regime dietético [10:00]

08-02-2023 14:00 - Ensinar cuidador sobre regime dietético [10:00]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre regime medicamentoso [10:00]

08-02-2023 14:00 - Ensinar cuidador sobre regime medicamentoso [10:00]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre vigilância da eliminação intestinal

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal [10:00]

08-02-2023 14:00 - Ensinar cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal [10:00]

Mucosas

08-02-2023 14:00

Membrana mucosa comprometida

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 14:00 - Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas

08-02-2023 14:00 - Aplicar creme

08-02-2023 14:00 - Lavar cavidade oral

Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa

Conservação de energia

08-02-2023 14:00

Intolerância à atividade

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 14:00 - Avaliar evolução da tolerância à atividade [10:00]

08-02-2023 14:00 - Referenciar intolerância à atividade ao médico [10:00]

Potencial para melhorar conhecimento sobre conservação da energia

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre conservação da energia [10:00]

08-02-2023 14:00 - Ensinar sobre conservação de energia [10:00]

08-02-2023 14:00 - Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade e repouso [10:00]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre conservação de energia

Emoção

08-02-2023 14:00

Humor depressivo

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 14:00 - Avaliar evolução do humor depressivo [10:00]

08-02-2023 14:00 - Executar escuta ativa [10:00]

08-02-2023 14:00 - Assistir cliente no treino do pensamento positivo [10:00]

08-02-2023 14:00 - Assistir o cliente no treino do autocontrole das emoções [10:00]

08-02-2023 14:00 - Referenciar humor depressivo ao médico [10:00]

Potencial para melhorar conhecimento sobre humor depressivo

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre humor depressivo [10:00]

08-02-2023 14:00 - Ensinar sobre humor depressivo [10:00]

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor

Intervenções de Enfermagem

08-02-2023 14:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor [10:00]

08-02-2023 14:00 - Ensinar sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor [10:00]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre humor depressivo

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias promotoras do equilíbrio do humor

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

O descontrolo sintomático, constitui uma das principais razões pelo qual, a pessoa revela sinais de sofrimento. Para que seja possível intervir numa pessoa com descontrolo sintomático é fulcral conhecer, efetivamente quais as suas principais queixas. Se os sintomas não se encontrarem suficientemente controlados, não é possível realizar uma intervenção eficaz baseada na prática dos CP. Em pessoas com diagnóstico de doença incurável e ameaçadora da vida, é de extrema importância avaliar os sintomas descontrolados, de modo a facilitar esta avaliação existem variadas escalas. A Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) é um instrumento de avaliação multidimensional que integra sintomas físicos e psicológicos, é constituído por um conjunto de subescalas visuais numéricas que pretendem avaliar a intensidade de 9 sintomas (dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, sensação de bem-estar e falta de ar), em que 0 “zero” significa ausência de sintoma e 10 “dez” corresponde ao pior grau de gravidade do sintoma. Se a pessoa for consciente e orientada, a aplicação da escala é realizada com a própria, se por outro lado, se a pessoa se apresentar confusa e sem capacidade de preencher a escala, esta pode ser preenchida por um familiar ou profissional de saúde envolvido nos cuidados (Costa & Antunes, 2012).

De acordo com Milton et al. (2020), a ESAS é um instrumento validado, utilizado em pessoas com vários diagnósticos de cancro para avaliar os sintomas presentes. Esta, é uma ferramenta frequentemente utilizada na prestação de cuidados com a finalidade de prever resultados futuros através da análise dos sintomas nos doentes. A ESAS deve ser utilizada para identificar sintomas descontrolados em pessoas com doença avançada, de forma a que os profissionais de saúde possam intervir precocemente evitando assim, o internamento por agudização sintomática.

Segundo Costa & Antunes (2012), a monitorização dos sintomas descontrolados em pessoas com doença avançada, é uma mais-valia, na medida em que permite aos profissionais de saúde adotarem medidas que permitam avaliar eficazmente as intervenções realizadas, bem como, avaliar a evolução da própria doença. Isto exige uma revisão e otimização frequente do plano de cuidados da pessoa de forma a reorientar as intervenções, definir objetivos realistas, e preparar situações futuras, como a fase agónica. Estas intervenções têm como objetivo diminuir o sofrimento da pessoa e da sua família, respeitando a vontade e a dignidade da mesma.

A escala de ESAS foi aplicada à doente tendo tido um resultado de melhoria em relação ao dia em que ocorreu o descontrolo sintomático mais exacerbado.

Escala de ESAS aquando do descontrolo sintomático:

Dor - 5

Cansaço - 8

Náusea - 7

Depressão - 7

Ansiedade - 0

Sonolência - 3

Apetite - 7

Sensação de bem-estar - 5

Falta de ar - 0

Escala de ESAS após medidas instituídas (08-02/2023):

Dor - 0

Cansaço - 8

Náusea - 5

Depressão - 5

Ansiedade - 0

Sonolência - 3

Apetite - 6

Sensação de bem-estar - 4

Falta de ar - 0

Para Silva et al. (2017), cuidar é a essência dos princípios dos CP, sendo o fio condutor da estrutura de conhecimento dos profissionais de saúde que trabalham nesta área, independente do ambiente em que a pessoa se encontre. Em concomitância com o cuidar da pessoa com uma doença incurável, progressiva e que ameaçadora da vida, torna-se fulcral uma atenção especial aos seus familiares, considerando-os parte integrante do plano de cuidados. A eficácia dos cuidados prestados ao doente e à sua família depende da forma com a equipa os apoia. Para que o acompanhamento a estas pessoas sejam bem sucedido, é importante existir uma integração multidisciplinar. Assim sendo, a comunicação caracteriza-se como um dos grandes pilares no contexto dos CP. Desenvolver habilidades de comunicação é fator determinante na promoção de um ambiente de confiança e seguro perante situações difíceis, especialmente quando se trata do cuidar de pessoas que vivenciam a terminalidade. É indispensável que o

profissional de saúde tenha algum conhecimento acerca das necessidades, dúvidas, angústias e medos apresentados pelos familiares, com o objetivo de melhorar e adaptar o plano de cuidados.

Foi efetuada uma Conferência Familiar (CF) envolvendo os filhos, a nora e o marido da doente de forma a dar a conhecer o estado mais debilitado da mesma. Foi explicado que os sintomas por ela apresentados, são indícios de que a morte estava eminente. Família mostra-se preocupada, com muita vontade de a acompanhar mas com receio da morte no domicílio.

3.8. Especificação das intervenções

Ensinar sobre conservação de energia

- Explicar a importância de manter o repouso.

Gerir hidratação

- Vigiar líquidos ingeridos.

Avaliar evolução da regurgitação

- Vigiar regurgitação.

Avaliar evolução da náusea

- Aplicar escala de ESAS.

Planejar dieta

- Planejar as refeições de acordo com os alimentos do agrado da doente.

Avaliar evolução da tolerância à atividade

- Aplicar escala de ESAS.

Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade e repouso

- Explicar a importância de manter atividade apenas quando se sentir capaz;
- Explicar a importância de manter-se em repouso.

Avaliar evolução da diarreia

- Vigiar diarreia.

Ensinar cuidador sobre prevenção da maceração do períneo

- Explicar a importância da higiene do períneo;
- Explicar a importância do uso de creme hidratante quando da higiene do períneo.

Ensinar sobre regime dietético

- Explicar a importância de ingerir alimentos do seu agrado e em pequenas quantidades.

Ensinar cuidador sobre regime dietético

- Explicar a importância da ingestão de alimentos do agrado do seu familiar;
- Explicar a importância da ingestão alimentar do seu familiar ser em pequenas quantidades.

Ensinar cuidador sobre prevenção da desidratação

- Explicar sinais de desidratação.

Executar cuidados de higiene oral

- Executar higiene oral várias vezes ao longo do dia.

Avaliar evolução do apetite

- Aplicar escala de ESAS.

Referenciar compromisso do apetite ao serviço de nutrição

- Referenciar à nutricionista da ECSCP.

Ensinar sobre prevenção da aspiração

- Explicar a importância de privilegiar os decúbitos laterais;
- Explicar a importância de manter cabeceira a 30 graus.

Ensinar sobre higiene oral

- Explicar o modo e a frequência para realizar higiene oral.

Ensinar cuidador sobre regime medicamentoso

- Explicar a gestão da medicação em SOS.

Avaliar evolução do humor depressivo

- Aplicar escala de ESAS.

Ensinar sobre estratégias de relaxamento

- Ensinar técnica respiratória;
- Incentivar o pensamento positivo.

Ensinar sobre prevenção da maceração do períneo

- Realizar a higiene do períneo sempre que for necessário.

4. CASO 2

9616_2_Prof O Fernandes_2

4.1. Enquadramento teórico

Cenário

Doente de 78 anos, reformada, viúva, com 4 filhos. A pessoa de referência é a filha A. que acompanha a mãe desde o início da doença, os restantes filhos têm uma relação mais distante com a senhora.

Doente com antecedentes, carcinoma da mama direita em 1992, adenocarcinoma do colon ângulo esplénico em 2015, metástases hepáticas em 2016 e em julho de 2022 com progressão da doença (infiltração cutânea, ganglionar, supra claviclar, óssea). Com internamento no início de abril por trombose da carótida com síndrome da veia cava e trombose do implantofix, foi removido o implantofix e colocado stent após com melhoria sintomática (dispneia).

Final de abril com re-internamento por agravamento do seu estado geral, progressão da icterícia, falta de energia, anorexia, náuseas e abdominalgias. Efetuada proposta para realização de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica (CPRE), que foi cancelada por agravamento do estado clínico. Nesta fase surgem vômitos fecalóides e por este motivo foi entubada com SNG. Nesta altura, também foi efetuada referenciação para seguimento em CP, tendo sido transferida para a UCP com o diagnóstico de OIM.

Neste momento mantém náuseas, SNG em drenagem passiva com saída de conteúdo fecalóide, obstipação, falta de energia, sono comprometido, mantém-se dor e dispneia controladas. Encontrar-se totalmente dependente desde à cerca de 1 semana, esta nova condição provoca-lhe tristeza e ansiedade pois sempre foi uma pessoa muito independente. Doente com conhecimento da sua situação clínica mas com sensação de medo por rapidamente surgirem tantos sintomas descontrolados.

A nível da alimentação, doente a ingestão de alguns alimentos, mas em muito pouca quantidade e de acordo com o lhe dá mais conforto, goles de água fresca e gelados.

A filha A. acompanha a mãe na UCP durante as 24 horas. Efetuada CF junto da doente com a filha, médico e enfermeira. Falou-se do agravamento clínico, foram revistos alguns assuntos

como a hidratação, alimentação e sobre a terapêutica instituída. Feita tentativa de explorar a vivência da doença sentida pela doente que não foi possível por referir querer descansar, filha sem questões, mais centrada nos cuidados físicos.

Enquadramento Teórico

Como já foi referido, e de acordo com Fernandes et al. (2020), a abordagem paliativa tem como objetivo evitar o sofrimento de pessoas com doença avançada, bem como dos seus familiares pois visa aliviar o sofrimento e melhorar a qualidade de vida dos mesmos, tendo por base o controlo de sintomas físicos, psicológicos, espirituais e sociais.

Perante uma doença avançada e progressiva, a trajetória de doença deve ser acompanhada de um planeamento antecipado de cuidados e de CP, idealmente a partir do diagnóstico. A progressão da doença, embora atrasada, quase em alguns casos, por tratamentos eficazes, acabará por resultar na morte da pessoa. O diagnóstico de uma doença terminal deve desencadear inequivocamente um debate entre a pessoa doente e os profissionais de saúde, bem como entre a pessoa doente e os seus familiares, sobre os valores, prioridades e opções de tratamento. Tendo em conta que uma pessoa se encontra em fase terminal, esta deverá ter tempo para preparar-se a nível psicológico, emocional, espiritual e perceber quais são as suas preferências e decisões, partilhando com a sua família e com os profissionais que a acompanham. Ao longo de todo o processo, os CP devem maximizar o conforto, e aumentar a capacidade de lidar com a situação. A trajetória de doença na sua fase final é aquela para a qual os CP foram originalmente desenvolvidos. A filosofia implica "não apressar nem impedir a morte natural", e as intervenções têm como objetivo manter o conforto e a qualidade de vida ao longo da progressão da doença. Os CP centram-se no apoio à pessoa e à família, estendendo-se mesmo para além da morte da mesma com o apoio ao luto familiar (Ballentine, 2018).

Duck et al. (2021), referem que a OIM surge como consequência de uma complicação de cancro intra ou extra-abdominal avançado com carcinomatose peritoneal associada. Embora possa desenvolver-se em qualquer momento durante a evolução oncológica da pessoa, a OIM desenvolve-se frequentemente como uma ocorrência tardia no cancro avançado. Este diagnóstico é frequentemente associado a uma de doença progressiva com mau prognóstico e elevada taxa de morbilidade. A náusea é um dos sintomas mais frequentes nestas pessoas, seguido de vómitos em 87% a 100% e de dor abdominal tipo cólica em 72% a 80%. Os sintomas clínicos variam consoante a localização da oclusão: uma localização mais proximal provoca vómitos pós-prandiais intensos, normalmente indolores de conteúdo mucoso ou biliar, ao passo que as oclusões mais distais induzem vómitos tardios, normalmente de conteúdo fecalóide.

Para Madariaga et al. (2022), a OIM ocorre mais frequentemente em pessoas com cancros avançados de origem abdominal e/ou pélvica. Estima-se que a OIM ocorra entre 10-28% das pessoas com cancros gastrointestinais e até 51% em pessoas com cancro ginecológico.

Ainda de acordo com os mesmos autores, os mecanismos de desenvolvimento da OIM são multifatoriais e podem ser divididos em dois grupos: oclusão mecânica e funcional. As causas de oclusão mecânica incluem oclusão extrínseca do lúmen por existência de massas mesentéricas com aderências e fibrose, oclusão intraluminal por crescimento tumoral no intestino e oclusão intramural por presença de tumor dentro da parede do intestino. Por sua vez, a oclusão funcional é o resultado de perturbações da motilidade, que podem ser devidas à infiltração tumoral no mesentério, nervos e/ou plexo celíaco e entérico.

Patel & Garg (2016), a oclusão intestinal refere-se a uma oclusão funcional ou mecânica do intestino que impede a passagem fisiológica de alimentos através do mesmo. A oclusão intestinal pode ser parcial ou completa dependendo da patologia subjacente e extensão da doença. Se a oclusão ocorrer devido a malignidade, é referida como OIM e pode ocorrer por malignidade intra-abdominal ou relacionada com envolvimento peritoneal. A prevalência global da ocorrência da OIM é de 3-15% na pessoa com cancro avançado. Em pessoas com cancro do ovário a prevalência deste diagnóstico é de 20-50%, em pessoas com cânceres gastrointestinais são de 6-19%, em pessoas com cancro do pâncreas é de 6-13% e em pessoas com cancro da bexiga é de 3-10%.

Segundo os mesmos autores, a OIM leva à acumulação de fluidos e gases, causando distensão intestinal proximal o que provoca um aumento da pressão intraluminal e aumento do peristaltismo o que provoca dor tipo cólica.

Para Ripamonti et al. (2008), a pessoa com OIM normalmente é caracterizada por apresentar um padrão de agravamento gradual dos sintomas que inclui episódios de cólicas abdominais, náuseas e vômitos e distensão abdominal que desaparecem com a passagem de gases ou fezes moles. Os sintomas tornam-se mais frequentes e duram mais tempo até se chegar a uma oclusão quase completa. O tratamento inicial inclui uma avaliação clínica para excluir causas agudas de oclusão. O uso de fluidos pode ser uma intervenção, que tem como objetivo a reposição de perdas resultantes dos vômitos e pode ser colocada uma SNG para descompressão do intestino proximal e aliviar os sintomas agudos da pessoa.

As várias estratégias de tratamento da OIM incluem o tratamento conservador, intervenção cirúrgica ou, em certos casos, a combinação de ambos. O tratamento é individualizado e depende do nível de oclusão, extensão da doença, tratamento antineoplásico anterior, estadiamento da doença e seu prognóstico, idade, presença de ascite, risco de oclusão repetida ou múltipla e estado geral da pessoa. A decisão do tratamento deve incluir a pessoa e a sua família, bem como os profissionais de saúde. É necessária uma abordagem holística da equipa multidisciplinar e o envolvimento precoce da equipa de CP para lidar com a gravidade da OIM (Patel & Garg, 2016).

De acordo com Ripamonti et al. (2008), a cirurgia pode ser benéfica para determinadas pessoas com OIM, existindo várias opções disponíveis quando a cirurgia é considerada. No caso de

oclusão distal, pode ser criado um estoma a partir do segmento intestinal mais distal não afetado. Os estomas proximais têm a propensão para ter um débito elevado, podendo causar problemas significativos relacionados com desequilíbrios hidroeletrólíticos, este facto deve ser considerado antes da realização do estoma jejunal proximal.

Já para Duck et al. (2021), a cirurgia pode restaurar a motilidade digestiva, no entanto está limitada a pessoas com doença tecnicamente passível de ressecção. Nem todas as pessoas são elegíveis para cirurgia, especialmente as que têm um mau prognóstico.

As taxas de sucesso técnico para a colocação de stents metálicos em pessoas com OIM variam entre 80% e 100%, e a melhoria clínica dos sintomas ocorre em mais de 75% das pessoas. Muitas pessoas tratadas com stents têm um alívio duradouro dos sintomas até à morte por progressão da doença, é comum a deslocação do stent, normalmente devido ao crescimento do tumor. Esta situação pode normalmente ser tratada com a inserção de outro stent, dilatação endoscópica ou ablação por laser (Ripamonti et al., 2008).

Para Madariaga et al. (2022), na OIM a gestão farmacológica tem grande importância, estes fármacos podem ser administrados por via EV ou por via SC. O uso de antieméticos (como a metoclopramida e a domperidona) podem ser eficazes na gestão das náuseas, vômitos e restauração do tempo de trânsito intestinal quando estamos perante uma OIM parcial. Devido ao potencial aumento do risco de perfuração do intestino, os antieméticos devem ser evitados na OIM completa. O uso de anticolinérgicos (butilescopolamina), antipsicóticos (haloperidol, olanzapina) e de somatostatina (octreótido) podem ser eficazes na redução do vômito nestas pessoas. Os laxantes osmóticos orais devem ser considerados quando estamos perante uma OIM parcial, no entanto devem ser evitados na OIM completa. Como analgésicos, os opióides são normalmente utilizados para tratar a dor associada à oclusão, no entanto, não há provas que sustentem a sua utilização, já o uso de anticolinérgicos (butilescopolamina) podem ser eficazes no controlo da dor abdominal tipo cólica em pessoas com este diagnóstico. Por fim, os corticosteróides (dexametasona) podem ajudar nos sintomas agudos da OIM e pode ser utilizado para benefícios a curto prazo.

Para Madariaga et al. (2022), quando a pessoa com cancro avançado é diagnosticada com OIM, os profissionais de saúde devem reconhecer quais as atitudes médicas dirigidas para minimizar o sofrimento da pessoa e maximizar sua a qualidade de vida. Os cuidados devem ser holísticos e centrados na pessoa, com foco nos sintomas físicos, psicossociais e espirituais. Os profissionais de saúde devem encorajar as pessoas na tomada de decisão de forma a poderem atuar de acordo com os seus valores e objetivos.

Segundo Miyake et al. (2023), o cancro colorretal é o terceiro cancro mais comum e a segunda causa de morte por cancro no mundo. A cirurgia com intenção curativa é a principal estratégia de tratamento para a pessoa com cancro colorretal. No entanto, a taxa de sobrevivência de 5 anos de pessoas com esta patologia é de apenas 13%. A metástase hepática do cancro

colorretal é a metástase mais comum nestas pessoas, ocorre por disseminação hematogénica em aproximadamente 60% das pessoas com cancro colorretal estadio IV.

Santiago & Paiva (2021), corroboram com os autores supramencionados e referem que o carcinoma colorretal é a terceira neoplasia mais diagnosticada em todo o mundo. A sua incidência e mortalidade apresentam uma grande variabilidade geográfica, correspondendo ao terceiro tumor maligno mais comum entre homens e segundo em mulheres. Cerca de 55% dos novos casos são diagnosticados em países desenvolvidos, no entanto, é em países menos desenvolvidos que a mortalidade é maior, possivelmente por maior escassez de recursos de saúde. Portugal é o segundo país Europeu onde surgem um elevado número de novos casos, sendo que, em 2018 registaram-se cerca de 10.270 (17,6%) casos registados.

Um estudo realizado por Kenzik et al. (2022), teve como objetivo compreender os cuidados de saúde em doentes com menos de 65 anos com diagnóstico de cancro colorretal, desde o seu diagnóstico até aos 3 anos de sobrevivência. Ainda de acordo com este estudo realizado em 2020 nos Estados Unidos da América, foram diagnosticados 147 950 indivíduos com cancro colorretal. A população crescente de pessoas que sobrevivem ao cancro colorretal enfrenta o risco de multimorbilidade substancial, criando complexidade na gestão de sintomas a longo prazo. Isto inclui a morbilidade relacionada com a cirurgia (diarreia, obstipação e complicações relacionadas com a colostomia), com a radiação (perda óssea, nefrotoxicidade e segundos cancros), com a cirurgia (oclusão intestinal) e com a quimioterapia (neuropatia, tromboembolismo venoso e doença cardiovascular).

A maioria dos casos de cancro colorretal desenvolve-se a partir de pólipos adenomatosos, a sua deteção atempada e polipectomia podem reduzir a sua incidência em 90%. A estratégia preventiva poderá ser realizada por rastreio (diagnóstico precoce de doença em indivíduos assintomáticos) ou vigilância (controlo a longo prazo de indivíduos de alto risco). A elegibilidade do cancro colorretal para a realização de rastreio tem como base: elevada taxa de incidência, longo período pré-clínico, lesões precursoras identificáveis e tratáveis, correlação entre o estágio do tumor e a mortalidade (Santiago & Paiva, 2021).

Para Stewart et al. (2019), como consequência do cancro colorretal surgem frequentemente metástases. Na maioria dos casos, isto ocorre por cinco meios: extensão direta, disseminação linfática, disseminação venosa portal para o fígado, disseminação peritoneal e disseminação vascular para órgãos distantes, incluindo pulmão, osso e cérebro. O fígado é o local mais frequente de metástases e domina a duração da sobrevivência desta doença. Cerca de metade das pessoas diagnosticadas com cancro colorretal irão desenvolver metástases no fígado em algum momento da sua doença. As pessoas que não são consideradas candidatas a cirurgia, poderão ser convertidas em pessoas ressecáveis com quimioterapia neoadjuvante. É de salientar que 70% das pessoas que recebem quimioterapia neoadjuvante e apresentam as chamadas "metástases hepáticas em desaparecimento" terão focos residuais microscópicos de

doença no fígado, que é o local de recorrência local em 59% destas pessoas. Consequentemente, podem surgir metástases em outros órgãos e a probabilidade de causarem sintomas e influenciar a sobrevivência é bastante visível.

De acordo com os mesmos autores, as metástases pulmonares são o segundo local mais comum de metástases do cancro colorretal. A taxa de sobrevivência de cinco anos, é melhor para as pessoas a quem são ressecadas as metástases pulmonares, em comparação com as pessoas em que a doença pulmonar é deixada in situ e apenas é removida a doença hepática. As metástases ganglionares indicam, de facto, um prognóstico significativamente pior. Por este motivo, o exame dos gânglios linfáticos é geralmente recomendado para completar o estadiamento da doença e para ajudar a determinar o prognóstico. Das pessoas que morrem de doença colorretal metastática, estima-se que 25% têm carcinomatose peritoneal. O tratamento da carcinomatose peritoneal através de citorredução e quimioterapia intraperitoneal hipertérmica é de particular interesse, uma vez que a sua progressão leva ao diagnóstico de OIM, perda de peso e ascite sintomática. A carcinomatose peritoneal ocorre mais frequentemente em pessoas com cancros do cólon do lado direito, tumores de alto grau, gânglios linfáticos mesentéricos envolvidos e pessoas que desenvolveram oclusão ou perfuração. As metástases ósseas têm como consequência a dor, que é um sintoma de extrema relevância por afetar a qualidade de vida destas pessoas. Estas metástases não só afetam apenas o osso onde se depositam, como também podem tornar os nervos adjacentes mais sensíveis a estímulos dolorosos. Além disso, a terapia local pode ser utilizada em situações em que a maior parte da doença da pessoa está controlada com terapia sistémica, mas as lesões ósseas progridem. As metástases cerebrais do cancro colorretal são raras e a percentagem da sobrevivência de pessoas com este diagnóstico num ano é de 30%. Estas pessoas apresentam frequentemente cefaleias, alterações da marcha e convulsões. O tratamento deve ter como objetivo a gestão das convulsões e do edema cerebral. Estes procedimentos podem ser utilizados para paliar os sintomas, aumentar a sobrevivência e proporcionar uma melhoria da qualidade para as pessoas que apresentam uma doença avançada.

De acordo com o caso clínico apresentado, a doente encontra-se em OIM com sintomas de náuseas, vômitos fecalóides motivo pelo qual foi entubada com SNG para descompressão, manteve sonda sempre em drenagem de conteúdo fecalóide. Apenas ingere alguns alimentos para seu conforto e alguns líquidos por polidipsia marcada. Mantém falta de energia e sono comprometido.

Senhora é acompanhada por uma filha que se mostra muito focada nos sintomas físicos, compreende a gravidade da situação clínica da mãe, bem como as intervenções instituídas. Familiar demonstra muita tristeza e medo em relação à morte da mãe, o que mostra um grande sofrimento sentido por esta filha.

Para Ramalho et al. (2018), o cancro é visto como uma doença incurável e o seu diagnóstico

afeta a vida das famílias das pessoas afetadas, provocando uma série de mudanças que geram conflitos emocionais devido ao medo da experiência que terão de viver. Isto porque o cancro é considerado uma doença invasiva e complexa, cujo curso na pessoa que caminha para o prognóstico da terminalidade. Estas pessoas carecem de cuidados humanizados, bem como a sua família, com vista a melhorar a qualidade de vida destas pessoas que enfrentam problemas relacionados com uma doença fora da possibilidade de cura. A presença de familiares é importante quando participam nos cuidados e contribuem para o conforto físico e psicológico do seu familiar doente, que pode evoluir para a morte a qualquer momento.

De forma a garantir que a família adquira conhecimentos suficientes e necessários para contribuir para o cuidado da pessoa, é da responsabilidade da equipa multidisciplinar transmitir a informação necessária ao cuidador familiar de forma compreensível. Deste modo, a equipa de enfermagem, que tem o maior contato com as pessoas e as suas famílias, deve acompanhá-las nos momentos de dor e sofrimento e, conseqüentemente, contribuir para o seu alívio. É importante que os cuidadores familiares recebam apoio dos profissionais de saúde de forma a compreenderem e obterem informações necessárias sobre os cuidados que devem ser prestados à pessoa, com o objetivo de garantirem a qualidade dos mesmos (Ramalho et al., 2018).

Barbosa et al. (2020), refere que os CP se destinam a pessoas e familiares que passam por doenças avançadas e progressivas sem possibilidade de cura, em fase final de vida ou não. Procura sempre aliviar a dor e o sofrimento, com terapêutica, apoio nutricional, espiritual e psicológico. O cuidado à pessoa com doença avançada e progressiva, deve incluir os cuidadores e familiares. A família deve sempre fazer parte dos CP e a equipa deve promover condutas que visem atingir todo o contexto, proporcionando melhor suporte à pessoa e preparando os familiares e cuidadores para a morte da pessoa que se encontra na fase final da vida, amenizando as conseqüências no processo de luto. Daí a importância de uma abordagem multidisciplinar, uma vez que os CP visam, não só, os cuidados à pessoa, mas também à família para que possam enfrentar melhor o período de luto.

Para Reis et al. (2023), as equipas de CP promovem o apoio a pessoas com doença grave, bem como, à sua família, desde o diagnóstico até ao suporte no luto. Esse cuidado valoriza a identificação precoce e a prevenção dos sintomas físicos, psicossociais e espirituais, além do alívio da dor e do sofrimento decorrentes destes, visando promover a qualidade de vida das pessoas envolvidas. Assim sendo, os CP podem ser considerados uma importante proposta de intervenção assistencial, visto terem um conhecimento especializado acerca do processo de fim de vida.

De acordo com os mesmos autores, as repercussões de uma doença grave, avançada e progressiva na pessoa leva os seus familiares a enfrentarem diversas perdas e conseqüentemente a morte, contribuindo assim para uma vivência de luto antecipatório. Este

processo envolve a pessoa e a sua família desde o diagnóstico de doença grave, bem como, das reações e sentimentos que daí advêm, como o choque, a negação, ambivalência, raiva, depressão, assimilação e aceitação. Esta vivência afeta tanto a família como um todo, como a cada um dos seus membros, considerando o luto antecipatório como um processo familiar, social e, também, individual e subjetivo.

A fase final da doença e a eminência de morte de um dos membros da família é vista como uma das crises mais difíceis para estes elementos, tendo um impacto importante na dinâmica e organização familiar, no reajuste da estrutura familiar, na redistribuição de papéis, nas alterações nos padrões de comunicação (conspiração do silêncio), nas alterações emocionais e sociais, na claudicação familiar e no luto antecipatório. Neste sentido, é uma fase particularmente desafiante para as famílias, com impacto nos seus elementos e relações e que, de um modo geral, afeta a qualidade de vida e funcionamento familiar (Areia et al., 2017).

De acordo com Barbosa (2016), a capacidade de antecipação é um mecanismo que permite dotar as pessoas da preparação necessária para enfrentar ameaças. Assim sendo, a antecipação consiste em pensar e falar sobre uma experiência antes de acontecer. Este é um mecanismo eficaz e a sua função é graduar o nível de sofrimento e doseá-lo, e assim evitar que a pessoa seja surpreendida. O luto antecipatório é descrito como um processo, pelo qual a família assume um papel enlutado (ou não) e começa a elaborar mudanças emocionais associadas à morte previsível do seu familiar. Este é um processo complexo, sobretudo na fase terminal da doença, que envolve processos de adaptação /superação e reorganização perante a percepção de morte inevitável, bem como o de lembrar perdas passadas, presentes e futuras. Durante este processo, podem surgir dificuldades que se expressam de várias formas: evitamento protetor, negação de ameaças, conspiração do silêncio, agressividade ou até afastamento do contexto em CP. Daí a importância na avaliação do funcionamento das famílias nas várias dimensões.

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 78 anos | Feminino

Cuidador

27-04-2023 10:00

Nome do cuidador: D.

Data de nascimento do cuidador: 14-06-1978.

Parentesco: Filha / Filho.

Coabita com a pessoa dependente (Não).

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

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

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

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-04-27 10:00:00	Perfusão contínua de metoclopramida 30mg em 50cc SF, 2.1cc/h via SC	
2023-04-27 10:00:00	Perfusão contínua de morfina 10mg em 50cc SF, 2.1cc/h via SC	
2023-04-27 10:00:00	Dexametasona 8mg SC 2x/dia	
2023-04-27 10:00:00	Levomepromazina 6.25mg SC em SOS até 4x/dia	
2023-04-27 10:00:00	Morfina 1mg SC em SOS até 6x/dia	
2023-04-27 10:00:00	Haloperidol 1.25 mg SC em SOS até 4x/dia	
2023-04-27 10:00:00	Ondansetron 4mg SC em SOS até 3x/dia	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

Em CP, a via oral é a via privilegiada para a administração de medicação por ser a mais simples e a menos invasiva. No entanto, devido à perda da via oral frequente no final da vida, é importante haver uma via alternativa. Desta forma, a via SC apresenta-se como uma opção para administração de medicamentos e fluidos quando a via oral está comprometida, como é o caso da pessoa com disfagia, náuseas, vômitos persistentes, obstipação e diarreia. A via SC é considerada mais confortável e menos dolorosa para a pessoa em comparação à punção EV. Embora o manuseamento do acesso SC seja considerado uma prática segura existem alguns riscos, como é o caso da ocorrência de dor, edema, celulite, abscesso (Guedes et al., 2019).

Para que haja um bom controlo sintomático é importante estabelecer uma estratégia individualizada e gradual, que pode passar por atitudes não farmacológicas e farmacológicas.

No que diz respeito a estas últimas, e perante o cenário apresentado, destaca-se a seguinte terapêutica de acordo com o sintoma.

Dor

Morfina

Doente encontra-se medicada com perfusão de 10mg de morfina nas 24 horas e com SOS de morfina 1mg SC. Esta medicação foi prescrita, porque a doente apresenta dor abdominal.

Este fármaco pode ter como efeitos adversos sonolência, obstipação, boca seca, pode também provocar alterações na micção (espasmos uretéricos) com efeito antidiurético.

Intervenções de Enfermagem:

- Monitorizar dor;
- Vigiar sonolência;
- Vigiar eliminação intestinal e vesical;
- Vigiar mucosa oral.

(Infarmed©, 2022)

Neste momento doente com dor controlada, apenas com necessidade de recorrer a SOS 1 a 2x por dia.

Náuseas

Metoclopramida

Doente está medicada com perfusão de 30mg de metoclopramida nas 24h00' por apresentar náuseas e vômitos.

Esta terapêutica pode provocar sonolência, efeitos extrapiramidais, distonia.

Intervenções de Enfermagem:

- Vigiar náuseas e vômitos;
- Vigiar sonolência;
- Vigiar efeitos extrapiramidais.

(Infarmed©, 2022)

Doente mantém náuseas e vômitos, no entanto com menor frequência.

Ondansetrom

Doente medicada com ondansetrom 4mg SC em SOS até 3x/dia por manter náuseas mesmo

com a perfusão de metoclopramida.

Este fármaco pode provocar cefaleias, efeitos extrapiramidais.

Intervenções de enfermagem:

- Vigiar náuseas e vômitos;
- Monitorizar dor;
- Vigiar efeitos extrapiramidais.

(Infarmed©, 2022)

Doente mantém náuseas pelo tem sido necessário recorrer ao SOS de ondansetrom 4mg SC cerca de 1 a 2 vezes nas 24 horas.

Dexametasona

A doente está medicada com dexametasona 8mg SC 2x/dia por ter um efeito antiemético e por ter um efeito anti-inflamatório contribuindo também para o controlo da dor.

O uso desta terapêutica pode provocar aumento de peso, hábito cushingóide, mioclonias, equimoses, soluços, dispepsia, perturbação do sono, diabetes, suscetibilidade às infeções (sobretudo candidíase oral).

Intervenções de enfermagem:

- Monitorizar glicémia capilar 1xdia;
- Vigiar sono;
- Vigiar mucosa oral;
- Vigiar edema.

(Infarmed©, 2022)

Haloperidol

A doente está medicada com haloperidol 1.25mg SC em SOS até 4x/dia por este ter um efeito antiemético e porque a mesma mantém náuseas.

Este fármaco pode provocar vários efeitos adversos, como efeitos extrapiramidais, sonolência, agitação, confusão.

Intervenções de enfermagem:

- Vigiar náuseas e vômitos;
- Vigiar efeitos extrapiramidais;

- Vigiar confusão e sonolência.

(Infarmed©, 2022)

Doente com necessidade de recorrer ao SOS de haloperidol 1.25mg SC 1 a 2 vezes por dia.

Sono comprometido

Levomepromazina

Doente encontra-se medicada com levomepromazina 6.25mg SC em SOS até 4x/dia por apresentar insónia, este é um fármaco que tem efeito sedativo.

Este medicamento pode provocar efeitos adversos como, discinesia, efeitos extrapiramidais, sonolência e confusão.

Intervenções de enfermagem:

- Vigiar sono;
- Vigiar confusão;
- Vigiar efeitos extrapiramidais.

(Infarmed©, 2022)

A doente mantém insónia pelo que tem sido necessário recorrer ao SOS cerca de 3 a 4 vezes durante a noite.

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

27-04-2023 10:00

Sonda gástrica

Propósito terapêutico da sonda gástrica: drenagem de líquidos.

Características do dispositivo: SNG nº 16.

Intervenções de Enfermagem

27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução da drenagem pela sonda gástrica

27-04-2023 10:00 - Otimizar sonda gástrica

Cateter subcutâneo

Intervenções de Enfermagem

27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter subcutâneo

27-04-2023 10:00 - Otimizar cateter subcutâneo

27-04-2023 10:00 - Trocar cateter subcutâneo

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

Sonda gástrica

A colocação de uma SNG e/ou colocação de PEG, são técnicas utilizadas para alimentar. No entanto, no caso de oclusão intestinal maligna estes são procedimentos usados para descompressão abdominal (Mandariaga et al., 2022).

Para Tradounsky (2012), a fisiopatologia da OIM envolve a surgimento de distensão abdominal devido à acumulação de gases e secreções não absorvidas. Assim sendo, a mucosa intestinal fica danificada pelo aumento da pressão que esta distensão produz, provocando um processo inflamatório. Deste processo resultam vários sintomas: edema, dor aguda, dor tipo cólica, náuseas e vômitos. Nestas situações, deve-se intervir de forma precoce no controlo das náuseas e dos vômitos por serem sintomas que provocam muito desconforto à pessoa, e de acordo com o autor acima referido, a colocação da SNG pode ser uma considerada, visto que é uma técnica de descompressão abdominal.

Ainda de acordo com Mandariaga et al. (2022), a colocação de uma SNG permite a eliminação de grandes quantidades de secreções gástricas o que vai levar a uma melhoria sintomática das náuseas e dos vômitos. No entanto, este é um procedimento que não deve ser prolongado devido às consequências que daí podem advir. A obstrução da sonda e a necessidade de substituição, bem como o surgimento de desconforto e/ou de ferida nasal, pneumonias de aspiração, esofagite e hemorragias são algumas destas consequências.

De acordo com o caso exposto, a doente foi entubada com SNG com o objetivo de melhorar o desconforto que as náuseas e os vômitos lhe provocavam. O conteúdo drenado era espesso e de características fecalóides, sendo por vezes necessário realizar desobstrução da sonda.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
27-04-2023 10:00	Dor	
27-04-2023 10:00	Digestão	
27-04-2023 10:00	Eliminação intestinal	
27-04-2023 10:00	Mucosas	
27-04-2023 10:00	Conservação de energia	
27-04-2023 10:00	Emoção	
27-04-2023 10:00	Virar-se	
27-04-2023 10:00	Erguer-se	

Início	Domínios	Fim
27-04-2023 10:00	Transferir-se	
27-04-2023 10:00	Sentar-se	
27-04-2023 10:00	Cuidar da higiene pessoal	
27-04-2023 10:00	Vestir-se ou despir-se	
27-04-2023 10:00	Andar	
27-04-2023 10:00	Alimentar-se	
27-04-2023 10:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
27-04-2023 10:00	Sono	

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

Domínio: Dor

Evidência científica de acordo com o caso número 1.

De acordo com o caso descrito inicialmente, a doente apresenta dor controlada, apenas com necessidade de recorrer ao SOS de morfina 1mg SC 1 a 2x por dia e mantém a perfusão de morfina 10mg via SC durante 24 horas.

Domínio: Digestão

Evidência científica descrita no caso 1.

Doente mantém náuseas e vômitos, mantém SNG em drenagem passiva e como apresenta drenagem de conteúdo fecalóide espesso tem sido necessário realizar várias lavagens para facilitar a saída de conteúdo pela sonda. Por vezes, com referência náuseas pelo tem sido necessário recorrer ao SOS de ondansetrom 4mg SC cerca de 1 a 2 vezes nas 24 horas e ao SOS de haloperidol 1.25mg 1 a 2 vezes nas 24 horas.

Domínio: Eliminação Intestinal

O conceito de "eliminação" é definido como sendo um "processo do sistema corporal: movimento e excreção de resíduos corporais" (ICN, 2019, p. 52).

Obstipação

A "obstipação" é definida como sendo a "diminuição na frequência da defecação acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta das fezes; passagem de fezes excessivamente duras e secas" (ICN, 2019, p. 63).

De acordo com Larkin et al. (2008), existem dois aspetos que devem ser considerados na definição de obstipação em doentes seguidos por CP, em primeiro lugar quais os sintomas mensuráveis identificados, como a frequência e as características da defecação, em segundo lugar que importância tem, para a pessoa, o desconforto e as alterações que a obstipação lhe

provoca.

Segundo os mesmos autores, os objetivos da gestão da obstipação nos doentes em CP são restabelecer hábitos intestinais confortáveis para satisfação do doente, aliviar a dor e o desconforto causados pela obstipação e melhorar a sensação de bem-estar, recuperar um nível satisfatório de independência em relação aos hábitos intestinais, ter em conta as preferências individuais dos doentes, prevenir sintomas gastrointestinais relacionados, como náuseas, vômitos, distensão abdominal e dor abdominal.

Se a causa da obstipação for uma consequência da OIM, esta deve ser investigada através da história e de exames. Se esta oclusão for parcial, podem ser utilizados laxantes osmóticos. Se o intestino estiver totalmente obstruído, não devem ser utilizados laxantes e deve ser considerada a possibilidade de um tratamento cirúrgico ou conservador (Larkin et al., 2008).

Para Barbosa et al. (2008), a gestão da OIM é um desafio para os profissionais de saúde pois este diagnóstico provoca uma sobrecarga notória de descontrolo sintomático, que inclui dor abdominal, cólicas, náuseas e vômitos e falta de apetite. Este descontrolo sintomático contribui para o desenvolvimento de perturbações emocionais e da má qualidade de vida.

Ainda de acordo com Larkin et al. (2008), o impacto da obstipação não deve ser subestimado pois, para além de causar ansiedade e angústia devido aos problemas de evacuação de fezes duras com pouca frequência e com dificuldade, pode também estar associada a dor abdominal, distensão abdominal, perda de apetite, náuseas e vômitos e outros efeitos negativos na sensação de bem-estar da pessoa. Estes sintomas associados potencializam a diminuição da qualidade de vida da pessoa com esta sintomatologia.

Relacionando com o caso apresentado, a doente mantém trânsito intestinal apesar de ser em pouca quantidade e com defecações de consistência dura, sintoma este que provoca desconforto. Os sintomas como as náuseas e vômitos, a distensão abdominal e a dor abdominal são sintomas em comum na obstipação e na OIM, assim sendo torna-se também importante incluir no planeamento de cuidados intervenções promotoras de conforto na obstipação.

Domínio: Mucosas

Xerostomia

Evidência científica de acordo com o caso número 1.

De acordo com o caso clínico, estamos perante uma pessoa com doença avançada, medicada com vários fármacos que potenciam a diminuição da produção de saliva, entubada com SNG em drenagem passiva, e por isso, com referências a xerostomia.

Domínio: Conservação de energia

Evidência científica citada no caso 1.

Na relação com o presente estudo de caso, uma vez que a doente apresenta diagnóstico de uma doença em fase avançada, é esperado que apresente necessidades em cuidados relacionadas com o domínio da conservação de energia. A mesma mostra vontade em permanecer a maior parte do dia no leito, referindo ter falta de energia para realizar qualquer atividade.

Domínio: Emoção

Definição de "emoção" descrita no caso 1.

Ansiedade

O conceito de "ansiedade" é definido como sendo uma “emoção negativa: sentimentos de ameaça; perigo ou angústia” (ICN, 2019, p. 39).

Para Bernardo et al. (2016), a ansiedade adaptativa com intensidade moderada ou proporcional à ameaça, tem tendência a aliviar quando esta diminui ou desaparece. A ansiedade provocada por um medo ou por um sentimento desagradável de desamparo é uma consequência normal ou esperada das incertezas da doença e aproximação da morte, a este tipo de ansiedade dá-se o nome de ansiedade transitória. A ansiedade pode tornar-se desadaptativa se a intensidade e duração dos sintomas for desproporcional à ameaça e se a frequência e intensidade dos sintomas físicos e psicológicos permanecer, apesar da diminuição da ameaça. Para além disso, a sensação duradoura de perda de controlo, de vulnerabilidade pessoal aumentada e de dificuldades para pensar, planear e tomar decisões com clareza são também sintomas de uma ansiedade desadaptativa. A ansiedade pode ocorrer de forma permanente ou apenas em períodos específicos, pode surgir repentinamente, como reação ao diagnóstico de uma doença grave, por dificuldade em manter a capacidade de controlo da situação, insegurança, medo, ou como resultado da conspiração do silêncio que se pode gerar em volta do problema. É essencial reconhecer a natureza multifatorial da ansiedade e os fatores predisponentes que estão relacionados com várias situações. Situações estas, que podem estar relacionadas com a adaptação à doença e ao seu tratamento, com a presença de uma patologia orgânica com uma multiplicidade de sintomas, com a existência prévia de patologia psiquiátrica, com a utilização de drogas que podem induzir a ansiedade e com a consciencialização da morte.

Ainda de acordo com os mesmos autores, em CP a forma mais eficaz de avaliar a ansiedade corresponde a uma avaliação clínica pormenorizada. É habitual considerar-se natural uma reação ansiosa em pessoas com doença avançada e progressiva, o que constitui o principal obstáculo para a correta avaliação e tratamento desta condição. A sua avaliação é realizada de acordo com o nível de sofrimento, duração e gravidade dos sintomas comportamentais problemáticos, mas o que é primordial, é realizar uma revisão terapêutica cuidadosa, de modo a excluir fármacos que possam induzir a ansiedade, bem como explorar causas tratáveis que possam ser melhoradas e ainda perceber a reação da família ao sofrimento da pessoa e seus

recursos adaptativos. O seu tratamento baseia-se em reunir o conhecimento da pessoa em questão e identificar sintomas e fatores desencadeadores de ansiedade e implementar estratégias e técnicas para melhorar a sua compreensão, resignificação e gestão emocional.

Em suma, a ansiedade é um problema comum na área dos CP, um controlo sintomático e a consciencialização das necessidades da pessoa e suas famílias é o primeiro passo para o tratamento da ansiedade (Bernardo et al., 2016).

Tendo em conta o caso apresentado a doente mostra sinais de ansiedade, pois apresenta sintomas descontrolados. A persistência das náuseas e dos vômitos, por si só, podem ser desencadeadores de ansiedade, o facto de ter sido sugerida a colocação de uma SNG também provoca à doente sentimentos de preocupação, medo e alguma irritabilidade. Outra manifestação identificada neste caso é o sono comprometido.

Luto comprometido

O "luto" é definido como sendo "sentimentos de pena associados a perda ou morte significativa, antecipatória ou real; choque ou descrença (fase de choque); exaustão, cansaço extremo e letargia, angústia mental, reações de perda e pranto, chorar ou soluçar, alarme, descrença, raiva, negação (fase de reação); ajuste, aceitação, reorientação, expressão de sentimentos de perda, aceitação da realidade da perda, ausência de stress somático, expressão de expectativas positivas sobre o futuro (fase de aceitação)" (ICN, 2019, p. 61).

Segundo Carvalho & Godinho (2023), referem que a importância dos CP no luto trata-se de uma vivência inevitável, esta vivência pode ser sentida de formas diferentes, variando de pessoa para pessoa. O luto não surge apenas da perda de pessoas significativas, pode surgir também devido a danos causados no indivíduo e que é vivido como uma ameaça, gerando sentimentos de tristeza e angústia. Este sofrimento está associado à perda de sonhos e de planos para o futuro e assim se inicia o processo de luto. Este processo inicia-se quando a pessoa recebe o diagnóstico de doença avançada e progressiva e que, inevitavelmente, irão enfrentar a condição de terminalidade. O luto antecipatório nestas pessoas pode estar relacionado com aspetos objetivos, como a perda de saúde, internamentos frequentes, alterações da sua vida quotidiana e alterações da imagem, ou com aspetos subjetivos, como a perda do controlo, de segurança e de autonomia, diminuição da autoestima e a angústia devido a estas perdas.

O processo de luto é variável, altamente personalizado e determinado por diversos fatores da vida do enlutado. Não é um processo linear, nem concreto, é variável ao longo do tempo e é um processo variável de pessoa para pessoa. O luto preparatório desenvolve-se quando ocorrem perdas irreversíveis que podem ocorrer a curto a médio prazo. Este processo é vivenciado pela pessoa em fase terminal e pode ser determinado por vários tipos de perdas. Estas podem estar relacionadas com a realidade física, emocional, mental, social e espiritual da evolução da

doença e da interação com os familiares/cuidadores, no contexto de doença avançada e de morte eminente. Estas pessoas devem ser acompanhadas por profissionais de saúde que sejam capazes de diagnosticar e monitorizar objetivamente as perdas, pois sem uma avaliação cuidada é difícil realizar uma intervenção que responda eficazmente às necessidades da pessoa e da família naquele momento concreto. Estas perdas desencadeiam vários tipos de sofrimento emocional, físico, cognitivo, social e espiritual. Nesta fase é importante compreender o percurso de vida da pessoa, bem como os aspetos relacionados com o funeral e sobre o que ela pensa sobre o além da morte, com o objetivo de prepará-la para o fim da sua existência (Barbosa, 2016).

Ainda de acordo com Carvalho & Godinho (2023), os profissionais das equipas de CP devem ser dotados de princípios humanísticos e devem atuar de forma eficaz na identificação das necessidades das pessoas que se encontram em fase terminal. Assim sendo, a atenção desses profissionais deve ser multidimensional e deve promover uma comunicação eficaz entre todos os intervenientes.

De acordo com o caso exposto, estamos perante uma doente que perdeu a sua autonomia numa semana, não tem capacidade de comer e não consegue andar. Isto tem um impacto muito negativo na vida desta pessoa, o que vai desplotar sentimentos de tristeza, de angústia e de medo. É importante facilitar o contato consigo mesma e com os que a rodeiam, de forma a promover a consciência de quem é.

Domínio: Autocuidado

Evidência científica de acordo com o caso número 1.

Neste caso a doente necessita de ajuda total para a realização das suas atividades de vida diárias. Tendo em conta o estado em que se encontra, o objetivo do autocuidado é promover o conforto respeitando a sua vontade e desejo.

Domínio: Sono Comprometido

O conceito de "sono" é definido como sendo “uma diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; não acordado acompanhado de; não consciente; diminuição do metabolismo; postura imóvel; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos” (ICN, 2019, p. 76).

Para Gonçalves (2022), o sono tem a função de recuperar totalmente o corpo, ou pelo menos, efetuar uma recuperação a nível neurológico. Com a privação do sono podem surgir alterações fisiológicas e psicológicas, que variam de acordo com o tipo e grau de privação. As alterações mais frequentemente são a fadiga progressiva, a sonolência, a alteração da concentração e a irritabilidade. As alterações do sono podem ser sintomas de doenças psiquiátricas como a depressão e a ansiedade, a correção destas perturbações pode prevenir o desenvolvimento

deste tipo de doenças. Por conseguinte, estas alterações do sono complicam com frequência outras doenças, nomeadamente o cancro.

O sono é uma atividade altamente estruturada e bem organizada que segue uma periodicidade regulada pela interação de processos biológicos internos (melatonina), e de fatores ambientais (luz). A insónia em pessoas acompanhadas por equipas de CP tem uma prevalência muito variável, de 2,1% a 100%, com uma prevalência média de 49,5%. Este é um sintoma heterogéneo que pode envolver dificuldade em adormecer (insónia inicial), dificuldade em manter o sono com períodos longos sem dormir (insónia média ou de manutenção), acordar cedo e ter dificuldade em voltar a adormecer (insónia terminal) e sono não reparador. O sono tem uma grande influência no bem-estar da pessoa, e como tal, esta deve ser uma questão abordada em todas as pessoas acompanhadas em CP, com o objetivo de perceber a qualidade e a duração do sono. Confirmando-se alterações, é importante perceber a sua causa e os fatores que para isso contribuem, tendo em conta que podem ser múltiplos. A depressão e a ansiedade são associadas a alterações do sono, pelo que é fulcral perceber a sua presença ou não. No caso específico da ansiedade, esta pode aumentar quando a pessoa está na cama apenas com os seus pensamentos e como não mantém a atividade diurna habitual impede o início do sono. Quando estamos perante uma pessoa acamada, esta questão torna-se difícil de resolver. As pessoas acamadas ou as que passam muito tempo na cama, muitas vezes dormem muito durante o dia e por isso à noite não têm sono, criando-se um círculo vicioso difícil de inverter, o que dá origem a insónia e sonolência diurna. Sintomas descontrolados, como a dor, a tosse, a dispneia, as náuseas, podem interferir com o sono. Por outro lado, a privação do sono pode exacerbar estes sintomas. Para promoção do sono é essencial controlar os sintomas descontrolados, bem como, é importante controlar o padrão de sono. Assim sendo, as intervenções não farmacológicas são muito importantes. Algumas destas intervenções são: manter um bom controlo sintomático, manter um ciclo sono-vigília, é importante acordar de manhã à mesma hora todos os dias independentemente do número de horas de sono, a cama deve ser usada apenas para dormir, se após 15 a 20 minutos na cama a pessoa não conseguir dormir, deve sair da cama e mudar para outra divisão da casa para realizar uma atividade como ler com luz pouco intensa e evitar ver televisão, voltando para a cama apenas quando houver sono, evitar estar desnecessariamente na cama durante o dia, minimizando o sono durante o dia para aumentar o sono à noite, se necessário, fazer uma sesta de cerca de 30 minutos no princípio da tarde apenas, manter um dia tão ativo quanto possível, minimizar as interrupções do sono à noite, evitar substâncias estimulantes, particularmente nas horas anteriores à hora de deitar, para as pessoas acamadas, que obviamente não podem seguir algumas das recomendações anteriores, há que providenciar tanta estimulação física e cognitiva quanto possível durante o dia (Gonçalves, 2022).

Para o mesmo autor, a sonolência é comum nas pessoas com cancro avançado e a sua prevalência é bastante significativa, cerca de 50% das pessoas com doença avançada sofrem de

sonolência. Esta sonolência está associada à gravidade da insónia, fadiga, ansiedade e pior sensação de bem-estar. Determinadas pessoas sentem-se bem com alguma sonolência, mas outros sentem a sonolência como uma sensação desagradável, impedindo-as de desenvolver as atividades que lhes agradam. Deste modo, não devemos presumir o que representa para uma pessoa a sonolência. Em fases da doença mais avançadas, pode não ser fácil distinguir a sonolência excessiva de alterações da consciência associadas a *delirium*. As causas potenciais de sonolência em demasia são a insónia, a inversão do ciclo sono-vigília, o uso de benzodiazepinas, de opióides, de antidepressivos, de anticonvulsivantes e do surgimento de doenças metabólicas.

De acordo com o caso exposto, a doente apresenta sono comprometido que pode estar relacionado com a ansiedade e tristeza que a mesma refere. Estes últimos sintomas estão relacionados com o facto de ter perdido a sua autonomia e por ter consciência de que a sua doença estava a progredir.

4.6. Dados

Dor

27-04-2023 10:00

Dor

Localização da dor

Abdómen

Intensidade da dor - 6.

frequência da dor - intermitente.

duração da dor - crónica.

dor de tipo - profunda.

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

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.

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas

Digestão

27-04-2023 10:00

Com sensação de enjoo.

Sem refluxo dos alimentos deglutidos.

Náusea

Náusea intensa.

Conhecimento do cuidador sobre estratégias de alívio da náusea: necessita ser melhorado

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

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

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea

Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime dietético

Vomitar

Tipo de vômito: Fecal.

Vômito em jato.

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

Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de aspiração

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de aspiração

Eliminação intestinal

27-04-2023 10:00

Fezes: em pequena quantidade.

Consistência das fezes: Em sibalas.

Coloração das fezes: acastanhada.

Número de defecações por semana: 2.

Obstipação

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

Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime dietético

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre vigilância da eliminação intestinal

Mucosas

27-04-2023 10:00

Membrana mucosa comprometida

Localização do compromisso da membrana mucosa

Cavidade oral

Coloração da mucosa: ruborizada.

Mucosa seca.

Mucosa com fendas tecidulares.

Conhecimento do cuidador sobre promoção da integridade da membrana mucosa:

necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa

Sono

27-04-2023 10:00

Sono não reparador, com dificuldade em adormecer.

Sono comprometido

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.

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

Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção do sono

Conservação de energia

27-04-2023 10:00

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

Intolerância à atividade

Conhecimento sobre conservação da energia: necessita ser melhorado 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

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre conservação de energia

Emoção

27-04-2023 10:00

Tristeza persistente (há mais de uma semana).

Acentuada diminuição de interesse e prazer nas atividades.

Inquietação .

Irritabilidade.

Especificação da perdaEspecificação da perda: Perda de autonomia.

Pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda.

Ansiedade

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

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

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

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

Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade

Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da

ansiedade

Potencial para melhorar significado atribuído às estratégias de autocontrole da ansiedade

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de controle da ansiedade

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para usar estratégias de controle da ansiedade

Luto comprometido

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

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

Potencial para melhorar conhecimento sobre o luto

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto

Potencial para melhorar significado atribuído à perda

Potencial para melhorar significado atribuído à vida após a perda

Angústia Espiritual

4.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Segundo a Lei n.º 31/2018 dos direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida decreta no artigo 6º no "1 - As pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida têm direito a receber cuidados paliativos através do Serviço Nacional de Saúde, com o âmbito e forma previstos na Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. 2 - Considera-se ainda prestação de cuidados paliativos o apoio espiritual e o apoio religioso, caso o doente manifeste tal vontade, bem como o apoio estruturado à família, que se pode prolongar à fase do luto. 3 - Os cuidados paliativos são prestados por equipa multidisciplinar de profissionais devidamente credenciados e em ambiente hospitalar, domiciliário ou em instituições residenciais, nos termos da lei". Ainda no artigo 8º no "3 - À pessoa em situação de últimos dias de vida, é assegurado o direito à recusa alimentar ou à prestação de determinados cuidados de higiene pessoal, respeitando, assim, o processo natural e fisiológico da sua condição clínica".

Ainda de acordo com a Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP, 2021), os CP têm como ponto de partida uma avaliação multidimensional das necessidades físicas, emocionais, sociais e espirituais, de acordo com os valores e preferências da pessoa e das suas famílias. Esta avaliação é acompanhada por uma abordagem estruturada e baseada nos princípios da compaixão, humildade e honestidade.

Os CP têm como um dos seus objetivos, envolver ativamente o cuidador/famíliares na prevenção de exacerbação de sintomas, capacitando-os de forma a garantir a integração e a continuidade de cuidados ao longo de toda a trajetória de doença (CNCP, 2021).

Desta forma, e de acordo com o caso apresentado, foi necessário compreender as necessidades da doente com o objetivo de intervir de acordo com as suas vontades e preferências. Da mesma forma, foi também necessário envolver a familiar cuidadora de forma a promover a sua compreensão para a necessidade da promoção do conforto e antecipação das necessidades da doente, bem como para as suas perdas.

Assim sendo, e de acordo com o caso apresentado, determina-se as seguintes intervenções de enfermagem:

Para a doente

- Controlar a dor;
- Ensinar sobre o regime dietético;
- Controlar as náuseas;
- Promover a posição de maior conforto para a doente;
- Melhorar membrana mucosa comprometida;
- Incentivar o repouso;
- Promover a escuta ativa;
- Ensinar sobre técnica respiratória para relaxamento;
- Promover massagem de relaxamento;
- Ensinar sobre estratégias promotoras de sono;
- Reforçar identidade pessoal;
- Promover valores e interesses;
- Promover bem estar e conforto.

Para o familiar/cuidador

- Melhorar o conhecimento do cuidador/família sobre controlo da dor usando estratégias não farmacológicas;
- Melhorar o conhecimento do cuidador/família sobre a promoção da integridade da membrana da mucosa;
- Melhorar o conhecimento do cuidador/família sobre regime dietético;
- Melhorar o conhecimento do cuidador/família sobre o alívio da náusea;
- Melhorar o conhecimento do cuidador/família sobre prevenção de aspiração;

- Melhorar o conhecimento do cuidador/família sobre conservação de energia;
- Melhorar o conhecimento do cuidador/família sobre vigilância da eliminação intestinal;
- Melhorar o conhecimento do cuidador/família sobre o significado atribuído à perda;
- Melhorar o conhecimento do cuidador/família sobre estratégias que aliviam a angústia;
- Melhorar o conhecimento do cuidador/família sobre sono comprometido;
- Informar acerca do estado de saúde da doente;
- Promover o bem-estar do cuidador/familiar;
- Manter envolvimento familiar.

4.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

A doente foi referenciada para CP já numa fase em que apresentava um agravamento franco do seu estado, com vários sintomas descontrolados: dor, náuseas e vômitos, obstipação, xerostomia, falta de energia, ansiedade e sono comprometido. Doente com conhecimento de toda a sua situação clínica mas como houve um descontrolo sintomático muito rápido sentia-se muito ansiosa e com medo. Como já descrito, foram instituídas várias medidas para controlo sintomático. Em relação à dor, após ter sido medicada e de terem sido adotadas medidas não farmacológicas (adoção da posição mais confortável, aplicação de bolsa de água quente na região abdominal), doente apresentou dor controlada necessitando apenas de 1 a 2 SOS's nas 24 horas, o que pode ser considerado um indicador de resultado positivo. Por outro lado, a doente manteve-se nauseada necessitando de vários SOS's durante as 24 horas, o que lhe dava conforto era a ingestão de alguns líquidos frescos e de gelados podendo isto ser considerado um indicador de resultado positivo. Manteve SNG sempre em drenagem passiva, com retorno de conteúdo fecalóide espesso, e por isso, com necessidade de desobstrução da sonda várias vezes ao longo do dia. No que diz respeito à obstipação, doente manteve trânsito intestinal em pouca quantidade e de características duras 2x nas últimas semanas, o que lhe potenciava o desconforto abdominal. Em relação à xerostomia e falta de energia, apesar de todas as intervenções, a doente manteve estes sintomas mas sem exacerbação. Relativamente à ansiedade e o sono comprometido, que apesar de todas as intervenções instituídas, foi de difícil controlo, houve necessidade de administrar medicação em SOS, verificando-se uma diminuição de intensidade após a terapêutica.

4.7. Diagnósticos

Dor

27-04-2023 10:00

Dor

Intervenções de Enfermagem

27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução da dor

27-04-2023 10:00 - Gerir analgesia

27-04-2023 10:00 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

27-04-2023 10:00 - Posicionar para aliviar a dor

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas

Intervenções de Enfermagem

27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas

27-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor

Digestão

27-04-2023 10:00

Náusea

Intervenções de Enfermagem

27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução da náusea

27-04-2023 10:00 - Executar cuidados de higiene oral

27-04-2023 10:00 - Gerir o ambiente físico para aliviar a náusea

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea

Intervenções de Enfermagem

27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea

27-04-2023 10:00 - Ensinar sobre estratégias de relaxamento

27-04-2023 10:00 - Ensinar sobre gestão do ambiente físico

27-04-2023 10:00 - Ensinar sobre higiene oral

Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético

Intervenções de Enfermagem

27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético

27-04-2023 10:00 - Ensinar sobre regime dietético

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de alívio da náusea

Intervenções de Enfermagem

27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre estratégias de alívio da náusea

27-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre gestão do ambiente físico

27-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre higiene oral

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime dietético

Intervenções de Enfermagem

- 27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre regime dietético
- 27-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre regime dietético

Vomitar

Intervenções de Enfermagem

- 27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do vomitar
- 27-04-2023 10:00 - Referenciar o vomitar ao médico
- 27-04-2023 10:00 - Posicionar para prevenir a aspiração
- 27-04-2023 10:00 - Executar cuidados de higiene oral
- 27-04-2023 10:00 - Inserir sonda gástrica
- 27-04-2023 10:00 - Planear dieta

Potencial para melhorar conhecimento sobre prevenção de aspiração

Intervenções de Enfermagem

- 27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre prevenção de aspiração
- 27-04-2023 10:00 - Ensinar sobre prevenção da aspiração

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de aspiração

Intervenções de Enfermagem

- 27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de aspiração
- 27-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre prevenção da aspiração

Eliminação intestinal

27-04-2023 10:00

Obstipação

Intervenções de Enfermagem

- 27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução de sinais de obstipação
- 27-04-2023 10:00 - Referenciar obstipação ao médico
- 27-04-2023 10:00 - Planear dieta
- 27-04-2023 10:00 - Planear eliminação intestinal

Potencial para melhorar conhecimento sobre regime dietético

Intervenções de Enfermagem

- 27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre regime dietético
- 27-04-2023 10:00 - Ensinar sobre regime dietético

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime dietético

Intervenções de Enfermagem

- 27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre regime dietético
- 27-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre regime dietético

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre vigilância da eliminação intestinal

Intervenções de Enfermagem

- 27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal
- 27-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal

Mucosas

27-04-2023 10:00

Membrana mucosa comprometida

Intervenções de Enfermagem

27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas

27-04-2023 10:00 - Aplicar creme

27-04-2023 10:00 - Lavar cavidade oral

Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa

Intervenções de Enfermagem

27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa

27-04-2023 10:00 - Ensinar sobre tratamento da membrana mucosa

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa

Intervenções de Enfermagem

27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre promoção da integridade da membrana mucosa

27-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre sinais de complicação dos compromissos da membrana mucosa

27-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre tratamento do compromisso da membrana mucosa

Sono

27-04-2023 10:00

Sono comprometido

Intervenções de Enfermagem

27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do sono

27-04-2023 10:00 - Implementar estratégias de promoção do sono

27-04-2023 10:00 - Gerir medicação

Potencial para melhorar conhecimento sobre promoção do sono

Intervenções de Enfermagem

27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre promoção do sono

27-04-2023 10:00 - Ensinar sobre padrão de sono

27-04-2023 10:00 - Ensinar sobre estratégias de promoção do sono

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção do sono

Conservação de energia

27-04-2023 10:00

Intolerância à atividade

Intervenções de Enfermagem

27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução da tolerância à atividade

27-04-2023 10:00 - Referenciar intolerância à atividade ao médico

Potencial para melhorar conhecimento sobre conservação da energia

Intervenções de Enfermagem

27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre conservação da energia

27-04-2023 10:00 - Ensinar sobre conservação de energia

27-04-2023 10:00 - Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade e repouso

27-04-2023 10:00 - Ensinar sobre vigilância da resposta física à atividade

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre conservação de energia

Intervenções de Enfermagem

27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre conservação de energia

27-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre vigilância da resposta física do cliente à atividade

27-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre gestão do padrão de repouso e de atividade do cliente

27-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre planeamento da atividade do cliente

Emoção

27-04-2023 10:00

Ansiedade

Intervenções de Enfermagem

27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução da ansiedade

27-04-2023 10:00 - Assistir cliente no treino do pensamento positivo

27-04-2023 10:00 - Assistir cliente no treino do autocontrolo ansiedade

27-04-2023 10:00 - Referenciar ansiedade ao médico

Potencial para melhorar consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade

Intervenções de Enfermagem

27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização sobre os fatores concorrentes com a ansiedade

27-04-2023 10:00 - Assistir o cliente a identificar os fatores concorrentes com a ansiedade

Potencial para melhorar conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

Intervenções de Enfermagem

27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

27-04-2023 10:00 - Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

27-04-2023 10:00 - Ensinar sobre estratégias de relaxamento

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade

Intervenções de Enfermagem

27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o pensamento positivo e o controlo da ansiedade

27-04-2023 10:00 - Analisar com o cliente a relação entre pensamento positivo e controlo da ansiedade

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o sono e a ansiedade

Intervenções de Enfermagem

27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o sono e a

ansiedade

27-04-2023 10:00 - Analisar com o cliente a relação entre padrão do sono e ansiedade

Potencial para melhorar capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade

Intervenções de Enfermagem

27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução da capacidade para usar estratégias de autocontrolo da ansiedade

27-04-2023 10:00 - Instruir estratégias de relaxamento

27-04-2023 10:00 - Treinar estratégias de relaxamento

Potencial para melhorar significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade

Intervenções de Enfermagem

27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do significado atribuído às estratégias de autocontrolo da ansiedade

27-04-2023 10:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de controlo da ansiedade

Intervenções de Enfermagem

27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade

27-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade

27-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias de relaxamento

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para usar estratégias de controlo da ansiedade

Intervenções de Enfermagem

27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para usar estratégias de controlo da ansiedade

27-04-2023 10:00 - Instruir cuidador para executar estratégias de relaxamento

27-04-2023 10:00 - Treinar cuidador para executar estratégias de relaxamento

Luto comprometido

Intervenções de Enfermagem

27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do luto

27-04-2023 10:00 - Executar escuta ativa

27-04-2023 10:00 - Executar reestruturação cognitiva

Potencial para melhorar conhecimento sobre o luto

Intervenções de Enfermagem

27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento sobre o luto

27-04-2023 10:00 - Ensinar sobre luto

27-04-2023 10:00 - Ensinar sobre momentos críticos

Potencial para melhorar consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto

Intervenções de Enfermagem

27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução da consciencialização da relação entre o apoio da família e o luto

27-04-2023 10:00 - Contratualizar com cliente experiência indutora da consciencialização

27-04-2023 10:00 - Analisar com o cliente a relação entre o apoio da família e o luto

Potencial para melhorar significado atribuído à perda

Intervenções de Enfermagem

27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do significado atribuído à perda

27-04-2023 10:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador

Potencial para melhorar significado atribuído à vida após a perda

Intervenções de Enfermagem

27-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do significado atribuído à vida após a perda

27-04-2023 10:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador

Angústia Espiritual

Intervenções de Enfermagem

27-04-2023 10:00 - Promover relação empática

27-04-2023 10:00 - Reforçar a sua identidade

27-04-2023 10:00 - Conhecer as suas crenças, valores e significado atribuído à vida

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

Para Dickerson et al. (2022), nos últimos anos, os profissionais de CP têm feito um esforço para promover o alívio sintomático e do sofrimento das pessoas que estão a morrer de doença avançada. Mais recentemente, têm sido realizados esforços no sentido de determinar conhecimentos e competências para a gestão especializada dos sintomas, com o objetivo de satisfazer as necessidades crescentes de cuidados em fim de vida com elevada qualidade.

Para os mesmo autores, a existência de uma equipa multidisciplinar de CP, a promoção de diversas discussões, bem como, a formação dos profissionais de saúde em CP promovem a melhoria das medidas de conforto para uma boa morte. A precoce referenciação aos CP, o apoio à pessoa centrado nas suas necessidades e na individualização de cuidados, assim como a promoção de uma maior consciencialização da sua doença pode, também, promover uma melhoria de cuidados neste âmbito.

De acordo com Carrieri et al. (2019), os CP têm como permissa a promoção de qualidade de vida e de uma boa morte que engloba dimensões clínicas, éticas e espirituais. Os CP tratam das necessidades clínicas e psicossociais das pessoas com doença avançada, a fim de lhes proporcionar qualidade de vida até à morte. Isto é, controlo sintomático, apoio psicossocial, ético/existencial e espiritual e abordagem das medidas promotoras de uma boa morte. Os CP promovem cuidados holísticos, centrados e individualizados, partilha de informação entre todos os profissionais de saúde e a pessoa. Pode ser necessário a partilha de informação com outros profissionais de saúde como psicólogos, assistentes éticos e espirituais. A inclusão do cuidador/familiar é fulcral, visto que estes podem ajudar aos profissionais de saúde no

planeamento de cuidados antecipados, e devem também ser incluídos no apoio ao luto.

Cuidar de uma pessoa doente e em fase terminal representa uma sobrecarga familiar, pois, além de todas as dificuldades de ordem socioemocional, acarreta também desgaste físico. Perante o cansaço, medo e dúvidas, é comum que surja a conspiração do silêncio e, em algumas situações, surjam mal-entendidos geradores de conflitos. Estes conflitos tendem a dificultar relacionamentos familiares, interferindo no progresso e evolução do prognóstico do doente. Desta forma, compete ao profissional de saúde o papel de intermediar tais conflitos ou diminuir as dúvidas, sempre com o objetivo de proporcionar uma melhor qualidade de vida para o doente e para sua família. Assim, surge a necessidade de realizar uma CF que é um instrumento terapêutico utilizado pelas equipas de CP, como um momento de diálogo planeado entre o doente, família e equipa (Silva et al., 2017).

Para os mesmos autores, a CF reflete uma intervenção planeada junto da família com a finalidade de ajudar no alívio do sofrimento. Este é um meio eficaz de comunicação e deve ser estruturado de modo, a permitir que os outros profissionais de saúde forneçam informações, avaliem as necessidades da pessoa e da família e criem oportunidades de tomada de decisão partilhada no seio familiar.

4.8. Especificação das intervenções

Ensinar sobre conservação de energia

- Explicar a importância de manter o repouso.

Avaliar evolução da náusea

- Vigiar náusea.

Avaliar evolução do vomitar

- Vigiar vômito.

Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas

- Vigiar cavidade oral.

Aplicar creme

- Aplicar bálsamo labial.

Lavar cavidade oral

- Lavar cavidade oral com produtos frescos.

Avaliar evolução do sono

- Vigiar sono.

Planear dieta

- Planejar as refeições de acordo com os alimentos do agrado da doente.

Posicionar para prevenir a aspiração

- Privilegiar os decúbitos laterais.

Ensinar sobre estratégias de promoção do sono

- Explicar a importância de manter um ambiente tranquilo.

Avaliar evolução da tolerância à atividade

- Vigiar tolerância à atividade.

Ensinar sobre gestão dos períodos de atividade e repouso

- Explicar a importância de manter atividade apenas quando se sentir capaz;
- Explicar a importância de manter-se em repouso.

Ensinar sobre regime dietético

- Ingerir alimentos do seu agrado e em pequenas quantidades.

Ensinar cuidador sobre regime dietético

- Ingerir alimentos do seu agrado e em pequenas quantidades.

Ensinar cuidador sobre gestão do padrão de repouso e de atividade do cliente

- Explicar a importância de manter atividade apenas quando se sentir capaz;
- Explicar a importância de manter-se em repouso.

Treinar estratégias de relaxamento

- Técnica respiratória.

Implementar estratégias de promoção do sono

- Manter quarto com menor ruído possível;
- Manter luz de presença.

Executar cuidados de higiene oral

- Executar higiene oral várias vezes ao longo do dia.

Avaliar evolução da drenagem pela sonda gástrica

- Vigiar drenagem gástrica.

Instruir estratégias de relaxamento

- Técnica respiratória.

Ensinar sobre tratamento da membrana mucosa

- Explicar a importância de manter o tratamento com fosfato de cálcio.

Ensinar cuidador sobre tratamento do compromisso da membrana mucosa

- Explicar a importância de manter uma boa higiene oral bem como a hidratação da mucosa ora.

Ensinar sobre prevenção da aspiração

- Explicar a importância de privilegiar os decúbitos laterais;

- Explicar a importância de manter cabeceira a 30 graus.

Ensinar sobre higiene oral

- Explicar o modo e a frequência para realizar higiene oral.

Gerir o ambiente físico para aliviar a náusea

- Evitar cheiros intensos.

Ensinar cuidador sobre prevenção da aspiração

- Explicar a importância de privilegiar os decúbitos laterais;
- Explicar a importância de manter cabeceira a 30 graus.

Avaliar evolução da dor

- Vigiar dor;
- Aplicar escala qualitativa da dor.

Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor

- Explicar a importância de manter a posição de conforto da doente (decúbito dorsal).

Avaliar evolução da ansiedade

- Vigiar ansiedade.

Assistir cliente no treino do autocontrolo ansiedade

- Executar técnica respiratória;
- Executar massagem de relaxamento.

Ensinar sobre estratégias de autocontrolo da ansiedade

- Ensinar sobre técnica respiratória.

Ensinar sobre estratégias de relaxamento

- Ensinar sobre técnica de respiração

Ensinar sobre gestão do ambiente físico

- Manter ambiente calmo e tranquilo.

Ensinar cuidador sobre estratégias de relaxamento

- Ensinar sobre a massagem de relaxamento.

Ensinar cuidador sobre gestão do ambiente físico

- Explicar a importância de manter um ambiente tranquilo à doente.

Ensinar cuidador sobre higiene oral

- Explicar o modo e a frequência para realizar higiene oral.

Ensinar cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade

- Ensinar sobre a técnica respiratória.

Avaliar evolução de sinais de obstipação

- Vigiar abdómen.

Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

- Aplicar botija de água quente na região abdominal.

Posicionar para aliviar a dor

- Adotar posição de conforto (decúbito dorsal).

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

As competências comuns são competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. (Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011).

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, são as seguintes:

- a) Responsabilidade profissional, ética e legal;
- b) Melhoria contínua da qualidade;
- c) Gestão dos cuidados;
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No âmbito do primeiro domínio - Responsabilidade profissional, ética e legal - ao longo do estágio, foi desenvolvido um exercício profissional seguro refletindo-se na prestação de cuidados que assentaram num corpo de conhecimento ético-deontológico, respeito pelas normas legais e na avaliação sistemática das melhores práticas, alinhadas às preferências da pessoa e familiar cuidador. No entanto, para que esta competência fosse integralmente desenvolvida, seria necessário demonstrar, liderar e avaliar o processo e resultados da tomada de decisão. Foram planeadas estratégias de resolução de problemas, em parceria com a pessoa e com o familiar cuidador. Um exemplo realizado durante o estágio na ECSCP, foi incentivar a aquisição e utilização do recurso campainha sonora, de forma proporcionar segurança e diminuição da ansiedade da doente aquando das ausências (por breves minutos) da cuidadora ou companheiro.

Ainda referente ao primeiro domínio, salienta-se que a prática dos cuidados foi desenvolvida com base na promoção e proteção dos direitos humanos e responsabilidades profissionais.

A promoção e proteção dos direitos humanos, na prática clínica pautou-se, sobretudo, pela garantia do respeito pelos direitos dos doentes no acesso à informação, à confidencialidade, segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional, no respeito pela privacidade, escolha, autodeterminação e pelo respeito dos valores, costumes e crenças individuais.

Na prestação de CP especializados, a conduta antecipatória deve estar sempre presente, quer em termos de plano de cuidados, quer em termos da garantia pela segurança, privacidade e

dignidade.

No âmbito do segundo domínio - Melhoria contínua da qualidade - foi desenvolvido um processo de aprendizagem quer a nível pessoal, como a nível profissional através da formação contínua. Esta formação contínua teve como objetivo aprofundar e desenvolver conhecimentos na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica. A realização da formação em serviço “Intervenções de Conforto para o controlo sintomático da Oclusão Intestinal Maligna” possibilitou a aquisição de novas aprendizagens, o que permitiu a toda a equipa o desenvolvimento da capacidade de análise e de reflexão sobre o tema (anexo I).

O enfermeiro especialista tem como uma das principais áreas de intervenção a Melhoria Contínua da Qualidade. Assim sendo, a consciencialização da importância da aquisição desta competência nesta fase de aprendizagem, torna possível o reconhecimento do enfermeiro especialista nesta área de intervenção. A promoção do seu reconhecimento no papel de enfermeiro especialista, pode ser realizado através da operacionalização ou colaboração de projetos institucionais na área da governação clínica e através da gestão e colaboração em programas de melhoria contínua, que se reflete no desenvolvimento de práticas de qualidade.

Relativamente ao terceiro domínio, pauta-se pela gestão de cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa e a articulação na equipa de saúde. O enfermeiro especialista, nesta área, ganha uma responsabilidade ainda maior, pois a gestão dos cuidados é ainda mais complexa quer através da gestão dos cuidados diretos que executa, como através da gestão de uma equipa.

Na área deste domínio, é exigido o desenvolvimento de competências ligadas à gestão, liderança e delegação de tarefas, áreas pelas quais não foi possível desenvolver um papel direto e ativo, como por exemplo, na coordenação da equipa de prestação de cuidados, na negociação de recursos materiais adequados à prestação de cuidados de qualidade, na adaptação do estilo de liderança, no entanto, foi possível reconhecer os papéis e funções de todos os membros da equipa.

A observação do papel enfermeiro gestor permitiu conhecer algumas das funções deste, tais como: gestão de recursos materiais, nomeadamente, contagem e reposição de stock de material clínico, não clínico, fármacos (de acordo com os níveis estabelecidos e registados em documento próprio), elaboração dos horários de enfermagem da equipa, controlar e divulgar as orientações institucionais, coordenar o processo de integração de enfermeiros na equipa, liderar a tomada de decisão, nomeadamente, apresentar soluções eficazes e viáveis para a resolução de problemas ou obstáculos decorrentes do processo de cuidar.

Relativamente à gestão dos cuidados diretos que o enfermeiro especialista executa, tratando-se de uma atividade assistencial tanto a nível hospitalar como domiciliário, a liderança e gestão de recursos são um desafio muitas vezes sujeito a adaptações, mas sempre afincada à garantia da qualidade dos cuidados. Este aspeto ganha ainda mais ênfase em contexto de cuidados domiciliários, uma vez que é um ambiente que não está no controlo dos profissionais e, muitas vezes, com condições estruturais, sociais e até económicas limitadas. Portanto, gerir os

cuidados com base nos recursos disponíveis, exige uma grande capacidade de criatividade, para que a qualidade e segurança dos cuidados nunca seja prejudicada. Em contexto hospitalar, foi possível realizar planos de cuidados de forma individualizada e centrada na pessoa, respeitando as suas necessidades e preferências, com o objetivo de promover a qualidade de vida das pessoas e suas famílias.

O quarto e último domínio, foi desenvolvido na medida em que, foi proporcionado um conhecimento aprofundado de autoconhecimento na prestação de cuidados. Foi desenvolvida maior assertividade e certeza nas decisões tomadas, tendo por base um conhecimento científico e atual, alinhado à ética e deontologia profissional. No que respeita ao autoconhecimento, nestes estágios, foi promovida a consciencialização da prestação de cuidados enquanto enfermeira e enquanto pessoa singular.

A consciência enquanto enfermeira, desenvolveu-se através da introspeção, o que permitiu reconhecer os limites profissionais e pessoais, bem como os recursos mais eficazes. Este processo de autoconhecimento foi essencial na medida em que reforçou a importância de ajustar expectativas e adotar uma atitude flexível para a reformulação das mesmas.

Deste domínio faz parte o desenvolvimento da competência de uma prática clínica, baseada em evidência científica. A prática clínica especializada, foi baseada na investigação mais atual, mais relevante e mais recente, bem como, esclarecimento de dúvidas e necessidades pessoais de conhecimento, através da pesquisa de evidência científica e análise de artigos. Além destas atividades, foi também possível aumentar, aprofundar e consolidar conhecimento, através da observação-participativa de cuidados e da dinâmica da equipa, da análise reflexiva de condutas, atitudes e comportamentos. Também se pressupõe neste domínio, que o enfermeiro seja responsável por promover e facilitar a aprendizagem, desenvolvendo ações na área da formação, como por exemplo, atuando como formador. Foi promovida uma ação formativa como o tema “Intervenções de Conforto para o controlo sintomático da Oclusão Intestinal Maligna”, com o objetivo de promover um conhecimento mais profundo acerca do fenómeno da oclusão intestinal maligna, de forma a identificar sinais e sintomas descritos na literatura, e conhecer as intervenções para controlo sintomático nesta situação clínica. Durante os estágios realizados, foi possível reconhecer que a formação profissional é um impulso de progresso, para os serviços e instituições, no sentido da melhoria da qualidade e pela procura da excelência, sendo esta competência fulcral para o reconhecimento do enfermeiro enquanto especialista.

Desenvolvimento das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

O estágio de natureza profissional módulo I e módulo II, realizaram-se na UCP e na ECSCP, onde foram acompanhados doentes com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal bem como os seus cuidadores familiares. Destacaram-se destas patologias as doenças neurodegenerativas e genéticas, doença oncológica, cardíaca, pulmonar, cerebrovascular e vertebromedular. As intervenções realizadas ocorreram com o objetivo de aliviar o sofrimento e maximizar o bem-estar, conforto e qualidade de vida.

De acordo com Neto (2016), os CP têm como objetivo central promover o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa numa perspetiva de abordagem holística do sofrimento a nível físico, psicológico, social e espiritual adotando uma prestação de cuidados multidisciplinares. Os CP são centrados nas múltiplas necessidades da pessoa e da sua família, e não apenas no diagnóstico e prognóstico pelo que é importante uma referenciação das pessoas em fase precoce da doença. Tendo os CP como unidade de cuidados centrado na pessoa e familiares cuidadores importa referir que neste tipo de cuidados consideramos não interagir apenas com a pessoa doente mas também com esses familiares. Importou no desenvolvimento de competências atender ao processo de referenciação, este deve ter em conta os elementos de complexidade contidos no documento IDC-Pal, importante na identificação dos elementos de referenciação do doente complexo. Nos contextos de estágio citados esta escala não estava em uso, em nossa opinião seria interessante a utilização da escala referida até para percebermos quais as vantagens que ela podia trazer relativamente à qualidade dessa referenciação.

O Regulamento nº 429/2018 define o perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, estando nele patentes duas competências: cuidar da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores e familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida e estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa com 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. Efetivamente, o desenvolvimento das atividades que informam as unidades de competência é um instrumento extremamente útil para a consciencialização das áreas experienciais que traduzem o perfil de competências. Inicialmente a leitura desse perfil foi deveras longa e às vezes difícil de perceber aquilo que devíamos procurar. Contudo, a constante leitura do que era necessário para atingir esse perfil foi muito orientador. Diríamos que neste momento estamos bem situados em relação a esse perfil. É importante também referir os elementos que comportam a construção de uma competência profissional. A OE refere que uma competência tem vários domínios a saber: o conhecimento, a capacidade, a habilidade e a atitude. Este conjunto de “pressupostos” foi muito importante para o desenvolvimento das nossas competências comuns e especializadas.

No que concerne aos casos clínicos, é de referir que tivemos cerca de trinta e um casos clínicos na UCP, e cerca de catorze casos clínicos na ECSCP. Mencionamos, relativo ao desenvolvimento das competências e à primeira unidade de competência que foca o controlo sintomático, que tivemos oportunidade para monitorização e avaliação da dor, dispneia, náuseas e vómitos, e cuidar da ferida maligna. Ao nível psicoemocional tivemos intervenções para o controlo da ansiedade, da tristeza. Ao nível espiritual tivemos oportunidade de conhecer crenças e valores, e ao nível sociofamiliar gerir conflitos, aquisição de equipamentos para apoio da mobilidade e autocuidado da higiene pessoal. Elaboramos diagnóstico de necessidades de cuidados paliativos, ao nível físico, psicoemocional, espiritual e sociofamiliar. Trabalhamos as expectativas relativas ao processo de fim de vida, à diversidade individual, cultural e espiritual ao processo paliativo de fim de vida.

Procedemos à identificação de sintomas descontrolados, como a dor, dispneia, anorexia, náuseas, obstipação e vômitos. Reconhecemos, avaliamos e intervimos adequadamente sobre os vários sintomas. Utilizamos ferramentas para avaliação e monitorização destes sintomas, permitindo o seu controlo e deteção precoce de forma a intervir atempadamente e evitar um agravamento sintomático. Utilizamos alguns instrumentos disponíveis no sistema de informação clínica, como a escala de ESAS para a avaliação de vários sintomas, escala numérica e qualitativa para a avaliação da dor, escala de Borg para a avaliação da dispneia, escala para a avaliação da dependência do doente para o autocuidado (Barthel), a escala de Zarit para a avaliação da exaustão do cuidador, escala de avaliação da performance do doente (Palliative Performance Scale - PPS). A utilização das escalas, que são ferramentas valiosas porque nos ajudam a ter critérios na avaliação sintomática nem sempre foram utilizadas com a mesma frequência num contexto ou no outro. Os motivos prenderam-se não apenas com a complexidade dos doentes mas, com o modelo de cuidados instituído. Efetivamente um contexto de internamento tem presentes casos clínicos mais complexos do ponto de vista de alterações sintomatológicas, e assim as escalas eram mais vezes aplicadas. Consideramos que a utilização de escalas é deveras importante, pelo que elas devem ser introduzidas na prática dos CP seja qual for o contexto.

Para controlar estes sintomas foram utilizadas intervenções farmacológicas e não farmacológicas. O controlo farmacológico da dor foi realizado conforme a recomendação da OMS, a qual recomenda a utilização de fármacos de acordo com a escada analgésica. Foram acompanhados doentes medicados com analgésicos opioides (Morfina de ação prolongada e de ação rápida, Fentanilo e Buprenorfina TD, Vellofent) e com analgésicos não opioides (Paracetamol, Metamizol de Magnésio), para melhor responder às necessidades dos doentes é importante conhecer a intensidade da dor e só após administrar a medicação mais indicada. De acordo com Sampaio et al. (2021), a dor é um dos sintomas mais frequentes em doentes com seguimento em CP, principalmente em pessoas com cancro em fase avançada. Como intervenções não farmacológicas que podem ajudar no controlo da dor, foi adotado o seguinte: posicionamento de conforto, promoção de um ambiente tranquilo, massagem de relaxamento. Esta intervenções em uso pela maior parte dos enfermeiros na UCP são intervenções importantes e que deveriam ser mais desenvolvidas no que diz respeito ao conhecimento e às capacidades para as colocar em uso. Não conseguimos visualizar essas mesmas intervenções na ECSCP.

O cansaço é um sintoma muito frequente nos doentes em CP, nomeadamente, os doentes com cancro ou com insuficiência de órgãos. O cansaço é verbalizado sob a forma de falta de energia, traduzindo-se em intolerância à atividade. Segue-se a anorexia e a caquexia, a maior parte dos doentes com cansaço perde o apetite e perde massa muscular. Neste tipo de doentes, foi fundamental incentivar o repouso alternado com exercício (uso de pedaleira), manter regularidade de horas de sono noturno, favorecer a alimentação a gosto. A dispneia foi tratada com introdução ou ajuste de doses de opioides, nomeadamente a morfina e midazolam, em caso de ansiedade associada. Como medidas não farmacológicas houve necessidade de instituir intervenções como, promover o repouso, promover o posicionamento (habitualmente posição de Fowler que favoreça a expansão pulmonar), ensinar sobre exercícios de respiração, promover o

uso da ventoinha. Com as intervenções anteriormente citadas, pretendemos realizar um plano individualizado, preservando a dignidade, diminuindo o sofrimento, maximizando a autonomia e qualidade de vida, respeitando as expectativas dos próprios e em adotar medidas farmacológicas e não farmacológicas no alívio sofrimento.

Barbosa (2016), apresenta-nos vários estudos sobre o sofrimento humano tentando explicar a essência deste fenómeno e alertando os profissionais de CP para a necessidade de identificar o sofrimento. Só após este reconhecimento é que será possível dar resposta às inquietações e medos sentidos pelas pessoas.

Em CP, não raras vezes, os sintomas apresentam-se com dimensões para além da dimensão física. É o caso do conceito de “dor total” que originou a tão citada Teoria de Cicely Saunders. Efetivamente, não é apenas este sintoma que pode afetar outras dimensões do ser humano. Também a dispneia pode representar-se como um fenómeno total, isto é, a sufocação, a falta de ar pode ter um impacto na pessoa na dimensão psicológica, emocional, espiritual e social. Muitas vezes, durante o estágio percebemos como as pessoas portadoras destes diagnósticos sintomatológicos apresentavam um fâcies triste, verbalizavam sentimentos desestruturantes da sua personalidade, vontade de morrer, sentir-se como um fardo dentro da família. Percebemos o elevado sofrimento em que essas pessoas se encontravam. A perda de autonomia, a vontade de morrer o mais rápido possível, fez-nos entender o elevado nível de sofrimento em que estas pessoas se encontravam. Nem sempre os profissionais se mostraram disponíveis, apesar da sua sensibilidade o que nos leva a entender a necessidade de perceber o que é o sofrimento, e por outro lado a necessidade de aumentarmos a capacidade para estarmos presentes. Também Castro et al. (2021), no seu artigo, fala sobre a importância da dor física e a relevância deste tema em artigos científicos. Completa os resultados referindo que muitas vezes o controlo da dor física é um dos grandes objetivos dos planos de cuidados individualizados. Cicely Saunders ao contextualizar a sua teoria sobre “dor total” evidencia, para além da dimensão física as dimensões sociais (impedindo muitas vezes se desloque dentro do seu próprio ambiente por dor), afete as dimensões psicológicas e emocionais (doente pode apresentar-se choroso ou agressivo), e afete as dimensões espirituais (muitas vezes com culpa pelas suas experiências de vida anteriores). É fulcral dar importância à escuta ativa e à compreensão da experiência de sofrimento, tendo por base, uma abordagem holística. No desenvolvimento das nossas competências, o conhecimento teórico levou-nos ao conhecimento desta teoria. No percurso prático, fomos imbuídos desta teoria fenomenológica. Curioso que, tentamos perceber na prática como se espalhavam estas dimensões, quer do ponto de vista da pessoa doente, quer do ponto de vista da avaliação dos profissionais. Concluímos que, a teoria se declara em grande parte dos doentes paliativos mas que, grande parte dos profissionais não estão alerta para avaliar as diferentes dimensões afetadas pela dor.

O envolvimento dos cuidadores familiares na satisfação das necessidades da pessoa em situação paliativa, é extremamente importante e foi realizado de forma efetiva em ambos os contextos de estágio. Este envolvimento determina uma prática colaborativa respeitando valores e crenças, a dignidade e proporcionando sempre que desejado suporte religioso ou de outras entidades religiosas a fim de promover o alívio do sofrimento com o máximo de

dignidade e esperança possível. Neste sentido, em ambas as equipas percebemos o interesse em abordar a pessoa e os familiares cuidadores no sentido de identificar o seu desejo para receber apoio espiritual. O planeamento e a gestão dos cuidados foram realizados contemplando sempre as necessidades das pessoas na UCP e as acompanhadas pela ECSCP. Identificamos os diagnósticos e intervenções após a avaliação inicial e construção da história de vida do doente.

A comunicação é um dos pilares dos CP fundamental para uma prática colaborativa e para a tomada de decisão em equipa. As estratégias utilizadas para a comunicação são fundamentais, quer do ponto de vista do conhecimento, quer do ponto de vista das capacidades e habilidades para comunicar. O uso das ferramentas deste pilar favorece a proximidade e a compreensão dos doentes e familiares, a capacidade de interação com os diferentes profissionais na equipa, a possibilidade de transmissão de ideias para tomarmos decisões em saúde, aferirmos diagnóstico e intervenções adequadas ao plano individualizado. Não podemos ter cuidados de qualidade se não soubermos comunicar. Incluindo a comunicação escrita a qual se refere ao padrão de documentação dos cuidados de saúde e ao registado para a continuidade dos cuidados. É uma competência fundamental para percebermos quem é a pessoa, identificarmos as suas necessidades, desejos e expectativas e por fim, decidirmos em colaboração e multidisciplinaridade. Querido et al. (2016), reforça a necessidade de uma comunicação compassiva e empática.

A comunicação é uma ferramenta essencial para a gestão de conflitos. Na comunicação, para este efeito, intervimos utilizando um conjunto de técnicas e ideias com o objetivo de reduzir os efeitos negativos de uma situação conflituosa. Nesta gestão, é importante o desenvolvimento de capacidades e de habilidades para comunicar. No decurso do estágio identificamos algumas destas situações geradoras de sofrimento e conflito, no decorrer das quais atuamos no sentido de as gerir. Tivemos uma outra situação em que foi necessário mediar o conflito geracional. O mesmo exigiu um completo conhecimento sobretudo dos seus valores culturais e espirituais, crenças e valores no sentido de que essa gestão atendesse à individualidade da pessoa e família, e à dignidade e sentimentos de preservação de papeis.

Ainda no âmbito da comunicação e no estabelecimento da relação terapêutica desenvolvemos várias CF. Citamos cerca de dezassete nos dois contextos clínicos. A CF enquanto técnica de comunicação implica o conhecimento da técnica, e a estruturação da CF, dos papeis atribuídos a cada um dos profissionais que estão presentes, o conhecimento das características do caso clínico e a projeção de algumas perguntas a realizar. As CF que realizamos tiveram o intuito de comunicar uma má notícia (alterações da alimentação, cuidados no hospital em vez de ser no domicílio), conhecer necessidades do doente e da família, ajustar o planeamento de cuidados às necessidades e desejos, planear uma alta. Na evidência científica, Silva et al. (2018) reporta-nos a necessidade de utilizar a CF como instrumento terapêutico no âmbito dos CP, tendo esta como objetivo, melhorar a compreensão e facilitar a sistematização de ideias para a família. Durante os estágios, as CF tiveram um grande impacto e desenvolvimento nas equipas comunitárias, com o foco no estabelecimento de objetivos, esclarecimento de dúvidas relacionadas com o diagnóstico, gestão dos cuidados, preparação para alta, exploração de sentimentos, medos,

reduzir a angústia presente em contexto de doença avançada, e em últimas horas ou dias de vida da pessoa doente. As CF são muitas vezes importantes para gerir expectativas.

O trabalho em equipa é muito importante. Desenvolvemos trabalho em equipa multidisciplinar, interdisciplinar e articulado com serviço de suporte ao doente e a cuidadores familiares. Neste sentido, mais uma vez, a comunicação é uma competência importante para estabelecer a relação com todos os intervenientes no processo de cuidados. O trabalho em equipa tenta dinamizar a partilha e potenciar os contributos de cada um dos profissionais da equipa para a tomada de decisão.

No seu artigo Bernardo et al. (2016), caracteriza o trabalho de equipa como um grupo de profissionais que trabalham através de uma metodologia comum e concreta, partilhando os mesmos objetivos. Também, o trabalho em equipa é um dos pilares dos CP. A sua eficácia exige uma dinâmica que permita a reorganização e integração de conhecimentos dos diferentes profissionais de acordo com as necessidades, tendo sempre por base a promoção da qualidade de vida e bem-estar da pessoa e da sua família, bem como de toda a equipa. Semanalmente, em ambos os contextos, quer hospitalar quer domiciliário foram realizadas reuniões de equipa multidisciplinar com o objetivo de discutir os casos clínicos, e delinear um plano de cuidados individualizado, de acordo com as necessidades e desejos da pessoa e sua família. Realizaram-se cerca vinte CF nos dois contextos de estágio, sendo que, nestas reuniões estiveram presentes todos os outros profissionais (médico, enfermeiro, assistente social, assistente espiritual, nutricionista, farmacêutico, psicólogo, fisioterapeuta). Nestas reuniões, foi possível referenciar os casos para o serviço social, medicina física e reabilitação e psicologia.

Uma outra unidade de competência reforça a singularidade e autonomia das pessoas em situação de fim de vida ou terminal no acompanhamento dos processos adaptativos relativamente às perdas e relativamente ao processo de morrer. Refletindo sobre os processos adaptativos às perdas, podemos constatar nos serviços um modelo no acompanhamento no luto focado essencialmente no luto complicado e acompanhamento do familiar após a morte. Efetivamente, depois do percurso académico, podemos entender quão importante é acompanhar a pessoa no estado de sofrimento relativamente às perdas e acompanhar os familiares cuidadores relativamente aos processos adaptativos complicados, mais uma vez, e também, em sofrimento. Contudo, algo nos fez refletir como seria importante, balizando com evidência científica, a alteração que nós enquanto enfermeiros poderíamos produzir relativamente ao luto preparatório e relativamente ao acompanhamento dos processos adaptativos dos cuidadores familiares. Esta foi uma grande mudança que conseguimos transportar para os dois contextos de estágio tentando sensibilizar a equipa neste sentido.

Para Barbosa (2016), o processo de luto é um processo complexo, individual, personalizado e determinado por inúmeros fatores. Não é um processo linear ou com limites concretos, é caracterizado por grandes oscilações quer ao longo do tempo, quer de pessoa para pessoa. Para Sousa et al. (2022), em CP, podemos considerar que o início do luto familiar decorre ainda na fase de diagnóstico da doença. Existem várias formas de lidar com esta fase, desde a hesitação na partilha do diagnóstico, conspiração de silêncio, raiva ou culpa. Os projetos familiares estão

ameaçados e devem ser alterados, dando origem a uma crise familiar, caracterizada por incerteza e ansiedade que afetam todos os membros da família. Tendo em conta, que a complexidade e multidimensionalidade do processo de luto, bem como a sua importância na vida da pessoa e dos familiares enlutados, as equipas de saúde em CP têm um impacto na vivência deste processo.

A perda pode estender-se a outras dimensões da vida (perda da intimidade, companhia, segurança, contato, estilo de vida), e assim acentuar sentimentos de medo, ansiedade e insegurança na pessoa com doença avançada e progressiva, bem como na sua família (Barbosa, 2016). Assim sendo, torna-se importante identificar fatores de risco e situações problemáticas associadas a exaustão física e emocional. Durante os estágios, foram identificados fatores de risco preditores de luto complicado, tais como ansiedade, tristeza, choro, cansaço físico, irritabilidade, isolamento sentidos, tanto pela pessoa como pela sua família. Foram promovidas estratégias de autocuidado de forma a minimizar fatores geradores de stress, como incentivar as suas rotinas habituais antes da ocorrência da doença, incentivar a pessoa a realizar tarefas que lhe transmitam tranquilidade e paz.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

A elaboração do presente relatório proporcionou a reflexão e análise crítica de todo o percurso de aprendizagem ao longo dos estágios realizados, o que contribuiu para a aquisição, desenvolvimento e consolidação de competências comuns e especializadas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. Gamondi e colaboradores (2013) referem que os CP são necessários em todos os contextos de saúde, desde cuidados em hospitais aos cuidados de saúde primários. Acrescentaríamos com toda a justiça nos cuidados continuados e em lares onde padecem muitos doentes sem acesso a CP e sem igualdade de cuidados. Todos os profissionais de saúde deveriam ser capazes de entender e praticar CP adequados quer sob a forma de uma abordagem paliativa, CP gerais ou cuidados CP especializados. Nestes últimos é necessário adquirir competências especializadas, a fim de atender às necessidades da pessoa e sua família dentro da filosofia dos CP. Foi isso que nos foi proporcionado no curso de mestrado que terminamos.

Os estágios e a reflexão que este relatório permitiu constatar que, na prática clínica enquanto enfermeiros, existe, ainda, um caminho a percorrer no que diz respeito ao planeamento/conceção de cuidados adequados à pessoa com doença avançada e diagnóstico de OIM. Este longo caminho projeta-se ainda na produção de diagnósticos de enfermagem, objetivos e indicadores de qualidade dos cuidados desenvolvidos. Assim sendo, todo este longo processo, permitiu aprofundar conhecimentos acerca dos CP, do fenómeno da OIM, da sua fisiopatologia, da compreensão do seu mecanismo de desenvolvimento e da análise e atenção para as necessidades e vontades expressas pela pessoa e sua família. Na OIM ocorrem vários sintomas descontrolados (quase sempre numa fase final da vida), como episódios de náuseas, vômitos, dores abdominais tipo cólica, que são motivo de sofrimento para a pessoa e para a família. Acrescenta-se a necessidade de ser por vezes necessário colocar a pessoa em pausa alimentar, situação pouco aceite pelos familiares. Este diagnóstico é normalmente associado a um mau prognóstico. O objetivo dos cuidados a curto prazo passa pelo controlo sintomático da dor, das náuseas e dos vômitos. A conceção de cuidados teve por objetivo identificar diagnósticos e intervenções de enfermagem promotoras de conforto no controlo de sintomas perante dois casos clínicos com diagnóstico específico de OIM. Depois, a atenção e estudo a que nos obrigou para tentar entender e identificar o impacto dos sintomas na pessoa e familiares e que intervenções melhorariam o conforto. De salientar o quão difíceis são estes procedimentos.

Muitas das pessoas com doença avançada, para além dos sintomas físicos que manifestam apresentam sintomas psicológicos (associados a perdas), que afetam a sua qualidade de vida. A

tristeza, humor deprimido e ansiedade são sintomas muito frequentes nestas pessoas (Rabow 2019).

De acordo com Madariaga et al. (2022), quando a pessoa com doença avançada tem o diagnóstico de OIM os profissionais de saúde devem reconhecer quais as intervenções mais adequadas para minimizar o sofrimento e maximizar a qualidade de vida da pessoa e sua família. Os cuidados devem ser holísticos, centrados na pessoa, dando importância aos sintomas físicos, psicossociais e espirituais. Acrescenta-se, que estes devem ser cuidados compassivos.

O impacto dos sintomas nos doentes OIM quer na pessoa quer na sua família é bastante significativo. Estes vivenciam níveis de stress e angústia, elevados. Destaca-se a relevância das intervenções à família, essencialmente no que diz respeito à aquisição de conhecimentos para uma melhor gestão de cuidados, no apoio durante o processo de luto, na tomada de decisão partilhada, no alívio do sofrimento, na redução da sobrecarga através de estratégias adaptativas e de autocuidado. É essencial que o enfermeiro adote uma conduta antecipatória, uma boa comunicação e uma relação de empatia com a pessoa e os familiares. Desta forma, torna-se essencial desenvolver intervenções de conforto no controlo de forma a minimizar o sofrimento da pessoa e da sua família.

Considera-se necessário e fundamental, que as equipas especializadas de CP sejam constituídas por profissionais com formação avançada na área dos CP que sejam capazes de avaliar a complexidade dos seus doentes. Neste sentido, os enfermeiros assumem um papel fundamental enquanto membros da equipa multidisciplinar, entendendo a importância de conhecer a pessoa e a sua família, planeando os cuidados tendo sempre em consideração as particularidades dos mesmos, reconhecendo dados associados à sua condição clínica, psicológica, social, emocional e espiritual, tentando conhecer a família que suporta e a sua potencialidade para prestar cuidados, associados à sua complexidade.

Em jeito de síntese, em conclusão de todo este plano formativo com estágio, conclui-se que o conhecimento formal adquirido pela teoria e pela experiência, pela prática clínica, e a sua aplicação prática no contexto, levou ao desenvolvimento da capacidade de produzir CP especializados. Os benefícios de um trabalho em equipa foram entendidos. Foi desenvolvida a capacidade para procurar, analisar e interpretar resultados com suporte de evidência científica que foi necessário procurar, ler e transferir. A autoanálise sobre nós e sobre os cuidados prestados, diz-me que me tornei mais reflexiva, mais segura emocionalmente, mais organizada pelo saber adquirido. O diagnóstico de necessidades, o planeamento de cuidados, a avaliação de resultados foram melhorados. Balanço positivo para a formação.

7. BIBLIOGRAFIA

Alves, P. (2013) Intervenção do Enfermeiro que Cuida da Pessoa em Fim de Vida com Alterações do Comer e Beber. *Pensar Enfermagem*, 17 (1), 17-30. <http://hdl.handle.net/10400.26/23906>

Alves, P. (2021). *Alimentando a vida: um processo de harmonização do cuidado de enfermagem com a pessoa em fim de vida* (Doctoral dissertation, Universidade de Lisboa). Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/48516>

Areia, N., Major, S., Gaspar, C., & Relvas, A. (2017). Cuidados paliativos oncológicos em contexto de internamento e domiciliário: Necessidades, morbilidade psicológica e luto antecipatório nos familiares do doente terminal e impacto na qualidade de vida familiar. *Psychologica*, 60 (2), 27-44. https://doi.org/10.14195/1647-8606_60-2_2

Ballentine, J. (2018). The Five Trajectories: Supporting Patients During Serious Illness. *CSU Shiley Institute for Palliative Care* (eds.). <https://csupalliativecare.org/wp-content/uploads/Five-Trajectories-eBook-02.21.2018.pdf>

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. 553-629). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Barbosa, A. (2016). Ser Pessoa, Vulnerabilidade e Sofrimento. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares & I. G Neto. (Eds.); *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª ed., pp. 665-690). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Barbosa, A. (2016). Espiritualidade. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares & I. G Neto. (Eds.); *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª ed., pp. 737-780). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Barbosa, R., Batista, J., Santos, B., Costa, M., Santos, M., & Fernandes, M. (2020). Cancer Patient in The Final Stage of Life Undergoing Palliative Care: The Family Caregiver Experience. *Revista online de pesquisa*, 12, 696-702. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9455>

Bernardo, A., Rosado, F., & Barbosa, A. (2016). Ansiedade. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares & I. G Neto. (Eds.); *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª ed., pp. 249-255). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Bernardo, A., Leal, 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. 907-913). Núcleo de

Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Capelas, L. (2009). Cuidados Paliativos: Uma Proposta para Portugal. *Cadernos de Saúde*, 2 (1), 51-57. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2009.2785>

Cardoso, R., Caldas, C., & Souza, P. (2019). Nursing Activities Score e sua Correlação com a Teoria do Conforto de Kolcaba: Reflexão Teórica. *Enfermagem Foco*, 10 (1), 87-92. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2019.v10.n1.1347>

Carrieri, D., Peccatori, F., Grassi, L., & Boniolo, G. (2019). Dealing with death in cancer care: should the oncologist be an amicus mortis?. *Supportive Care in Cancer*, 28 (6), 2753-2759. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05137-w>

Carneiro, R. (2021). Sintomas cutâneos e das mucosas. In E. Freire (Ed 2ª). *Guia prático de controlo sintomático* (pp. 132-136). https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/2021/10/Guia-Pratico-Controlo-Sintomatico_v2.pdf

Carvalho, A., & Godino, M. (2023). A Importância da Psicologia acerca dos Cuidados Paliativos e o Luto no Contexto Hospitalar. *Revista Foco*, 16 (5), 1-18. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n5-036>

Castro, M., Fuly, P., Santos, M., & Chagas, M. (2021). Total Pain and Comfort Theory: Implications in the Care to Patients in Oncology Palliative Care. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42, 1-8. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200311>

Chavez, I., Gayan, P., Aldunate, J., González, P., Cunill, E., Mayerson, D., & González, M. (2019). Tamizaje en cánceres ginecológicos. *Revista Electrónica Científica Y Académica de Clínica Alemana*, 45-53. <https://1library.co/document/q26kgwez-tamizaje-en-canceres-ginecologicos.html>

Chi, D., Phaëton, R., Miner, T., Kardos, S., Diaz, J., Leitao, M., Gardner, G., Huh, J., Tew, W., Konner, J., Sonoda, Y., Abu-Rustum, N., Barakat, R., & Jaques, D. (2009). A Prospective Outcomes Analysis of Palliative Procedures Performed for Malignant Intestinal Obstruction Due to Recurrent Ovarian Cancer. *The Oncologist*, 14 (8), 835-839. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2009-0057>

Chow, S., Wan, B., Pidduck, W., Zhang, L., Deangelis, C., Chan, S., Yee, C., Drost, L., Leung, E., Sousa, P., Lewis, O., Lam, H., Chow, R., Lock, M., & Chow, E. (2019). Symptoms Predictive of Overall Quality of Life Using the Edmonton Symptom Assessment Scale in Breast Cancer Patients Receiving Radiotherapy. *Clinical Breast Cancer*, 19 (6), 405-410. <https://doi.org/10.1016/j.clbc.2019.05.007>

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (2021). *Planeamento Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022*. paliativos@acss.min-saude.pt

- Costa, M., & Antunes, M. (2012). Avaliação de sintomas em doentes sem perspetiva de cura. *Revista de Enfermagem Referência* III Série nº 7, 63-72. <https://doi.org/10.12707/RIII1193>
- Decreto-Lei n.º 31/2018 do Ministério da Saúde. (2018). Diário da República: I Série - n.º 137. <https://files.dre.pt/1s/2018/07/13700/0323803239.pdf>
- Decreto-Lei n.º 52/2012 do Ministério da Saúde. (2012). Diário da República: I Série - N.º 172. <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>
- Dickerson, S., Khalsa, S., McBroom, K., White, D., & Meeker, M. (2022). The meaning of comfort measures only order sets for hospital-based palliative care providers. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 17 (1), 1-8. <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.2015058>
- Duck, L., Demolin, G., D'Hondt, L., Dopchie, C., Hendrickx, K., Lannoye, B., Bastin, F., Lossignol, D., Hamdan, O., Lybaert, W., Vandenhoute, V., Regnault, B., Ruyter, V., & Geboes, K. (2021). Efficacy and Safety of Lanreotide Autogel in the Treatment of Clinical Symptoms Associated With Inoperable Malignant Intestinal Obstruction: A Prospective Phase II Study. *Clinical Therapeutics*, 43 (12), 2136-2145. <https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2021.10.014>
- Ertem, G., & Hazar, S. (2022). Symptom Management and Nursing Care in Palliative Care of Cervical Cancer Patients. *Journal of Education and Research in Nursing*, 19 (2), 262-268. https://www.researchgate.net/publication/361016656_Symptom_Management_and_Nursing_Care_in_Palliative_Care_of_Cervical_Cancer_Patients
- Faull, C., & Blankley, K. (2015). The syringe driver: a useful way to deliver drugs. (2nd ed.), *Palliative Care* (pp. 107-118). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780198702412.003.0006>
- Fernandes, R., Ramos, A., & Monteiro, P. (2021). Síndrome anorexia-caquexia/astenia. In E. Freire (Ed. 2ª), *Guia prático de controlo sintomático* (pp. 74-87). https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/2021/10/Guia-Pratico-Controlo-Sintomatico_v2.pdf
- Gamondi, C., Larkin, P., & Payne, S. (2013). Competências Centrais em Cuidados Paliativos. *European Journal of Palliative Care*, 20 (2), 1-16. <https://hdl.handle.net/1822/59824>
- Gonçalves, F. (2022 Outubro 22). Alterações do sono no cancro avançado. *Medicina Paliativa*. <https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/221016201049.pdf>
- Gonçalves, F. (2019 Janeiro 26). Oclusão intestinal nos doentes com cancro avançado. *Medicina Paliativa*. <https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/190126184859.pdf>
- Guedes, N., Melo, L., Santos, F., & Barbosa, J., (2019). Complicações da via subcutânea na infusão de medicamentos e soluções em cuidados paliativos. *Rev Rene*, 20, 1-10. <https://doi.org/>

10.15253/2175-6783.20192040933

Infomed, Infarmed. (2023). *Base de dados de medicamentos do Infarmed*®. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/>

Infopédia (2023-09-29). *Infopédia Dicionários Porto Editora*. <https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/digest%C3%A3o>

International Council of Nurses (2019). *ICNP Browser*. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Julião, M., & Barbosa, A. (2011). Depressão em Cuidados Paliativos: Prevalência e Avaliação. *Acta Médica Portuguesa*, 24 (4), 807-818. https://www.researchgate.net/publication/232712816_Depression_in_palliative_care_Prevalence_and_assessment

Kenzik, K., Williams, G., Hollis, R., & Bhatia, S. (2022). Healthcare Utilization Trajectory Among Survivors of Colorectal Cancer. *Journal of Cancer Survivorship*, 17 (3), 739-737. <https://doi.org/10.1007/s11764-022-01206-y>

Kolcaba, K. (2001). Evolution of the Mid Range Theory of Comfort for Outcomes Research. *Nursing outlook*, 49 (2), 86-92. <https://doi:10.1067/mno.2001.110268>

Larkin, P.J., Sykes, N.P., Centeno, C., Ellershaw, J.E., Elsner, F., Eugene, B., Gootjes, J.R.G., Nabal, M., Noguera, A., Ripamonti, C., Zucco, F., & Zuurmond, W.W.A. (2008). The management of constipation in palliative care: clinical practice recommendations. *Palliative Medicine*, 22 (7), 796-807. <https://doi.org/10.1177/0269216308096908>

Leach, C. (2019). Nausea and vomiting in palliative care. *Clinical Medicine*, 19 (4), 299-301. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.19-4-299>

Madariaga, A., Lau, J., Ghoshal, A., Dzierżanowski, T., Larkin, P., Sobocki, J., Dickman, A., Furness, K., Fazelzad, R., Crawford, G., & Lheureux, S. (2022). MASCC Multidisciplinary Evidence-based Recommendations for the Management of Malignant Bowel Obstruction in Advanced Cancer. *Supportive Care in Cancer*, 30, 4711-4728. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-06889-8>

Manoel, A., Polaz, D., Penteado, V., Souza, L., & Oliveira, L. (2021). O papel do enfermeiro no manejo da dor nos pacientes em cuidados paliativos oncológicos: uma revisão integrativa. *Scire Salutis*, 11 (3), 20-27. <https://sustenere.co/index.php/sciresalutis/article/view/5907/3045>

Miyake, K., Han, Q., Murakami, T., Kiyuna, T., Kawaguchi, K., Igarashi, K., Lwin, T., Miyake, M., Yamamoto, J., Bouvet, M., Endo, I., & Hoffman, R. (2023). Colon-cancer liver metastasis is effectively targeted by recombinant methioninase (rMETase) in an orthotopic mouse model. *Tissue and Cell*, 83, 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.tice.2023.102125>

Milton, L., Behroozian, T., Coburn, N., Trudeau, M., Razvi, Y., Mckenzie, E., Karam, I., Lam, H., & Chow, E. (2021). Prediction of Breast Cancer-Related Outcomes with the Edmonton Symptom Assessment Scale: A literature review. *Support Care Cancer*, 29 (2), 595-603. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05755-9>

Monge, A., Pineda, R., Hernández, M., Juárez, E., & García, J. (2008). Adenocarcinoma Invasor Primario de Trompa de Falopio concomitante con enfermedad pélvica inflamatoria aguda. Comunicación de un Caso y Revisión de la bibliografía. *Ginecología e Obstetricia do México*, 76 (2), 118-124. <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsMex/gom-2008/gom082h.pdf>

Mousinho, F., Ferreira B., Khouri, L., Guardado, M., Marques, R., Rodrigues, J., & Melo, G. (2014). *Estratégia Preventiva da Mucosite Oral em Doentes com Tumores de Cabeça e Pescoço: Experiência com Fosfato de Cálcio (Caphosol)*. https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/5500/3/brigida_ferreira_2014.pdf

Neto, I. (2008). Utilização da via subcutânea na prática clínica. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 15 (4), 277-283. <https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/1496/1035>

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

Organização Mundial de Saúde. (2023). *Cuidados Paliativos*. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care>

Pastrana, T., & Meißner, W. (2013). Behandlung der Diarrhö mit Loperamid in der Palliativmedizin: Eine systematische Literaturübersicht. *Schmerz*, 27 (2), 182-189. <https://doi.org/10.1007/s00482-013-1296-z>

Patel, A., & Garg, R. (2016). Role of Steroids in Malignant Bowel Obstruction. *Palliative Medicine and Hospice Care Open Journal*, 2 (2), 30-36. <http://dx.doi.org/10.17140/PMHCOJ-2-116>

Pina, P. R. (2016). Controlo da Dor em Cuidados Paliativos. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares & I. G Neto. (Eds.); *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª ed., pp. 49-100). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Pina, P. R. (2016). O Controlo das Náuseas e Vómitos em Cuidados Paliativos. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares & I. G Neto. (Eds.); *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª ed., pp. 101-119). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Pires, C. & Gonçalves, E., (2021). Conceitos gerais de Cuidados Paliativos em controlo sintomático. In E. Freire (Ed 2ª). *Guia prático de controlo sintomático* (pp. 12-16).

https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/2021/10/Guia-Pratico-Controlo-Sintomatico_v2.pdf

Poole, K., & Froggatt, K. (2002). Loss of weight and loss of appetite in advanced cancer: a problem for the patient, the carer, or the health professional?. *Palliative medicine*, 16 (6), 499-506. <https://doi.org/10.1191/0269216302pm593oa>

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. 815-831). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Rabow, M. (2019). Meaning and relationship-centered care: Recommendations for clinicians attending to the spiritual distress of patients at the end of life. *Medicine and Public Health*, 9, 57-62. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2019.04.012>

Ramalho, M., Silva, L., Manguiera, S., Silva, T., Lucena, C., & Pinto, M. (2018). Palliative care: the perception of family caregivers of cancer patients. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 17 (2), 1-8. <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v17i2.39276>

Regulamento n.º 1/2016 Regulamento Interno da Unidade de Cuidados Paliativos

Regulamento n.º 1/2018 Regulamento Interno da Equipa Comunitária de Suporte de Cuidados Paliativos

Regulamento n.º 429/2018 de 16-07-2018 Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. Diário da República: II. a série, n.º 135

Regulamento n.º 140/2019 de 06-02-2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República: II série, n.º 26

Reis, C., Moré, C., Menezes, M., Rosa, E., & Campos, R. (2023). Meanings of Palliative Care for family members and its implications for anticipatory mourning. *Revista de Psicología*, 41 (1), 241-268. <https://doi.org/10.18800/psico.202301.010>

Ripamonti, C., Easson, A., & Gerdes, H. (2008). Management of malignant bowel obstruction. *European Journal of Cancer*, 44 (8), 1105-1115. <http://doi.org/10.1016/j.ejca.2008.02.028>

Sampaio, S., Motta, L., & Caldas, C. (2021). Dor e Internação Hospitalar em Cuidados Paliativos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 67 (3), 1-5. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2021v67n3.1180>

Santiago, L., & Paiva, J. (2021). Carcinoma colorretal nos cuidados de saúde primários em Portugal: indicadores de rastreio e frequência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 37 (3), 205-212. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v37i3.12790>

- Silva, J., & Sousa, P. (2015). Estratégias de autocuidado das pessoas com doença oncológica submetidas a quimioterapia/radioterapia e a sua relação com o conforto. *Revista electrónica trimestral de Enfermería*, 14 (1), 372-383. <https://doi.org/10.6018/eglobal.14.1.206591>
- Silva, R., Trindade, G., Paixão, G., & Silva, M. (2018). Conferência familiar em cuidados paliativos: análise de conceito. *Revista brasileira de enfermagem*, 71 (1), 218-226. <http://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0055>
- Sousa, J., Ferreira, R., & Guedes, V. (2022). Intervenções desenvolvidas na gestão do luto em cuidados paliativos: scoping review. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 5 (2), 97-109. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i2.189>
- Stewart, C., Warner, S., Ito, K., Raoof, M., Wu, G., Lu, W., Kessler, J., Kim, J., & Fong, Y. (2018). Cytoreduction for colorectal metastases: liver, lung, peritoneum, lymph nodes, bone, brain. When does it palliate, prolong survival, and potentially cure?. *Current Problems in Surgery*, 55 (9), 330-379. <https://doi.org/10.1067/j.cpsurg.2018.08.004>
- Teixeira, M., Abreu, W., & Costa, N. (2016). Family Caregivers of Terminally Ill Patients at Home: Contributions for a Supervision Model. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4 (8), 65-73. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15054>
- Tradounsky, G. (2012). Palliation of gastrointestinal obstruction. *Canadian Family Physician*, 58 (6), 648-652. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3374686/>
- Tuca, A., Guell, E., Losada, E., & Codorniu, N. (2012). Malignant bowel obstruction in advanced cancer patients: Epidemiology, management, and factors influencing spontaneous resolution. *Cancer Management and Research*, 4, 159-169. <https://doi.org/10.2147/CMAR.S29297>
- Turaga, K. (2020). The Chicago Consensus on peritoneal surface malignancies: Palliative care considerations. *Wiley Online Library*, 126 (11), 2571-2576. <http://doi.org/10.1002/cncr.32826>
- Vasenina, E., Gankina, O., & Levin, O. (2022). Stress, Asthenia, and Cognitive Disorders. *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 52 (9), 1341-1347. <https://doi.org/10.1007/s11055-023-01364-1>

8. ANEXOS

Anexo I

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

Plano de Formação em Serviço

(atividade integrada no objetivo de aprendizagem - desenvolvimento da melhoria continua)

Serviço	Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP)		
Ação de Formação	Intervenções de Conforto para o controlo sintomático da Oclusão Intestinal Maligna		Data:02/06/2023
Tema			
Público alvo	Enfermeiros UCP e ECSCP		
Duração	40 minutos		

Objetivos	Conteúdos	Preletores	Metodologia	Material De Apoio
- Apresentar conceito da Oclusão Intestinal Maligna; - Conhecer a prevalência da Oclusão Intestinal Maligna; - Conhecer a fisiopatologia da Oclusão Intestinal Maligna; - Rever opções de tratamento da Oclusão Intestinal Maligna; - Conhecer as intervenções de Enfermagem promotoras de conforto.	- Conceito da Oclusão Intestinal Maligna; - Prevalência da Oclusão Intestinal Maligna; - Mecanismos de desenvolvimento de Obstrução Intestinal Maligna; - Opções de tratamento da Oclusão Intestinal Maligna: cirurgia, stents metálicos, PEG e SNG. - Gestão farmacológica na Obstrução Intestinal Maligna; - Análise das necessidades expressas pelos doentes; - Apresentação de intervenções de Enfermagem promotoras de conforto.	Ana Sofia Silva	Método expositivo/participativo	Recurso a ficheiro com diapositivos Computador

Referências Bibliográficas	Comissão Nacional de Cuidados Palliativos (2021). <i>Planeamento Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Palliativos- Biénio 2021-2022</i>. paliativos@acss.min-saude.pt Duck, L., Demolin, G., D'Hondt, L., Dopchie, C., Hendrickx, K., Lannoye, B., Bastin, F., Losignol, D., Hamdan, O., Lybaert, W., Vandenhaute, V., Regnault, B., Ruyter, V., Geboes, K. (2021). Efficacy and Safety of Lanreotide Autogel in the Treatment of Clinical Symptoms Associated With Inoperable Malignant Intestinal Obstruction: A Prospective Phase II Study. <i>Clinical Therapeutics</i>, 43 (12), 2136-2145. https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2021.10.014 Goldberg, J., Goldman, D., McCaskey, S., Koo, D., Epstein, A. (2021). Illness Understanding, Prognostic Awareness, and End-of-Life Care in Patients With GI Cancer and Malignant Bowel Obstruction With Drainage Percutaneous Endoscopic Gastrostomy. <i>Oncology Practice</i>, 17(2), 186–193. DOI: 10.1200/OP.20.00035 Leach, C. (2019). Nausea and vomiting in palliative care. <i>Palliative Medicine</i>, 19 (4), página 299-301. DOI:10.7861/clinmedicine.19-4-299 Madariaga, A., Lau, J., Ghoshal, A., Dzierzanowski, T., Larkin, P., Sobocki, J., Dickman, A., Furness, K., Fazelzad, R., Crawford, G. B., & Lheureux, S. (2022). MASCC multidisciplinary evidence-based recommendations for the management of malignant bowel obstruction in advanced cancer. <i>Supportive Care in Cancer</i>, 30 (6), 4711–4728. https://doi.org/10.1007/s00520-022-06889-8 Patel, A., Garg, R. (2016). Role of Steroids in Malignant Bowel Obstruction. <i>Palliative Medicine and Hospice Care</i>, 2 (2), 30–36. http://dx.doi.org/10.17140/PMHCOJ-2-116 Ripamonti, C., Easson, A., Gerdes, H. (2008). Management of malignant bowel obstruction. <i>European Journal of Cancer</i>, volume (44), páginas 1105–1115. DOI: 10.1016/j.ejca.2008.02.028 Tuca, A., Guell, E., Losada, E., Codorniu, N. (2012). Malignant bowel obstruction in advanced cancer patients: Epidemiology, management, and factors influencing spontaneous resolution. <i>Cancer Management and Research</i>, volume (4), páginas 159–169. https://doi.org/10.2147/CMAR.S29297
--	---