



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem
Oncológica**
Relatório de Estágio

**A Pessoa com Doença Oncológica em Situação
Paliativa em Cuidados Intensivos - Intervenção de
Enfermagem**

Ana Raquel De Oliveira Diabinho

**Lisboa
2023**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem
Oncológica**
Relatório de Estágio

**A Pessoa com Doença Oncológica em Situação
Paliativa em Cuidados Intensivos - Intervenção de
Enfermagem**

Ana Raquel De Oliveira Diabinho

Orientador: Professora Sandra Cristina da Silva Neves

**Lisboa
2023**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

A ti Mãe, estejas onde estiveres, sei que estás sempre a olhar por mim...

AGRADECIMENTOS

À Professora Sandra Neves, pela disponibilidade e paciência que demonstrou durante este percurso, e pela excelente orientação que permitiu o meu crescimento profissional e pessoal.

Às instituições de saúde e enfermeiras orientadoras que me ajudaram neste desafio de me tornar Enfermeira Especialista e Mestre.

Às pessoas que cuidei e que cuido, que com as suas histórias de vida transmitiram ensinamentos que me fizeram crescer como pessoa e como profissional.

Ao meu marido, que foi o impulsionador deste desafio e que ao longo de todos os momentos e adversidades sempre teve para comigo palavras de incentivo e amor.

Aos meus filhos, que souberam compreender as circunstâncias da minha ausência e foram uma força para mim ao longo deste percurso.

Ao meu querido Pai, pelo seu apoio e amor incondicional.

SIGLAS

BO – Bloco Operatório

CH – Centro Hospitalar

CI – Cuidados Intensivos

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CP – Cuidados Paliativos

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EE – Enfermeiro Especialista

EIHSCP – Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

EONS – *European Oncology Nursing Society*

ESCP – Equipa de Suporte em Cuidados Paliativos

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SMI – Serviço de Medicina Intensiva

SMI – UNC – Serviço de Medicina Intensiva - Unidade Neurocrítica

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

RESUMO

O presente relatório foi desenvolvido tendo por base a metodologia do trabalho de projeto, onde ao longo do mesmo é descrita a sua finalidade, objetivos e atividades realizadas em 3 campos de estágio que possibilitaram o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas áreas da Pessoa em Situação Paliativa e Crónica, assim como as competências descritas pela *EONS* e Descritores de *Dublin*.

Na UCI, a pessoa internada pode enfrentar uma situação de doença aguda ou terminal que pode levar à morte. Torna-se assim essencial, alertar para finitude da vida como um processo inevitável e a importância de cuidar da pessoa em situação paliativa e da sua família, sendo este cuidado uma parte importante no trabalho de uma equipa de CI.

Perante a problemática, surgiu a questão “Quais as intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em situação paliativa em Cuidados Intensivos?”, que esteve na base da revisão *scoping* efetuada. As atividades desenvolvidas nos estágios visaram a identificação das necessidades da pessoa em situação paliativa e família, assim como de intervenções de enfermagem promotoras do conforto nos diferentes contextos (físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental). Para tal mobilizou-se a evidência obtida na revisão da literatura, complementando-a com a observação e colaboração na prestação de cuidados, entrevistas semi-estruturadas a peritos, reflexão sobre a e na ação com recurso ao ciclo de *Gibbs* e estudos de caso. Estes contributos consubstanciaram-se num guia de apoio à prática dos enfermeiros de uma UCI.

A atuação da equipa de enfermagem nesta população é complexa pelo que se torna importante o investimento na área dos CP para que seja possível o caminho para o cuidado de excelência.

Palavras-Chave: Pessoa com Doença Oncológica, Intervenções de enfermagem, Cuidados Paliativos, Cuidados Intensivos, Fim de Vida

ABSTRACT

This report was developed based on the methodology of the project work, where its purpose, objectives and activities carried out in 3 internship fields are described throughout, which enabled the development of common and specific skills of the specialist nurse in Medical-Surgical Nursing in the areas of the Person in Palliative and Chronic Situation, as well as the competencies described by the *EONS* and *Dublin* Descriptors.

In the ICU, the hospitalized person may face a situation of acute or terminal illness that can lead to death. It thus becomes essential to raise awareness of the finitude of life as an inevitable process and the importance of caring for the person in a palliative situation and their family, as this care is an important part of the work of an ICU team.

Faced with this problem, the question arose "What are the nursing interventions for people with cancer in a palliative situation in Intensive Care?", which was the basis of the scoping review carried out. The activities developed in the internships aimed at identifying the needs of the person in palliative care and the family, as well as nursing interventions that promote comfort in different contexts (physical, psycho-spiritual, socio-cultural, and environmental). To this end, the evidence obtained from the literature review was mobilized, complementing it with observation and collaboration in the provision of care, semi-structured interviews with experts, reflection on and in action using the *Gibbs* cycle and case studies. These contributions were embodied in a guide to support the practice of nurses in an ICU.

The performance of the nursing team in this population is complex, which makes it important to invest in Palliative Care so that the path to excellent care is possible.

Key words: Cancer patients, Nursing Interventions, Palliative Care, Intensive Care, End of Life

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	14
1.1 A pessoa com doença oncológica em situação paliativa em cuidados intensivos	14
1.2 Intervenção de enfermagem à pessoa em situação paliativa em cuidados intensivos	16
2. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS	20
2.1 Metodologia	20
2.2 Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos	22
2.3 Serviço de medicina intensiva	32
2.4 Serviço de medicina intensiva – unidade neurocrítica	39
3. AVALIAÇÃO	49
3.1 Análise <i>SWOT</i>	51
3.2 Contributos da implementação do projeto na melhoria da qualidade dos cuidados prestados	52
3.3 Limitações da implementação do projeto	52
4. CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO	54
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	56

Apêndices

Apêndice I: Revisão *Scoping*

Apêndice II: Reflexão Crítica – Estágio EIHSCP

Apêndice III: Estudo de Caso – Estágio SMI

Apêndice IV: Guião da entrevista

Apêndice V: Consentimento informado livre e esclarecido

Apêndice VI: Questionário

Apêndice VII: Formação

Apêndice VIII: Guia de Apoio à Prática

Apêndice IX: Reflexão Crítica – Estágio SMI-UNC

INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi realizado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório, inserida no 13º Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Doença Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Este tem como finalidade apresentar de forma crítica e reflexiva o percurso de aquisição, desenvolvimento e integração de conhecimentos científicos, técnicos e relacionais no domínio da enfermagem oncológica, e que traduzem a aquisição de competências especializadas e de mestre, com o objetivo de obtenção destes mesmos títulos.

Com a realização do curso é esperada a aquisição de competências preconizadas pelos descritores de *Dublin* (Decreto-Lei n.º 74/2006, 2006) para a habilitação de grau de mestre no 2º Ciclo de formação, assim como de competências comuns do enfermeiro especialista (EE) (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e das competências específicas de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Para a elaboração deste relatório foram definidos os seguintes objetivos: descrever a realização do projeto; analisar e refletir sobre o desenvolvimento das competências comuns de EE e específicas de EE em Enfermagem Médico-cirúrgica, à Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, de Mestre; e analisar de que forma a implementação do projeto e os seus resultados contribuíram para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem.

O percurso realizado foi baseado na metodologia de projeto, com a elaboração de um projeto de intervenção com foco num problema identificado no serviço onde exerço funções. Neste serviço são prestados cuidados a pessoas com doença oncológica e não oncológica em contexto de cuidados intensivos. O objetivo dos cuidados intensivos (CI) é ajudar a pessoa gravemente doente a sobreviver tendo a vantagem da tecnologia avançada e de cuidados específicos. No entanto, verifica-se que aproximadamente 20% dos doentes admitidos em UCI não sobrevivem após cessação de medidas de suporte de vida (Elliot, Aitken, & Chaboyer, 2012). Nesta perspetiva, é possível afirmar que também existem pessoas doentes em fim de vida em CI em que o objetivo dos cuidados prestados

visa a melhor qualidade de vida, através do controlo dos sintomas e da promoção do conforto.

Não obstante, ao longo de 14 anos de exercício profissional entre Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) e Bloco Operatório (BO), curar a doença e evitar a morte tornou-se o fator mais importante dos cuidados e, como consequência, assisti muitas vezes a um prolongar da vida e do sofrimento humano, mesmo quando a recuperação já não se revelava possível. Tal facto alertou-me para a necessidade de assegurar uma ajuda efetiva à pessoa que está a morrer e à sua família e preocupa-me igualmente a ausência de individualização nos cuidados à pessoa doente em situação paliativa em cuidados intensivos.

A metodologia de projeto foi a base para o trabalho desenvolvido, e define-se como “um conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para estudar qualquer aspeto da realidade social, que permite prever, orientar e preparar o caminho que os intervenientes irão fazer (...) centrando-se na investigação, análise e resolução de problemas” (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010, p.4). A metodologia de projeto compreende as seguintes etapas: elaboração do diagnóstico de situação, planificação das atividades, meios e estratégias, execução das atividades planeadas, avaliação e divulgação dos resultados (Ruivo et al, 2010).

Com a elaboração de um diagnóstico de situação, pretende-se realizar uma descrição do problema identificado e sobre o qual pretendemos atuar, implementando mudanças (Ruivo et al., 2010). De forma a elaborar um diagnóstico de situação, realizei levantamento de dados da Unidade onde exerço funções e uma auscultação das dificuldades experienciadas pela equipa de enfermagem na prestação de cuidados à pessoa doente em situação paliativa internada na unidade. Os dados foram facultados pela médica coordenadora do Serviço de Medicina Intensiva – Unidade Neurocrítica (SMI-UNC), que teve conhecimento do projeto, dando a permissão para a utilização destes dados de forma informativa. No ano de 2021, o SMI-UNC apresentou 81 óbitos correspondendo a uma taxa de mortalidade de 12,5%, sendo que cerca de 16% (13 óbitos) decorreram na sequência de doença oncológica. Foram ainda acompanhadas 29 pessoas submetidas a cirurgia a gliomas de alto grau e 29 pessoas submetidas a cirurgia a metástases cerebrais. Confrontando estes dados com o que a evidência refere em relação ao prognóstico destas doenças, em que a sobrevivência destas pessoas é limitada entre

6 a 15 meses nos casos de gliomas de alto grau (Liang, Lv, Lu, Ye, Chen, Fu, Luo & Zhao, 2020), poder-se-á afirmar que no ano de 2021 foram acompanhadas no serviço mais de 120 pessoas cujo prognóstico era inferior a um ano de vida. Desta forma, é importante atender às necessidades da pessoa doente em situação paliativa e sua família de forma a praticar cuidados de excelência que promovam o conforto e a melhor qualidade de vida dos mesmos. Relativamente à auscultação à equipa de enfermagem, esta referiu dificuldades na transmissão e gestão das más notícias e no controlo de sintomas, o que indica uma necessidade formativa e de orientação e capacitação para a promoção do conforto à pessoa em situação paliativa em CI. Foi também realizada uma análise *SWOT* sendo as fraquezas identificadas: a falta de formação dos profissionais de enfermagem na área da pessoa em situação paliativa, a inexistência de um protocolo / plano de trabalho formal relacionado com os cuidados a prestar à pessoa em situação paliativa em CI e a existência de lacunas nos registos de enfermagem.

Assim, surgiu a necessidade de desenvolver um projeto de intervenção na área dos cuidados de enfermagem à pessoa com doença oncológica em situação paliativa em CI, que teve por base a seguinte questão de investigação: Quais as intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em situação paliativa em cuidados intensivos? De forma a responder à mesma planeou-se um conjunto de atividades, com objetivos específicos e os resultados esperados, integrando a aquisição das competências, assim como foi aprofundado o tema com base numa revisão bibliográfica nas bases de dados científicas *MEDLINE* e *CINAHL*, e noutras fontes.

O conforto é parte integrante dos cuidados de enfermagem durante todo o ciclo vital, devendo o enfermeiro atribuir uma importância extrema no cuidar. O processo de conforto caracteriza-se pela visão holística da pessoa doente e pelo planeamento dos cuidados em parceria com a pessoa/família e restantes atores, com base no compromisso, intencionalidade e mutualidade (Faria, Pontífice-Sousa & Gomes, 2018). Em CI, a pessoa doente encontra-se numa situação de dependência e fragilidade, e nas situações de doença irreversíveis, o papel do enfermeiro está focado na promoção do conforto da pessoa e família.

De forma a orientar a prestação de cuidados é primordial o recurso a um referencial teórico, e neste tema a teoria que mais se adapta é a teoria do conforto de Kolcaba. Segundo Kolcaba (2003), o conforto pode ser definido como “a experiência

imediate e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental” (Kolcaba, 2003, p.14).

A implementação deste projeto pretende dar resposta à problemática identificada, com o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa doente em situação paliativa internada na UCI e que sejam promotores de conforto para estas pessoas e famílias. Com a implementação deste projeto pretendo capacitar a equipa de enfermagem para o cuidado de excelência à pessoa doente em situação paliativa, através da formação.

O relatório encontra-se dividido em quatro partes: a primeira parte refere-se ao enquadramento teórico da intervenção de enfermagem à pessoa em situação paliativa em CI, orientados pelos princípios da Teoria do Conforto de Kolcaba; a segunda parte descreve o percurso efetuado durante os campos de estágio, com reflexão crítica das atividades desenvolvidas, tendo por base a evidência científica, assim como o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, e de Mestre; no terceiro capítulo irão ser abordados pontos fortes e fracos, limitações do projeto e seus contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados; e no último capítulo, é apresentada uma síntese e a importância do percurso realizado, assim como perspetivas futuras, as dificuldades encontradas e estratégias escolhidas para ultrapassar as mesmas.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O percurso para a aquisição e desenvolvimento de competências na área de enfermagem implica uma pesquisa aprofundada do tema em estudo, com base na evidência científica e inserido num quadro conceptual. No início deste percurso comecei por realizar uma pesquisa da bibliografia disponível na escola/universidade, no repositório científico de acesso aberto em Portugal, de motores de busca, como a EBSCO referentes ao tema da pessoa com doença oncológica em situação paliativa em CI, que é apresentado de seguida. Foi elaborada uma revisão *scoping*, de acordo com a metodologia do *Joanna Briggs Institute* (JBI, 2020) (Apêndice I), recorrendo à plataforma *EBSCOhost*, onde foi realizada uma pesquisa nas bases de dados *CINAHL* e *MEDLINE*.

1.1 A pessoa com doença oncológica em situação paliativa em cuidados intensivos

O crescente envelhecimento mundial é consequência do aumento da esperança média de vida, com consequente incremento do número de idosos com doenças crónicas, em especial doenças oncológicas, com risco de perda da funcionalidade pelos eventos de crise na trajetória da doença, e que em algum momento podem necessitar de cuidados em UCI (Guimarães, 2018).

Nas UCI's, a pessoa internada pode enfrentar uma situação de doença aguda ou terminal que pode levar à morte (Utami, Pujianto, Setyawan, Naviati & Rochana, 2020). Com o investimento intensivo na pessoa doente, segundo Bittencourt (2007), passamos a ver uma morte medicalizada levando desnecessariamente a uma obstinação terapêutica, em que se tenta prolongar a vida do doente sem olhar à sua qualidade de vida naquele momento ou futuramente. O facto de se adiar a morte e prolongar o sofrimento, cria conflitos tanto morais como éticos, e realça as dificuldades e desafios colocados diariamente aos profissionais destas unidades, no âmbito das tomadas de decisões e da autonomia da pessoa doente (Soares, 2007). Nesta perspetiva, é possível afirmar que também existem pessoas doentes em fim de vida em CI sendo necessário alertar os profissionais para a finitude da vida como um processo inevitável e o cuidado

destas pessoas uma parte importante no trabalho de uma equipa de CI (Jensen, Halvorsen, Jerpseth, Fridh & Lind, 2020).

Quando a doença se torna irreversível, o cuidar da pessoa doente passa a focar-se na promoção de um maior conforto no fim de vida. A pessoa em fim de vida é aquela que é portadora de doença grave, que ameace a vida, em fase avançada, incurável e irreversível e com prognóstico vital estimado de 6 a 12 meses (Lei n.º 31/2018, 2018). Bennett, Davies & Higginson (2010), acrescentam que o termo fim de vida refere-se ao último ano de vida, mais especificamente aos últimos meses de vida, combinados com um declínio do estado de saúde, com a redução da função, o aumento da sintomatologia e o prognóstico clínico.

O interesse pela qualidade de vida e pelo alívio do sofrimento da pessoa doente em fim de vida com doença crónica em fase avançada levou ao desenvolvimento de uma área especializada de cuidados e conhecimento designada de Cuidados Paliativos (CP).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), os CP procuram melhorar a qualidade de vida dos doentes, das suas famílias e cuidadores pela prevenção e alívio do sofrimento, através da identificação precoce, diagnóstico e tratamento adequado da dor e de outros problemas, sejam estes físicos, psicológicos, sociais ou espirituais (WHO, 2020). Concomitantemente, os CP devem respeitar a autonomia, a vontade, a individualidade, a dignidade da pessoa e a inviolabilidade da vida humana (Lei n.º 52/2012, 2012).

É importante salientar que, inicialmente estes cuidados destinava-se apenas às pessoas com cancro, nos estadios terminais desta doença. No entanto, com o desenvolvimento crescente dos CP e por questões de éticas, passaram a abranger as pessoas de todas as idades em sofrimento (e as suas famílias) por todas as doenças graves/crónicas/complexas/progressivas em todos os ambientes de cuidados (Lei n.º 52/2012, 2012).

Relativamente aos recursos disponíveis em CP, estes estão organizados por equipas a nível local: Unidade de Cuidados Paliativos, Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos e Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos. Estas equipas multiprofissionais, integrantes e contratualizadas com a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), estão articuladas entre si e com a coordenação regional, sendo que outras unidades funcionais do Sistema Nacional de Saúde podem

realizar ações paliativas, de acordo com orientação técnica da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (Lei n.º 52/2012, 2012).

Segundo Neto (2010), a intervenção dos CP, personalizada e adaptada a cada situação, assenta em quatro pilares fundamentais: o controlo de sintomas, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas; a comunicação adequada, com a pessoa doente e sua família; apoio à família, durante a doença e depois da morte da pessoa doente; e trabalho em equipa, integrando as intervenções de todos os profissionais envolvidos para dar resposta às necessidades da pessoa doente e família. “Estas quatro vertentes devem ser encaradas numa perspetiva de igual importância, pois não é possível praticar Cuidados Paliativos de qualidade se alguma delas for subestimada” (Neto, 2010, p.6). Embora a prestação de CP seja apenas possível num contexto multidisciplinar, torna-se urgente evidenciar o trabalho do enfermeiro no contexto dessa mesma equipa, distinguindo a sua área de trabalho. O enfermeiro encontra-se numa situação privilegiada em relação aos cuidados já que acompanha o doente nas 24 horas do dia, relaciona-se mais de perto com os familiares, e desta forma permite realizar uma avaliação inicial ao pormenor, desenvolver uma relação terapêutica profunda, planear e implementar as suas intervenções com a pessoa doente e família.

A permanência numa UCI pode ser uma experiência muito angustiante, tanto para a pessoa doente como para a família. Desta forma, torna-se importante a intervenção de enfermagem na promoção do conforto dos mesmos tendo por base a melhor evidência científica. Por esse motivo, para um melhor cuidado à pessoa doente em fim de vida, é de extrema importância a formação na área dos CP e essencial ter padrões para a representação da prática da Enfermagem nos sistemas de informação da saúde, e para o desenvolvimento de uma compreensão do trabalho da enfermagem no âmbito dos CP.

1.2 Intervenção de enfermagem à pessoa em situação paliativa em cuidados intensivos

Em cuidados intensivos, quando a pessoa doente passa para uma situação irreversível e entra numa etapa de fim de vida, o objetivo primário é o bem-estar permitindo uma morte digna e tranquila através de ações paliativas, ou seja, através de medidas terapêuticas, sem intenção curativa, que visam diminuir as repercussões

negativas da doença sobre o bem-estar da pessoa (Moritz, Lago, Souza, Silva, Meneses, Othero, Machado, Piva, Dias, Verdeal, Rocha, Viana, Magalhães & Azeredo, 2008).

No contexto de CI as ações paliativas passam por planejar todas as intervenções com a equipa, família e pessoa doente, se possível; privilegiar uma comunicação adequada; oferecer apoio à família; permitir a flexibilidade das visitas; controlar os sintomas e promover o conforto à pessoa doente; e visar a não maleficência através da suspensão de tratamentos fúteis, que prolonguem o morrer, e a adequação dos tratamentos não fúteis, como a sedo analgesia e reavaliação suporte ventilatório (Moritz et al, 2008). Segundo Metaxa, Anagnostou, Vlachos, Arulkumaran, Bensemmane, Dusseldorp, Aslakson, Davidson, Gerritsen, Hartog & Curtis (2021), as intervenções de enfermagem abrangem a tomada de decisão centrada na pessoa doente e na família, a comunicação, a continuidade dos cuidados, o apoio emocional para a pessoa doente e familiares, o controlo de sintomas e cuidados de conforto e o apoio espiritual.

O conforto, de acordo com Katharine Kolcaba, pode ser definido como “a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental)” (Kolcaba, 2003, p.14). Os três estados de conforto definidos por Kolcaba são: o alívio, a tranquilidade e a transcendência (Kolcaba, 1991). O alívio é definido como a experiência de ter uma necessidade específica atendida, permitindo o retorno à situação anterior ou uma morte pacífica. A tranquilidade é definida como um estado de calma ou satisfação, sendo condição necessária para um desempenho eficiente. A transcendência é definida como o estado em que é possível superar os problemas ou a dor. A característica que diferencia a transcendência dos estados de alívio e de tranquilidade, é o potencial da pessoa doente para um ótimo desempenho no final. Estes 3 estados de conforto podem ser atingidos com a intervenção da enfermagem através de ações que visem o melhor em prol da pessoa doente.

De acordo com a teoria do Conforto da Kolcaba (2003), existem 4 contextos diferentes em que a experiência do conforto se pode desenvolver: físico, psico-espiritual, sociocultural e ambiental. O contexto físico diz respeito às sensações corporais tais como o descanso, relaxamento, níveis de hidratação e nutrição, oxigenação, eliminação adequados, dor e posicionamentos. O contexto psico-espiritual, corresponde à consciência interna de si próprio e inclui a autoestima, autoconceito, sexualidade e

significado da vida. O contexto sociocultural abrange as relações interpessoais, familiares e sociais, e engloba os aspetos financeiros e informacionais da vida social. O contexto ambiental diz respeito às condições do meio envolvente, como a luz, sons, equipamento, cor, temperatura e elementos naturais ou artificiais do meio (Kolcaba, 2003). Aquando do internamento, é importante reconhecer doentes em situação paliativa de forma a garantir cuidados baseados na melhor evidencia científica e ajustados às necessidades da pessoa doente em fim de vida, proporcionando uma melhor qualidade de vida e privilegiando o conforto, controlo de sintomas e apoio à família.

Tendo por base a revisão *scoping* realizada (Apêndice I) e da análise dos resultados, as intervenções foram categorizadas de acordo com os contextos referidos na Teoria do Conforto de Kolcaba. No contexto físico, as intervenções de enfermagem assentam em aliviar desconfortos físicos como a dor mediante o uso dos analgésicos e/ou sedativos e através de medidas não farmacológicas como a massagem, os quais podem proporcionar uma morte tranquilidade e com dignidade, tal como é corroborado por Silva, Pereira & Mussi (2015). No final de vida os opióides são o fármaco de eleição para dispneia (Coelho & Yankaskas, 2017; Bloomer, Ranse, Butler & Brooks, 2022; Munro & Savel, 2018).

As intervenções de enfermagem no contexto psicoespiritual passam por procurar o interesse da família no envolvimento de líderes religiosos/espirituais/culturais para apoio familiar contínuo e para apoio da pessoa doente assim como o apoio emocional ou psicológico (Coelho et al, 2022). Desta forma, a compreensão das crenças espirituais da pessoa doente e dos seus familiares é um fator importante para identificar as suas necessidades psicossociais e espirituais (Coelho & Yankaskas, 2017).

O contexto sociocultural, estando direcionado para as relações interpessoais, dirige as intervenções de enfermagem para favorecer a presença constante da família ao lado daquele que está a morrer, mesmo que isso implique flexibilizar as normas e rotinas hospitalares (Silva et al, 2015). Concomitantemente o enfermeiro poderá encaminhar para o serviço social ou outro serviço de apoio ao luto para apoio contínuo da família posteriormente (Bloomer et al, 2022). Por outro lado, a necessidade de uma comunicação eficaz é descrita, tal como é referido por Metaxa et al (2021), através de reuniões familiares onde é realizada uma avaliação das necessidades e preferências da pessoa doente e da família, assim como perceber as preocupações dos mesmos incentivando à partilha de sentimentos (Bloomer et al, 2022).

Relativamente às intervenções de enfermagem no contexto ambiental, estas passam por providenciar privacidade e um espaço para a pessoa doente e/ou família, oferecendo a realocação para um quarto individual (Bloomer et al, 2022, Jensen et al, 2020). Já Cook & Rocker (2014), consideram importante a preparação do quarto da pessoa, com luminosidade e temperatura adequada, assim como a existência de equipamento necessário para a permanência dos familiares no quarto.

Os cuidados individualizados à pessoa em situação paliativa em cuidados intensivos ganham cada vez mais importância, já que embora não se possa oferecer a esperança em situações irreversíveis da doença, podemos oferecer a esperança de uma morte digna (Coelho & Yankaskas, 2017). Em cuidados intensivos o envolvimento de uma equipa capacitada para a prestação de ações paliativas e com formação em CP incluiu intervenções mais multifacetadas, como identificação daqueles com necessidades de cuidados paliativos, participação em reuniões familiares e reuniões multidisciplinares (Metaxa et al, 2021). Desta forma, torna-se importante a intervenção de enfermagem tendo por base a melhor evidência científica para um melhor cuidado à pessoa doente em fim de vida. As orientações para o cuidado em enfermagem da pessoa em fim de vida em UCI são necessárias, juntamente com discussões mais amplas sobre outras práticas de enfermagem, e por isso o cuidado em fim de vida específico em UCI deveria ser incorporado como parte da formação dos enfermeiros em UCI (Jang, Park, Kim & Chang, 2019).

2. EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES PREVISTAS

Ao longo deste capítulo irá ser descrita a metodologia utilizada no projeto e nas principais atividades realizadas nos três estágios, e que permitiram desenvolvimento de competências de EE, da *European Oncology Nursing Society* (EONS) e de Mestre.

2.1. Metodologia

As competências em enfermagem são desenvolvidas a partir da prática e da reflexão contínua, sendo por isso os estágios de extrema importância uma vez que permitem a articulação de conhecimentos desenvolvidos na formação específica com a prática, e consequentemente o desenvolvimento de competências. Foram realizados estágios em três instituições distintas entre 3 de outubro de 2022 e 10 de fevereiro de 2023, sendo eles: Equipa Intra – hospitalar de suporte em cuidados paliativos (EIHSCP) de um hospital público, Serviço de Medicina Intensiva (SMI) de um hospital privado e Serviço de Medicina Intensiva – Unidade Neurocrítica (SMI-UNC) de um hospital público.

Em todos os campos de estágio surgiram várias oportunidades de aprendizagem assim como momentos de reflexão e análise, com elaboração de reflexões e estudo de caso, e a realização de uma sessão de formação dirigida à equipa de enfermagem do SMI – UNC subordinado ao tema da pessoa em situação paliativa em cuidados intensivos. Contudo, existiram momentos de maior dificuldade de adaptação em que tive de ajustar comportamentos para ultrapassar os obstáculos que surgiram.

Relativamente à execução das atividades planeadas, esta permite, segundo Ruivo et al. (2010), materializar a implementação do projeto. Para a execução das atividades e na elaboração dos indicadores de resultado foram utilizadas diferentes metodologias tais como: a elaboração de uma revisão *scoping*, de acordo com a metodologia *do JBI* (2020), a observação participante, a elaboração de notas de campo, as entrevistas semi-estruturadas a peritos, a realização de um guia com as intervenções de enfermagem identificadas nos três estágios, a realização de um estudo de caso e reflexões de acordo com o Ciclo Reflexivo de Aprendizagem de *Gibbs*.

A elaboração da revisão *scoping* (Apêndice I) permitiu mapear as evidências no âmbito das intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em situação paliativa em cuidados intensivos.

As entrevistas semi-estruturadas a peritos foram realizadas de forma a identificar as necessidades da pessoa com doença oncológica em situação paliativa e sua família nos diferentes contextos da Teoria do Conforto de Kolcaba (2003), e as intervenções de enfermagem a estas pessoas e famílias. Posteriormente foi elaborado um guia de apoio à prática com intuito de uniformização dos cuidados à pessoa com doença oncológica em situação paliativa no SMI-UNC, nunca descurando a individualidade da pessoa doente e sua família, nunca esquecendo que cada caso é um caso.

Durante os estágios foram realizadas reflexões tendo por base o ciclo reflexivo de *Gibbs* e um estudo de caso. O estudo de caso é uma abordagem metodológica de investigação, especialmente adequada quando se procura compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão envolvidos diversos fatores, em que os “casos” podem ser indivíduos, grupos, organizações ou comunidades passíveis de estudo (Figueiredo & Amendoeira, 2018). Um estudo de caso oferece a possibilidade de um alargamento da visão sobre o indivíduo na sua integridade e no seu contexto, e neste caso esta estratégia permitiu uma reflexão sobre as intervenções de enfermagem na pessoa com doença oncológica em situação paliativa e a sua análise crítica e reflexiva.

O ciclo reflexivo de *Gibbs* estrutura o processo de aprender a partir da experiência através de seis etapas: descrição, sentimentos, avaliação, análise, conclusões e planeamento da ação (Gibbs, 2013). Desta forma, com a elaboração das reflexões tendo por base o ciclo reflexivo de Gibbs, foi realizada uma reflexão fundamentada acerca de uma experiência de ensino clínico de forma a adquirir e aprofundar os meus conhecimentos relativos às intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em situação paliativa.

De seguida irá ser apresentada para cada campo de estágio uma descrição pormenorizada de cada objetivo definido, das atividades realizadas e dos indicadores de resultados estabelecidos previamente.

2.2. Equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos

O primeiro estágio foi realizado na EIHS CP de um Hospital Público em Lisboa e decorreu de 3 de outubro de 2022 a 4 de novembro de 2022. A escolha desta instituição prende-se com o facto de ser uma unidade de intervenção especializada em CP, com acompanhamento situações de doença prolongada, incurável e progressiva com o objetivo de controlo sintomático e promoção do bem-estar e qualidade de vida da pessoa doente e seus familiares. O estágio neste local permitiu, através da colaboração nos cuidados prestados à pessoa em situação paliativa, identificar as necessidades da pessoa com doença oncológica assim como as intervenções de enfermagem associadas.

Este estágio teve como **objetivo geral “desenvolver competências de Enfermeiro Especialista ao nível do cuidado à pessoa com doença oncológica em situação paliativa e sua família”**. O objetivo geral foi dividido em três objetivos específicos, que foram atingidos através da realização das atividades planeadas.

O **primeiro objetivo específico** foi **“conhecer a equipa multidisciplinar do serviço e a sua dinâmica organizacional e funcional”** e as primeiras atividades foram a apresentação do projeto à equipa nomeadamente os objetivos e atividades a desenvolver, e a consulta de protocolos, normas e diretrizes do serviço.

A EIHS CP do Centro Hospitalar (CH) tem como horário de funcionamento das 8h às 20h e é uma equipa multidisciplinar que presta aconselhamento e apoio diferenciado em CP à pessoa doente e sua família assistida nos vários serviços do CH, assim como articula-se com outras unidades externas à instituição e equipas da instituição, numa ótica de complementaridade, tendo atividade:

- Consultoria às equipas de Cuidados de Saúde Primários da área de abrangência do Centro Hospitalar;
- Apoio ao internamento, prestando assistência na execução do plano individual de cuidados à pessoa doente internada decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, sempre que seja solicitada a sua atuação;
- Consulta em Ambulatório;
- Apoio telefónico à pessoa doente no domicílio;
- Apoio psicossocial à pessoa doente e sua família;

- Apoio psicossocial às famílias enlutadas.

Para além das atividades referidas, a EIHSCP também realiza formação para os profissionais do CH e investigação na área dos CP.

A equipa multidisciplinar é constituída por: uma Administrativa, uma Enfermeira-Chefe (com Mestrado em Cuidados Paliativos, Especialidade em Enfermagem Reabilitação), seis Enfermeiras (Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica, Mestrado em Saúde Pública, Pós-graduação em Cuidados Paliativos, Formação em Luto), três Médicas (Mestrado em Cuidados Paliativos, Competência Medicina Paliativa), três Assistentes Sociais (dois elementos pelo “Programa Humaniza”), uma Psicóloga e três Auxiliares de Ação Médica. É uma equipa multidisciplinar com espaço próprio para a coordenação das suas atividades, sendo que relativamente ao espaço físico, a unidade é constituída por: uma sala de espera, uma sala de trabalho da equipa multidisciplinar, uma sala com 2 boxes para procedimentos/técnicas, 4 gabinetes de consulta multidisciplinar.

O **segundo objetivo específico** delineado foi **“prestar cuidados direcionados à pessoa com doença oncológica em situação paliativa e sua família”** tendo como atividades a colaboração na prestação de cuidados de enfermagem e identificar as necessidades da pessoa em situação paliativa assim como a realização de uma reflexão crítica relativa aos cuidados prestados (Apêndice II). Durante o estágio foi possível assistir a consultas de admissão e de acompanhamento assim como assistir e realizar o acompanhamento da EIHSCP aos vários serviços de internamento do CH.

A consulta de enfermagem é realizada tendo por base o processo de enfermagem, com o levantamento de necessidades da pessoa doente e família, planeamento, intervenções, avaliação, através da utilização das escalas *ESAS* (Edmonton Symptom Assesment System), *Braden e Morse*. Em contexto de consulta também são realizados procedimentos/técnicas, administração de fármacos, ensinios à pessoa doente e família.

O método de trabalho utilizado é o de enfermeiro responsável e os registos de enfermagem são informatizados de acordo com linguagem *CIFE* no sistema informático *Glintt*.

Nas visitas à pessoa doente no internamento assim como em consulta foram identificados e avaliados os sintomas descontrolados tais como dor, dispneia e desconforto abdominal com aplicação da escala *ESAS*. A *ESAS* é um instrumento de autorrelato da intensidade de nove sintomas mais comuns na situação oncológica

avançada (dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, bem-estar, falta de ar), com a opção de adicionar um décimo sintoma específico da pessoa doente (AHS, 2019). São utilizadas para avaliação dos sintomas as escalas numéricas de 11 pontos, sendo que as pontuações mais altas representam a pior intensidade do sintoma (AHS, 2019). O facto de ser prática e de fácil aplicação, a utilização desta escala, permite identificar os problemas da pessoa doente, envolvendo-a na avaliação dos sintomas, assim como ser utilizada como ferramenta de ensino à pessoa doente (AHS, 2019). Assim sendo, o objetivo da *ESAS* é compreender a perspetiva da pessoa doente em relação aos sintomas de forma a ajudar a direccionar o tratamento e a avaliar os efeitos do mesmo (AHS, 2019).

Nas consultas realizadas foi avaliado o grau de dependência e as necessidades de cuidados à pessoa doente tal como a necessidade de apoio socio-familiar, através da recolha de informação da história familiar atual, e apoio psicoemocional, através de uma escuta ativa sobre os problemas ou preocupações referidas pela pessoa doente e família, com vista a obter o máximo de satisfação da pessoa doente e família. Este olhar aprofundado durante a avaliação em consultas resultou numa intervenção individual e personalizada, na qual a pessoa foi vista como um ser único e não como um conjunto de sinais e sintomas, e que apresenta necessidades de conforto em vários contextos como é corroborado pela revisão *scoping* elaborada (Apêndice I).

Durante o estágio, tive uma situação que teve um grande impacto tanto a nível pessoal uma vez que foi recordada uma situação de sofrimento perante o diagnóstico de cancro, como profissional no sentido de desenvolver estratégias de comunicação nestas situações.

Trata-se de um rapaz jovem e uma família que experiencia algo que nunca esperava acontecer nesta fase da vida. O R. é um rapaz de 20 anos que vive com os pais, estudante e aos fim-de-semana trabalha numa gelataria porque quer juntar algum dinheiro para comprar o que deseja, não sobrecarregando os pais com despesas. Em final agosto de 2022 foi diagnosticado com Sarcoma de *Ewing* da 7ª costela esquerda, com aumento da massa tumoral com compressão cardíaca do ventrículo esquerdo na última ressonância magnética realizada. O R. foi referenciado para a EIHS CP pelo serviço de Oncologia por descontrolo sintomático. Nesta 1ª consulta em que estive presente, dirigida por uma médica e pela orientadora clínica, o R. veio acompanhado pela mãe e foi

possível conhecer a história do R. e registrar todos os dados numa folha de colheita de dados protocolada no serviço. Durante a consulta, o R. apresentava-se com aspeto emagrecido, asténico, com um olhar pesaroso, e foi a mãe que comunicou com a equipa tudo o que o seu filho sentia e tinha expressado com toda a situação vivenciada e com o início da quimioterapia. Não vou negar que foi uma consulta difícil uma vez que, por mais que tentasse não me colocar no lugar daquela mãe, o meu pensamento sempre foi “e se fosse com os meus filhos?” Neste tipo de situações existem riscos que estão presentes para os profissionais como a “contratransferência”. Uma das competências de comunicação em CP é o reconhecimento da contratransferência (Datta – Barua & Hauser, 2018). Na comunicação, a pessoa doente apresenta sentimentos em relação ao profissional assim como sentimentos relativos a situações significativas na sua vida, tratando-se de um processo de transferência (Datta – Barua & Hauser, 2018). A contratransferência refere-se aos sentimentos que o profissional tem sobre a pessoa doente assim como sentimentos experienciados no seu passado (Datta – Barua & Hauser, 2018). Esta situação despertou a necessidade de compreender o melhor possível o que esta mãe estaria a experienciar, desenvolvendo uma empatia com a mesma, provocando uma reação de contratransferência. Simultaneamente estes processos de transferência e contratransferência também permitem obter as preocupações e/ou necessidades da pessoa doente e família (Datta – Barua & Hauser, 2018).

Nesta mesma consulta, o R. tinha consigo uma Cintigrafia que tinha realizado, mas que ainda não tinha lido o relatório. Nessa cintigrafia documentava uma metástase cerebral. Antes de a médica transmitir o resultado facultou o relatório à equipa de enfermagem. Quando li, pensei: “como irá transmitir o resultado?” A comunicação de más notícias pode ser um desafio para qualquer membro da equipa multidisciplinar por diversos motivos, desde crenças pessoais a sentimentos de inadequação ou culpa (Yazdanparast, Arasteh, Ghorbani & Davoudi, 2021). A médica sentou-se ao lado do R. e nós, equipa de enfermagem, assim o fizemos também de forma que o R. se sentisse apoiado e que não estava sozinho. Depois de ser explicado o resultado, ficou um silêncio que senti como ensurdecador, contudo o silêncio é outra competência em comunicação. O silêncio é utilizado em situações de transmissão de más notícias ou conversas difíceis dando tempo e espaço mental para o profissional refletir enquanto também recolhe informações úteis (Datta – Barua & Hauser, 2018). Da mesma forma, o silêncio deliberado

permite que a pessoa doente e/ou família tenham reações não verbais de forma mais imediata do que as reações verbais, podendo facilitar na interpretação das preferências, preocupações ou receios dos mesmos (Datta – Barua & Hauser, 2018).

Após este silêncio, o R. não esboçou qualquer expressão, e a mãe é que colocou as suas dúvidas e questões. Perante esta necessidade de informação sobre o estado de saúde, o enfermeiro vê a sua intervenção baseada numa escuta ativa, em verificar o que a família sabe ou quer saber acerca de determinada questão, cuidar da pessoa doente assim como demonstrar disponibilidade para escutar a família, e transmitir a informação à equipa de forma a dar continuidade aos cuidados (Anderson & Turner, 2020). O R. foi questionando se tinha alguma dúvida ou em que poderíamos ajudar, mas este não estava aberto para o diálogo. De acordo com Parpa, Kostopoulou, Tsilika, Galanos & Mystakidou (2019), a pessoa com doença oncológica avançada desenvolve muitas vezes um quadro de depressão que também poderá estar intimamente relacionado com o luto preparatório. O luto preparatório é um processo de preparação para a rutura com o mundo físico e de aceitação da sua condição que levará à morte (Parpa et al, 2019; Vergo, Whyman, Li, Kestel, James, Rector & Salsman, 2017). Perante a situação, foi oferecido apoio psicológico que foi aceite, assim como foi incentivado à partilha de sentimentos de forma a ventilar todas as suas emoções. Foi também ajustada a terapêutica analgésica e explicado todo o plano terapêutico assim como realizado encaminhamento para uma consulta de nutrição visto a sua perda de peso.

Nesta situação a comunicação revelou ser essencial no cuidado a este jovem e à sua mãe. Implementar estratégias de comunicação ajustadas às necessidades das pessoas cuidadas é uma competência do EE à pessoa em situação paliativa e da EONS (2022). A comunicação é essencial para a construção de uma relação terapêutica baseada na confiança na tríade enfermeiro – pessoa doente – família, sendo que “o valor da comunicação sobressai quando se reconhece que é a chave para aceder e atender com dignidade a todas as dimensões da pessoa doente” (Querido, Salazar & Neto, 2016, p.816).

O fato de exercer funções há vários anos numa UCI, não permite o acompanhamento da doença nas suas variadas fases tais como o início da doença e início de quimioterapia. Esta situação permitiu que o experienciasse e desenvolvesse competências relacionadas com a comunicação assim como na identificação de necessidades e agir em conformidade, nesta fase da doença.

As pessoas acompanhadas pela EIHSCP são referenciadas pelos serviços do hospital, predominantemente pelo serviço de oncologia e a referência é realizada através de impresso próprio enviado ao serviço ou por email. A maioria das pessoas doentes referenciadas à EIHSCP apresentam necessidades de controlo sintomático (dor, dispneia, náuseas e vômitos), exaustão familiar, para continuidade de cuidados e necessidades sociais. Na sequência do acompanhamento da pessoa doente e sua família a equipa articula com as equipas de cuidados continuados da área de residência dos mesmos, mantém disponibilidade telefónica, referencia para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI) quer unidades de internamento quer Equipa de Cuidados Continuados Integrados (ECCI). Desta forma a equipa de enfermagem trabalha em parceria com outras Equipas de Suporte em Cuidados Paliativos (ESCP), realiza consultoria à ECCI das áreas de abrangência do CH e realiza referência para Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) ou ECCI se cumpridos os critérios de admissão nessas mesmas unidades.

A EIHSCP garante o apoio à pessoa doente quer em internamento ou em ambulatório, com doença grave, avançada e incurável, assim como aos seus familiares, tentando proporcionar maior qualidade de vida com dignidade e cuidados de saúde humanizados. Durante o estágio tive a oportunidade de realizar 6 visitas ao internamento em que os motivos de referência à EIHSCP foram o descontrolo de sintomas e a necessidade de referência para a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP). Uma das visitas ao internamento foi da Sra. M. de 62anos, com diagnóstico de neoplasia da mama tendo já sido submetida a cirurgia e quimioterapia e com metastização óssea, sendo acompanhada pela EIHSCP. A Sra. M. foi levada à urgência por quadro de agitação, difícil de controlar e também difícil comunicação com disartria marcada. Ficou internada para realização de exames, os quais vieram a revelar metástases cerebrais. Foi pedido o apoio da EIHSCP pelo quadro de agitação associado a fáceis de dor. Um dos pilares em que assenta a intervenção dos CP é o controlo de sintomas, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas (Neto, 2010). De forma a ir ao encontro das suas necessidades e proporcionar maior conforto à Sr. M. a terapêutica analgésica foi ajustada e alertada a equipa de enfermagem da importância dos posicionamentos frequentes e da massagem nesta fase da doença tal como é afirmado por Munro & Savel (2018) e Bloomer et al (2022).

A realização da reflexão crítica permitiu analisar o cuidado prestado e de que forma essa atuação é sentida e pode ser melhorada tendo em conta a evidência científica. O olhar reflexivo permitiu aprofundar os conhecimentos do conceito de “boa morte”, como é vivida a morte em ambiente hospitalar assim como identificar as necessidades da pessoa com doença oncológica em fim de vida e as intervenções de enfermagem especializadas de forma a garantir o conforto da pessoa doente.

A colaboração nos cuidados à pessoa em situação paliativa e a realização da reflexão crítica permitiu o desenvolvimento de competências de EE na pessoa em situação paliativa nomeadamente a **“identifica as necessidades da pessoa em fase terminal a nível físico, psicoemocional, espiritual e sociofamiliar”** (Regulamento n.º 429/2018, 2018) e **“promove intervenções baseadas na evidência junto de pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, seus cuidadores/familiares respeitando as suas preferências”** (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O **terceiro objetivo** proposto foi **“identificar as intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em situação paliativa e sua família”**, que foi atingido através da observação da prestação de cuidados de enfermagem aquando da colaboração com os mesmos, da consulta de registos de enfermagem e da compilação das intervenções observadas de acordo com os contextos da Teoria do Conforto de Kolcaba.

Aquando da prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa e família em contexto de internamento e consultas de ambulatório foram mobilizadas as intervenções de enfermagem identificadas na revisão da literatura efetuada, o que permitiu estabelecer um plano individualizado de cuidados ajustado às necessidades que estes evidenciavam, nos múltiplos contextos (físico, psico-espiritual, social e ambiental), tendo-se procurado proporcionar conforto nas diferentes dimensões (alívio, tranquilidade e transcendência). Desta forma, tive a possibilidade de desenvolver a **competência “promove intervenções baseadas na evidência junto de pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, seus cuidadores/familiares respeitando as suas preferências”** (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Outra **unidade de competência** desenvolvida foi a **colaboração com outros membros da equipa de saúde e/ou serviços de apoio** (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Através das visitas ao internamento e ao assistir aos contatos telefónicos, foi possível perceber as estratégias de comunicação utilizadas com os pares e do trabalho em equipa, assim como aprofundar conhecimentos teóricos e práticos relacionados com a ética para a tomada de decisões adequadas que permitam uma proporcionalidade adequada no uso de diversas terapêuticas. Nestas atividades, juntamente com a orientadora clínica, foi desempenhado um papel de consultor em diálogo com os pares dos serviços de internamento, assim como recolhidas todas as informações necessárias para uma tomada de decisão fundamentada.

De acordo com Phaneuf (2005), a comunicação situa-se nos planos cognitivo (intelectual e informativo) e afetivo (emoções e sentimentos que se traduzem em comportamento não verbal. Nas deslocações aos serviços de internamento a comunicação mostrou ser um pilar determinante na intervenção do enfermeiro da EIHSCP, quer na relação estabelecida com a pessoa doente e família, mas também com os pares (enfermeiros dos serviços). A abordagem adotada consistia na explicação da razão da nossa presença a título informativo e sempre com uma postura afável e de empatia e de forma a não perturbar o trabalho dos colegas. Foi uma das estratégias utilizadas e que na maioria das situações foi bem sucedida, sendo por isso de extrema importância uma comunicação eficaz e clara entre os membros da equipa. A qualidade da comunicação pode ser beneficiada pelo treino, de forma a contribuir para a aquisição de competências e habilidades consideradas necessárias e essenciais para a prática clínica (Lima, Soares, Ueno, Garcez, Martinez-Riera & Aguiar, 2021) e perante as situações vividas foi possível reconhecer a importância da aplicabilidade de estratégias para melhorar a comunicação, e como aperfeiçoar a minha atuação como EE. Estas estratégias passam por uma abordagem humilde, com transmissão de informação de forma clara e suportada em evidência científica para que os pares reconheçam como EE.

Nas consultas também foi possível integrar conhecimentos na vertente social, espiritual, cultural, contextos e vivências de doentes, cuidadores e familiares, através a avaliação das necessidades multidimensionais dos mesmos recorrendo ao conhecimento da história da pessoa doente e família, assim como o apoio oferecido pela equipa de ação social e de psicologia em que pude assistir a reuniões com consentimento da pessoa e

família. É possível referir particularmente uma situação em que a pessoa doente, em diálogo com a equipa de enfermagem, referiu que era católica praticante e solicitou o apoio religioso pois só assim dizia que se sentia em paz. É necessário que o enfermeiro reconheça a pessoa também como um ser espiritual, em que numa situação de fim de vida passa por uma mudança rápida não só física mas também espiritual, e por isso o enfermeiro deve cuidar deste processo através da gestão da dor e o acompanhamento da pessoa tendo em conta as suas necessidades espirituais e atuar perante as mesmas (Jang et al, 2019). Foi então articulada uma visita com o Padre do CH, família e equipa de enfermagem, proporcionando assim um acompanhamento individualizado e respondendo às necessidades daquela pessoa doente. Ao vivenciar esta situação foi possível orientar a minha intervenção como EE e desenvolver a competência **“respeita a singularidade e autonomia da pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/famíliares no acompanhamento de vivências individuais específicas, no processo de morrer e de luto”** (Regulamento n.º 429/2018, 2018), assim como a competência do domínio da gestão de cuidados, designadamente **“Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão” e “Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados”** (Regulamento n.º 140/2019, 2019), patente na utilização de recursos de forma eficiente para promover a qualidade, tais como o recurso ao apoio psicossocial à pessoa doente e família articulando com a assistente social e psicóloga quando necessário, assim como o apoio religioso

Nas atividades desenvolvidas no estágio, quer consultas de acompanhamento em ambulatório quer no acompanhamento no internamento, através de uma recolha de dados completa por entrevista complementada com a informação clínica disponível no processo da pessoa doente, foi possível um levantamento adequado das necessidades da pessoa doente. A identificação das necessidades permitiu colaborar nas decisões da equipa de saúde assim como reconhecer quando deve “negociar com” outros prestadores de cuidados de saúde, no caso do acompanhamento no internamento; ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde (Regulamento n.º 429/2018, 2018) no caso das referenciações para UCP por exaustão familiar ou descontrolo de sintomas, e ECCI de forma que as necessidades da pessoa doente sejam satisfeitas no seu domicílio com apoio especializado.

Através da colaboração nos cuidados prestados à pessoa doente e sua família foram revelados conhecimentos relativos a cuidados especializados adquiridos nos semestres anteriores do curso e posteriormente aprofundados neste campo de estágio, durante as consultas realizadas e em discussões construtivas sobre variadas situações com a orientadora clínica e a equipa, desenvolvendo as competências no **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais** (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

As atividades desenvolvidas neste campo de estágio permitiram desenvolver competências preconizadas pela *EONS* (2022), nomeadamente a avaliação do impacto do cancro no bem-estar físico, psicológico, emocional, social e espiritual da pessoa doente com cancro, as competências relacionadas com o apoio à pessoa que vive com cancro, as competências comunicacionais e as competências ligadas ao apoio à pessoa com doença avançada e no fim de vida (EONS, 2022).

As competências de Mestre foram desenvolvidas, na medida em que os conhecimentos obtidos durante o primeiro e segundo semestre do curso foram aprofundados com base na evidência científica, e constituíram um importante contributo para a prática baseada na evidência.

Este campo de estágio foi ao encontro dos objetivos delineados no projeto, assim como dos objetivos pessoais e profissionais, adequando-se completamente no projeto realizado. Apesar do espaço físico ser reduzido, sempre foi possível estar presente em todas as atividades garantindo novas experiências, novos conhecimentos e/ou validação dos mesmos. É uma equipa multidisciplinar com formação diferenciada em Cuidados Paliativos e desta forma permitiu a aquisição de competências específicas do EE em Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica e Paliativa, as quais foram propostas inicialmente para este campo de estágio. Concomitantemente, foi possível adquirir e aprofundar conhecimentos relativamente à dinâmica da RNCCI. Durante o período de estágio foi possível compreender como a EIHS CP se articula com as várias unidades pertencentes à RNCCI e quais os recursos disponíveis de forma a garantir cuidados de qualidade, individualizados e humanizados à pessoa doente e família quer em ambiente hospitalar quer em ambiente domiciliário.

Considero que foi um estágio enriquecedor, em que na prestação de cuidados a tecnologia é menos observável, sendo a satisfação das necessidades, o alívio do

sofrimento e promoção do conforto da pessoa em situação paliativa e família o mais importante no cuidar.

2.3. Serviço de medicina intensiva

A realização do segundo estágio ocorreu no SMI de um Hospital Privado em Lisboa entre 9 de novembro de 2022 a 16 de dezembro de 2022. A escolha recaiu nesta unidade por apresentar uma equipa multidisciplinar com formação avançada em CP, e que presta cuidados à pessoa doente em situação paliativa quando a situação aguda deixa de ser reversível. A escolha de um SMI surge por ser o mesmo ambiente de prestação de cuidados em que neste momento me encontro a exercer a profissão. O facto de ser uma UCI, a maioria das pessoas internadas estarão ventiladas, foi importante perceber junto da equipa multidisciplinar quais as intervenções à pessoa em situação paliativa e sua família.

Este estágio teve como **objetivo geral “desenvolver competências de Enfermeiro Especialista ao nível do cuidado à pessoa com doença oncológica em situação paliativa e sua família”**. O objetivo geral foi dividido em três objetivos específicos, que foram atingidos através da realização das atividades planeadas.

O **primeiro objetivo específico** foi **“conhecer a equipa multidisciplinar do serviço e a sua dinâmica organizacional e funcional”** e as primeiras atividades foram a apresentação do projeto à equipa nomeadamente os objetivos e atividades a desenvolver, e a consulta de protocolos, normas e diretrizes do serviço.

O SMI é uma unidade integrada num hospital privado de Lisboa, sendo a missão da equipa de enfermagem deste serviço a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, assim como estimular a formação contínua e a investigação em enfermagem. Esta unidade funciona 24h por dia, todos os dias do ano. A unidade tem capacidade para 24 pessoas, das quais 16 camas são destinadas a Cuidados Intensivos (nível III) (Regulamento n.º 743/2019, 2019) e 8 camas para Cuidados Intermédios (nível I/II) (Regulamento n.º 743/2019, 2019). As pessoas admitidas são portadoras de patologia médica ou cirúrgica e a sua admissão na unidade faz-se por transferência de outros serviços do hospital, como BO, Atendimento Médico Permanente, Unidades Especiais de Internamento, Centro Cardiovascular, Serviços de Internamento ou por proveniência de

outros hospitais. Para além de apresentar uma rotatividade elevada de pessoas doentes, o número de transferências de pessoas doentes para outras unidades ou serviços de outras instituições é elevado. Como critérios de admissão, podem ser destacados: qualquer indivíduo da sociedade portador ou não de seguro de saúde; ser considerado adulto na instituição (idade igual ou superior a 18anos); ser portador de doença aguda; apresentarem sintomas/problemas intensos ou incapacitantes; operado em situação de urgência; residir em qualquer área do país ou estrangeiro.

Nesta unidade são realizadas várias técnicas tais como técnicas de Substituição Renal (Hemodiálise, Hemofiltração, Hemodiafiltração), Suporte Ventilatório, Ventilação com Alto Fluxo, broncofibroscopia, colocação de estimulador cardíaco externo provisório, realização de ecografia transtorácica e transesofágica, monitorização invasiva e isolamento, com pressão positiva ou negativa.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais e administrativa. A assistência médica da unidade está a cargo dos médicos do serviço de Medicina Intensiva.

A equipa de enfermagem é vasta sendo constituída por um elevado número de enfermeiros (55), em regime de horário de 40h ou de 20 h por semana. Da equipa de enfermagem, 13 são EE: 4 EE em Enfermagem de Reabilitação e 9 EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A Unidade apresenta um ratio de enfermeiro/doente de 1:1 ou 1:2 quando a pessoa doente tem um nível de gravidade de III e de 1:3 ou 1:4 quando o nível de gravidade é de I ou II tal como é recomendado pelo Regulamento n.º 743/2019 (2019), em que recomendam os rácios mínimos de 1:1 em camas de nível III, e de 1:3 em camas de nível I. As camas no SMI são distribuídas por boxes com capacidade para 1 pessoa. Existe uma grande mobilidade de pessoas doentes, pelo facto de existirem tipologia de nível I e III.

O método de trabalho utilizado é o método de enfermeiro responsável, em que cada enfermeiro apoia e presta cuidados às pessoas doentes que lhe são atribuídas naquele turno. O enfermeiro chefe é responsável pela gestão e coordenação do serviço e na sua ausência o enfermeiro de horário fixo (2º elemento), coordena a gestão dos recursos humanos e materiais. No que diz respeito à gestão das equipas, estas são coordenadas por um chefe de equipa com especialidade de enfermagem. De acordo com

o Regulamento N° 140/2019, de 6 de fevereiro, as competências comuns do EE podem estar enquadradas nos domínios de responsabilidade profissional, gestão de cuidados e desenvolvimento profissional. Estas competências são muito importantes para a organização do serviço, para reconhecimento do EE como elemento de referência ou de consultoria, otimizando a resposta da equipa de enfermagem às situações de doença que possam surgir. O facto de a orientação deste campo de estágio ter sido realizada por um EE em Enfermagem Médico-Cirúrgica (vertente Oncológica) permitiu-me ter uma visão privilegiada no cuidado especializado à pessoa em situação paliativa permitindo a aquisição e desenvolvimento de competências, bem como uma visão da gestão nos cuidados de enfermagem.

Os registos de Enfermagem são efetuados simultaneamente em dois suportes informáticos. No suporte informático *Soarian*, no qual se utiliza linguagem *CIPE* (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), em que se registam as notas evolutivas das pessoas doentes e a realização do planeamento das intervenções inclusas no processo de enfermagem; e na plataforma *Innovion*, para registo/monitorização hemodinâmica, ventilatória e balanço hídrico da pessoa doente. Estes sistemas informáticos são de fácil utilização e intuitivos pelo que simplificou a consulta dos processos das pessoas doentes.

Relativamente às visitas, o SMI permite visitas diárias às pessoas doentes internados num número máximo de 2 elementos, num período de 60 minutos. São permitidas as visitas de crianças com idade superior a 12 anos. Em situações em que é tomada a decisão de suspensão de medidas de suporte de órgão, ou seja, perante situações de fim de vida é permitida a presença da família durante o tempo que esta desejar.

Desta forma, e como o descrito anteriormente, foi atingido o objetivo de conhecer a estrutura física, organizacional e funcional do serviço.

O **segundo objetivo específico** delineado foi **“prestar cuidados direcionados à pessoa com doença oncológica em situação paliativa e sua família”** tendo como atividades a colaboração na prestação de cuidados de enfermagem permitindo desenvolver a unidade de competência **Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas** (Regulamento n. ° 140/2019,

2019), identificar as necessidades da pessoa em situação paliativa e sua família em cuidados intensivos, assim como a realização de um estudo de caso (Apêndice III).

Na minha colaboração com os cuidados, procurei proporcionar conforto nos quatro contextos referidos por Kolcaba (2003) na sua teoria. A pessoa doente e família apresentam necessidades no contexto físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. Recordo uma situação, a Sra. M. de 80 anos de idade diagnosticada com neoplasia do pâncreas, submetida a cirurgia, mas com evolução desfavorável. Visto esta situação, a filha estava bastante preocupada, com uma necessidade de informação e ao mesmo tempo que a escutassem a falar sobre a mãe. O acompanhamento e a comunicação com a família do doente em fase terminal são sempre um desafio. De acordo Bloomer et al (2022), é importante uma escuta ativa e uma comunicação eficaz de forma a procurar o interesse da família na recolha e partilha de lembranças ou para reconhecer e documentar as preocupações da família. Em cada abordagem com a família eram explicadas as intervenções de enfermagem que tinham sido realizadas de forma promover o conforto, que sempre que tivessem alguma dúvida para a expor, reforço de que a equipa estaria sempre disponível, mas que respeitaria o espaço para família estar com a Sra. M.. O apoio à família é também referido por Utami et al (2020) e Queiroz, Ribeiro, Guedes, Coutinho, Galiza & Freitas (2018), e inclui encorajar a família, tentar estar sempre disponível para a família e convidar as famílias a exprimir os seus sentimentos, medos e ansiedade.

De forma a promover o conforto no contexto ambiental, foram reduzidos os sons dos alarmes dos monitores e das luzes do quarto tal como é referido por Bloomer et al (2022) e Queiroz et al (2018) de forma a proporcionar um ambiente calmo e sem ruído, e foram tomadas medidas farmacológicas e não farmacológicas para o controlo da dor visando promover o conforto no contexto físico. Deste modo, foi realizado um acompanhamento próximo e dedicado à pessoa doente e família promovendo conforto e permitindo o desenvolvimento da unidade de competência na **“Identifica as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/familiares”** e **“Respeita a singularidade e autonomia da pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares no**

acompanhamento de vivências individuais específicas, no processo de morrer e de luto” (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O **terceiro objetivo** proposto foi **“identificar as intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em situação paliativa e sua família”**, que foi atingido através da observação da prestação de cuidados de enfermagem aquando da colaboração com os mesmos, da consulta de registos de enfermagem, da realização de 2 entrevistas a peritos nesta área em estudo e da compilação das intervenções observadas e dados resultantes das entrevistas de acordo com os contextos da Teoria do Conforto de Kolcaba.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas (Fortin, 2009), com o objetivo de identificar as necessidades e intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em situação paliativa em cuidados intensivos. As mesmas foram realizadas tendo por base um guião (Apêndice IV). Na seleção dos participantes atendeu-se ao critério de perícia, a qual incluiu a experiência profissional em UCI, título de EE assim como a formação na área dos CP. Aos peritos foi facultado e assinado pelos mesmos o consentimento informado livre e esclarecido (Apêndice V), assegurando o cumprimento de todos os requisitos e procedimentos éticos, nomeadamente o anonimato e a confidencialidade de todos os dados recolhidos. Foi efetuada a transcrição verbatim e realizada uma análise de conteúdo segundo Bardin (2011), que considera a análise um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando a obter indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às mensagens produzidas, sendo recolhidas as necessidades referidas pelos peritos e as intervenções de enfermagem especializadas. Os resultados obtidos foram posteriormente categorizados de acordo com os contextos de conforto da Teoria de Kolcaba.

Da análise de conteúdo efetuada emergiu uma necessidade que não havia sido descrita na revisão *scoping* realizada, nomeadamente o controlo do *delirium*. Deste modo, reconheceu-se a relevância deste dado, que se obteve com base no conhecimento partilhado por peritos (nível mais baixo de evidência), tendo-se integrado o mesmo nos documentos em elaboração. Queiroz (2016) refere que os enfermeiros ao encontrarem soluções para um problema, estão a construir conhecimento próprio de enfermagem que ao ser sistematizado, partilhado e validado pelos seus pares, transforma-se em ciência de

enfermagem. De acordo com os dados obtidos da entrevista e da observação participante nos cuidados, a intervenção de enfermagem para o controlo do *delirium* é baseada na orientação da pessoa doente nas três vertentes, permitir a presença de familiares junto da pessoa doente e ajustar a medicação prescrita. Estas intervenções vão ao encontro das **competências de mestre** na medida em que é demonstrado conhecimento na área da investigação.

Durante o estágio foi possível observar que a gestão e controlo da dor está sempre presente e é o foco de atenção de toda a equipa. O controlo da dor é um dos 4 pilares fundamentais em que assenta a intervenção dos cuidados paliativos (Neto, 2016). Nas situações que surgiram ao longo do estágio, para o controlo da dor foram realizadas intervenções farmacológicas com administração de analgesia, e não-farmacológicas através da alternância de decúbito e massagem, como é referenciado por Munro & Savel (2018) de forma a minimizar o sofrimento físico.

Em UCI a pessoa doente poderá ter alterações do estado neurológico, está sob sedação tem a presença de um TOT que dificulta a comunicação e desta forma não consegue verbalizar se tem ou não dor. Neste estágio tive a oportunidade de conhecer a escala de avaliação de dor BPS (*Behavioural Pain Scale*). A BPS avalia indicadores, como a expressão facial, os movimentos dos membros superiores e a adaptação ao ventilador em pessoas sob ventilação mecânica, e permite definir a intensidade da dor entre 3 pontos (nenhuma dor) e 12 pontos (a maior intensidade de dor) (Pinheiro & Marques, 2019). A escala BPS é de fácil aplicação, sendo os resultados fundamentais para a tomada de decisões.

No contexto de trabalho onde me encontro a escala utilizada é a analógica, onde são avaliados a expressão facial, a atividade, a postura/posição, a fisiologia (sinais vitais) e a respiração. Esta escala revela-se mais global pois pode ser aplicada na pessoa sob ventilação mecânica ou em respiração espontânea, enquanto a BPS é aplicada nas pessoas sob ventilação mecânica. Contudo, a BPS sendo a mais indicada para a avaliação da dor em pessoas ventiladas, poderá ser sugerida a sua utilização futura na avaliação da dor da pessoa em situação paliativa que esteja sob ventilação mecânica.

Neste SMI, a família pode estar sempre presente quando a pessoa se encontra numa fase final de vida. Num estudo realizado por Silva et al (2015) em que analisaram o conforto para uma “boa morte” na perspetiva da equipa de enfermagem de uma UCI,

direcionado para a Oncologia, os resultados obtidos valorizaram a importância da promoção da presença constante da família em situações de fim de vida, mesmo que isso implique flexibilizar as normas e rotinas do serviço (Silva et al, 2015), tal como é corroborado por Jensen et al (2020).

Perante o exposto, com a aplicação de instrumentos de avaliação dos sintomas, atendendo às necessidades multidimensionais que a pessoa em situação paliativa e família em contexto de CI apresentam, assim como às suas preferências e valores, foi possível implementar intervenções de enfermagem sustentadas na evidência científica mais atualizada e desta forma contribuir para que os cuidados prestados estivessem em consonância com as necessidades e desejos das pessoas cuidadas, promovendo o seu conforto. Pelo que considero que desenvolvi a competência **“promove intervenções baseadas na evidência junto de pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, seus cuidadores/familiares respeitando as suas preferências”** (Regulamento n.º 429/2018, 2018) assim como a unidade de competência **“Suporta a prática clínica em evidência científica”** (Regulamento n.º 140/2019 (2019).

Relativamente ao desenvolvimento de **Competências Comuns de EE na área da Gestão de cuidados** reforcei esta competência com o acompanhamento da orientadora clínica, uma vez que esta era chefe de equipa e trabalhava na gestão e coordenação da equipa e serviço. O chefe de equipa tem uma visão de todas as pessoas doentes internadas e desta forma foi possível manter uma parceria de cuidados em algumas situações. Concomitantemente, o chefe de equipa funciona como consultor relativamente a conhecimentos e de priorização de cuidados.

A integração neste estágio foi facilitada pela minha experiência em UCI em que a maioria das técnicas utilizadas e dispositivos tecnológicos eram familiares. Desta forma, ao longo do estágio fui partilhando situações da minha prática com a orientadora clínica e equipa que permitiram uma discussão e reflexão relativamente aos cuidados prestados. As reflexões partilhadas permitiram integrar conhecimentos assim como debater as formas de lidar com situações complexas, e desenvolver a capacidade de comunicar as conclusões retiradas dessas situações, dando assim resposta a domínios da **competência de mestre**.

As atividades realizadas neste estágio permitiram desenvolver competências ligadas ao apoio à pessoa com doença avançada e no fim de vida assim como

competências relacionadas com a avaliação do impacto do cancro no bem-estar físico, psicológico, emocional, social e espiritual da pessoa doente com cancro preconizadas pela *EONS* (2022).

Este contexto revelou-se uma mais-valia para o desenvolvimento de competências devido ao facto de ter contato com situações clínicas de várias especialidades, permitindo uma experiência mais enriquecedora com uma perceção mais alargada das intervenções especializadas à pessoa em situação paliativa. A pessoa com doença oncológica em situação paliativa em CI é um tema desafiador para a enfermagem e requer a procura de mais conhecimento para um melhor cuidado, com o objetivo de promover o conforto. O facto de estar noutro contexto de CI permitiu-me conhecer outras realidades contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional.

2.4. Serviço de medicina intensiva – unidade neurocrítica

O terceiro estágio foi realizado no SMI – UNC de um Hospital de Lisboa entre o período de 3 de janeiro de 2023 a 10 de fevereiro de 2023. É um serviço de referência para situações do foro neurocirúrgico, neuro-oncológico e trauma. A problemática foi identificada no serviço onde exerço funções, pelo que é importante a escolha deste local de estágio de forma a implementar o projeto, através da capacitação da equipa para a prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa. Com a realização dos estágios foi possível adquirir e aprofundar conhecimentos na área dos CP, para que no futuro como EE, possua competências que me permitam a tomada de decisões fundamentadas e consensuais no serviço onde exerço funções. Por conseguinte, é esperado que assuma um papel ativo e de suporte na equipa multiprofissional e dinamize processos de mudança e inovação na prestação de cuidados de Enfermagem à pessoa doente em fim de vida internada no SMI-UNC e sua família.

O SMI-UNC é uma unidade integrada num Hospital Público de Lisboa, sendo a sua missão a prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica com patologias do foro neurológico/oncológico e suas famílias e prestação de cuidados de saúde à pessoa submetida a cirurgia neuro-oncológica eletiva. Também tem como objetivo a promoção da formação de profissionais e a investigação no âmbito da área de atuação

O SMI-UNC integra o Departamento de Urgência e Medicina Intensiva e divide-se pelas seguintes áreas:

- Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente,
- Unidade Cuidados Intensivos Médico-Cirúrgicos,
- Unidade Neurocrítica,
- Intervenção na Urgência Central.

Esta unidade funciona todos os dias do ano, 24 horas por dia, e tem capacidade para 10 pessoas que requerem uma vigilância apertada e/ou que necessitam de ventilação mecânica assistida (nível III) (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Três dessas camas encontram-se em quartos de isolamento.

A Equipa Multidisciplinar é constituída por 8 médicos de Medicina Intensiva, 34 enfermeiros, 10 assistentes operacionais e 1 assistente técnica. No que concerne à equipa de enfermagem, 7 são EE, destes 4 são Enfermeiros com a Especialidade em Enfermagem de Reabilitação e 3 Enfermeiros com a Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Existe ainda um elemento com Pós-Graduação em Cuidados Paliativos.

A Unidade apresenta um ratio de enfermeiro/doente de 1:2. Existe uma moderada mobilidade de pessoas doentes, pelo facto de existirem pessoas com tipologia de nível de gravidade I e II. O método de trabalho utilizado é o método individual por enfermeiro responsável, com a prestação de cuidados globais ao doente de forma individualizada a cada turno (manhã, tarde e noite), e a interajuda entre os diferentes elementos da equipa. Todas as equipas são coordenadas por um chefe de equipa com especialidade em enfermagem, que tem a função da gestão dos cuidados e da gestão dos recursos humanos e materiais. Os chefes de equipa detêm um papel importante para a organização do serviço, são considerados elementos de referência ou de consultoria, otimizando assim a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa multiprofissional.

Os registos de Enfermagem são efetuados no suporte informático *Picis Critical Care*, no qual se utiliza linguagem *CIPE* em que se registam as notas relativas à evolução da pessoa doente e a realização do planeamento das intervenções, e também é realizado o registo/monitorização hemodinâmica, ventilatória e balanço hídrico.

São critérios de admissão à SMI-UNC: qualquer pessoa considerada adulta na instituição (idade igual ou superior a 18 anos); ser portadora de doença

nerológica/neurocirúrgica; apresentarem sintomas/problemas intensos ou incapacitantes, do foro neurológico; e doentes operados em situações neurológicas/neurocirúrgicas de urgência. A pessoa doente pode ser admitida no SMI-UNC por cirurgia eletiva, vindo transferido de outros serviços do hospital, do Serviço de Urgência ou vindo transferido de outros hospitais.

Relativamente às visitas, o SMI-UNC permite visitas diárias à pessoa doente internada sendo que, existe um familiar de referência que pode permanecer na unidade das 14h às 20h e a possibilidade de mais 2 visitas de familiares de 15 minutos cada uma. São permitidas as visitas de crianças com idade superior a 12 anos, no entanto as mesmas contam como um elemento.

Este estágio teve como **objetivo geral “Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa com doença oncológica em situação paliativa em UCI e sua família”**. O objetivo geral foi dividido em três objetivos específicos, que foram atingidos através da realização das atividades planeadas.

O **primeiro objetivo** foi **apresentar o projeto à equipa de enfermagem**, o qual foi feito através de suporte escrito, no qual foi partilhado um documento onde constava tema central ao projeto, objetivos do mesmo e atividades planeadas. Nesse resumo foi realizada uma introdução ao tema dos CP em CI e explicada a problemática existente no serviço, a qual eu pretendo desenvolver de forma a melhorar os cuidados prestados à pessoa em situação paliativa.

O **segundo objetivo** foi **“promover a capacitação da equipa de enfermagem no âmbito das intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em situação paliativa em UCI e sua família”**. Na primeira semana realizei uma reunião com a orientadora clínica e com a enfermeira chefe de forma a planear a concretização das atividades a desenvolver, tendo em vista os resultados a atingir. Assim, considerou-se que seria pertinente efetuar uma avaliação prévia dos conhecimentos dos enfermeiros da equipa através de um questionário (Apêndice VI), com questões abertas e fechadas, limitando os participantes às questões formuladas (Fortin, Grenier & Nadeau, 1999), com o intuito de aceder aos conhecimentos da equipa relativamente ao conceito de CP, a quem se destinam estes cuidados, quais as necessidades e intervenções de enfermagem à pessoa em situação paliativa e quais os recursos de suporte em CP existem na instituição. Partindo deste conhecimento inicial pretende-se fazer uma monitorização da

sua evolução, com recurso à reaplicação do questionário na tentativa de perceber se o conhecimento dos enfermeiros se transforma (ou não) com as ações de formação efetuadas sobre a temática e com o apoio dado em proximidade aos pares.

Desta forma, espera-se um acompanhamento contínuo das necessidades da equipa no sentido de promover a sua capacitação nesta área de intervenção, contribuindo assim para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação paliativa e sua família.

A participação no preenchimento dos questionários respeitou os princípios éticos de autonomia, anonimato e confidencialidade das fontes, tendo-se informado o enfermeiro da sua liberdade de recusar preencher ou disponibilizar os dados preenchidos no questionário, sem qualquer dano profissional ou pessoal, se essa fosse a sua opção. Deste modo assegurou-se que os enfermeiros que responderam aos questionários o faziam de forma livre, informada e esclarecida (“Declaração de Genebra” (2002), “Declaração de Helsínquia” e emendas (2008), “Convenção de Oviedo” (1997), Carta Ética para a Investigação em Educação e Formação (Deliberação n.º 453/2016).

As necessidades da pessoa com doença oncológica em situação paliativa e sua família que foram exploradas nos dois estágios anteriores permitiram a realização de um documento de intervenções de enfermagem que se constitui como a base do guia orientador para a prática (Apêndice VIII) o qual foi discutido e analisado com peritos na área, nomeadamente com os enfermeiros orientadores clínicos, e cuja conclusão ocorreu neste campo de estágio.

Iniciou-se a intervenção na equipa com a aplicação do questionário, tendo-se seguido uma ação de formação intitulada “A Pessoa em Situação Paliativa em Cuidados Intensivos” (Apêndice VII) que abordou a definição de conceitos como Cuidados Paliativos, População alvo, Pilares e Princípios; a identificação dos contributos dos CP em CI; e se apresentou as necessidades da pessoa em situação paliativa e família e as intervenções de enfermagem que integram o guia orientador para prática. Finda a apresentação, houve um momento de partilha tendo os enfermeiros dado feedback sobre a formação, considerando-a bastante pertinente e um tema gerador de debates construtivos pelas questões éticas subjacentes, tais como a suspensão de medidas de suporte de órgão, a extubação da pessoa na fase de fim de vida, assim como também os tratamentos que colocam em causa os princípios da beneficência e não maleficência. Apresentei

disponibilidade para esclarecimentos e apoio na procura da evidência mais recente, assim como foi proposto a análise futura destas questões em forma de ação de formação.

Na formação participaram 25 enfermeiros de forma presencial e online, o que corresponde a 75% da equipa e devolveram o 1º questionário preenchido 20 enfermeiros, 58,8% da equipa. Para os enfermeiros que tiveram impossibilidade de estar presente por via presencial e online foi disponibilizada a formação com gravação da discussão. A formação online síncrona foi algo inovador no serviço e permitiu uma maior adesão à participação na formação, sendo desta forma um repto para novas formações uma vez que se mostrou uma circunstância facilitadora que quiçá possa contribuir para motivar a equipa de enfermagem na adesão às formações em serviço

Com estas atividades foram desenvolvidas as **competências no domínio da gestão dos cuidados, disponibilizando assessoria à equipa e informação de forma a melhorar a tomada de decisão nestas situações** (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

As respostas ao questionário foram alvo de análise que passo a apresentar. Relativamente à questão o que são os CP, a maioria da equipa definiu como cuidados que visam proporcionar qualidade de vida à pessoa doente e promover o conforto numa situação terminal. Em relação a quem se destinam os CP, as respostas tenderam para os últimos dias de vida e doença avançada e progressiva, geradora de sofrimento. A equipa de enfermagem demonstrou incerteza no tipo de recursos de suporte em CP disponíveis, considerando a existência de uma UCP e EIHS CP. Na prática diária, todos os participantes já cuidaram da pessoa em situação paliativa, no entanto apenas 5 participantes consideraram que a pessoa doente tem necessidades em todos os contextos definidos na Teoria do Conforto de Kolcaba (2003). No que diz respeito às intervenções de enfermagem à pessoa em situação paliativa, a maioria dos participantes refere o controlo/alívio de sintomas e promover a privacidade. A maioria dos participantes refere que já cuidou de famílias/cuidadores de pessoas em situação paliativa e as necessidades encontradas são maioritariamente psicológicas, espirituais e do ambiente que a rodeia. As intervenções de enfermagem mais referidas foram permitir a presença prolongada da família, o apoio emocional e psicológico, esclarecimento de dúvidas e proporcionar um ambiente sereno. Na última pergunta do questionário, a maioria dos participantes referiu que quando cuidou das pessoas doentes e famílias não se sentiu com conhecimentos teórico práticos para fundamentar a sua atuação, mencionando maiores dificuldades na

comunicação com a pessoa doente e/ou família, no controlo de sintomas, no apoio emocional à pessoa doente e/ou família e o facto de se confrontar com a morte.

Duas semanas após a formação foi reaplicado o questionário para perceber se existiram alterações nos conhecimentos dos enfermeiros sobre as temáticas abordadas, ao qual responderam 20 enfermeiros, 58,8% da equipa. Na questão relativa ao que são os CP, houve uma evolução na resposta em que os participantes já englobam a família no cuidado e consideram um cuidado especializado que visa minimizar/aliviar o sofrimento. Em relação à questão a quem se destina os CP, a maioria dos participantes refere que são destinados à pessoa com doença avançada e progressiva, geradora de sofrimento. Com esta formação foi possível dissipar as dúvidas em relação aos serviços de suporte em CP na instituição, em que todos os participantes responderam a EIHS CP. Na prática diária, todos os participantes já cuidaram da pessoa em situação paliativa, e 14 participantes consideram que a pessoa doente tem necessidades em todos os contextos definidos na Teoria do Conforto de Kolcaba (2003), mostrando assim que houve uma alteração no conhecimento demonstrado antes e após a formação. No que diz respeito às intervenções de enfermagem à pessoa em situação paliativa, a maioria dos participantes continuou a referir o controlo/alívio de sintomas, promover a privacidade e acrescentou o posicionamento ou massagem assim como o apoio espiritual/religioso. A maioria dos participantes refere que já cuidou de famílias/cuidadores de pessoas em situação paliativa e as necessidades encontradas são psicológicas, espirituais e do ambiente que a rodeia, acrescentando as necessidades sociais. As intervenções de enfermagem mais referidas mantiveram-se semelhantes às referidas no primeiro questionário. A reaplicação do questionário permitiu assim ver a evolução no conhecimento e as áreas que não estão tão consolidadas.

Assim sendo, foi possível desenvolver **competências no domínio da Melhoria Contínua da Qualidade e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais** (Regulamento n.º 140/2019, 2019). A formação mostrou-se uma mais-valia para a aquisição de conhecimentos para a equipa de enfermagem, podendo basear e suportar a prática de enfermagem em evidência científica. Da mesma forma, com a realização da formação foi possível mobilizar conhecimentos garantindo uma melhoria dos cuidados e apresentar um papel dinamizador no desenvolvimento nesta área do cuidar. Foi ainda possível desenvolver as **competências de mestre**, que fica patente na

capacidade para integrar novos conhecimentos adquiridos em contexto de estágio e pelo “estado de arte” e comunicar as conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas (Decreto-Lei n.º 74/2006, 2006).

O **terceiro objetivo** desenvolvido foi **“prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa com doença oncológica em situação paliativa e sua família”**, que foi atingido através da intervenção de enfermagem especializada a estes doentes ancorada à evidência científica pesquisada e experiências dos estágios anteriores, com reflexão sobre os mesmos através da discussão construtiva com a orientadora clínica e a realização de uma reflexão crítica segundo Ciclo de *Gibbs* (Apêndice IX).

Na reflexão crítica elaborada foi abordado o tema da comunicação de más notícias apoiado no Protocolo *SPIKES*, reconhecendo assim a importância de estratégias para uma comunicação eficaz e como aplicar essas mesmas estratégias futuramente, e concomitantemente compreender a importância de envolver toda a equipa multidisciplinar no sentido de tornar consistente todas as informações transmitidas.

Durante o estágio foi possível exercer um cuidado especializado à pessoa com doença oncológica em situação paliativa. Recordo a situação do Sr. A. de 60 anos, que foi diagnosticado com um glioma de alto grau (grau III) frontoparietal esquerdo, tendo sido operado e realizado o pós-operatório no SMI-UNC. O Sr. A. apresentava uma hemiparesia direita já espectável e explicada ao Sr. A. previamente, sem alterações da fala e do estado de consciência. Ao abordar o Sr. A. este apresentava um fâcies triste, realizei o exame neurológico, questionei sobre a dor e se haveria algo que o estaria a incomodar e que pudesse ajudar. Este referiu que tinha a dor controlada, mas que estava mais preocupado com a esposa do que com ele próprio. Durante a nossa conversa, verbalizou que esposa teria sido operada a uma fratura do colo do fémur e estava em recuperação, dependendo parcialmente do Sr. A. para as suas atividades de vida. Apesar de terem um filho, este estaria fora a trabalhar e só tinham o apoio de uma vizinha. Durante a abordagem com o Sr. A. percebi que viviam num pequeno apartamento disponibilizado pelo prédio uma vez que este era porteiro do mesmo, a sua esposa era doméstica e, portanto, dependia monetariamente do Sr. A. Ao conhecer a história do Sr. A. e a sua preocupação, expliquei que poderia ter apoio para a sua esposa e posteriormente para ele caso necessitasse após a alta. Tendo em conta o prognóstico reservado associado a este tipo de diagnóstico, será de prever que o Sr. A. e a esposa possam vir a necessitar de vários tipos de apoio

como social e emocional. Depois de abordar esta situação com a minha orientadora clínica, optei por desenvolver a minha intervenção numa perspetiva interdisciplinar e após dar conhecimento ao médico da situação, articulei com o serviço de apoio social de forma que o Sr. A. quando regressasse à enfermaria e posteriormente ao domicílio iria ser possível agilizar todo este processo para ter o apoio que necessitasse. A assistente social disse que iria falar com o Sr. A. e inteirar-se da situação de forma a garantir os cuidados e o apoio social ao Sr. A. e à esposa.

Em situações de fim de vida, a relevância do apoio emocional e/ou espiritual é referido pela literatura, sendo por isso importante estabelecer uma relação terapêutica com a pessoa doente, de forma que esta sinta apoio por parte do enfermeiro e verbalize as suas preocupações e emoções (Bloomer et al, 2022). A intervenção de enfermagem com o Sr. A. também se enquadra no apoio psicoemocional face aos medos, preocupações, angústias, em que deve ser facilitada a ventilação de emoções e sentimentos, bem como esclarecer dúvidas existentes (Queiroz et al, 2018).

Sustentando a prática na evidência, foi possível cuidar do outro aliviando não só o sofrimento físico, mas identificar necessidade sociais e emocionais geradores de sofrimento. Desta forma, foi possível desenvolver as competências no **cuidar da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida** (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Outra situação que ocorreu foi a morte de uma pessoa e o pedido dos familiares para estarem algum tempo com a mesma após a morte. No SMI-UNC, esta possibilidade nem sempre é considerada visto a imprevisibilidade da morte e a não presença contínua dos familiares.

A família do Sr. B. era muito presente e atenta aos cuidados, e estava informada do prognóstico reservado do Sr. dado ter uma lesão extensa do cerebelo, que foi alvo de intervenção cirúrgica durante a qual ocorreu uma hemorragia que condiciona uma evolução desfavorável no pós-operatório. Aquando do apoio à família foram avaliadas as suas necessidades e desejos, nomeadamente se a família deseja ou não estar presente no fim de vida da pessoa doente (Bloomer et al, 2022), tendo a mesma expresso que gostaria de ter um momento com o Sr. B. em caso de falecimento. Este veio a ocorrer

aquando do início do horário de visitas dos familiares. Foi possível cumprir o desejo manifesto pela família, proporcionando tempo para a família se despedir e estar com o seu familiar após a morte (Bloomer et al, 2022; Jensen et al, 2020). Previamente acautelou-se que o Sr. apresentava uma aparência cuidada, preservando a dignidade da pessoa no cuidado *post mortem* (Jang et al, 2018). O fato de facilitar a presença da família neste momento visou ainda apoiá-la na vivência da perda, tal como é corroborado nas entrevistas realizadas a peritos.

De forma que o descrito anteriormente se concretizasse, foi necessário que exercesse a função de *advocacy* junto da equipa médica e de enfermagem, proporcionando conforto num momento de perda e dor. As intervenções implementadas e diligências efetuadas contribuíram para o desenvolvimento da competência no **Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal** (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

O trabalho desenvolvido no mestrado e pós-licenciatura contribui para que se promovessem discussões com elementos da equipa multidisciplinar sobre as necessidades das pessoas em situação paliativa e família e se analisasse como poderiam ser introduzidas melhorias à prática. Presentemente existe maior abertura da equipa multidisciplinar para a implementação de intervenções promotoras de conforto até ao fim de vida, incluindo após o falecimento da pessoa doente, apoio à família na morte e no luto, tal como espelha a situação descrita.

As atividades realizadas neste estágio permitiram desenvolver competências preconizadas pela EONS (2022), designadamente o apoio à pessoa com doença avançada e no fim de vida tais como as intervenções de enfermagem promotoras do conforto e dignidade e o respeito/resposta às diferentes perspetivas/necessidades culturais ou religiosas no final da vida (EONS, 2022); assim como as competências relacionadas com a avaliação do impacto do cancro no bem-estar físico, psicológico, emocional, social e espiritual da pessoa doente com cancro nomeadamente no apoio a continuidade efetiva dos cuidados e transições entre diferentes serviços de saúde, desde o tratamento ativo até a sobrevivência (acompanhamento de longo prazo) e/ou cuidados paliativos e de fim de vida EONS (2022).

Com a realização deste estágio foi possível atingir os objetivos propostos e a aquisição das competências definidas para o EE. Também foi possível sensibilizar a

equipa para o desenvolvimento de ações paliativas em contexto de UCI e promover uma mudança de atitudes dos enfermeiros face à pessoa doente em fim de vida e o acompanhamento das famílias.

3. AVALIAÇÃO

Em relação à etapa de avaliação na metodologia de projeto, esta é complexa e implica o recurso a várias vertentes de análise e reflexão (Ruivo et al., 2010). Desta forma, os resultados obtidos em cada estágio foram analisados de forma reflexiva e com base na evidência científica, o que permitiu o desenvolvimento de conhecimentos e de competências de EE.

A atuação da enfermagem está diretamente relacionada com forma como nos colocamos perante o cuidar. Nos seus pressupostos, Benner (2001) afirma que na aquisição e no desenvolvimento de uma competência, um estudante passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: Principiante, Avançado, Competente, Proficiente e Perito. Estes diferentes níveis são o reflexo de mudanças que se introduzem aquando da aquisição de uma competência, e como tal, refletem mudanças no desempenho, no sentido de um movimento de confiança, caracterizando-se por uma transformação progressiva, um salto qualitativo do nível de desempenho competente de um principiante/iniciado até ao perito (Benner, 2001). Baseada neste modelo, considero ter realizado este percurso com sucesso de forma a tornar-me perita.

Após a descrição e reflexão sobre das atividades desenvolvidas nos diferentes campos de estágio, considero que os mesmos contribuíram para o desenvolvimento das Competências Comuns EE (Regulamento n.º 140/2019 (2019), Competências Específicas do EE em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa (Regulamento n.º 429/2018, 2018), Competências da *European Oncology Nurse Society* (EONS, 2020) e Competências de Mestre (Decreto-Lei n.º 74/2006, 2006).

Relativamente às **Competências Comuns EE**, no domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal considero que foi desenvolvida uma prática especializada tendo em conta os princípios éticos e legais que respeitam os direitos do ser humano. No âmbito da Melhoria Contínua da Qualidade, considero que foi desempenhado um papel dinamizador no desenvolvimento de um projeto de melhoria da qualidade dos cuidados, dando resposta a uma problemática identificada no serviço. Também contribuiu para o desenvolvimento desta competência a elaboração de um guia de apoio à prática e a supervisão dos cuidados neste âmbito. No domínio da Gestão dos Cuidados, foi importante a elaboração do guia que sistematiza a intervenção de enfermagem à pessoa

doente em situação paliativa em CI e a formação complementada pelo apoio e supervisão que contribuíram para a capacitação da equipa de enfermagem para um cuidar individualizado da pessoa. No domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais, a realização de uma formação tornou-se um momento onde foram discutidas ideias de forma construtiva se adquiriram novas aprendizagens, assim como as intervenções e tomadas de decisão foram baseadas na evidência científica.

Em relação às **Competências Específicas do EE em Enfermagem em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa**, estas foram desenvolvidas através da colaboração na prestação de cuidados baseados na evidência à pessoa em situação crónica e paliativa e até mesmo terminal, assim como aos familiares/cuidadores com o intuito de melhorar a qualidade de vida através do alívio do sofrimento, maximizando o bem-estar e o conforto. A comunicação é um elemento fundamental para desenvolver uma relação terapêutica com a pessoa doente e familiares, tendo esta competência sido desenvolvida ao longo dos estágios. As intervenções de enfermagem desenvolvidas foram apoiadas na Teoria do Conforto de Kolcaka (2003), com o objetivo de atingir os três estados de conforto nos diferentes contextos, através do levantamento das necessidades e implementação das intervenções de enfermagem baseadas na evidência científica. O estudo de caso e as reflexões realizadas permitiram analisar e refletir sobre os cuidados prestados e assim desenvolver as competências especializadas no cuidar da pessoa em situação paliativa/crónica e assim como dos seus familiares.

Este estágio contribui igualmente para a aquisição de **Competências da European Oncology Nurse Society**, sendo elas apoio à pessoa que vive com cancro, com realização de consultas de enfermagem e desenvolvimento de um plano de cuidados individualizado de forma a responder às necessidades identificadas; as competências relacionadas com o apoio à pessoa com doença avançada e em fim de vida, desenvolvidas na prestação de cuidados à pessoa em situação paliativa com o objetivo de minimizar o sofrimento, no suporte à família e na comunicação empática capaz de transmitir segurança e apoio.

Relativamente às **Competências de Mestre**, estas foram adquiridas uma vez que considero deter conhecimentos que foram desenvolvidos e aprofundados através da realização de um projeto, tendo por base o 1º ciclo de estudos. A minha prática de enfermagem foi baseada na evidência científica, a qual foi pesquisada através da

elaboração de uma revisão *scoping* relativa às intervenções de enfermagem à pessoa em situação paliativa em cuidados intensivos.

A concretização desta fase do curso com a finalização do relatório de estágio manifesta-se em novas experiências, novas aprendizagens, novas competências que fizeram com que evoluísse em termos profissionais e pessoais. Este percurso foi realizado com objetivo de dar resposta a uma problemática de forma a melhorar os cuidados prestados a pessoas com doença oncológica em situação paliativa que se encontram num ambiente de UCI.

A partilha do conhecimento nesta área permitiu também o crescimento profissional da equipa de enfermagem. O desenvolvimento deste tema no SMI-UNC permitiu trazer à discussão os conceitos relacionados com os CP e revelou-se um verdadeiro desafio. Algumas questões originaram alguns dilemas ético-legais, como a extubação ou a transferência para a enfermaria sabendo o seu desfecho. A equipa de enfermagem revela algum “desconforto” com estas tomadas de decisões, e o facto de serem exploradas podem servir de aprendizagens futuras. Torna-se assim primordial, que a equipa, encontre uma coerência de ideias e práticas, através do processo contínuo de capacitação baseado na melhor e recente evidência científica.

3.1. Análise *SWOT*

Após o percurso efetuado até ao momento importa analisar as condições para dar continuidade ao projeto ora implementado, através da análise *SWOT*. Como pontos fortes, considero o aumento do conhecimento da equipa na área dos CP advindo da formação, apoio e supervisão na prestação de cuidados, assim como das reflexões sobre as situações experienciadas, e a existência de um guia de apoio à prática.

Em relação aos pontos fracos, considero que a rotatividade da equipa de enfermagem poderá acrescer dificuldade à continuidade do projeto, podendo implicar formações mais regulares de forma a assegurar que todos os enfermeiros que integram o serviço estão capacitados para cuidar da pessoa em situação paliativa e família.

Relativamente às oportunidades, considero a implementação deste projeto uma oportunidade para dar visibilidade à intervenção de enfermagem à pessoa em situação

paliativa em UCI, visto ser um tema ainda em crescimento na área dos cuidados intensivos.

Como ameaças identifiquei a dificuldade atual que as instituições públicas de saúde têm apresentado na captação e retenção dos profissionais de saúde, entre eles os enfermeiros.

3.2. Contributos da implementação do projeto na melhoria da qualidade dos cuidados prestados

“Os enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros visam explicitar a natureza e englobar os diferentes aspetos do mandato social da profissão de enfermagem” (OE, 2017, nd). A OE (2017) definiu, cinco categorias de enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos EE em Pessoa em Situação Crónica e Paliativa: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional, organização dos cuidados de enfermagem.

O CH onde pertenço está empenhado em programas de melhoria contínua de qualidade, e destaco que o serviço onde exerço funções está acreditado pela entidade @Qredita desde 2017. Um dos requisitos desta acreditação é o desenvolvimento profissional e do conhecimento pelo que considero que a implementação do Projeto “A pessoa com doença oncológica em situação paliativa em cuidados intensivos – Intervenção de Enfermagem” contribuirá para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

3.3. Limitações da implementação do projeto

Na implementação do projeto a principal limitação prendeu-se com constrangimentos iniciais apresentados face à aplicação do questionário. Estes foram ultrapassados com o envolvimento da enfermeira chefe e de toda a equipa de enfermagem e com a reformulação do questionário, o que permitiu a sua posterior aplicação e participação dos enfermeiros. Por o projeto dar resposta às necessidades da equipa, conseguiu-se o seu envolvimento, tendo-se ultrapassado os constrangimentos

associados à indisponibilidade de presença física para a formação com a utilização de recursos tecnológicos que permitiram que esta decorresse de modo híbrido, mobilizando-se os recursos informáticos disponíveis no serviço. Assim concluo que, apesar de alguns constrangimentos, as diligências efetuadas e a proatividade permitiram a concretização das atividades planeadas com sucesso.

4. CONCLUSÕES E TRABALHO FUTURO

De forma a dar resposta a uma problemática existente no serviço onde exerço funções foi elaborado um projeto de intervenção. O início deste projeto foi a partir da questão “Quais as intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em situação paliativa em cuidados intensivos?”, e foi realizada uma revisão da literatura e uma revisão *scoping* nas bases de dados *CINAHL* e *MEDLINE*, de forma a dar resposta à questão tendo por base a melhor evidência científica.

Posteriormente foram realizados 3 estágios de forma a aprofundar os conhecimentos e basear a minha prática na evidência encontrada, assim como desenvolver competências especializadas no cuidar da pessoa com doença oncológica em situação paliativa e em CI. Cada campo de estágio revelou-se um ambiente ideal para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. O facto de os estágios terem sido realizados em contextos do cuidar bastante distintos, foi possível integrar as aprendizagens adquiridas, desenvolver a capacidade de análise e reflexão sobre o cuidar e como os CP podem ser ancorados ao cuidar dos CI. Os cuidados prestados sempre tiveram como orientação a Teoria do Conforto de Kolcaba (2003), privilegiando o alívio do sofrimento em vários contextos.

Considero que os objetivos delineados para este projeto foram atingidos através do desenvolvimento das atividades planeadas e assim torná-lo num projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. Os momentos de análise e reflexão de cuidados, assim como a colaboração nos cuidados com peritos na área, permitiu um aumento do conhecimento que foi partilhado através da realização de formação à equipa de enfermagem na área dos CP e disponibilizado um guia de apoio à prática com orientações para o cuidado diferenciado à pessoa em situação paliativa em CI. Também foram aplicados questionários antes e depois da formação e os seus resultados revelaram-se bastante positivos e justificaram de alguma forma a importância da formação profissional para a aquisição de conhecimento.

Sugere-se que no futuro possa dar continuidade a este projeto com a partilha da evidência científica mais recente com a equipa de enfermagem e através da assessoria.

A necessidade de existirem padrões para a representação da prática da Enfermagem nos sistemas de informação da saúde nesta área são um aspeto relevante

já que poderão fornecer dados estatísticos importantes para o desenvolvimento de estudos que contribuam para ganhos em saúde e melhoria dos cuidados prestados, assim como estes padrões permitem dar visibilidade à intervenção de enfermagem às pessoas e família nesta situação. Para futuro, importa a criação de protocolos nesta área de atuação nos sistemas de informação clínica de forma a incentivar os enfermeiros a melhorar os seus registos, atendendo sempre à individualidade de cada pessoa doente e a sua família.

De forma a analisar e aprofundar as questões éticas que emergiram aquando da formação, é proposta a criação de uma dinâmica de equipa mensal como o *journal club*, onde se possa analisar e discutir diferentes artigos atualizados sobre esta temáticas, tendo em vista a capacitação da equipa.

Relativamente às áreas do conhecimento que ficaram menos consolidadas é sugerida a formação semestral de forma a manter a equipa capacitada para o cuidado à pessoa em situação paliativa e família.

Com as competências adquiridas posso agora, assumir um papel diferenciado na equipa multidisciplinar, através da dinamização e inovação na prestação de cuidados de enfermagem que visam o cuidar a pessoa doente em situação paliativa e sua família tal como uma atitude científica como determinante do cuidar em Enfermagem Paliativa no domínio da Oncologia.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberta Health Services (AHS) Edmonton Zone Palliative Care Program, Covenant Health (CH) Palliative Institute & Division of Palliative Care Medicine, Department of Oncology, University of Alberta (2019). Edmonton symptom assessment system – revised (esas-r): administration manual. University of Alberta.
- Anderson, W., Turner, K. (2020). Palliative Care in the ICU: A 360° View of the Nurse's Role. *Critical Care Nurse*, 40 (5), 84. DOI: <https://doi.org/10.4037/ccn2020615>
- Aromataris, E., Munn, Z. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. Acedido <https://synthesismanual.jbi.global>
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito - excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bennett, M. I., Davies, E. A. & Higginson, I. J. (2010). Delivering research in end-of-life care: problems, pitfalls and future priorities. *Palliative Medicine*. 24 (5), 456-46. DOI: <https://doi.org/10.1177/0269216310366064>
- Bittencourt, A.G.V., Dantas, M. P., Neves, F. B. C. S., Almeida, A. M., Melo, R. M. V., Albuquerque, L. C., Godinho, T. M., Agareno, S., Teles, J. M. M., Farias, A. M. C., Messeder, O. H. (2007). Condutas de limitação terapêutica em pacientes internados em Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*. 19 (2), 137-143. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2007000200001>
- Bloomer, M. J., Ranse, K., Butler, A. & Brooks, L. (2022). A national Position Statement on adult end-of-life care in critical care. *Australian Critical Care*, 35(4), 480–487. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.06.006>
- Coelho, C.B.T., James R. Yankaskas, J.R. (2017). New concepts in palliative care in the intensive care unit. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 29(2). 222-230. DOI: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20170031>
- Datta – Barua, I., Hauser, J. (2018). Four Communication Skills from Psychiatry Useful in Palliative Care and How to Teach Them. *AMA Journal of Ethics*, 20(8): E717-723. DOI: 10.1001/amajethics.2018.717
- Decreto-Lei n.º 74/2006 (2006). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, em desenvolvimento do disposto nos artigos 13.º a 15.º da Lei n.º

46/86, de 14 de Outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo), bem como o disposto no n.º 4 do artigo 16.º da Lei n.º 37/2003, de 22 de Agosto (estabelece as bases do financiamento do ensino superior). Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. *Diário da República*, I SÉRIE-A (N.º 60 de 24-03-2006), 2242 – 2257. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>

- Elliot, D., Aitken, L., Chaboyer, W. (2012). *Critical Care Nursing* (2nd ed.). Sydney: Mosby Elsevier. ISBN:9780729540681
- European Oncology Nursing Society (EONS). (2022). *Cancer Nursing Education Framework*. European Oncology Nursing Society
- Faria, J.M.S., Pontífice-Sousa, P., Gomes, M.J.P. (2018). Comfort care of the patient in intensive care – an integrative review. *Enfermeria Global*. 50. 490-502. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.2.266321>
- Figueiredo, M. C., Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *Revista da UIIPS –Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*. 6(2), 102-107 ISSN: 2182-9608. Acedido 24-07-2022. DOI: <https://doi.org/10.25746/ruiips.v6.i216137>
- Fortin, M., Grenier, R., Nadeau, M. (2009). Métodos de Colheita de Dados. In Fortin, M. *Processo de Investigação: da concepção à realização* (5ªed., 17, pp. 239–265) Lusociência
- Gibbs, G. (2013). *Learning by doing*. (1ª edição). Oxford Brookes University: Creative Commons. Acedido em: <https://thoughtsmostlyaboutlearning.files.wordpress.com/2015/12/learning-by-doing-graham-gibbs.pdf>
- Guerrero, D. (2002). Neuro-Oncology: A clinical nurse specialist perspective. *International Journal of Palliative Nursing*, 8 (1), 28-29. DOI: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2002.8.1.10232>
- Guimarães, M.N.M.Q. (2018). *Idosos com Doenças Oncológicas e Bioética de Proteção: Uma Oportunidade para a Integração dos Cuidados Paliativos em Cuidados Intensivos*. [Tese de doutoramento, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca], Fundação Oswaldo Cruz. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/31152>
- Gupta, U. G., Clarke, R. E. (1996). Theory and applications of the Delphi technique: A bibliography (1975–1994). *Technological Forecasting and Social Change*, 53(2), 185– 211. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0040-1625\(96\)00094-7](https://doi.org/10.1016/S0040-1625(96)00094-7)

- Jang, S. K., Park, W. H., Kim, H., Chang, S.O. (2019). Exploring nurses' end-of-life care for dying patients in the ICU using focus group interviews. *Intensive & Critical Care Nursing*, 52, 3–8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.09.007>
- Jensen, H. I., Halvorsen, K., Jerpseth, H., Fridh, I., & Lind, R. (2020). Practice Recommendations for End-of-Life Care in the Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*, 40(3), 14–22. DOI: <https://doi.org/10.4037/ccn2020834>
- Kolcaba, K. Y. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Care and Research*. New York: Springer.
- Lei n.º 31/2018 (2018). Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (N.º 137 de 18-07-2018), 3238 – 3239. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/31/2018/07/18/p/dre/pt/html>
- Lei n.º 52/2012 (2012). Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (N.º 172 de 05-09-2012), 5119 – 5124.
- Liang, J., Lv, X., Lu, C., Ye, X., Chen, X., Fu, J., Luo, C., Zhao, Y. (2020). Prognostic factors of patients with Gliomas – an analysis on 335 patients with Glioblastoma and other forms of Gliomas. *BMC Cancer*, 20 (35). DOI: <https://doi.org/10.1186/s12885-019-6511-6>
- Lima, F.C., Soares, T.B., Ueno, T.M.R.L., Garcez, J.C.D., Martinez-Riera, J.M., Aguiar, V.F.F. (2021). Comunicação como instrumento de enfermagem no cuidado interpessoal do usuário. *Revista Recien*, 11(34), 78-87. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.34.78-87>
- Metaxa, V., Anagnostou, D., Vlachos, S., Arulkumaran, N., Bensemmane, S., Dusseldorp, I., Aslakson, R., Davidson, J., Gerritsen, R., Hartog, C. & Curtis, J. (2021). Palliative care interventions in intensive care unit patients. *Intensive Care Medicine*, 47, 1415–1425. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06544-6>
- Monteiro, d.r., Kruse, m.h.l., Almeida, m.a. (2010). Avaliação do instrumento Edmonton Symptom Assessment System em cuidados paliativos: revisão integrativa. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 31(4), 785-93. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1983-14472010000400024>
- Moritz, R.D., Lago, P.M., Souza, R.P., Silva, N.B., Meneses, F. A., Othero, J.C.B., Machado, F.O., Piva, J.P., Dias, M.D., Verdeal, J.C.R., Rocha, E., Viana, R.A.P.P., Magalhães, A.M.P.B., Azeredo, N. (2008). Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de

terapia intensiva. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 20(4), 422-428. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2008000400016>

- Munro, C. L., & Savel, R. H. (2018). Aggressive Care AND Palliative Care. *American Journal of Critical Care : An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 27(2), 84 – 86. DOI: <https://doi.org/10.4037/ajcc2018757>
- Neto, I. (2016). Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., Neto, I. *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed., 1, pp 1-22). Núcleo de Cuidados Paliativos. Centro de Bioética - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Enfermagem à pessoa em situação crónica e paliativa. Lisboa: Autor. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Parpa, E., Kostopoulou, S., Tsilika, E., Galanos, A., Mystakidou, K. (2019). Depression as a Mediator or Moderator Between Preparatory Grief and Sense of Dignity in Patients With Advanced Cancer. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 36(12), 1063-1067. DOI: 10.1177/1049909119844783
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pinheiro, A. R. P. Q., Marques, R. M. D. (2019). Behavioral Pain Scale and Critical Care Pain Observation Tool for pain evaluation in orotracheally tubed critical patients. A systematic review of the literature. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 31(4), 571-581. DOI: 10.5935/0103-507X.20190070
- Queirós, P.J.P. (2016). O conhecimento em enfermagem e a natureza dos seus saberes. *Escola Anna Nery*, 20(3): e20160079. DOI: 10.5935/1414-8145.20160079
- Queiroz, T. A., Ribeiro, A. C. M., Guedes, M. V. C., Coutinho, D. T. R., de Galiza, F. T. & de Freitas, M. C. (2018). Palliative Care to the Elderly in Intensive Care: The Perspective of the Nursing Team. *Texto & Contexto Enfermagem*, 27(1), 1–10. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018001420016>
- Querido, A., Salazar, H., Neto, I. Comunicação. In: Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., Neto, I. *Manual de Cuidados Paliativos*. 3ª edição. Núcleo de Cuidados Paliativos.

Centro de Bioética - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2016. p. 815–831

- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II Série (N.º 26 de 2019-02-06), 4744 – 4750.
- Regulamento n.º 429/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II série (n.º 135 de 2018-07-16), 19360 – 19366
- Regulamento n.º 743/2019 - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, publicado no Diário da República, 2ª série, n.º 184, de 25 de setembro
- Ruivo, A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. Revista Percursos, 15. Disponível em: http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Silva, R.S., Pereira, A., Mussi, F.C. (2015). Comfort for a good death: perspective nursing staff's of intensive care. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19(1), 40-46. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150006>
- Soares, M. (2007). Cuidando da família de pacientes em situação de terminalidade internados na Unidade de Terapia Intensiva. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 19 (4), 481-484.
- Utami, R. S., Pujiyanto, A., Setyawan, D., Naviati, E., & Rochana, N. (2020). Critical Care Nurses' Experiences of End-of-Life Care: A Qualitative Study. *Nurse Media. Journal of Nursing*, 10(3), 260– 274. DOI:<https://doi.org/10.14710/nmjn.v10i3.31302>
- Vergo, M.T., Whyman, J., Li, Z., Kestel, J., James, S.L., Rector, C., Salsman, J.M. (2017). Assessing Preparatory Grief in Advanced Cancer Patients as an Independent Predictor of Distress in an American Population. *Journal of palliative medicine*, 20(1), 48-52. DOI: 10.1089/jpm.2016.0136
- World Health Organization (WHO). Palliative Care Definition (cancer), 2020. Acesso por: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care> a 02-02-2023
- Yazdanparast, E., Arasteh, A., Ghorbani, S., Davoudi, M. (2021). The Effectiveness of Communication Skills Training on Nurses' Skills and Participation in the Breaking Bad

News. Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research. 26(4). 337 – 341. DOI:
10.4103/ijnmr.IJNMR_150_20

APÊNDICES

Apêndice I: Revisão *Scoping*

A PESSOA COM DOENÇA ONCOLÓGICA EM SITUAÇÃO PALIATIVA

EM CUIDADOS INTENSIVOS – INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM:

UMA REVISÃO *SCOPING*

BACKGROUND

O objetivo dos cuidados intensivos é ajudar a pessoa gravemente doente a sobreviver, assim como existe a vantagem da tecnologia avançada e de cuidados específicos. No entanto, verifica-se que aproximadamente 20% dos doentes admitidos em Unidades de Cuidados Intensivos não sobrevivem após cessação de medidas de suporte de vida (Elliot, Aitken & Chaboyer, 2012). Desta forma, nas Unidades de Cuidados Intensivos também se encontram pessoas com doença em fase terminal que necessitam de cuidados de fim de vida, sendo o cuidado destas pessoas uma parte importante no trabalho de uma equipa de Cuidados Intensivos (Jensen, Halvorsen, Jerpseth, Fridh & Lind, 2020).

Segundo Bennett, Davies & Higginson (2010), o termo fim de vida refere-se ao último ano de vida, mais especificamente aos últimos meses de vida, combinados com um declínio do estado de saúde, com a redução da função, o aumento da sintomatologia e o prognóstico clínico (Bennett et al, 2010).

O interesse pela qualidade de vida e pelo alívio do sofrimento da pessoa doente em fim de vida com doença crónica em fase avançada levou ao desenvolvimento de uma área especializada de cuidados e conhecimento designada de Cuidados Paliativos.

Segundo a OMS, os Cuidados Paliativos procuram melhorar a qualidade de vida dos doentes, das suas famílias e cuidadores pela prevenção e alívio do sofrimento, através da identificação precoce, diagnóstico e tratamento adequado da dor e de outros problemas, sejam estes físicos, psicológicos, sociais ou espirituais (WHO, 2020). É importante salientar que, inicialmente este tipo de cuidados destinava-se apenas às

peças com cancro, nos estádios terminais desta doença. No entanto, com o desenvolvimento crescente dos Cuidados Paliativos e por questões de éticas, passaram a abranger as peças de todas as idades em sofrimento (e as suas famílias) por todos os tipos de doenças graves/crónicas/complexas/progressivas em todos os ambientes de cuidados (Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, 2012).

Segundo Neto (2010), a intervenção dos Cuidados Paliativos, personalizada e adaptada a cada situação, assenta em quatro pilares fundamentais: o controlo de sintomas, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas; a comunicação adequada, com a pessoa doente e sua família; apoio à família, durante a doença e depois da morte da pessoa doente; e trabalho em equipa, integrando as intervenções de todos os profissionais envolvidos para dar resposta às necessidades da pessoa doente e família. “Estas quatro vertentes devem ser encaradas numa perspetiva de igual importância, pois não é possível praticar Cuidados Paliativos de qualidade se alguma delas for subestimada” (Neto, 2010, p.6). Embora a prestação de Cuidados Paliativos seja apenas possível num contexto multidisciplinar, torna-se urgente evidenciar o trabalho do enfermeiro no contexto dessa mesma equipa, distinguindo a sua área de trabalho.

A permanência numa Unidade de Cuidados Intensivos pode ser uma experiência muito angustiante, tanto para a pessoa doente como para a família. Para um melhor cuidado à pessoa doente em fim de vida que se encontra numa unidade de cuidados intensivos, é necessário alertar os profissionais para a finitude da vida como um processo inevitável e a importância de cuidar das peças com doença incurável e a sua família, assim como é de extrema importância a formação na área dos Cuidados Paliativos.

A intervenção de enfermagem à pessoa com doença oncológica em situação paliativa em cuidados intensivos não se encontra estruturada e as linhas orientadoras encontram-se dispersas na literatura. Torna-se, então, importante perceber a intervenção de enfermagem na promoção do conforto da pessoa doente e da sua família, tendo por base a melhor evidência científica. Nesta linha de pensamento, é necessário mapear o conhecimento existente acerca das intervenções de enfermagem na pessoa com doença oncológica em situação paliativa em cuidados intensivos, avaliando a literatura acerca desta temática. O procedimento metodológico utilizado foi o proposto no manual de revisões *scoping* do *Joanna Briggs Institute* (JBI) (2020).

QUESTÃO DA REVISÃO

A questão foi construída recorrendo à mnemónica “PCC” (População, Conceito e Contexto). A população é representada pela pessoa adulta com doença oncológica em situação paliativa, o conceito refere-se às intervenções de enfermagem na pessoa com doença oncológica e o contexto refere-se à unidade de cuidados intensivos. Tendo por base a mnemónica a questão traduz-se em: Quais as intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em situação paliativa em Cuidados Intensivos?

OBJETIVO

A presente revisão *scoping* tem como objetivo mapear as evidências no âmbito das intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em fim de vida em cuidados intensivos.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

De acordo com a metodologia proposta pelo JBI (2020), foram definidos critérios de elegibilidade com base na População, Conceito e Contexto de revisão pretendido. Na pesquisa foram incluídos os estudos que envolvam adultos com doença oncológica em situação paliativa (População), intervenções de enfermagem (Conceito) e cuidados intensivos (Contexto). Relativamente ao tipo de fontes de informação, foram incluídos todos os estudos como revisões da literatura, relatórios, teses ou dissertações entre outros, desenvolvidos em qualquer zona geográfica do mundo, publicados em língua inglesa, espanhola ou portuguesa entre os anos de 2017 e 2022.

Relativamente aos critérios de inclusão da população, o presente protocolo de revisão *scoping* considerou estudos que incluíam adultos com doença oncológica em situação paliativa e como critérios de exclusão todas as pessoas com doença oncológica em situação paliativa que não se encontrem em idade adulta.

Os critérios de inclusão do conceito incluem os estudos que identifiquem as intervenções de enfermagem ao adulto com doença oncológica em situação paliativa e

como critérios de exclusão todos os documentos que não apresentem intervenções de enfermagem.

Em relação aos critérios de inclusão do contexto, este protocolo de revisão *scoping* considerou os estudos que incluíam os cuidados intensivos ao adulto com doença oncológica em situação paliativa e como critérios de exclusão todos os contextos que não sejam cuidados intensivos.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

O método de revisão *scoping* é utilizado para mapear as evidências subjacentes à área temática em estudo.

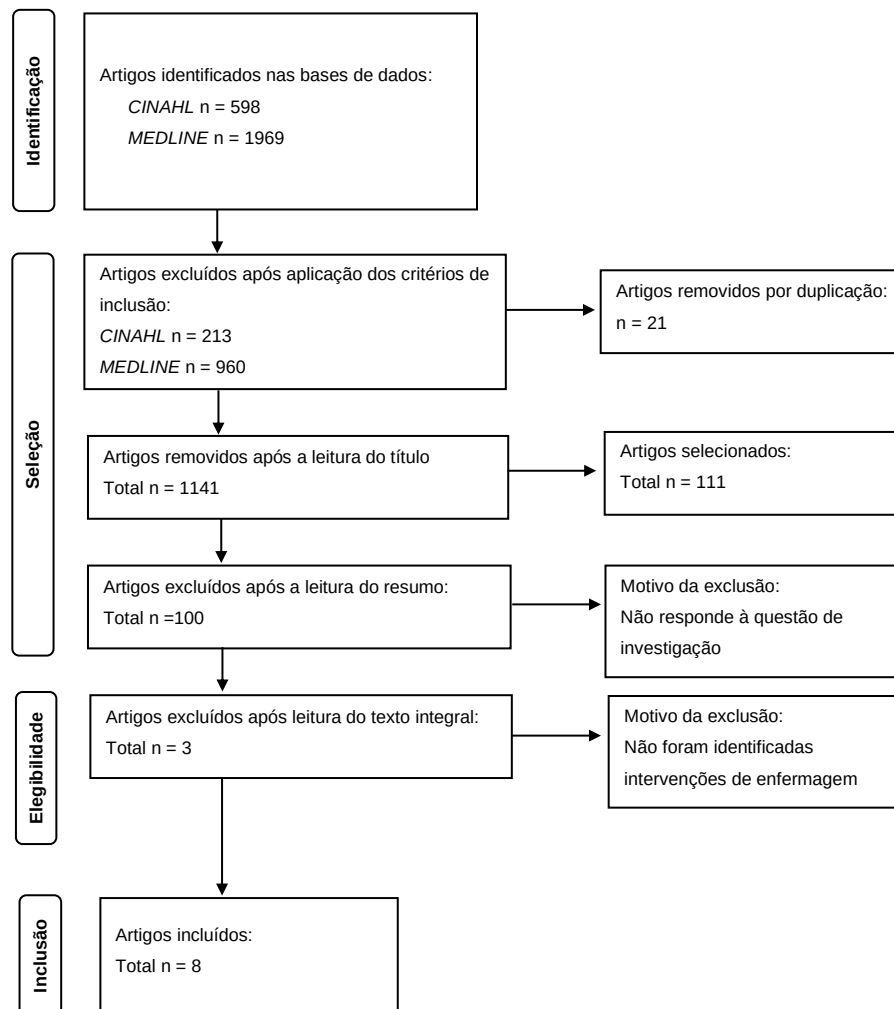
De acordo com a recomendação de metodologia proposta pelo *JB* (2020) foi utilizada a seguinte estratégia de pesquisa. Relativamente aos documentos publicados, no que diz respeito à pesquisa efetuada na base de dados *CINAHL* Complete, após definir os termos indexados (Quadro nº 1) para cada palavra-chave, foram utilizadas as expressões booleanas OR e AND e foram encontrados 598 estudos. Aplicando como limitadores da pesquisa o intervalo temporal entre 2017-2022, a existência de disponibilidade do texto integral em inglês, espanhol e português, resultaram 213 estudos. A pesquisa realizada na base de dados *MEDLINE* seguiu o mesmo procedimento metodológico. Como tal, após definir os termos indexados (Quadro nº 1) para cada palavra-chave, foram utilizadas as expressões booleanas OR e AND e foram encontrados 1969 estudos. Aplicando como limitadores da pesquisa o intervalo temporal entre 2017-2022, a existência de disponibilidade do texto integral em inglês, espanhol e português, resultaram 960 estudos. Após pesquisa nas duas bases de dados, resultaram num total de 1173 artigos.

Dos 1173 artigos, 21 artigos foram excluídos por duplicação e pela leitura do título foram excluídos 1141 artigos. Dos 111 artigos que reuniam os critérios de inclusão, 100 foram excluídos pela leitura do resumo por não dar resposta ao contexto pretendido e ao estudo a realizar. Dos 11 artigos daí resultantes, 5 artigos foram excluídos após a leitura do texto integral por não serem identificadas intervenções de enfermagem à pessoa em situação paliativa em cuidados intensivos, e 8 artigos integraram a revisão (Fluxograma nº1)

Quadro nº 1 – Termos indexados utilizados para pesquisa nas bases de dados *CINAHL* e *MEDLINE*

	Linguagem Natural	Linguagem Indexada	
		<i>CINAHL</i>	<i>MEDLINE</i>
População	Adulto/Adults Pessoa com doença Oncológica /Cancer Patients Situação Paliativa / Palliative Care Fim de vida / End-of- Life	Adult MM Cancer Patient MM Terminal ill patients MM Palliative care KW end-of-life	Adult KW oncological patient MH Terminally ill MH Palliative care MH Death
Conceito	Intervenções de enfermagem	MM Nursing interventions MM nursing care Nurs*	KW nursing interventions MH Nursing care KW Nurs*
Contexto	Cuidados Intensivos/ Critical Care	MM Critical care MM Intensive care units KW ICU	KW Critical care MH Intensive care units

Fluxograma nº1 – Prisma Flow para revisão scoping



EXTRAÇÃO DE DADOS

Os 8 artigos selecionados após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram sujeitos à sua leitura na íntegra de forma a obter uma compreensão global de cada um deles.

A extração de dados foi realizada com recurso a um instrumento adaptado do “*template data extraction instrument*” do JBI (2020), para a presente revisão, o qual poderá ser alvo de alterações com base no propósito da revisão. Os quadros seguintes apresentam os dados de cada documento.

Quadro nº 2 – Apresentação dos dados do documento “*A national Position Statement on adult end-of-life care in critical care*”

Instrumento de extração de dados	
Data da pesquisa	08/12/2022
Base de Dados	<i>Cinahl, Medline</i>
Ano de publicação	2022
Autor	Bloomer, M.J., Ranse, K., Butler, A. & Brooks, L.
Título	<i>A national Position Statement on adult end-of-life care in critical care</i>
País de origem do estudo	Austrália
Tipo de estudo	Revisão sistemática da literatura
Objetivos	Desenvolver uma Declaração de Posição que refletisse as evidências e informações mais relevantes relacionadas com os cuidados de fim de vida à pessoa doente em ambiente de cuidados intensivos australianos.
População do estudo/participantes	Pessoa adulta em fim de vida em ambiente de cuidados intensivos australianos
Metodologia do estudo	Uma pesquisa sistemática da literatura para localizar evidências de pesquisa relacionadas com os principais elementos dos cuidados de fim de vida em cuidados intensivos. Foi dada preferência à evidência de pesquisa australiana ou australásia mais recente, quando disponível. Uma vez que as recomendações práticas foram elaboradas de acordo com as evidências da pesquisa, foi estabelecido um painel de revisão de especialistas clínicos. O painel foi composto por membros clinicamente ativos com pelo menos 12 meses de experiência clínica. O painel de revisão de especialistas clínicos participou num processo <i>eDelphi</i> para fornecer validade face às recomendações práticas e uma reunião on-line subsequente para sugerir alterações adicionais e garantir que as recomendações

	práticas finais fossem significativas para o cuidado em enfermagem em cuidados intensivos na Austrália.
Resultados do estudo	28 recomendações de práticas de cuidados de fim de vida destinadas a garantir cuidados de fim de vida ideais em cuidados intensivos e de acordo com a prática e os recursos da unidade local, pessoal e perfis da pessoa doente. As intervenções de enfermagem são classificadas de acordo com: (1) cuidado centrado na família, (2) comunicação e tomada de decisão, (3) conforto da pessoa doente e apoio à família, (4) doação de órgão, (5) cuidados após a morte, (6) autocuidado da enfermeira. Para garantir cuidados centrados na família no final da vida, o enfermeiro deve: (1) realizar e documentar uma avaliação das necessidades e preferências da pessoa doente e/ou família, (2) orientar a família sobre o ambiente da unidade de cuidados intensivos, instalações disponíveis e informações de contato, (3) procurar o interesse da família e permissão para envolver líderes religiosos/espirituais/culturais para apoio familiar contínuo, (4) procurar o interesse da família na recolha e partilha de lembranças durante o internamento em cuidados intensivos e após a morte, (5) providenciar privacidade e o espaço para a pessoa doente e/ou família, oferecendo a realocação para um quarto individual ou cama maior, quando disponível, (6) apoiar e facilitar a visita das crianças. Para garantir uma comunicação e tomada de decisão ideais, o enfermeiro deve: (1) realizar e documentar uma avaliação das necessidades e preferências da pessoa doente e da família, (2) participar e contribuir nas reuniões familiares, (3) reconhecer, comunicar e documentar as preocupações da família. Para garantir o conforto da pessoa doente e o apoio da família, o enfermeiro deve: (1) procurar instruções claras para orientar o processo de suspensão do tratamento de

	manutenção da vida, (2) retirar qualquer equipamento e monitorização desnecessários na unidade da pessoa doente, racionalizando linhas e equipamentos ligados à pessoa doente, (3) procurar rever a tabela terapêutica, priorizando estratégias farmacológicas que auxiliem no alívio dos sintomas, como o uso de analgesia e sedação, (4) monitorizar e avaliar a pessoa doente quanto a sinais de desconforto, incluindo, entre outros, dor, ansiedade, dispneia, inquietação e sofrimento psicológico, (5) providenciar posicionamentos e higiene regulares, (6) verificar as preferências da família para o momento da suspensão do tratamento e comunicar isso à equipa, (7) determinar se a família gostaria de estar presente para a suspensão do tratamento e antes e depois da morte, (8) preparar e orientar a família para o que eles verão, ouvirão e experimentarão à medida que a morte se aproxima. Ao considerar a possível doação de órgãos, o enfermeiro deve: (1) trabalhar em colaboração com os coordenadores de doação de órgãos e a equipa para garantir uma comunicação consistente com a família em relação à possível doação de órgãos, (2) continuar a fornecer cuidados de alta qualidade à pessoa doente para manter os órgãos vitais, prevenir a deterioração hemodinâmica, e demonstrar respeito contínuo pela pessoa doente. Para garantir o cuidado ideal após a morte, o enfermeiro deve: (1) facilitar a continuidade da privacidade, tempo e espaço para a família passar tempo com a pessoa falecida, (2) com o consentimento dos membros da família, obter e providenciar para que o pessoal de cuidados pastorais do hospital ou funcionários/representantes culturais ou religiosos da comunidade entrem na unidade de cuidados intensivos para fornecer apoio adicional, (3) com o consentimento dos familiares, encaminhar para o serviço social ou outro serviço
--	--

	de apoio ao luto para apoio contínuo, (4) fornecer materiais escritos adicionais sobre procedimentos pós-morte, por exemplo, visualização do corpo e apoio comunitário ao luto para que as famílias leiam posteriormente. Para garantir o autocuidado ideal, os enfermeiros devem: (1) participar em <i>debriefing</i> formal estruturado na unidade, quando disponível, após cuidar de uma pessoa falecida e sua família, (2) procurar e participar de esclarecimentos informais e apoio com colegas, incluindo o enfermeiro responsável, (3) envolver-se em práticas de autocuidado, como tirar um tempo para se desconectar do luto no local de trabalho, fazer exercícios, escrever um diário e conversar com colegas, (4) notificar o enfermeiro responsável em circunstâncias em que se sinta incapaz de cuidar de uma pessoa que está a morrer.
Conclusões do autor	A revisão da literatura juntamente com a contribuição de especialistas clínicos, resultou em 28 recomendações práticas baseadas em evidências e também viáveis e significativas para clínicos de cuidados intensivos em toda a Austrália.

Quadro nº 3 – Apresentação dos dados do documento “*Aggressive Care AND Palliative Care*”

Instrumento de extração de dados	
Data da pesquisa	08/12/2022
Base de Dados	<i>Medline</i>
Ano de publicação	2018
Autor	Munro, C. L., Savel, R. H.
Título	<i>Aggressive Care AND Palliative Care</i>
País de origem do estudo	Estados Unidos da América
Tipo de estudo	Editorial
Objetivos	Explicar a importância dos Cuidados Paliativos em Cuidados Intensivos

População do estudo/participantes	Pessoa adulta em fim de vida em ambiente de cuidados intensivos
Metodologia	Reflexão
Resultados do estudo	Na UCI, a dor, a sede e a dispneia foram relatados como os 3 sintomas mais comuns e preocupantes vivenciados pela pessoa doente. A avaliação e a intervenção precoces são importantes para reduzir o sofrimento destes sintomas. Os doentes relatam lembrar a dor relacionada com os cuidados prestados na UCI, incluindo os posicionamentos, a aspiração do tubo endotraqueal e os procedimentos médicos. Os opióides continuam a ser os medicamentos mais utilizados para o alívio da dor na UCI. Os tratamentos não farmacológicos, tais como relaxamento, musicoterapia ou massagem podem ser importantes adjuvantes para o tratamento farmacológico da dor na UCI. Os tratamentos não farmacológicos para a dispneia incluem posicionamento, espaçamento das atividades de forma a reduzir o consumo de oxigénio e a utilização do ventilador. Os opióides também podem ser administrados para aliviar a dispneia na UCI. Além da gestão dos sintomas, os cuidados paliativos incorporam a comunicação para melhorar a compreensão entre a pessoa doente, família e equipa multidisciplinar. Ao aplicar as competências de comunicação de cuidados paliativos, a equipa de cuidados de saúde aprende sobre as prioridades e valores individuais da pessoa doente, e esta e a sua família ganham uma melhor compreensão do prognóstico da doença e das opções de tratamento.
Conclusões do autor	Os cuidados paliativos podem contribuir para a gestão dos sintomas em todas as fases da doença grave, e não se restringe àqueles que têm um prognóstico terminal. Os Cuidados Paliativos podem e devem ser oferecidos a todas as

	peessoas doentes da UCI, a partir do momento da admissão, qualquer que seja o prognóstico. Cada pessoa pode experimentar vários sintomas angustiantes, dependendo da natureza da sua doença e tratamentos. A avaliação e a intervenção precoces são importantes para reduzir o sofrimento destes sintomas.
--	--

Quadro nº 4 – Apresentação dos dados do documento “*Critical Care Nurses’ Experiences of End-of-Life Care: A Qualitative Study*”

Instrumento de extração de dados	
Data da pesquisa	08/12/2022
Base de dados	<i>Cinahl</i>
Ano de publicação	2020
Autor	Utami, R. S., Pujiyanto, A., Setyawan, D., Naviati, E. & Rochana, N.
Título	<i>Critical Care Nurses’ Experiences of End-of-Life Care: A Qualitative Study</i>
País de origem do estudo	Indonésia
Tipo de estudo	Estudo qualitativo com abordagem fenomenológica
Objetivos	Explorar as experiências de enfermeiros de cuidados intensivos na prestação de cuidados em fim de vida.
População do estudo/participantes	Enfermeiros de cuidados intensivos com experiências no cuidar em fim de vida
Metodologia do estudo	Dez enfermeiros de cuidados intensivos com experiências no cuidar em fim de vida foram recrutados por meio de uma técnica de amostragem intencional para entrevistas em profundidade. A análise de conteúdo manual foi usada para identificar os temas.
Resultados do estudo	Os resultados do estudo encontraram cinco temas, incluindo o desafio da comunicação com a família, apoio à família, apoio

	à pessoa doente, discussão e tomada de decisão e emoções dos enfermeiros. Os participantes afirmaram que a comunicação com as famílias em situação de fim de vida tem os seus próprios desafios e dificuldades. As principais dificuldades de comunicação enfrentadas pelos enfermeiros estão na comunicação com as famílias que têm grandes expectativas. O apoio à família inclui encorajar a família, tentar estar sempre disponível para esta e convidá-las a exprimir os seus sentimentos. O apoio à pessoa doente tem como objetivo aumentar o conforto, como evitar procedimentos que causam dor, administrar medicação para dor e prestar cuidados de higiene pessoal. Quase todos os participantes manifestaram apoio espiritual à pessoa doente, direta ou indiretamente, como por exemplo, escuta de textos espirituais, orientação de orações, orientação espiritual ou permitir a presença de um líder religioso se necessário. A maioria dos participantes afirmou que as decisões relacionadas com os cuidados prestados à pessoa doente eram realizados com base nos resultados da discussão entre a família e a equipa multidisciplinar; no entanto, o papel dos médicos é dominante em comparação com o dos enfermeiros uma vez que os enfermeiros tendem a seguir as indicações do médico. Os participantes disseram que cuidar de pessoas em fim de vida os lembrava a morte. Os participantes transmitiram simpatia e empatia à pessoa doente e familiares. Os participantes referem terem sentido a tristeza da família que perdeu o seu ente querido.
Conclusões do autor	A maior parte dos cuidados em fim de vida prestados por enfermeiros de cuidados intensivos foi centrado na

	família. Eles tiveram alguns desafios na comunicação e na tomada de decisões. Cuidar de uma pessoa doente em fim de vida é um desafio emocional e psicológico para os enfermeiros e esses desafios devem ser enfrentados. Desta forma, os enfermeiros precisam melhorar suas habilidades de comunicação e estarem mais ativamente envolvidos de modo a facilitar a tomada de decisão em situações de fim de vida. Os enfermeiros têm necessidade de treino e formação sobre como cuidar da pessoa doente em fim de vida.
--	--

Quadro nº 5 – Apresentação dos dados do documento *“Intensive care unit team perception of palliative care: the discourse of the collective subject”*

Instrumento de extração de dados	
Data da pesquisa	08/12/2022
Base de dados	<i>Cinahl, Medline</i>
Ano de publicação	2017
Autor	Gulini, J. E. H. M. de B., Nascimento, E. R. P. do, Moritz, R. D., Rosa, L. M. da, Silveira, N. R., & Vargas, M. A. de O.
Título	<i>Intensive care unit team perception of palliative care: the discourse of the collective subject</i>
País de origem do estudo	Brasil
Tipo de estudo	Qualitativo e descritivo
Objetivos	Conhecer a percepção dos profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e fisioterapeutas) de uma unidade de cuidados intensivos perante os cuidados paliativos
População do estudo/participantes	Profissionais de saúde (enfermeiros, médicos e fisioterapeutas) de uma unidade de cuidados intensivos
Metodologia do estudo	Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas para investigar a compreensão dos profissionais de saúde sobre os cuidados paliativos naquela unidade de cuidados intensivos. Foi

	utilizado como referencial metodológico a Pesquisa Convergente Assistencial
Resultados do estudo	As ideias-chave extraídas das entrevistas foram: cuidado na fase terminal sem medidas fúteis, cuidado de conforto, lacuna na padronização dos cuidados e falta de capacitação da equipa. Reconhecer o momento em que um tratamento é considerado fútil ou saber quando uma determinada intervenção não atende aos objetivos estabelecidos na terapêutica de um determinado doente são processos complexos. Os cuidados de conforto são definidos como aspetos físicos individuais e combinados com os aspetos psicológicos, sociais e espirituais. O excelente controle de sintomas, compromisso contínuo de servir a pessoa doente e a família, apoio físico, psicológico e espiritual são as marcas dos cuidados de alta qualidade no fim da vida. Este cuidado está a emergir na UCI e exige o mesmo nível elevado de conhecimento e competência de todas as outras áreas envolvidas. A pessoa doente em fim de vida na UCI necessita de alívio dos sintomas, os seus desejos respeitados e estar com os seus entes queridos. Os fatores mais importantes do conceito de cuidado de alta qualidade da pessoa doente incluem confiança e segurança na equipa, cessação do suporte de vida quando há pouca esperança para uma recuperação significativa, informação honesta sobre a doença, continuidade dos cuidados e preparação para o fim da vida.
Conclusões do autor	A equipa da UCI entende que os Cuidados Paliativos são apropriados na fase terminal da vida, sem necessidade de medidas fúteis de tratamento, e com cuidado de conforto à pessoa doente e aos seus familiares. No entanto, os

	profissionais estão cientes que a falta de padronização do cuidado os leva a conceber os cuidados paliativos como cuidados em fase terminal, sendo recomendadas medidas para combater este estigma. É necessário melhorar a comunicação entre os profissionais da equipa, para que se estabeleçam condutas mais uniformizadas na assistência à pessoa doente e família. Referiram a necessidade de capacitação, para que em conjunto seja aprimorada a assistência à pessoa em fase final de vida, e oferecer o suporte necessário aos familiares. A carência de formação dos profissionais em cuidados paliativos interfere na definição de quais as pessoas devem ser internadas, ou não, em cuidados intensivos.
--	---

Quadro nº 6 – Apresentação dos dados do documento *“Palliative care to the elderly in intensive care: the perspective of the nursing team”*

Instrumento de extração de dados	
Data da pesquisa	08/12/2022
Base de dados	<i>Cinahl</i>
Ano de publicação	2018
Autor	Queiroz, T. A., Ribeiro, A. C. M., Guedes, M. V. C., Coutinho, D. T. R., de Galiza, F. T. & de Freitas, M. C.
Título	<i>Palliative care to the elderly in intensive care: the perspective of the nursing team</i>
País de origem do estudo	Brasil
Tipo de estudo	Descritivo
Objetivos	Conhecer o significado de cuidados paliativos ao idoso para a equipa de enfermagem e identificar como ocorrem as interações da família com o idoso na unidade de cuidados intensivos.

População do estudo/participantes	Equipa de enfermagem
Metodologia do estudo	Recolha de dados no segundo semestre de 2015 por entrevista semiestruturada
Resultados do estudo	Os resultados apontaram três categorias temáticas: cuidados paliativos, com destaque para alívio da dor e do sofrimento; interação familiar e pessoa idosa, a destacar-se a comunicação como mais importante; e ambiente impróprio para cuidados paliativos, com ênfase na orientação para o cuidado. Com a utilização da técnica de análise de conteúdo foram constituídas três categorias e treze subcategorias. A categoria Cuidados Paliativos (CP) concentrou maior número de subcategorias com destaque para manter conforto; cuidar na fragilidade; alívio da dor e sofrimento; impotência pela perda e proximidade da morte. Nesta categoria, ressalta o significado dos cuidados paliativos para os participantes com ênfase nos conceitos de alívio, conforto, respeito pelo ser humano perante a iminência da morte. A categoria Interação Familiar e Idoso (IFI) concentrou três subcategorias: comunicação, participação familiar e orientação para o cuidado. Segundo exposto, a comunicação/ interação com a família é uma das filosofias dos cuidados paliativos e o seu propósito é promover a qualidade de vida da pessoa doente, no caso, o idoso, o qual se encontra numa condição de doença que ameaça a continuidade da vida. Observa-se nesta categoria a ideia de comunicação e interação com os familiares a fim de orientá-los para as condições da pessoa idosa e a importância do envolvimento no cuidado. Na categoria Ambiente Impróprio para os Cuidados Paliativos (AICP) identificou-se apenas uma subcategoria: dificuldade de interação profissional, família e idoso. Enfatiza-se a necessária

	interação entre os profissionais e familiares de idosos, considerando as condições clínicas dessas pessoas e a indispensável presença dos familiares para acompanhar e realizar as atividades básicas com o idoso. Como revelado, o ambiente não é favorável à comunicação efetiva entre profissionais e familiares. Categoria CP – proporcionar ao idoso a continuidade da vida envolvendo os aspetos físicos, emocionais, sociais, espirituais e culturais, no intuito de melhorar a qualidade de vida, reduzindo sinais e sintomas da doença. A qualidade de vida mencionada é melhorar o bem-estar e trazer um melhor padrão de vida ao idoso, consoante as condições permitidas. Categoria IFI – A presença do familiar apoiando e oferecendo conforto reduz as inquietações provenientes do ambiente onde se encontra a pessoa idosa. Por isso, a família desenvolve um vínculo expressivo com a equipa de enfermagem que cuida da pessoa idosa durante o internamento. A presença da família ajuda a pessoa idosa a aceitar o internamento, e auxilia na formação do vínculo com a equipa de profissionais de saúde. O cuidado paliativo à pessoa idosa requer do profissional de saúde a interação com a família para orientá-la quanto ao cuidado de modo mais integral possível. Essa comunicação e orientação familiar ocorrem por meio de uma escuta qualificada para perceber as suas inquietações, suas dúvidas e anseios em relação às condutas adotadas pela equipa no cuidado à pessoa idosa, como também, os momentos nos quais se requer a intervenção familiar. Fortalecido pela presença do familiar, o idoso pode expressar melhor seus sentimentos e emoções como ansiedade, medos, temores e fantasias, geradas pelo ambiente dos cuidados intensivos, pelos alarmes de aparelhos, pela movimentação dos profissionais no cuidado
--	--

	dos casos mais graves, pelo momento da presença de visitas, pelo medo de expressar seus sentimentos. Como exposto nas falas dos profissionais, a família, pode ser uma mediadora entre a pessoa idosa, os profissionais e o ambiente. Categoria AICP – O ambiente de cuidados intensivos dificulta a realização de cuidados paliativos com qualidade. Segundo os entrevistados, a alta tecnologia, os ruídos e o ambiente, bem como o horário de visitas ou a falta de privacidade, entre outros fatores, contribuem para o inadequado cuidado à pessoa em situação de fim de via.
Conclusões do autor	A equipa tem conhecimento sobre cuidados paliativos e reconhece a família como elo entre o enfermeiro e o idoso. O profissional guiado pelos pressupostos dos cuidados paliativos pode auxiliar a família de forma solícita e humana, através de comunicação eficaz e proporcionar um ambiente adequado à situação.

Quadro nº 7 – Apresentação dos dados do documento *"Practice Recommendations for End-of-Life Care in the Intensive Care Unit"*

Instrumento de extração de dados	
Data da pesquisa	08/12/2022
Base de dados	<i>Cinahl, Medline</i>
Ano de publicação	2020
Autor	Jensen, H. I., Halvorsen, K., Jerpseth, H., Fridh, I. & Lind, R.
Título	<i>Practice Recommendations for Endof-Life Care in the Intensive Care Unit.</i>
País de origem do estudo	Estados Unidos da América
Tipo de estudo	Revisão da Literatura
Objetivos	Fornecer recomendações para o cuidado em fim de vida de alta qualidade para a pessoa doente e família

População do estudo/participantes	-
Metodologia do estudo	Revisão da Literatura
Resultados do estudo	Foram abordados os seguintes domínios: tomada de decisão no fim de vida, local para falecer, conforto da pessoa doente, presença da família na unidade de cuidados intensivos, visita de crianças, necessidades da família, preparação da família, presença da equipa profissional, quando a pessoa doente morre, cuidado à família após a morte, cuidado com a equipa profissional. Tomada de decisão no fim de vida – Se possível, as decisões de suspender o tratamento de suporte à vida devem ser tomadas em conjunto com a pessoa doente; os desejos e valores da pessoa doente devem ser incluídos; as famílias devem estar continuamente envolvidas na avaliação da situação da pessoa doente; o envolvimento da família na tomada de decisões depende da prática jurídica de cada país; as decisões de fim de vida devem incluir todos os membros da equipa profissional e devem ser documentadas; uma ordem de não reanimar não significa automaticamente que outros tratamentos devem ser suspensos. Local para falecer – Se possível, a pessoa doente deve morrer na unidade de cuidados intensivos; são preferidos os quartos individuais; se for necessária a alta da pessoa doente da unidade de cuidados intensivos, as informações e os motivos devem ser fornecidos o mais cedo possível; pode ser possível deixar a pessoa doente ir para casa para morrer. Conforto da pessoa doente – Quando os tratamentos de suporte de vida são retirados, os cuidados paliativos tornam-se o principal objetivo; o conforto da pessoa doente envolve avaliação frequente das necessidades e uso individualizado de

	recursos médicos e não médicos; proporcionar conforto à pessoa doente em fim de vida, estando ciente e sensível aos fatores em cada situação diferente; identificar e honrar os desejos da pessoa doente em relação a visitas, refeições, atividades espirituais, apoio; para a pessoa doente sem família, o enfermeiro é um importante substituto dos familiares. Presença da família na unidade de cuidados intensivos – O acesso livre durante todo o dia e noite para familiares e amigos próximos (caso a pessoa doente queira) é o ideal; esperas desnecessárias fora da unidade devem ser evitadas. Visita de crianças – As crianças devem ter permissão para visitar e saber a verdade sobre a condição da pessoa doente; a equipa de enfermagem deve conversar com as crianças antes da primeira visita; a unidade de cuidados intensivos deveria ter lugares onde as crianças pudessem brincar. Necessidades da família – Além da informação, a família pode precisar de apoio emocional, espiritual e social. Preparação da família – Para alguns familiares, estar com uma pessoa que está a morrer é uma experiência nova e potencialmente assustadora pelo que precisam de informações sobre os sintomas e sobre o que pode acontecer; geralmente, não é possível prever com precisão quanto tempo levará o processo de morte para a pessoa doente; as famílias devem ter certeza de que os sintomas da pessoa doente serão avaliados e cuidados continuamente. Presença da equipa profissional – É necessário perguntar sobre as preferências da família em relação à presença da equipa junto da pessoa doente; se a família preferir ficar sozinha com a pessoa doente, o enfermeiro ainda deve entrar no quarto com frequência.
--	--

	Quando a pessoa doente morre – Após a morte da pessoa doente, a família precisa de um tempo para se despedir; os membros da família podem estar envolvidos no cuidado da pessoa doente já morta. Cuidado à família após a morte – Algumas unidades de cuidados intensivos entregam lembranças como impressões digitais, mechas de cabelo e cartas de condolências à família; práticas de acompanhamento, como contatos telefônicos, visita à unidade de cuidados intensivos e reuniões de acompanhamento, podem melhorar os resultados para familiares enlutados. Cuidado com a equipa profissional – É útil conversar com os colegas sobre as experiências de alguém e perguntar aos outros como eles estão e como estão a lidar após a morte de uma pessoa; situações de fim de vida que não foram bem acompanhadas podem levar ao esgotamento.
Conclusões do autor	O cuidado de alta qualidade à pessoa doente em fim de vida em cuidados intensivos é possível. Os enfermeiros devem ser encorajados para um cuidar criativo e uma abordagem individualizada, assim como partilhar as suas experiências com os seus pares.

Quadro nº 8 – Apresentação dos dados do documento *“Palliative Care in the ICU: A 360° View of the Nurse’s Role”*

Instrumento de extração de dados	
Data da pesquisa	08/12/2022
Base de dados	Cinahl, Medline
Ano de publicação	2020
Autor	Anderson, W., Turner, K.
Título	<i>Palliative Care in the ICU: A 360° View of the Nurse’s Role</i>

País de origem do estudo	Estados Unidos da América
Tipo de estudo	Síntese – Orientações para a prática de enfermagem
Objetivos	Fornecer recomendações pelas quais os enfermeiros podem orientar a comunicação com os membros da família sobre a doença grave.
População do estudo/participantes	Equipa de enfermagem
Metodologia do estudo	-
Resultados do estudo	A orientação da comunicação com os membros da família sobre doença grave envolve 4 C's: <i>Convening, Checking, Caring, Continuing</i>. No <i>Convening</i> o enfermeiro certifica-se de que os médicos e as famílias discutem o prognóstico, os objetivos dos cuidados a serem prestados e sobre cuidados paliativos. O enfermeiro convoca uma reunião familiar para discussão de algumas questões e é responsável pelo local a realizar a reunião e certifica-se que todos os elementos envolvidos no cuidado à pessoa doente estejam presentes. No <i>Checking</i> o enfermeiro identifica as necessidades de informação por parte da família e garantem que a equipa médica entende as perspetivas da família assim como transmitem claramente as informações pretendidas pela família. Antes da reunião familiar, o enfermeiro ajuda a família a identificar as questões que quer abordar, o que a família quer que a equipa saiba sobre a pessoa doente e garante que a família tem oportunidade para abordar estes pontos. Concomitantemente, o enfermeiro identifica-se e garante a sua disponibilidade para a família, assim como conferencia com a equipa sobre a situação atual e escuta a família sobre possíveis discrepâncias.

	No <i>Caring</i> o enfermeiro identifica as emoções e a resposta aos sentimentos. É importante o enfermeiro mostrar disponibilidade para ouvir os familiares, abordar emoções antes de transmitir informações e questionar o que pode fazer mais para demonstrar o cuidado para com a pessoa doente. No <i>Continuing</i> o enfermeiro acompanha as discussões para esclarecer e reforçar as informações e fornecer suporte. O enfermeiro também poderá registar no diário de enfermagem o desenvolvimento da reunião, como quem estava presente, quais as questões abordadas, e posteriormente transmitir essa informação à equipa de enfermagem.
Conclusões do autor	Os 4 C's oferecem várias formas pelas quais os enfermeiros se podem apoiar na comunicação com os membros da família sobre doença grave.

Quadro nº 9 – Apresentação dos dados do documento *“Exploring nurses’ end-of-life care for dying patients in the ICU using focus group interviews”*

Instrumento de extração de dados	
Data da pesquisa	08/12/2022
Base de dados	<i>Cinahl</i>
Ano de publicação	2019
Autor	Jang, S. K., Park, W. H., Kim, H., Chang, S.O.
Título	<i>Exploring nurses’ end-of-life care for dying patients in the ICU using focus group interviews</i>
País de origem do estudo	República da Coreia
Tipo de estudo	Estudo qualitativo
Objetivos	Fornecer recomendações pelas quais os enfermeiros podem orientar a comunicação com os membros da família sobre a doença grave.

População do estudo/participantes	Equipa de enfermagem
Metodologia do estudo	Entrevista em grupo
Resultados do estudo	Os participantes enfatizaram que deveriam tentar compreender a solidão da pessoa doente isolada da sua família e os medos daqueles que estão perante a morte num lugar desconhecido. Também acreditam que a pessoa deveria ser tratada como um ser humano, em vez de ser tratado como um doente até o último momento de sua vida. Além disso, os participantes explicaram que a pessoa doente deve ter a oportunidade de organizar os estadios finais da sua vida sem arrependimentos, assim como organizar a sua vida profissional. Os participantes entendem que a morte é um processo que precisa ser gerenciado pelos familiares/cuidadores da pessoa doente. Por outro lado, reconhecem que a etapa final do cuidado em fim de vida seria o cuidado <i>post mortem</i>, enfatizando a necessidade de preservar a dignidade da pessoa tanto quanto possível. A pessoa doente é como um ser espiritual e reconhecem o papel do enfermeiro ao lidar com a necessidade de cuidado espiritual de uma pessoa em fase terminal. A experiência de fim de vida da pessoa doente é acompanhada por uma mudança rápida, não só fisicamente mas também espiritualmente, e o enfermeiro deve cuidar desse processo através da gestão da dor e o acompanhamento da pessoa tendo em conta as suas necessidades espirituais e atuar perante as mesmas É importante que a pessoa doente entenda que não está sozinha, sendo que os enfermeiros deverão para comunicar

	afavelmente quando a pessoa está ciente e/ou teme sua morte. Os enfermeiros também deverão permitir a presença da família tanto quanto possível para que a pessoa doente não sinta que está sozinha quando a morte se aproximar. Durante a interação com a pessoa doente, a equipa deve cuidá-la como se estivesse consciente e desta forma ao comunicar não referir algo que a possa magoar mesmo a pessoa estando inconsciente. A pessoa doente espera que os enfermeiros a ouçam, acreditem e a reconhecem até à sua morte, pelo que o enfermeiro deverá gerir a dor extrema que a pessoa possa experienciar e atender às suas necessidades básicas, nunca descorando que a experiência de fim de vida é algo único que não deve ser negligenciado pela equipa. Alguns participantes do estudo enfatizaram que a pessoa doente gostaria de ter uma aparência final cuidada. Os enfermeiros devem desenvolver o cuidar da família da pessoa em fase terminal e desenvolver intervenções eficazes para o desconforto, incluindo a dor experienciada pela pessoa doente. Além disso, seria importante valorizar as necessidades espirituais da pessoa doente.
Conclusões do autor	Este estudo permitiu perceber como os enfermeiros entendem a pessoas em fim de vida, como podem gerir os cuidados em fim de vida da pessoa doente, assim como a pessoa doente e família podem ser inseridas neste tipo de cuidados. As orientações para o cuidado em enfermagem da pessoa em fim de vida em UCI são necessárias, juntamente com discussões mais amplas sobre outras práticas de enfermagem.

	Existe uma necessidade de formação em cuidados de fim de vida, especialmente como oferecer cuidados espirituais para a pessoa em fase terminal e como preparar a pessoa doente para a morte quando o tratamento é interrompido. O estudo afirma que o cuidado em fim de vida específico em UCI deveria ser incorporado como parte da formação da equipa de enfermagem da UCI.
--	---

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Após a extração dos dados é essencial prever a sua apresentação de forma a responder à questão de pesquisa. Assim, as evidências encontradas na literatura serão apresentadas em resumo lógico de forma descritiva, considerando o objetivo da revisão *scoping* e respondendo à questão de investigação.

Dos oito estudos selecionados verificou-se que foram publicados: um na Austrália, três nos Estados Unidos da América, um na Indonésia, dois no Brasil e um na República da Coreia entre os anos 2017 e 2021. Estes consistem em: duas revisões sistemáticas da literatura (Bloomer, Ranse, Butler & Brooks, 2022; Jensen, Halvorsen, Jerpseth, Fridh & Lind, 2020), um editorial (Munro & Savel, 2018), quatro estudos qualitativos (Utami, Pujianto, Setyawan, Naviati & Rochana, 2020; Jang, Park, Kim & Chang, 2019; Gulini, Nascimento, Moritz, Rosa, Silveira & Vargas, 2017; Queiroz, Ribeiro, Guedes, Coutinho, Galiza & Freitas, 2018), e uma síntese com orientações para a prática de enfermagem (Anderson & Turner, 2020).

Os resultados obtidos foram analisados e categorizados de acordo com os quatro contextos da Teoria do Conforto de Kolcaba (2003). Segundo Kolcaba (2003), o conforto pode ser alcançado em quatro contextos distintos: o contexto físico está relacionado com as mudanças corporais e as sensações que a pessoa experiencia; o contexto psico-espiritual, que corresponde à condição espiritual e/ou psicológica em que a pessoa doente e família se encontram; o contexto sociocultural, que diz respeito à relação com o outro assim como a relação com a família e a aspetos da vida social; e o contexto ambiental que refere-se ao ambiente em que a pessoa doente e família está envolvida.

Desta forma, no contexto físico relativo às sensações corporais (Kolcaba, 1991), emergiram as intervenções de enfermagem que visam a utilização de estratégias farmacológicas que auxiliem no alívio dos sintomas tais como a dispneia e dor, como o uso de analgesia e administração de opióides, ou sedação em caso de sintomas refratários e intoleráveis (Bloomer et al, 2022; Munro & Savel, 2018; Utami et al, 2020; Gulini et al, 2017; Queiroz et al, 2018). Os tratamentos não farmacológicos utilizados como adjuvantes das estratégias farmacológicas são a massagem, para alívio do sofrimento físico, e o relaxamento ou musicoterapia para o sofrimento psicoespiritual (Munro & Savel, 2018). Para o alívio da dispneia são referidos os posicionamentos regulares (Bloomer et al, 2022; Munro & Savel, 2018).

De referir que existem os aspetos relativos à doação de órgãos e cuidados ao corpo após a morte que não devem ser descurados. Ao considerar a possível doação de órgãos, o enfermeiro deve trabalhar em colaboração com os coordenadores de doação de órgãos e a equipa de forma a garantir uma comunicação consistente com a família em relação a esta situação (Bloomer et al 2022). Já Jang et al (2019) refere que o cuidado *post mortem* deve enfatizar a necessidade de preservar a dignidade da pessoa tanto quanto possível, assim como os membros da família podem estar envolvidos no cuidado da pessoa doente já morta se assim o desejarem (Jensen et al, 2020).

O contexto psicoespiritual é referente à consciência interna de si mesmo, incluindo estima, sexualidade, significado na vida de alguém e relacionamento com uma ordem superior ou ser (Kolcaba, 1991). De acordo com a revisão realizada, a experiência de fim de vida da pessoa doente é acompanhada por uma mudança rápida, não só fisicamente, mas também espiritualmente, e o enfermeiro deve cuidar desse processo através da gestão da dor e o acompanhamento da pessoa tendo em conta as suas necessidades espirituais e atuar perante as mesmas (Jang et al, 2019). A equipa de enfermagem também pode procurar o interesse da família e permissão para envolver líderes religiosos/espirituais/culturais para apoio familiar contínuo (Bloomer et al, 2022) ou pode até mesmo manifestar o seu apoio na escuta de textos espirituais, orientação de orações, orientação espiritual (Utami et al, 2020). Segundo Jang et al (2019), existe uma necessidade de formação em cuidados de fim de vida, especialmente como oferecer cuidados espirituais para a pessoa em fase terminal e como preparar a pessoa doente para a morte quando o tratamento é interrompido (Jang et al, 2019). Relativamente às decisões de

suspender o tratamento, estas devem ser tomadas em conjunto com a pessoa doente (Jensen et al, 2020) e a transmissão de informação sobre a doença deverá ser honesta de forma a dar continuidade aos cuidados e preparação para o fim da vida (Gulini et al, 2017). Torna-se assim importante monitorizar e avaliar a pessoa doente quanto a sinais de desconforto entre eles, a ansiedade, a inquietação e sofrimento psicológico (Bloomer et al, 2022).

Tendo em conta o contexto sociocultural, este refere-se às relações interpessoais, familiares e culturais assim como os aspetos financeiros e informativos da vida social (Kolcaba, 1991). Segundo os estudos analisados nesta revisão, para Bloomer et al (2022) é crucial a participação e contribuição nas reuniões familiares, e estas reuniões são uma forma de realizar e documentar uma avaliação das necessidades e preferências da pessoa doente e/ou família. Sempre que seja necessário, o apoio social também pode ser ativado (Bloomer et al, 2022) e concomitantemente, é essencial que sejam identificados e honrados os desejos da pessoa doente em relação a visitas, refeições ou atividades espirituais (Jensen et al, 2020). Caso a pessoa doente tenha capacidade de se manifestar e deseje, o enfermeiro poderá permitir o acesso livre durante todo o dia e noite a familiares e amigos próximos (Jensen et al, 2020), e após a morte proporcionar algum tempo para a família estar com o seu familiar. (Bloomer et al, 2022; Jensen et al, 2020).

Os estudos também mencionam a relevância de perceber se a família deseja ou não estar presente no fim de vida da pessoa doente (Bloomer et al, 2022), da presença da família como forma de minorar a perceção de se sentir só por parte da pessoa doente (Jang et al, 2019), do tempo para a família se despedir (Bloomer et al, 2022; Jensen et al, 2020), da entrega de lembranças como impressões digitais, mechas de cabelo e cartas de condolências (Jensen et al 2020) e dos cuidados à família após a morte (Jensen et al 2020). Estes resultados orientam para particularidades no cuidar e que desta forma podem ser diferenciadoras da intervenção de enfermagem.

De acordo com a revisão realizada, é importante a presença do familiar junto da pessoa doente (Queiroz et al, 2018), uma escuta ativa e uma comunicação eficaz de forma a procurar o interesse da família na recolha e partilha de lembranças ou para reconhecer e documentar as preocupações da família (Bloomer et al, 2022). Segundo Anderson & Turner (2020), existem 4 tópicos que poderão auxiliar o enfermeiro na comunicação com a pessoa doente e família sendo eles: Convocar (*Convening*), Verificar (*Checking*), Cuidar

(*Caring*), Continuar (*Continuing*). O enfermeiro é responsável pela convocação da conferência familiar sempre que haja necessidade, verificar o que a família sabe ou quer saber acerca de determinada questão, cuidar da pessoa doente assim como demonstrar disponibilidade para escutar a família, e transmitir a informação à equipa de forma a dar continuidade aos cuidados (Anderson & Turner, 2020).

O apoio à família inclui encorajar a família, tentar estar sempre disponível para a família e convidar as famílias a exprimir os seus sentimentos, medos e ansiedade (Utami et al, 2020; Queiroz et al, 2018). A equipa de enfermagem também poderá ver o seu campo de ação na preparação e orientação da família para o que irão ver, ouvir e experienciar à medida que a morte se aproxima (Bloomer et al, 2022), e assim perceber as preferências da família e pessoa doente respeitando as suas prioridades e valores individuais, e envolver a família na avaliação da situação vivenciada (Bloomer et al, 2022; Munro & Savel, 2018). Jensen et al (2020) faz uma referência importante e inovadora, nomeadamente o envolvimento de crianças na situação de fim de vida, referindo mesmo a necessidade de existir um local para estas brincarem.

Relativamente ao ambiente envolvente, Kolcaba (1991) refere-se à luz, ruído, ambiente, cor, temperatura e elementos naturais versus elementos sintéticos. As intervenções de enfermagem estão associadas à alocação da pessoa doente e família num espaço reservado como um quarto individual (Bloomer et al, 2022; Jensen et al, 2020), e proporcionar um ambiente calmo e sem ruído através da retirada de qualquer equipamento e monitorização desnecessários (Bloomer et al, 2022; Queiroz et al, 2018).

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em cuidados intensivos, quando a pessoa doente passa para uma situação irreversível e entra numa etapa de fim de vida, o objetivo primário é o bem-estar da pessoa doente permitindo-lhe uma morte digna e tranquila através de ações paliativas, ou seja, através de medidas terapêuticas, sem intenção curativa, que visam diminuir as repercussões negativas da doença sobre o bem-estar da pessoa (Moritz, Lago, Souza, Silva, Meneses, Othero, Machado, Piva, Dias, Verdeal, Rocha, Viana, Magalhães & Azeredo, 2008).

No contexto de cuidados intensivos as ações paliativas passam por planear todas as intervenções com a equipa, família e pessoa doente, se possível; privilegiar uma

comunicação adequada; oferecer apoio à família; permitir a flexibilidade das visitas; controlar os sintomas e promover o conforto à pessoa doente; e visar a não maleficência através da suspensão de tratamentos fúteis, que prolonguem o morrer, e a adequação dos tratamentos não fúteis, como a sedo analgesia e reavaliação suporte ventilatório (Moritz et al, 2008).

Segundo Metaxa, Anagnostou, Vlachos, Arulkumaran, Bensemmane, Dusseldorp, Aslakson, Davidson, Gerritsen, Hartog & Curtis (2021), as intervenções de enfermagem abrangem a tomada de decisão centrada na pessoa doente e na família, a comunicação, a continuidade dos cuidados, o apoio emocional para a pessoa doente e familiares, o controlo de sintomas e cuidados de conforto e o apoio espiritual.

Tendo por base a pesquisa realizada é possível perceber que as intervenções de enfermagem no contexto físico assentam em aliviar desconfortos físicos como a dor mediante o uso dos analgésicos e/ou sedativos e através de medidas não farmacológicas, os quais podem proporcionar um processo de morrer e uma morte com maior tranquilidade e dignidade, tal como é corroborado por Silva, Pereira & Mussi (2015). Segundo Coelho & Yankaskas (2017), os opióides são o fármaco de eleição para dispneia no final da vida tal como é referido por Bloomer et al (2022) e Munro & Savel (2018).

As intervenções de enfermagem no contexto psicoespiritual passam por procurar o interesse da família no envolvimento de líderes religiosos/espirituais/culturais para apoio familiar contínuo e para apoio da pessoa doente assim como o apoio emocional ou psicológico (Bloomer et al, 2022). Desta forma, a compreensão das crenças espirituais da pessoa doente e dos seus familiares é um fator importante para perceber as suas necessidades psicossociais e espirituais (Coelho & Yankaskas, 2017).

O contexto sociocultural, estando direcionado para as relações interpessoais, dirige as intervenções de enfermagem para favorecer a presença constante da família ao lado daquele que está a morrer, mesmo que isso implique em flexibilizar as normas e rotinas hospitalares (Silva et al, 2015). Concomitantemente o enfermeiro poderá encaminhar para o serviço social ou outro serviço de apoio ao luto para apoio contínuo da família posteriormente (Bloomer et al, 2022). Por outro lado, a necessidade de uma comunicação eficaz é descrita, tal como é referido por Metaxa et al (2021), através de reuniões familiares onde é realizada uma avaliação das necessidades e preferências da pessoa doente e da

família, assim como perceber as preocupações dos mesmos incentivando à partilha de sentimentos (Bloomer et al, 2022).

Relativamente às intervenções de enfermagem no contexto ambiental, estas passam por providenciar privacidade e um espaço para a pessoa doente e/ou família, oferecendo a realocação para um quarto individual (Bloomer et al, 2022; Jensen et al, 2020). Já Cook & Rocker (2014), consideram importante a preparação do quarto da pessoa, com luminosidade e temperatura adequada, assim como a existência de equipamento necessário para a permanência dos familiares no quarto.

Os cuidados individualizados à pessoa em situação paliativa em cuidados intensivos ganham cada vez mais importância, já que embora não se possa oferecer a esperança em situações irreversíveis da doença, podemos oferecer a esperança de uma morte digna (Coelho & Yankaskas, 2017). Em cuidados intensivos o envolvimento de uma equipa capacitada para a prestação de ações paliativas e com formação em CP incluiu intervenções mais multifacetadas, como identificação daqueles com necessidades de cuidados paliativos, participação em reuniões familiares e reuniões multidisciplinares (Metaxa et al, 2021). Desta forma, torna-se importante a intervenção de enfermagem tendo por base a melhor evidência científica para um melhor cuidado à pessoa doente em fim de vida. As orientações para o cuidado em enfermagem da pessoa em fim de vida em UCI são necessárias, juntamente com discussões mais amplas sobre outras práticas de enfermagem, e por isso o cuidado em fim de vida específico em UCI deveria ser incorporado como parte da formação dos enfermeiros em UCI (Jang, Park, Kim & Chang, 2019).

LIMITAÇÕES

As revisões *scoping* têm como objetivo o mapeamento da melhor evidência científica sobre determinado tema na medida em que pretendem ser abrangentes e fornecer uma visão geral da evidência existente.

A revisão integrou estudos que revelaram informações acerca da pessoa em situação paliativa ou em fim de vida em cuidados intensivos e as necessidades destas pessoas e suas famílias, que com uma intervenção especializada de enfermagem terá ganhos no seu acompanhamento. Desta forma, os resultados revelam que o enfermeiro

tem um papel fulcral no acompanhamento especializado nesta área em que a formação em Cuidados Paliativos é uma mais-valia para o contexto de Cuidados Intensivos.

Esta revisão *scoping* tem como limitações a pesquisa ter sido realizada em apenas duas bases de dados (*Cinahl e Medline*).

CONCLUSÃO

Com a realização deste protocolo de revisão *scoping* foi possível realizar um mapeamento e análise das principais evidências disponíveis na literatura no âmbito das intervenções de enfermagem à pessoa em situação paliativa em cuidados intensivos dando assim resposta ao objetivo da mesma. Com os resultados obtidos irá ser possível a melhoria da prática clínica, inovação e particularidade nos cuidados.

Perante os resultados apresentados é possível compreender a complexidade da atuação da equipa de enfermagem no cuidar da pessoa em situação paliativa em cuidados intensivos. Torna-se importante o investimento das equipas de enfermagem nesta área de forma a melhorar o acompanhamento destas pessoas e das suas famílias.

Espera-se que os resultados da pesquisa realizada contribuam para o planeamento das ações de enfermagem que favoreçam a compreensão dos cuidados paliativos numa unidade de cuidados intensivos, mostrando assim a importância dos cuidados individualizados à pessoa em situação paliativa em cuidados intensivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anderson, W., Turner, K. (2020). Palliative Care in the ICU: A 360° View of the Nurse's Role. *Critical Care Nurse*, 40 (5), 84. DOI: <https://doi.org/10.4037/ccn2020615>
2. Aromataris E, Munn Z (Editors). JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI, 2020. Available from <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>
3. Bennett, M. I., Davies, E. A. & Higginson, I. J. (2010). Delivering research in end-of-life care: problems, pitfalls and future priorities. *Palliative Medicine*. 24 (5), 456-46
4. Bloomer, M. J., Ranse, K., Butler, A. & Brooks, L. (2022). A national Position Statement on adult end-of-life care in critical care. *Australian Critical Care*, 35(4), 480–487. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.06.006>

5. Coelho, C.B.T., James R. Yankaskas, J.R. (2017). New concepts in palliative care in the intensive care unit. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 29(2). 222-230. DOI: 10.5935/0103-507X.20170031
6. Cook, D., Rocker, G. (2014), Dying with Dignity in the Intensive Care Unit. *The New England Journal of Medicine*, 370, 2506-2514 DOI: 10.1056/NEJMra1208795
7. Elliot, D., Aitken, L., Chaboyer, W. (2012). *Critical Care Nursing* (2nd ed.). Sydney: Mosby Elsevier. ISBN:9780729540681
8. Gulini, J. El H.M. B., Nascimento, E. R. P., Moritz, R. D., Rosa, L. M., Silveira, N. R. & Vargas, M. A. O. (2017). Intensive Care Unit team perception of palliative care: the discourse of the collective subject. *Revista Da Escola de Enfermagem Da Universidade de São Paulo*, 51, 1–6. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016041703221>
9. Jang, S. K., Park, W. H., Kim, H., Chang, S.O. (2019). Exploring nurses' end-of-life care for dying patients in the ICU using focus group interviews. *Intensive & Critical Care Nursing*, 52, 3–8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.09.007>
10. Jensen, H. I., Halvorsen, K., Jerpseth, H., Fridh, I., & Lind, R. (2020). Practice Recommendations for Endof-Life Care in the Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*, 40(3), 14–22. DOI: <https://doi.org/10.4037/ccn2020834>
11. Kolcaba, K.Y. (1991). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19, 1178-1184. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x>
12. Kolcaba, K. Y. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Care and Research*. New York: Springer.
13. Metaxa, V., Anagnostou, D., Vlachos, S., Arulkumaran, N., Bensemmane, S., Dusseldorp, I., Aslakson, R., Davidson, J., Gerritsen, R., Hartog, C. & Curtis, J. (2021). Palliative care interventions in intensive care unit patients. *Intensive Care Medicine*, 47, 1415–1425. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00134-021-06544-6>
14. Moritz, R.D., Lago, P.M., Souza, R.P., Silva, N.B., Meneses, F. A., Othero, J.C.B., Machado, F.O., Piva, J.P., Dias, M.D., Verdeal, J.C.R., Rocha, E., Viana, R.A.P.P., Magalhães, A.M.P.B., Azeredo, N. (2008). Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 20(4), 422-428. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2008000400016>

15. Munro, C. L., & Savel, R. H. (2018). Aggressive Care AND Palliative Care. *American Journal of Critical Care : An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 27(2), 84 – 86. DOI: <https://doi.org/10.4037/ajcc2018757>
16. Queiroz, T. A., Ribeiro, A. C. M., Guedes, M. V. C., Coutinho, D. T. R., de Galiza, F. T. & de Freitas, M. C. (2018). Palliative Care to the Elderly in Intensive Care: The Perspective of the Nursing Team. *Texto & Contexto Enfermagem*, 27(1), 1–10. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018001420016>
17. Silva, R.S., Pereira, A., Mussi, F.C. (2015). Comfort for a good death: perspective nursing staff's of intensive care. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 19(1), 40-46. DOI: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150006>
18. Utami, R. S., Pujiyanto, A., Setyawan, D., Naviati, E., & Rochana, N. (2020). Critical Care Nurses' Experiences of End-of-Life Care: A Qualitative Study. *Nurse Media. Journal of Nursing*, 10(3), 260– 274. DOI:<https://doi.org/10.14710/nmjn.v10i3.31302>

Apêndice II: Reflexão Crítica – Estágio EIHSCP

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de
Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica –
Enfermagem Oncológica**

Reflexão Crítica

***Estágio Equipa Intra-hospitalar de Suporte em
Cuidados Paliativos***

Ana Raquel Diabinho, N.º11018



Professora Orientadora:

Prof.ª. Sandra Cristina da Silva Neves



Lisboa

novembro 2022

INTRODUÇÃO

A presente reflexão surge no âmbito do ensino clínico na Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) num hospital público de Lisboa, no período de 3 de outubro a 4 de novembro de 2022, e decorrente do 13º de Mestrado e Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de intervenção de Enfermagem Oncológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Porque a reflexão é um potencial meio de facilitação e articulação entre a teoria e a prática, procuro explicitar a ação desenvolvida ao descrever uma experiência, descrevendo procedimentos efetuados e fundamentados no referencial teórico de Kolcaba (2003), assim como refletir sobre as estratégias adotadas.

Para realizar uma análise crítica da situação irei sistematizar o processo narrativo da reflexão em 6 etapas, segundo o Ciclo de *Gibbs*: descrição da situação, sentimentos e pensamentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação.

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

O Sr. A. é um homem de 71 anos, autónomo e reside em casa com a sua esposa. O Sr. A. é seguido em consulta no Hospital de Dia de Pneumologia por Carcinoma Pavimento-Celular do pulmão direito (T3N2M0), diagnosticado em 2018, tendo realizado quimioterapia e radioterapia. Atualmente, refere ser acompanhado pela EIHSCP, onde já terá realizado a primeira consulta. O Sr. A. realizou um ciclo recente de levofloxacina (duração de vinte dias), agravando desde então queixas de tosse e expectoração amarelada após o término, embora apirético.

O Sr. A. recorre ao serviço de urgência acompanhado pela sua esposa por quadro com cerca de um mês e meio de agravamento progressivo caracterizado por tosse com expectoração amarelada e dor torácica na região infracostal esquerda. Foram referidos também episódios de dessaturação até 88-90% com o aporte de oxigénio habitual (1.5 L/min). Terá testado positivo para SARS-CoV-2 três semanas antes de dirigir-se ao serviço de urgência, negando agravamento da sintomatologia desde então.

No serviço de urgência, o Sr. A. realizou Tomografia Computorizada (TC) ao tórax à admissão que revelou "extensa necrose com fistulização e amplo trajeto gasoso no parênquima pulmonar do lobo inferior direito com extensão à pleura onde se define imagem de nível hidroaéreo com múltiplas bolhas gasosas e espessamento da pleura,

não sendo possível excluir empiema que deverá ser valorizado clinicamente (...) Verifica-se aparente progressão da consolidação paramediastínica no lobo superior direito e no lobo médio com bronquiectasias e múltiplos focos de consolidação subsegmentar periféricos que devem ser integrados clinicamente, podendo estar associada a lesão neoformativa, versus processo infeccioso". Após este resultado foi discutida a situação na equipa que acompanha o Sr. A. e foi decidido internamento na enfermaria com as seguintes hipóteses diagnósticas:

- Pneumonia da comunidade vs empiema vs necrose da massa tumoral
- Insuficiência respiratória crónica agudizada
- Hiponatremia hiposmolar
- Possível Tromboembolismo Pulmonar periférico

Após dois dias de internamento na enfermaria, o Sr. A. apresentou episódio de vômito alimentar durante a higiene. Posteriormente apresentou cansaço para pequenos esforços e dispneia, no entanto apresentava-se vígil, com abertura ocular à chamada, difícil avaliação da orientação espaço-temporal e a cumprir ordens simples.

Durante o internamento o Sr. A. teve um agravamento do seu estado de saúde com quadro de dispneia grave, polipneia e dor não controlada associada a agitação. Contatada a EIHSCP e após discussão do caso optou-se por incrementar perfusão de morfina e midazolam. A médica assistente explicou presencialmente à família o prognóstico reservado. A família referiu que já estava preparada para a notícia que foi transmitida, e pediu para promover o maior conforto possível de forma que a dor estivesse sempre controlada.

Após a decisão clínica, a equipa de enfermagem deslocou-se ao serviço de internamento para realizar a sua avaliação. À chegada ao internamento, identificámo-nos como enfermeiras da EIHSCP e os colegas indicaram-nos o quarto e cama onde se encontrava o Sr. A.. Relativamente à informação sobre a situação do Sr. A., o colega não demonstrou disponibilidade imediata para a transmitir pelo que nos dirigimos para o quarto.

O Sr. A. encontrava-se a dormir, bradipneico, com respiração predominantemente abdominal e com aporte de O₂ por máscara de alto débito. As mucosas apresentavam-se descoradas, ligeiramente desidratadas e anictéricas.

Como ficou decidido em reunião clínica, o Sr. A. encontrava-se sob perfusão endovenosa de morfina e midazolam. A sua pele estava pálida e fria ao toque e apenas semicoberto com lençol. Ao chamamento e concomitantemente ao toque, o Sr. A. despertou e reconheceu a enfermeira da EIHSCP. Verbalizou que tinha a boa seca pelo que foi proporcionada água através de uma compressa embebida em água, referiu frio pelo que foi pedido à equipa do serviço de internamento que facultasse um cobertor, e referiu dor generalizada pelo que foi otimizado o posicionamento. O Sr. A., de seguida encerrara os seus olhos, aparentava um ar sereno, aparentava estar confortável.

Durante o tempo que permanecemos perto do Sr. A. foi transmitida a informação que a equipa o continuava a acompanhar de forma a transmitir tranquilidade, ao que a resposta foi com aceno de cabeça afirmativo.

Relativamente ao ambiente envolvente, o Sr. A. estava numa cama perto da janela, no entanto as cortinas corridas, o que não permitia ter acesso visual a quem permanecia no quarto ou quem entrasse nele.

No final da visita dirigimo-nos à sala de trabalho, comunicámos os cuidados prestados e disponibilizámo-nos para qualquer dúvida ou intercorrência difícil de gerir, tal como partilha de informações relativas ao internamento.

Passado duas horas da nossa visita ao internamento, foi contactada a EIHSCP para dar conhecimento da morte do Sr. A.

SENTIMENTOS E PENSAMENTOS

Aquando da situação relatada, o meu pensamento foi invadido pelas seguintes questões:

- Porque será que as cortinas correspondentes à cama do Sr. A. estavam fechadas?
- As cortinas fechadas poderão ter um significado de privacidade ou exclusão?
- Será que o Sr. A. idealizava que assim fossem os seus últimos momentos de vida?

Ao entrar na enfermaria onde se encontrava o Sr. A. e o facto de as cortinas encontrarem-se fechadas transmitiu de certa forma alguma frieza e abandono por parte dos profissionais. Talvez pelo pensamento que já não haveria nada a oferecer para superar a doença, recorreu-se ao isolamento, não permitindo que o Sr. A. fosse observado pelas restantes pessoas doentes que estavam no quarto ou pelos familiares dessas mesmas pessoas.

AVALIAÇÃO

A EIHSCP garante o apoio à pessoa doente quer em internamento ou em ambulatório, com doença grave, avançada e incurável, assim como aos seus familiares, tentando proporcionar maior qualidade de vida com dignidade e cuidados de saúde individualizados. Presta também aconselhamento diferenciado em Cuidados Paliativos (CP) aos serviços, podendo prestar cuidados diretos e orientação do plano individual de intervenção, quando solicitada a sua atuação.

Perante esta situação e avaliando o agravamento da situação clínica do Sr. A., é possível afirmar que a referenciação para a EIHSCP foi uma mais-valia de forma a garantir uma resposta especializada e adequada para as necessidades do Sr. A.. Apesar de não ter sido utilizada uma escala específica para avaliação de necessidades paliativas, o Sr. A. apresentava dispneia grave, polipneia e dor não controlada associada a agitação, e tendo por base a Lei n.º 31/2018 (2018, p. 3239) “As pessoas com prognóstico vital estimado em semanas ou dias, que apresentem sintomas de sofrimento não controlado (...), têm direito a receber sedação paliativa com fármacos sedativos devidamente titulados e ajustados exclusivamente ao propósito de tratamento do sofrimento, de acordo com os princípios da boa prática clínica e da *leges artis*”, as intervenções realizadas foram ao encontro das necessidades físicas vivenciadas pelo Sr. A.

Tendo em conta a filosofia dos CP, as condições físicas oferecidas nos hospitais estão longe dessa filosofia. No caso do Sr. A., verificou-se a ausência de um espaço reservado para a família partilhar sentimentos e emoções e que permita manter a sua privacidade longe dos olhares de pessoas estranhas.

Na situação específica que apresentei, foram elementos facilitadores da minha adaptação à situação:

- Comunicação adequada dentro da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos;
- Aplicabilidade de conhecimentos teóricos com a prática clínica.

Considero como elemento inibidor da minha adaptação à experiência:

- Receio de não obtenção da satisfação das necessidades do Sr. A.

ANÁLISE

A morte é uma realidade com que temos de lidar e a forma como a sociedade a encara foi sendo alterada ao longo do tempo (Oliveira, Gomes, Santos, Xavier, Neres, Soares, Lopes, Fernandes & Santos, 2020). Perante a situação vivida, a “exclusão” é um dos aspetos idêntico ao que se vivia na antiguidade em que o tratamento das pessoas frente à morte sempre foi de isolamento, e com o passar dos anos e frente ao avanço da medicina e das tecnologias, a morte passou a ser tratada como algo que pudesse ser evitado, por um tempo, e afastado da consciência das pessoas (Oliveira et al, 2020).

Contrariamente ao que acontecia antigamente, neste momento a morte já não acontece no seio familiar, mas sim num contexto desconhecido como o hospital e rodeado por pessoas também desconhecidas (Oliveira, Quintana & Bertolino, 2010). Assim sendo, deparamo-nos com distintas estruturas de apoio à pessoa doente em fim de vida: a pessoa doente é cuidada até ao final pela sua família e amigos, ou é deixada a cargo dos profissionais de saúde do hospital, um cenário mais comum. Perante este último panorama, posso afirmar que a morte se torna uma experiência solitária e de carácter impessoal, rodeada pelos profissionais de saúde.

Na situação descrita é possível afirmar que o contexto hospitalar apresenta limitações ao nível do espaço envolvente e por isso os enfermeiros deparam-se com a ausência de um local conveniente ao desenvolvimento de uma relação terapêutica com a pessoa doente e família e a personalização da unidade da pessoa doente nem sempre pode ser garantida. À luz do que descrevi e os sentimentos experienciados, não me faz sentido as cortinas estarem fechadas. Ali, naquela cama, não está apenas mais uma pessoa doente que está a sucumbir perante a doença. Ali, naquela cama, está presente o Sr. A. com toda a sua história de vida e possivelmente uma família em sofrimento e afastada, que necessitam de cuidados tal como as outras pessoas que se encontram na mesma enfermaria e que não se encontram com as cortinas fechadas. Por outro lado, visto o hospital ser um espaço desconhecido para o Sr. A. e para a família, faz-me sentido as cortinas possam estar fechadas aquando da visita para que possam ventilar emoções na sua intimidade familiar, com a privacidade possível.

De acordo com Oliveira, Quintana, Budó, Krus & Beuter (2012), embora o hospital seja um ambiente com melhor estrutura e maior segurança por fornecer recursos e tecnologias avançadas para o tratamento da pessoa doente, é também um ambiente de

isolamento e que causa angústia, já que a pessoa doente não possuiu total autonomia e não pode contar com a presença contínua da família, maioria das vezes por normas institucionais.

Algumas questões como direito a uma morte digna, uma morte sem dor, tendo em conta sempre a história pessoal da pessoa doente, surgem em debates sobre a eutanásia ou na área dos CP ou até mesmo em forma de reflexão entre os profissionais de saúde quando se deparam com situações de fim de vida. “Considerando que o conceito de “boa morte” possa variar de cultura para cultura, e de pessoa para pessoa, prefere-se pensar como uma situação de “boa morte” aquela em que a autonomia da pessoa doente e da família seja respeitada e principalmente, quando se torna possível fazer a única dor final ser a dor da saudade” (Oliveira et al, 2020, p.7). O hospital, uma vez que possui normas próprias, direciona as suas ações para todos os envolvidos nesse espaço (profissionais de saúde, pessoa doente, familiares ou visitas), o que implica que a família e a pessoa doente fiquem de certa forma com autonomia diminuída para decidir sobre horários e o tipo de alimentação ou o momento da higiene (Oliveira et al, 2012).

Olhando para o caso concreto do Sr. A., não foi possível perceber se a ausência de familiares foi por opção da família ou do próprio ou por não ser autorizada pelo serviço de internamento. Será que a família estaria preparada para assistir à morte do Sr. A.? Será que o Sr. A. idealizava a sua morte no domicílio com a sua família? Ou será que os profissionais de saúde, por norma do serviço, não consentiram a presença dos familiares de forma permanente? Perante estas questões, das quais não obtive resposta, e da experiência profissional em contexto hospitalar, assisto muitas vezes à morte da pessoa “às escondidas”, com mínimo contato com a pessoa doente em fim de vida e seus familiares, e após a morte e declarado óbito procura-se agilizar tudo para que ninguém perceba o que aconteceu.

Deparando-me com esta situação e com as questões levantadas, é possível entender a complexidade de cuidar destas pessoas e famílias, tornando o cuidado de enfermagem à pessoa em situação paliativa um desafio permanente. De forma a orientar a prestação de cuidados é primordial o recurso a um referencial teórico. Perante a temática da pessoa em situação paliativa e baseada na teoria de Kolcaba, é de fundamental importância a compreensão, por parte dos profissionais de saúde, dos familiares e do doente, das intervenções que vão ou não proporcionar conforto ao doente

em fim de vida (Kolcaba, 2003), e além do conforto, o que a equipa de enfermagem pode oferecer mais à pessoa em situação paliativa e família.

Na pessoa doente em fim de vida, o enfermeiro necessita de recorrer a estratégias terapêuticas planeadas e a um sistema integrado de competências relacionais, aproximando-se dos espaços de intimidade, demonstrando competências de contacto e competências sociais empáticas (Simões & Rodrigues, 2010). Desta forma, torna-se importante um acompanhamento especializado já que o facto de existir falta de formação dos profissionais nesta área tão específica leva a que não haja uma resposta adequada às necessidades reais da pessoa doente e família.

CONCLUSÃO

Entender o processo de morrer e os seus significados para os familiares fornece elementos importantes para um cuidar integral, humanizado e acolhedor, respeitando a autonomia do indivíduo e garantindo-lhe uma morte digna. (Souza, Barilli & Azeredo, 2014). Apesar do Sr. A. ser acompanhado pela EIHSCP, o tema da morte e as suas perspetivas futuras não foram abordadas em consulta. No entanto, não foi impeditivo de dar continuidade a um acompanhamento individualizado. A EIHSCP contribuiu para satisfazer as necessidades do Sr. A. em fim de vida, desenvolvendo intervenções promotoras de conforto, controlo de sintomas, ajudando a alcançar uma morte digna e tranquila, assim como manteve o acompanhamento do Sr. A. prestando consultoria à equipa de enfermagem daquele serviço.

O meio hospitalar sempre esteve direccionado para o diagnóstico e tratamento das doenças e os profissionais que nele trabalham estão cada vez mais vocacionados para evitar a morte através do investimento na tecnologia. Desta forma, a maior parte do seu tempo é despendida a lutar contra a morte, e poucos se consciencializam da importância do acompanhamento e dignificação da morte. Nesta situação específica, senti que não lutei contra a morte, mas sim para uma melhoria da qualidade dos cuidados das últimas horas de vida através de um cuidar individualizado e centrado no conforto do Sr. A., pelo controlo da dor por medidas farmacológicas e não farmacológicas e pela escuta ativa, tendo em conta a linguagem não verbal, tão importante na situação descrita.

Nesta situação, penso que de uma forma geral os comportamentos adotados foram positivos, no sentido de dar uma resposta efetiva e positiva às necessidades imediatas do Sr. A.. Assim, esta experiência tornou-se enriquecedora pois ensinou-me a: Perceber que a morte pode ser vivida de diferentes formas;

- Ter em consideração uma adequada avaliação das necessidades da pessoa doente e família para conseguir dar uma resposta adequada às mesmas;
- Reconhecer a importância de uma comunicação efetiva como uma ferramenta essencial na profissão de enfermagem;
- Reconhecer a importância de uma abordagem holística aquando da intervenção profissional junto da pessoa doente e família;
- Envolver a equipa de profissionais de saúde no sentido de partilhar, discutir, adotar e tornar consistente as informações e intervenções.

No caso específico das necessidades da pessoa doente em situação paliativa, aprendi com esta experiência a responder às suas necessidades, nomeadamente nos domínios de controlo de sintomas, na promoção do conforto através da mobilização e comunicação.

PLANEAMENTO DA ACÇÃO

Como Enfermeira, acompanhar o sofrimento da pessoa doente em que a morte é iminente é um ato de empatia pelo outro e empenho na profissão de querer fazer mais e melhor para uma ajuda efetiva ao outro, e que todos os profissionais de saúde deveriam assumir.

Os profissionais reconhecem a necessidade de oferecer conforto nos momentos finais de vida, no entanto, o conhecimento acerca de CP é limitado e, por isso, os profissionais vivenciam dilemas no interior da equipe, com a pessoa doente e a sua família (Silva Júnior, Moreira, Florêncio, Souza, Flor & Pessoa, 2019). No meu ponto de vista, a atitude distante que por vezes observamos nos profissionais de saúde, pode estar relacionada com a falta formação em CP. Desta forma, seria importante que as instituições hospitalares tornassem a formação em CP imprescindível no seu percurso profissional e disponibilizassem mais tempo de formação para os profissionais de saúde.

Na situação aqui descrita, considero que este olhar reflexivo permitiu-me crescer enquanto pessoa e profissional. Foi possível questionar e refletir sobre o que pode ser

uma “boa morte” e por outro lado, o que podemos definir como privacidade também não poderá ser entendido como exclusão ou abandono? E se fosse eu que estivesse inserida naquela equipa de enfermagem, como seria o meu *modus operandi*? Iria fazer diferente? Por exercer funções numa unidade de cuidados intensivos, ou seja, em contexto hospitalar, esta situação permitiu-me pensar no modo como poderei mudar a minha abordagem e dar mais relevância às necessidades expressadas pela pessoa doente e família. Esta experiência irá fazer-me pensar futuramente sobre estes pormenores tão pequenos como umas cortinas fechadas, mas tão importantes para um cuidado humanizado e também uma forma de alertar os meus pares para a importância do cuidado da pessoa doente em fim de vida, que necessita de cuidados como qualquer outra pessoa que esteja numa situação de doença.

As competências relacionais de ajuda assumem um papel determinante no cuidado à pessoa doente em situação paliativa. Realizando uma introspeção, tenho consciência das minhas limitações comunicacionais, mas estou certa de que poderão ser ultrapassadas com o treino e formação contínua.

No contexto de CP, a “boa morte” é considerada como essencial no cuidar da pessoa doente em fim de vida, dando extrema importância à autonomia da pessoa doente, ao conforto, ao respeito pelos seus princípios e crenças, ao sentimento de realização pessoal e aceitação da sua condição, com esperança em algo mais depois da morte (Oliveira et al, 2020).

O cuidado paliativo é então uma forma de garantir que a pessoa doente e sua família desfrutem de qualidade de vida, de alívio do sofrimento e de uma “boa morte” (Oliveira et al, 2020).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barbosa, L., Pinto, T. (2008). Cuidar em fim de vida. *Revista Portuguesa de Enfermagem*. 16(2), 39-42
- Dornfeld, R.L., Gonçalves, J.R.L. (2021). Desafios do cuidado de enfermagem frente à morte: reflexões sobre espiritualidade. *REFACS (online)*. 9(Supl. 1), 281-291. DOI: 10.18554/refacs.v9i0.3967
- Kolcaba, K.Y. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Care and Research*. New York: Springer.

- Lei n.º 31 (2018). Direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida. Assembleia da República. *Diário da República*. 1.ª Série (N.º 137 de 18 – 07 – 2018, 3238-3239. ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/31/2018/07/18/p/dre/pt/html>
- Oliveira, S.G., Quintana, A.M., Bertolino, K.C.O. (2010). Reflexões acerca da morte: um desafio para a enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 63(6), 1077-80. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000600033>
- Oliveira, S.G., Quintana, A.M., Budó, M.L.D., Kruse, M.H.L., Beuter, M., (2012). Home care and hospital assistance: similarities and differences from the perspective of the family caregiver. *Texto Contexto Enfermagem*. 21(3), 591-9.
- Oliveira, L.P., Gomes, C.H.R., Santos, L.C.C., Xavier, E.R.A., Neres, L.J.S., Soares, J.C., Lopes, L.F.C., Fernandes, L.V.P., Santos, T.V. (2020). Avaliação dos cuidados paliativos para uma boa morte: percepção dos cuidadores de pacientes com câncer. *Revista Médica de Minas Gerais*. 30, e-30108. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/2238-3182.20200048>
- Silva Júnior, A.R., Moreira, T.M.M., Florêncio, R.S., Souza, L.C., Flor, A.C., Pessoa, V.L.M.P. (2019). Conforto nos momentos finais da vida: a percepção da equipe multidisciplinar sobre cuidados paliativos. *Revista de Enfermagem UERJ*. 27. e45135. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.45135>
- Simões, R.M.P., Rodrigues, M.A. (2010). Relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem a doente em fim de vida. *Escola Anna Nery*. 14 (3), 485-489. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000300008>
- Souza, T.L., Barilli, S.L.S., Azeredo, N. S. G. (2014). Perspetiva de familiares sobre o processo de morrer em unidade de terapia intensiva. *Texto Contexto Enfermagem*. 23(3). 751-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014002200012>

Apêndice III: Estudo de Caso – Estágio SMI

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de
Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica –
Enfermagem Oncológica**

Estudo de Caso

Estágio Serviço de Medicina Intensiva

Ana Raquel Diabinho, N°11018



Professora Orientadora:

Prof^ª. Sandra Cristina da Silva Neves



Lisboa

dezembro 2022

INTRODUÇÃO

O estudo de caso é uma abordagem metodológica de investigação, especialmente adequada quando se procura compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão envolvidos diversos fatores, em que os “casos” podem ser indivíduos, grupos, organizações ou comunidades passíveis de estudo (Figueiredo & Amendoeira, 2018).

Para além de oferecer a possibilidade de uma visão alargada sobre a pessoa na sua integridade e no seu contexto, um estudo de caso é uma estratégia que permite uma reflexão da dinâmica do processo saúde/doença e a sua análise crítica e reflexiva. Na elaboração deste trabalho é apresentado como objetivo geral o desenvolvimento de competências que permitam de futuro cuidar, enquanto enfermeira especialista, a pessoa com doença oncológica em situação paliativa e sua família. Tendo como base uma situação de cuidados vivenciado em contexto de estágio no Serviço de Medicina Intensiva de um Hospital Privado de Lisboa, e a partir da prática reflexiva, irá ser realizada uma análise da prática de enfermagem em contexto hospitalar; avaliação das necessidades de cuidados de enfermagem da pessoa com doença oncológica e sua família e as intervenções de enfermagem tendo por base a necessidade identificada; e por fim a análise dos resultados das intervenções. Desta forma, foi selecionada uma pessoa com doença oncológica em situação paliativa em contexto de internamento num Serviço de Medicina Intensiva e foi estabelecido contacto com a pessoa com vista à prestação de cuidados de enfermagem durante o período de estágio de 7 de novembro de 2022 e 16 de dezembro de 2022.

À família da pessoa doente não foi possível explicar o objetivo da colheita de dados por impossibilidade de reunir com a mesma relacionado com o facto de as visitas realizadas não coincidirem com os turnos realizados, mas ao longo deste trabalho foi garantido o sigilo profissional e confidencialidade da informação. A escolha desta pessoa e família foi motivada pela situação clínica em que se encontrava a pessoa, e por isso, em situação paliativa em cuidados intensivos.

O processo de enfermagem é a base científica em que se sustentam as ações de enfermagem e permite organizar e prestar os cuidados de enfermagem que a pessoa doente necessita. De forma a orientar a prática é primordial recorrer a um modelo teórico, sendo que para este estudo de caso optou-se pelo modelo teórico de Katharine

Kolcaba. A análise da situação será realizada recorrendo à evidência científica e à visão de vários autores, de forma a encontrar resposta para uma prática de cuidados de enfermagem especializados.

APRECIAÇÃO INICIAL

A realização deste estudo é sobre a Sra. C., do sexo feminino, 44 anos de idade, nascida em abril de 1978, caucasiano, solteira e gosta de ser tratada pelo primeiro nome. Relativamente à prática religiosa, considera-se agnóstica. A Sra. C tem nacionalidade portuguesa e reside no continente americano. O seu pai e irmão também residem no continente americano em casas independentes. A Sra. C. é representante de uma empresa ligada à área da saúde, com um cargo de elevada responsabilidade e com várias viagens para o estrangeiro, estando por isso diversas vezes ausente. Tem um irmão, casado e com duas filhas, e o seu pai vive sozinho desde que ficou viúvo há 3anos.

A Sra. C é alérgica à codeína, tetraciclina e vancomicina. Apresenta como antecedentes pessoais:

- Schwannoma vestibular operado em 06/2021, complicado de meningite, hidrocefalia com necessidade de shunt ventrículo-peritoneal e desde então com total dependência;
- Hemorragia intracraniana por aneurisma da PICA (*posterior inferior cerebellar artery*) que foi embolizado, com hemiparesia esquerda sequelar;
- Epilepsia sequelar;
- Disfagia e colocação de PEG (*Percutaneous Endoscopic Gastrostomy*) em 09/2021;
- Múltiplas pneumonias de aspiração e traqueostomia a 21/03/2022. Último episódio de pneumonia a 08/2022 com isolamento de *Escherichia coli* ESBL (Enterobactérias Produtoras de Beta-Lactamase) e MSSA (*methicillin-susceptible Staphylococcus aureus*) tendo cumprido antibioterapia;
- Úlcera por Pressão IV sacrococcígea (6cmx 4cmx 2cm), tratamento com *Aquacel* Ag e placa de poliuretano.
- Hipotireoidismo secundário a tireoidectomia total por carcinoma papilar da tiroide em 2013;

- Taquicardia paroxística;
- Bexiga neurogénica com algáliação crónica e cistites de repetição;
- Disautonomia;
- Anemia ferropénica;
- Algáliação permanente.

Como medicação habitual, a Sra. C. apresenta: levotiroxina 0.1mg+0.088mg 1x/dia, levetiracetam 1500mg 2x/dia, lorazepam SOS, lactulose 30ml 2x/dia, sulfato ferroso 300mg, enoxaparina 40mg 1x/dia, colecalciferol 1000U 1x/dia, carbonato de Ca²⁺ 500mg 1x/dia,

A Sra. C. estava num centro de reabilitação e segundo o pai e irmão, encontrava-se pior a cada dia, nomeadamente sem reabilitação e progressivamente com maior espasticidade.

A Sra. C. viajou para Portugal a 30/09/2022 acompanhada pelo pai e irmão, com o objetivo de integrar uma clínica de reabilitação, tendo o processo para este efeito sido agilizado pelo pai e irmão. Por apresentar-se febril no dia da chegada à clínica reabilitação, não foi admitida e foi transportada ao serviço de urgência do Hospital Privado de Lisboa.

Quando recorreu ao Atendimento Médico Permanente do Hospital Privado, a Sra. C. apresenta-se sob oxigenioterapia suplementar e sem dificuldade respiratória, conseguindo responder à chamada e aparentemente compreenderia algumas questões, conseguindo comunicar sim/não com aceno da cabeça.

Tendo por base o processo clínico da Sr. C., o pai e irmão da Sra. C. trouxeram-na para Portugal por sentirem necessidade de fazer "algo mais pela C." (sic) mesmo que não se altere a sua situação, fazendo parte do processo de aceitação de irreversibilidade ou até terminalidade. O irmão da Sra. C. abordou o luto da mãe, que faleceu há 3 anos, em sequência de Parkinson avançado e referiu ter sido um processo doloroso e de difícil aceitação para a família. O pai e filhos parecem ter uma relação muito próxima e cúmplice, sendo que o irmão é muito próximo da Sra. C.

No processo clínico da Sra. C., é referido pelo médico que na conferência familiar inicial, o irmão apresentou inicialmente aparentes expectativas irrealistas, no entanto o fato de ter acompanhado a Sra. C. ao longo de todo este processo, afirmou estar ciente de todas as complicações e gravidade da situação clínica. Foram discutidas atitudes a

tomar por parte da equipa, ou seja, tudo o que trouxer benefício com enfoque no bem-estar. Também foi deixado claro que medidas invasivas como suporte de órgão, transferência para cuidados intensivos ou reanimação não seriam procedimentos adequados a implementar, pelo que o pai e irmão da Sra. C. compreenderam e concordaram.

As informações relativas à Sra. C. foram difíceis de aceder uma vez que o processo em papel estava disponível noutra instituição e o registo informático não abrangia todas as informações que gostaria de aceder. Por outro lado, a impossibilidade de contactar com os familiares também dificultou a realização de uma anamnese completa, pelo que tive de recorrer à equipa de enfermagem para perceber melhor a história da Sr. C.

HISTÓRIA DE DOENÇA ATUAL

Após avaliação da Sra. C. em contexto de urgência, foi decidido o internamento na Unidade de Cuidados Paliativos do Hospital Privado.

A 1/10/2022 com quadro febril, sem clínica focalizadora evidente, com algumas secreções respiratórias, urina concentrada e com estabilidade hemodinâmica. Tendo em conta antecedentes de infeções do trato urinário de repetição, substituiu algália, colheu urina II e urocultura. A Sra. C. mantinha-se vígil, traqueostomizada, tetraparesia espástica e comunicava com movimentos cefálicos, cumprindo ordens simples.

A 3/10/2022 foi realizada nova conferência familiar com o irmão e o pai para esclarecimento sobre situação clínica e plano da Sra. C.. Está descrito no processo clínico que o pai inicialmente manifestou clara vontade para a transferência da Sra. C. para a Clínica de Reabilitação o mais rapidamente possível conforme planeado inicialmente. No entanto, após ser explicada a situação clínica atual e necessidade de cuidados hospitalares diferenciados (situação infecciosa, realização de Ressonância Magnética Crânio Encefálica, observação pela Neurocirurgia e Otorrinolaringologia), o pai confirmou que não queria prejudicar em nada a filha, concordando em permanecer na instituição hospitalar até estabilização clínica, para posterior transferência. Adicionalmente, foi também explicada pela equipa a necessidade de adequar as

expectativas a curto e médio prazo, tendo sempre como principal objetivo de privilegiar o conforto e bem-estar da Sra. C.

A 4/10/2022 a Sr. C. realizou Ressonância Magnética Crânio Encefálica a destacar aspetos sugestivos de otite média à esquerda, e Ressonância Magnética coluna cervical a destacar extensa lesão intramedular C3-D1 com efeito de massa, não podendo ser excluída a possibilidade de se tratar de uma lesão neoplásica.

A 7/10/2022 inicia novo quadro de febre e enquanto aguardava decisão clínica, a 10/10/2022, episódio de atelectasia do lobo superior do pulmão direito associada a broncorreia e complicada de hipoxémia grave pelo que foi admitida no Serviço de Medicina Intensiva. Após resolução da atelectasia e da hipoxemia, foi desconectada do ventilador e ficou em ventilação espontânea desde 11/10/2022.

A Sra. C. foi transferida para a Unidade de Cuidados Paliativos a 12/10/2022, mantendo-se neurologicamente estável, eupneica sem oxigénio suplementar, sem atelectasias ou outras alterações e apirética.

A 17/10/2022 realiza novo estudo com Angio Ressonância Magnética e Ressonância Magnética Medular onde de destaca um processo de aracnoidite crónica C2-C3 anterior com importante moldagem medular. Perante a gravidade imagiológica e estado clínico da Sr. C., na sequência da discussão multidisciplinar colocada indicação cirúrgica para descompressão medular posterior. O pai da Sr. C. concordou com a cirurgia, tendo sido exposta a gravidade da situação, os riscos cirúrgicos envolvidos e objetivo da intervenção – impedir progressão neurológica com futuro compromisso medular alto, com benefício de eventual na melhoria da espasticidade e alguma recuperação motora.

A 21/10/2022, foi submetida a Laminectomia C1-C2 e foi admitida no Serviço de Medicina Intensiva no pós-operatório imediato. Durante o internamento, evoluiu com persistência da necessidade de ventilação, com períodos de bradicardia e hipotensão. Entretanto a 25/10/2022 com 2 paragens respiratórias e 2 episódios de assistolia que rapidamente reverteram. Realizou TAC-CE que excluiu complicações graves intracranianas, e RM- cervical que destacou edema agravado da medula cervical, cerebelo/amígdalas, sendo que estas alterações justificavam o quadro clínico de bradipneia, bradicardia e hipotensão arterial e a tetraplegia, mas sem indicação cirúrgica.

Desde então com prognóstico muito reservado quanto à sobrevivência e funcionalidade atendendo à instabilidade hemodinâmica e dependência do ventilador, no entanto sem aparente dano cognitivo e sem prévia declaração expressa de vontade de não pretender suporte pelo que manteve a terapêutica e suporte necessário.

Atualmente, a Sr. C. apresenta-se com *Glasgow Coma Scale* (GCS) de 11 (O4, V1, M6) a obedecer a ordens simples, mas de forma inconsistente. Apresenta períodos em que consegue comunicar por código ("sim", encerra os olhos 1 vez e "não" encerra os olhos 2 vezes). Relativamente à motricidade, apresenta automatismos medulares (flexão e extensão) sempre que é estimulada.

O seu fáceis é pouco expressivo, mostrando o seu desagrado, mas de forma ténue, quando são aspiradas secreções pela traqueostomia e nas mobilizações no leito. Continua conectada a prótese ventilatória por traqueostomia no modo de pressão assistida, mas com vários períodos de apneia ou volumes inspiratórios baixos.

O seu perfil tensional é baixo, com bradicardia associada. Avaliação da dor é realizada pela escala BPS ou escala de faces. Dor controlada com analgesia prescrita (paracetamol 1Gr SOS).

O aporte nutricional é realizado através da PEG, com alimentação entérica contínua, que tolera sem vômitos, e com perfil glicémico estável, sem necessidade de aporte de insulina ou de glucose.

Apresenta um acesso venoso periférico para soroterapia e uma linha arterial. Relativamente eliminação vesical, encontra-se algaliada de forma permanente e tem o trânsito intestinal mantido.

Apesar de se encontrar há algum tempo acamada, a Sra. C. não apresenta edemas, a pele encontra-se hidratada, no entanto apresenta uma úlcera por pressão de grau IV (6cmx4cmx2cm), com tecido desvitalizado e cheiro fétido, muito exsudativa. O penso da ferida tem sido realizado com Hidrogel, *Aquacel Ag* e compressas. A Sr. C. foi observada pela Cirurgia Plástica que propôs cirurgia em 2 tempos: 1ºtempo para desbridamento cirúrgico e colocação de penso de vácuo e 2º tempo para encerramento de ferida. Esta questão foi abordada com o pai da Sra. C. que não concordou com a cirurgia, pelo que mantém tratamento conservador.

Na última revisão terapêutica realizada destaca-se: levetiracetam 1500mg 12/12h, baclofeno 15mg 1x/dia, enoxaparina 40mg 1x/dia, dexametasona 4mg 1x/dia,

Suplemento proteico 2x/dia, lactulose 15ml 12/12h, microlax SOS se não evacuar há mais de 3 dias e paracetamol 1gr em SOS ou febre.

Em conversas informais com os elementos da equipa de enfermagem que conseguiram contactar com o pai da Sra. C., comentaram ser “um homem muito sofrido, mas disposto a fazer tudo o que estava ao seu alcance para a recuperação da Sra. C. apesar de já ter sido explicado ao pai o prognóstico reservado da filha” (sic).

O pai da Sra. C., ao longo do internamento foi ficando mais angustiado com a situação comentando isso com a equipa, ponderando regressar com a Sra. C.. Refere já ter despendido centenas de euros em tratamentos e transportes para a Sra. C., não vendo nenhuma recuperação da sua filha, e inclusive teria de vender a sua casa de família no Canadá para colmatar as despesas que tem tido. O pai também verbalizou que não suportaria a morte da sua filha e colocaria fim à sua vida se vier a acontecer.

O irmão da Sra. C. esteve várias vezes em Portugal, mas em estadias curtas, no entanto as sobrinhas fizeram questão de ver a tia e por isso visitaram a Sra. C., com agrado da mesma. Relativamente à avaliação psicoemocional foi difícil de realizar uma avaliação aprofundada talvez por não ter explorado ativamente algumas dimensões. Durante o estágio, pude observar períodos de grande labilidade emocional, com choro constante. Desta forma, poderia ter explorado a sua reação a diferentes vozes, diferentes toques ou presenças, ou mesmo música. Também poderia explorar a sua resposta a estímulos como a música e perceber se teria alguma alteração hemodinâmica/psicoemocional.

PLANO DE CUIDADOS

O desenvolvimento deste trabalho foi suportado pela Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba. Diante da temática da pessoa com doença oncológica em situação paliativa e baseada na teoria de Kolcaba, é de fundamental importância a compreensão, por parte dos profissionais de saúde, dos familiares e do doente, as intervenções que vão ou não proporcionar conforto ao doente em fim de vida (Kolcaba, 2003).

O conforto é parte integrante dos cuidados de enfermagem durante todo o ciclo vital, devendo o enfermeiro atribuir uma importância extrema no cuidar.

À luz da teoria de Katharine Kolcaba, o conforto pode ser definido como “a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental” (Kolcaba, 2003, p.14).

Os três estados de conforto definidos por Kolcaba na sua teoria do Conforto são: o alívio, a tranquilidade e a transcendência. O alívio consiste na satisfação de uma necessidade da pessoa doente e pressupõe a existência de um desconforto prévio; a tranquilidade consiste no estado de calma ou de satisfação; a transcendência é o estado em o doente sente que tem capacidade para planejar, controlar o seu destino e resolver os seus próprios problemas (Kolcaba, 2003). Estes 3 estados de conforto podem ser atingidos com a intervenção da enfermagem através de ações que visem o melhor em prol da pessoa doente.

De acordo com a teoria do Conforto da Kolcaba, existem 4 contextos diferentes em que a experiência do conforto se pode desenvolver: físico, psico-espiritual, sociocultural e ambiental. O contexto físico diz respeito às sensações corporais tais como o descanso, relaxamento, níveis de hidratação e nutrição, oxigenação, eliminação adequados, dor e posicionamentos. O contexto psico-espiritual, corresponde à consciência interna de si próprio e inclui a autoestima, autoconceito, sexualidade e significado da vida. O contexto sociocultural abrange as relações interpessoais, familiares e sociais, e engloba os aspetos financeiros e informacionais da vida social. O contexto ambiental diz respeito às condições do meio envolvente, como a luz, sons, equipamento, cor, temperatura e elementos naturais ou artificiais do meio. (Kolcaba, 2003).

Aquando do internamento, é importante reconhecer doentes em situação paliativa e que estejam em sofrimento de forma a garantir cuidados que visem o conforto da pessoa, baseados na melhor evidência científica e ajustados às necessidades da pessoa doente em fim de vida, proporcionando uma melhor qualidade de vida, controlo de sintomas e apoio à família.

A história de doença oncológica da Sra. C. iniciou-se em junho de 2021, com o diagnóstico de Schwannoma vestibular ou Neurinoma do Acústico.

O schwannoma do nervo acústico é um tumor benigno, de crescimento lento, que tem origem, na maioria dos casos, na divisão superior do nervo vestibular, sendo a sua incidência subestimada devido ao diagnóstico apenas de casos sintomáticos (Faria, Filisbino, Maia, Alves & Guedes, 2015).

Os principais sintomas iniciais do schwannoma do acústico são a hipoacusia e a tontura. Com a evolução do quadro, podem surgir outros sintomas não tão comuns, como dor facial, cefaleia, ataxia ou outras disfunções neurológicas graves (Faria et al, 2015).

Entre as várias formas de abordagem terapêutica, a cirurgia é o método mais usado para tratamento do schwannoma do acústico (Faria et al, 2015). A Sra. C. foi submetida a cirurgia, mas devido a complicações no pós-operatório levou à sua dependência total nas suas atividades de vida diária.

“A investigação tem mostrado que as pessoas em fim de vida sofrem, porque, vivem perdas múltiplas em dimensões relevantes do ser humano. Perdas estas, no domínio físico, psicológico, social e espiritual” (Lourenço, Encarnação & Lumini, 2021, p.85). Perante a situação da Sra. C., poderemos afirmar que está a viver uma situação de grande sofrimento. Tendo em conta sua atividade laboral antes da primeira cirurgia, a Sra. C. seria uma mulher bastante ativa e independente e que agora se vê dependente de outrem, dependente de um ventilador e com dificuldade em ter uma comunicação eficaz. Era importante ter conhecido com maior pormenor quem é a Sra. C., quais os seus projetos de vida ou ambições, inquietações e as suas crenças, de forma a perceber o que está para além daquele corpo, de que forma poderíamos melhorar o seu estado emocional, físico e psicossocial. Futuramente, quando for confrontada com situações similares, o facto de ter refletido sobre o que poderia ter feito, irá permitir que a minha abordagem seja mais pormenorizada, num cuidado centrado na pessoa em todas as suas dimensões.

Segundo o Instituto Nacional de Estatística, a mulher apresenta uma esperança de vida 83,4 anos. Olhando para o caso da Sra. C. e especificamente para a sua idade, esta Sra. viveu apenas metade da sua vida. Colocando-me no lugar do seu pai, acredito que o seu pensamento é que a sua filha ainda tem mais uma outra metade de vida para viver, com muitos projetos e sonhos por cumprir, e que não seria assim e tão cedo que perspectivava a proximidade da morte. Estamos assim perante uma situação que é

contranatura, algo que é contrário ao considerada normal que é um pai ver a filha numa situação paliativa e de fim de vida, com grande probabilidade de falecer antes do próprio o pai, com tudo ainda que poderia viver como jovem mulher. Não foi possível perceber se a Sra. C. ambicionava constituir uma família, se esse seria um objetivo da sua vida, e por isso e pela sua idade é tão difícil o pai da Sra. C. aceitar a condição em que se encontra a sua filha.

Numa unidade de cuidados intensivos é fundamental compreender a família como extensão da pessoa doente (Souza, Barilli & Azeredo, 2014). Desta forma, a comunicação é uma ferramenta primordial no cuidar de enfermagem em situação paliativa e é um elemento transformador na experiência de estar doente. “Comunicar é mais do que transmitir informação – é gestão adequada de emoção, que é securizadora quando inclui uma estratégia comunicacional verbal e não verbal entendida de forma simétrica pelas partes envolvidas” (Carneiro, Carneiro & Simões, 2018, p. 157). Sendo a comunicação a base da relação terapêutica, foi através dela que foi possível manter contato com a Sra. C., através da forma verbal quando questionamos se tinha dor ou se estava confortável com aquele posicionamento, e através da forma não verbal quando a Sra. C. comunica com leve aceno de cabeça ou encerramento dos olhos ou mesmo pelo fáceis. No entanto, alguns aspetos poderiam ter sido salvaguardados durante a interação com a Sra. C. O facto de ser uma mulher nova, independente, viajada, muito possivelmente cuidava da sua imagem, e por isso seria importante tentar perceber como gostava de ter o cabelo, dando assim importância ao pormenor no cuidado, humanizando o cuidado. Num serviço de medicina intensiva, que também é a minha realidade diária, seria importante que na comunicação e relação com a pessoa doente que a tecnologia, apesar de vital, assuma um carater acessório e seja valorizada a dimensão humana. Por outro lado, foi através da comunicação eficaz que os familiares da Sra. C. conseguiram expressar os seus sentimentos e preocupações.

Em várias interações com o pai da Sra. C., os colegas de enfermagem relataram que o pai estava em “sofrimento extremo, e expressou através do choro e pela negação da situação” (sic). É nestas situações que, na unidade de cuidados intensivos as ações praticadas vão ao encontro dos cuidados de saúde com o propósito de ajudar a viver e a reduzir o sofrimento em circunstâncias extremas de fim de vida, no acompanhamento centrado na pessoa doente e sua família, otimizando a qualidade de vida, o

desenvolvimento do bem-estar humano e maximizando a dignidade dos cuidados, ou seja, o propósito dos cuidados paliativos (Lourenço et al, 2021).

Com o reconhecimento da importância dos cuidados paliativos, surgiu também um documento legal de grande importância para esta área: o Testamento Vital. A lei do Testamento Vital regula as diretivas antecipadas de vontade e a nomeação de um procurador de cuidados de saúde, criando o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV) (Lei nº 25/2012, 2012). Desta forma, é dada a resposta ao princípio ético do respeito pela autonomia da pessoa doente que pode vir a ser incapaz de manifestar a sua vontade, e à insegurança dos familiares e dos profissionais de saúde relativamente às decisões a tomar (Lourenço et al, 2021). Em conferências familiares a questão de priorizar o bem-estar e conforto da Sra. C. foi sempre abordado e que iriam ser evitadas medidas invasivas e internamento na unidade de cuidados intensivos. No entanto, neste momento a Sra. C. encontra-se na unidade de cuidados intensivos, com concordância do seu pai e irmão. E a Sra. C.? Será que a decisão de permanecer numa unidade de cuidados intensivos era a que tomaria? Tendo em conta o seu estado físico e neurológico atual, a Sra. C. iria manifestar vontade de manter o suporte de órgão e manobras invasivas? São questões que neste momento não poderemos obter resposta pela condição da Sra. C.. Se estas diretivas tivessem sido elaboradas previamente, iriam permitir conhecer melhor e honrar a vontade daquela pessoa agora dependente. Apesar de as diretivas antecipadas de vontade contribuírem para a reflexão sobre os desejos e intenções da pessoa doente, em pleno exercício de autonomia, estas são produzidas fora do contexto e da circunstância em que se vai aplicar, o que gera problemas (Carneiro et al, 2018).

A Sra. C. até ao final do estágio manteve-se internada nos cuidados intensivos, sem ainda ter prevista a sua saída para o continente americano ou para outro hospital que seja público, devido às despesas avultadas suportadas pelo pai.

CONCLUSÃO

A elaboração do estudo de caso durante o ensino clínico permitiu analisar o impacto que a doença oncológica já numa fase paliativa provoca na pessoa doente e na sua família e a importância de uma intervenção de enfermagem especializada.

Cuidar do doente em situação paliativa significa proporcionar o conforto holístico, ou seja, a vários níveis como físico, espiritual, emocional ou psicológico. O enfermeiro assume um papel de parceiro no cuidar, ajudando a pessoa doente e família a ultrapassarem diversas situações e a adaptarem-se aos efeitos que a doença oncológica pode provocar.

Tendo em conta a importância da intervenção de enfermagem na situação da Sra. C., este estudo de caso permitiu o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista no cuidado à pessoa com doença oncológica, nomeadamente a elaboração de um plano individualizado para a pessoa doente, preservando a dignidade e singularidade, diminuindo o sofrimento e maximizando a qualidade de vida; a utilização da evidência científica nas intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa doente e família respeitando as suas preferências (Regulamento n.º 429/2018, 2018); assim como a identificação do impacto a nível físico, psicológico, social e emocional que a doença avançada causa (EONS, 2018), de forma a responder com cuidados personalizados e tendo por base o estado de arte.

Apesar do contexto ser num serviço de medicina intensiva, a prioridade em fim de vida é o conforto em todas as suas dimensões, através do conhecimento aprofundado da pessoa, o que gosta, o que lhe dá prazer e bem-estar.

Visto a comunicação ter sido limitada pela presença de traqueostomia, foi difícil aplicação de estratégias de comunicação, no entanto não deixou de ser um contato intenso e importante para o desenvolvimento de algumas competências de enfermeiro especialista.

Neste momento, exerço funções numa Unidade de Cuidados Intensivos e como o estágio foi realizado num ambiente idêntico ao meu local de trabalho, permitiu a partilha de experiências e estar em contato com diferentes formas de cuidar, o que contribuiu também para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carneiro, A.H., Carneiro, R., Simões C. (2018). Termos e Conceitos na Relação Clínica. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 25(3), 157-64. Disponível em: <https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/469> DOI:<https://doi.org/10.24950/rspmi/Opinao/139/3/2018>
- European Oncology Nursing Society (EONS) (2018). Cancer Nursing Education Framework. Acedido a 05-12-2022. Disponível em: <https://cancernurse.eu/wpcontent/uploads/2021/07/EONSCancerNursingFramework2018-1.pdf>
- Faria, E. F., Filisbino, M. M., Maia, A. C., Alves, R. B., Guedes, V. R. (2015). Schwannoma De Acústico: Revisão Bibliográfica. *Revista de Patologia do Tocantins*. 2(2), 16-22.
- Figueiredo, M. C., Amendoeira, J. (2018). O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. *Revista da UIIPS –Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*. 6(2), 102-107. Acedido 20-11- 2022. DOI: <https://doi.org/10.25746/ruiips.v6.i216137>
- Kolcaba, K. Y. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Care and Research*. New York: Springer.
- Lei nº 25/2012 (2012). Regula as diretivas antecipadas de vontade, designadamente sob a forma de testamento vital, e a nomeação de procurador de cuidados de saúde e cria o Registo Nacional do Testamento Vital (RENTEV). Assembleia da República. *Diário da República*, I série (n.º 136 de 2012-07-16), páginas 3728 – 3730
- Lourenço, M., Encarnação, P., Lumini, M. J. (2021). Cuidados Paliativos, Conforto e Espiritualidade. *Autocuidado: um foco central da enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, 85-98. DOI <https://doi.org/10.48684/mx4w-3d93>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II Série (N.º 26 de 2019-02-06), 4744 – 4750.
- Regulamento n.º 429/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de

Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, II série (n.º 135 de 2018-07-16), 19360 – 19366

- Souza, T. L., Barilli, S. L. S, Azeredo, N. S. G. (2014). Perspectiva de familiares sobre o processo de morrer em unidade de terapia intensiva. *Texto Contexto Enfermagem*. 23(3), 751-7. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014002200012>
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2020). [https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+\(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001\)-418](https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001)-418)

Apêndice IV: Guião da entrevista

Guião de Entrevista Semi-Estruturada

Esta entrevista surge integrada na Unidade Curricular: Estágio com Relatório inserida no 13º Curso de Mestrado e Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Intervenção de Enfermagem Oncológica. Tem por finalidade **identificar as necessidades e intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em situação paliativa em cuidados intensivos**, de modo a permitir o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais, de enfermeira especialista, na prestação de cuidados de enfermagem, no âmbito do cuidar da pessoa doente com doença oncológica em cuidados intensivos, através da elaboração de um guia de apoio à prática.

Idade: ____

Habilitações literárias: _____

Número de anos de exercício profissional: ____

Número de anos de exercício profissional em UCI: _____

1 – Na sua prática clínica, quais as principais necessidades apresentadas pela pessoa com doença oncológica em situação paliativa em cuidados intensivos?

2 – Durante o internamento na unidade de cuidados intensivos, quais as principais necessidades apresentadas pela família da pessoa com doença oncológica em situação paliativa?

3 – Quais as dificuldades que encontra no acompanhamento destes doentes e famílias?

4 – Quais os instrumentos/escalas que utiliza na avaliação das necessidades da pessoa doente com doença oncológica em situação paliativa em cuidados intensivos? Utiliza algum instrumento/escala dirigida à família? Se sim, qual(ais)?

5 – Qual a importância da formação em cuidados paliativos na equipa de enfermagem da unidade de cuidados intensivos?

6 – Em cuidados intensivos, quais as intervenções de enfermagem à pessoa em situação paliativa?

7 – Considerando as necessidades da família da pessoa com doença oncológica em situação paliativa, quais as intervenções de enfermagem aquando do internamento na unidade de cuidados intensivos?

8 – Quais as competências que considera que o enfermeiro deve desenvolver para o cuidar especializado da pessoa com doença oncológica em situação paliativa em cuidados intensivos e sua família?

Grata pela colaboração

Raquel Diabinho

Apêndice V: Consentimento informado livre e esclarecido

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Exmo.(a) Sr.(a) Sou estudante do Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Intervenção em Enfermagem Oncológica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Solicito a sua participação numa entrevista semiestruturada que se insere no projeto em curso, no âmbito do referido Mestrado, no qual se pretende identificar as necessidades da pessoa doente em situação paliativa em Cuidados Intensivos, bem como as intervenções de enfermagem associadas, de modo a desenvolver um guia de apoio à prática para o serviço onde exerço funções.

Por a identificarmos como um(a) perito(a) na área será relevante poder contar com a sua participação numa entrevista cujo objetivo é a recolha de informação relativa às necessidades e intervenções de enfermagem à pessoa com doença oncológica em situação paliativa em cuidados intensivos.

A participação na entrevista é voluntária, pelo que pode decidir revogar a sua colaboração, não advindo dessa decisão quaisquer danos pessoais ou profissionais. A estudante assegura o cumprimento de todos os requisitos e procedimentos éticos, nomeadamente o anonimato e a confidencialidade de todos os dados recolhidos.

Informo ainda que estou disponível para qualquer esclarecimento necessário, durante todo o período de realização do estudo, através do seguinte contacto: Raquel Diabinho – 927779023.

Agradecida pela sua colaboração,

Raquel Diabinho

Lisboa __/12/2022

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se considerar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta apresentada, queira assinar este documento.

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, revogar a participação neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando que apenas serão utilizados para este projeto e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela estudante. Assim, estou disponível e aceito dar o meu testemunho, no âmbito do projeto relacionado com a “Pessoa com Doença Oncológica em Situação Paliativa em Cuidados Intensivos” a ser realizada pela estudante Raquel Diabinho, no âmbito do mestrado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Nome _____

Assinatura _____

Lisboa ____/12/2022

Apêndice VI: Questionário

Questionário

1- O que são para si os cuidados paliativos?

2- Na sua opinião, a quem se destinam os cuidados paliativos?

Pessoa com insuficiência de órgão ☐

Pessoa com doença oncológica ☐

Pessoa com doença neurodegenerativa ☐

Pessoa nos últimos dias de vida ☐

Pessoa com doença avançada e progressiva, geradora de sofrimento ☐

3- Na sua instituição, quais os serviços de apoio em Cuidados Paliativos?

Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos ☐

Unidade de Cuidados Paliativos ☐

Unidade de Assistência Domiciliária em Cuidados Paliativos ☐

4- Na sua prática diária na Unidade já cuidou de pessoas doentes em situação paliativa?

Sim ☐ Não ☐

- Se sim, que necessidades de cuidados apresentava essa pessoa?

Físicas ☐

Psicológicas ☐

Sociais ☐

Ambiente que a rodeia ☐

Espirituais ☐

- Nomeie 2 a 3 intervenções de enfermagem que implementou que se destinaram a dar resposta às necessidades específicas de cuidados da pessoa em situação paliativa

5- Na sua prática diária na Unidade, já cuidou de famílias/cuidadores de pessoas em situação paliativa?

Sim ☐ Não ☐

- Se sim, que necessidades de cuidados apresentava essa pessoa?

Físicas ☐

Psicológicas ☐

Sociais ☐

Ambiente que a rodeia ☐

Espirituais ☐

- Nomeie 2 a 3 intervenções de enfermagem que implementou que se destinaram a dar resposta às necessidades específicas de cuidados das famílias /cuidadores da pessoa em situação paliativa.

Obrigada pela sua colaboração

Apêndice VII: Formação



A PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA EM CUIDADOS INTENSIVOS

Enf. Raquel Diabinho / Enf. Orientador de Estágio: Marlene Espírito Santo

Aluna do 13º Curso de Mestrado na Área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica Área de Intervenção Enfermagem Oncológica - ESEL / Professora Orientadora: Sandra Neves
Fevereiro 2023

A Pessoa em Situação Paliativa em Cuidados Intensivos

◦ **Objetivo Geral**

- Sensibilizar sobre a relevância dos Cuidados Paliativos em Cuidados Intensivos

◦ **Objetivos Específicos**

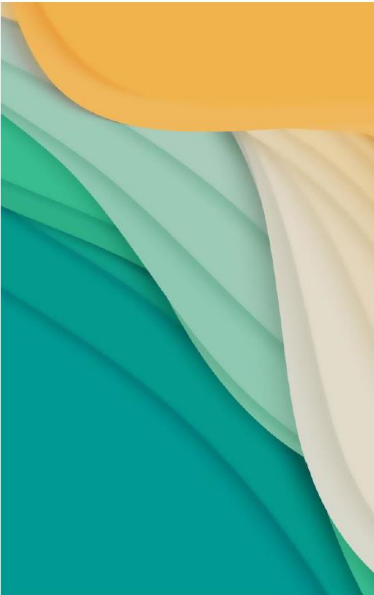
- Apresentar definição de conceitos: Cuidados Paliativos, População alvo, Pilares e Princípios
- Identificar os contributos dos Cuidados Paliativos em Cuidados Intensivos
- Analisar/discutir as necessidades da pessoa em Situação Paliativa em Cuidados Intensivos e intervenções de enfermagem

- Nas Unidades de Cuidados Intensivos, a pessoa internada pode enfrentar uma situação de doença aguda ou terminal que pode levar à morte (Utami, Pujianto, Setyawan, Naviati & Rochana, 2020)
- Em Cuidados Intensivos existe a vantagem da tecnologia avançada e de cuidados específicos, mas, no entanto, verifica-se que aproximadamente 20% dos doentes admitidos em Unidades de Cuidados Intensivos não sobrevivem após cessação de medidas de suporte de vida (Elliot, Aitken, & Chaboyer, 2012).



- Desta forma, nas Unidades de Cuidados Intensivos também se encontram pessoas com doença em fase terminal que necessitam de cuidados de fim de vida, sendo o cuidado destas pessoas uma parte importante no trabalho de uma equipa de Cuidados Intensivos (Jensen, Halvorsen, Jerpseth, Fridh & Lind, 2020).

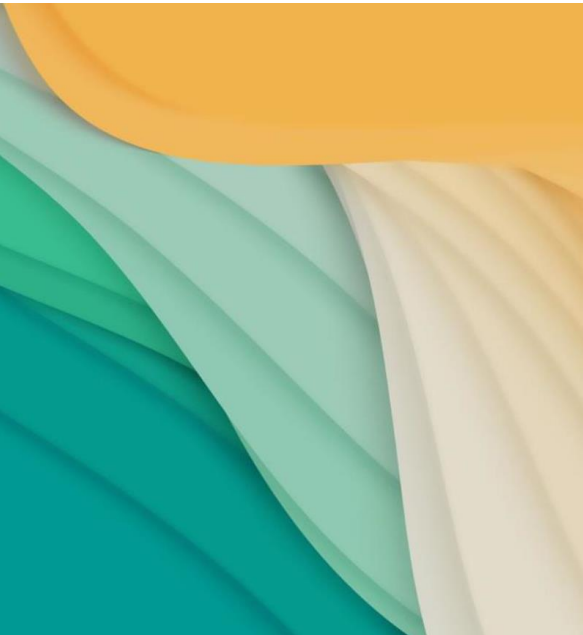
- O termo **fim de vida** refere-se ao último ano de vida, mais especificamente aos **últimos meses de vida**, combinados com um declínio do estado de saúde, com a redução da função, o aumento da sintomatologia e o prognóstico clínico reservado (Bennett, Davies & Higginson, 2010).
- O interesse pela qualidade de vida e pelo alívio do sofrimento da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como o cuidado às suas famílias, levou ao desenvolvimento de uma área especializada de cuidados e conhecimento designada de **Cuidados Paliativos**.



CUIDADOS PALIATIVOS

Procuram melhorar a qualidade de vida dos doentes, das suas famílias e cuidadores pela prevenção e alívio do sofrimento, através da identificação precoce, diagnóstico e tratamento adequado da dor e de outros problemas, sejam estes físicos, psicológicos, sociais ou espirituais (OMS, 2020)

Devem respeitar a autonomia, a vontade, a individualidade, a dignidade da pessoa e a inviolabilidade da vida humana (Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, 2012)



POPULAÇÃO ALVO

Pessoas de todas as idades em sofrimento (e suas famílias) por todos os tipos de doenças graves/crónicas/complexas/progressivas em todos os ambientes de cuidados.

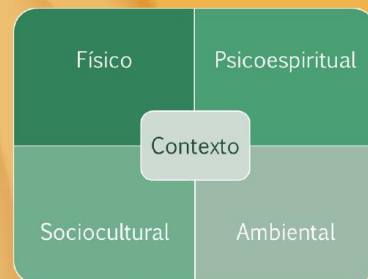
CUIDADOS PALIATIVOS



Neto, 2010

ORIENTAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba



Kolcaba, 2003

NECESSIDADES DA PESSOA DOENTE E FAMÍLIA

NECESSIDADES FÍSICAS EM FIM DE VIDA	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Controlo da Dor (RS) (O) (E)	- Monitorizar a dor através de escalas (numérica/analógica) (O) - Gerir a terapêutica analgésica/opiíde: avaliar a resposta aos analgésicos, efeitos secundários e preocupações da pessoa doente e família relativamente à terapêutica (O) - Gerir a dor através de medidas não farmacológicas: auxílio nos posicionamentos/ mobilizações, massagem (RS) (O) (E) - Retirar qualquer equipamento e monitorização desnecessários, racionalizando linhas e equipamentos ligados à pessoa doente (RS) (O) (E)
Controlo do défice nutricional e anorexia (O) (E)	- Proporcionar dieta adequada de acordo com a tolerância da pessoa doente (O) - Avaliar a necessidade de manter alimentação (O) (E)
Controlo da dispneia e fadiga (RS) (O) (E)	- Elevar a cabeça (O) - Auxiliar nas mobilizações/posicionamentos (RS) (O) (E) - Privilegiar a posição de conforto de forma a minimizar ruídos respiratórios (O) - Gerir a dispneia através de administração de opiídes (RS) (O) - Reavaliação da necessidade de suporte ventilatório (RS) (O)
Controlo Xerostomia (O) (E)	- Incentivar/ realizar uma higiene cuidada da boca (O) (E) - Lubrificar os lábios (O) (E)
Controlo Temperatura (O)	Gerir a terapêutica antipirética (O)
Controlo das alterações do estado de consciência (O)	Explicar aos familiares acerca da possibilidade de alteração do estado de consciência de acordo com a progressão da doença (O)

RS: Revisão Scoping; O: Observações; E: Entrevistas

NECESSIDADES DA PESSOA DOENTE E FAMÍLIA

NECESSIDADES PSICOESPIRITUAIS EM FIM DE VIDA	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Controlo da ansiedade (RS) (O) (E)	- Encaminhar para apoio psicológico da pessoa doente e família, sempre que desejado (RS) (O) (E) - Informar sobre as necessidades de cuidados de enfermagem e intervenções realizadas (RS) (O) (E) - Facilitar a presença da família junto da pessoa doente, se assim desejarem (RS) (O) (E) - Explicar aos familiares acerca dos sintomas e do que esperar com a progressão da doença (RS) (O)
Comunicação eficaz (RS) (O) (E)	- Escutar a angústia/incerteza da pessoa e família (RS) (O) (E) - Facilitar a ventilação de emoções e sentimentos (RS) (O) (E) - Apoiar na vivência da perda (RS) (O) (E) - Informar/esclarecer dúvidas (RS) (O) (E) - Envolver a família nas tomadas de decisão (RS) (O) - Avaliar os desejos/preferências da família sobre a receção de informação sobre alterações no estado clínico da pessoa doente (como gostariam de ser informados sobre a morte, presença na morte) (RS)
Apoio espiritual/ religioso (RS) (O) (E)	Providenciar apoio religioso ou espiritual à pessoa doente e família, se assim o desejarem (RS) (O) (E)

RS: Revisão Scoping; O: Observações; E: Entrevistas

NECESSIDADES DA PESSOA DOENTE E FAMÍLIA

NECESSIDADES SOCIOCULTURAIS EM FIM DE VIDA	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Resolução de conflitos pessoa doente/família (E)	• Facilitar a presença da família junto da pessoa doente, se assim desejarem (RS) (O) (E) • Incentivar a partilha de sentimentos (RS) (O) (E)
Apoio social (RS) (O) (E)	• Encaminhar para apoio social, sempre que necessário (RS) (O) (E)

RS: Revisão Scoping; O: Observações; E: Entrevistas

NECESSIDADES DA PESSOA DOENTE E FAMÍLIA

NECESSIDADES AMBIENTAIS EM FIM DE VIDA	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Controlo do ambiente (RS) (O) (E)	• Providenciar quarto individual (RS) (O) (E) • Providenciar local/equipamento para o descanso de familiares (RS) (O) (E) • Permitir, sempre que possível que a família traga para o quarto objetos pessoais de forma que a pessoa doente se sinta o mais confortável possível (fotografias, almofada, manta...) (RS) (O) (E) • Gerir os ruídos de monitores e luminosidade (RS) (O) (E)

RS: Revisão Scoping; O: Observações; E: Entrevistas

Bloomer, M.J., Ranse, K., Butler, A. & Brooks, L., 2021
Gullini, J. E. H. M. de B., Nascimento, E. R. P. do, Moritz, R. D., Rosa, L. M. da, Silveira, N. R., & Vargas, M. A. de O., 2017
Jensen, H. I., Halvorsen, K., Jerpseth, H., Fridh, I., & Lind, R., 2020
Munro, C. L., & Savel, R. H., 2018
Queiroz, T. A., Ribeiro, A. C. M., Guedes, M. V. C., Coutinho, D. T. R., de Galiza, F. T. & de Freitas, M. C., 2018
Utami, R. S., Pujianto, A., Setyawan, D., Naviati, E., & Rochana, N., 2020

Recursos disponíveis em Cuidados Paliativos

- Equipas Comunitárias de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP)
- Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP)
- Unidades de Cuidados Paliativos (UCP)

CENTRO HOSPITALAR

EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS (EIHSCP)

- Consultoria às equipas de Cuidados de Saúde Primários da área de abrangência do Centro Hospitalar
- Apoio ao internamento, prestando assistência na execução do plano individual de cuidados à pessoa doente internada decorrente de doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva ou com prognóstico de vida limitado, sempre que seja solicitada a sua atuação;
- Consulta em Ambulatório
- Apoio telefónico à pessoa doente no domicílio
- Apoio psicossocial à pessoa doente e sua família
- Apoio psicossocial às famílias enlutadas

EIHSCP CENTRO HOSPITALAR

- Referenciação de doentes através de formulário disponível na Intranet
 - Email: medicina.paliativa@hsc.pt
 - Secretariado Unidade de Medicina Paliativa (Piso 1)
- Extensão Telefónica

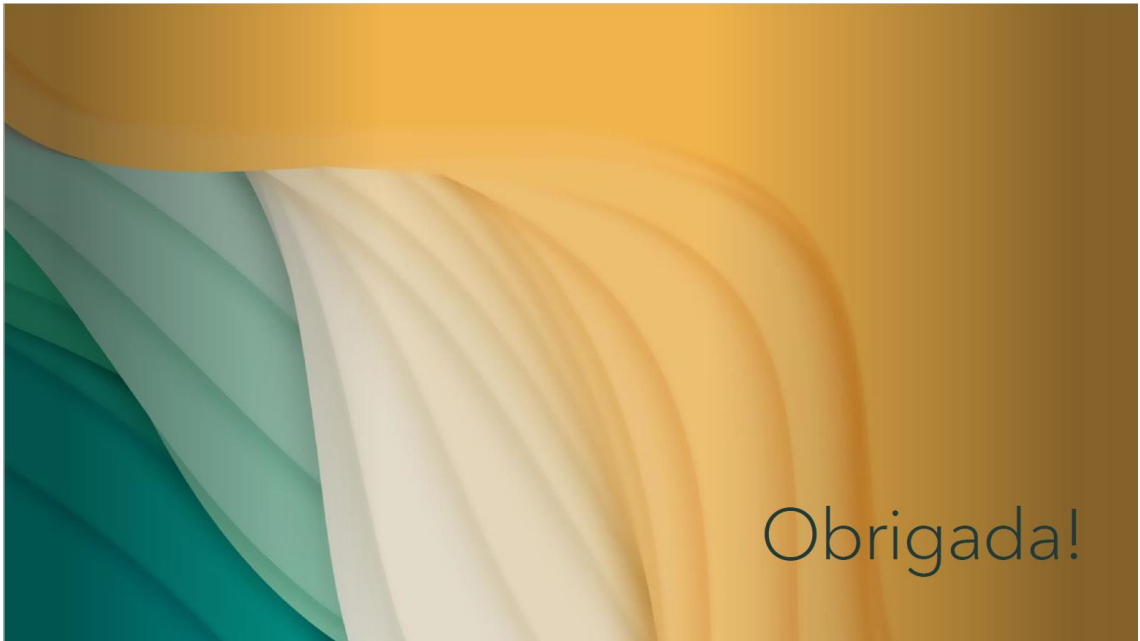
CONSIDERAÇÕES FINAIS

- Cuidar de uma pessoa em fim de vida em cuidados intensivos é um desafio.
- A equipa de enfermagem poderá fazer a diferença na defesa da dignidade e na promoção do conforto
- A comunicação é a ferramenta essencial para o cuidar da pessoa doente e familiares.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bennett, M. I., Davies, E. A. & Higginson, I. J. (2010). Delivering research in end-of-life care: problems, pitfalls and future priorities. *Palliative Medicine*, 24 (5), 456-46
- Bloomer, M.J., Ranse, K., Butler, A., Brooks, L. (2021). A national Position Statement on adult end-of-life care in critical care. *Australian Critical Care*, 35(4), 480-487. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.06.006>
- Elliot, D., Aitken, L., Chaboyer, W. (2012). *Critical Care Nursing* (2nd ed.). Sydney: Mosby Elsevier. ISBN:9780729540681
- Gulini, J. E. H. M. de B., Nascimento, E. R. P. do, Moritz, R. D., Rosa, L. M. da, Silveira, N. R., & Vargas, M. A. de O. (2017). Intensive Care Unit team perception of palliative care: the discourse of the collective subject. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 51, 1-6. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016041703221>
- Guimarães, M.N.M.Q. (2018). Idosos com Doenças Oncológicas e Bioética de Proteção: Uma Oportunidade para a Integração dos Cuidados Paliativos em Cuidados Intensivos. (Tese de mestrado). Fundação Oswaldo Cruz - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro
- Jensen, H. I., Halvorsen, K., Jerpseth, H., Fridh, I., & Lind, R. (2020). Practice Recommendations for End-of-Life Care in the Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*, 40(3), 14-22. <https://doi.org/10.4037/ccn2020834>
- Kolcaba, Katharine Y. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Care and Research*. New York: Springer
- Munro, C. L., & Savel, R. H. (2018). Aggressive Care AND Palliative Care. *American Journal of Critical Care : An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 27(2), 84-86. <https://doi.org/10.4037/ajcc2018757>
- Neto, I. Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In: Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., Neto, I. Manual de Cuidados Paliativos. 2a edição, revista e aumentada. Núcleo de Cuidados Paliativos. Centro de Bioética - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2010. p. 1-42
- Queiroz, T. A., Ribeiro, A. C. M., Guedes, M. V. C., Coutinho, D. T. R., de Galiza, F. T. & de Freitas, M. C. (2018). Palliative Care to the Elderly in Intensive Care: The Perspective of the Nursing Team. *Texto & Contexto Enfermagem*, 27(1), 1-10. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018001420016>
- Utami, R. S., Pujianto, A., Setyawan, D., Naviati, E., & Rochana, N. (2020). Critical Care Nurses' Experiences of End-of-Life Care: A Qualitative Study. *Nurse Media Journal of Nursing*, 10(3), 260- 274. <https://doi.org/10.14710/nmjn.v10i3.31302>



Obrigada!

Apêndice VIII: Guia de Apoio à Prática

GUIA DE APOIO À PRÁTICA

Intervenções de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa e sua Família em Cuidados Intensivos

Ana Raquel de Oliveira Diabinho

Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na
Área de Intervenção de Enfermagem à Pessoa com Doença Oncológica, ESEL

Professora Orientadora Sandra Neves

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	3
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	4
2. ORIENTAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM	7
2.1 Necessidades no Contexto Físico e Intervenções de Enfermagem	9
2.2 Necessidades no Contexto Psicoespiritual e Intervenções de Enfermagem	10
2.3 Necessidades no Contexto Sociocultural e Intervenções de Enfermagem	10
2.4 Necessidades no Contexto Ambiental e Intervenções de Enfermagem	11
3. RECURSOS DE CUIDADOS PALIATIVOS DO CENTRO HOSPITALAR	12
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	13
5. BIBLIOGRAFIA	14

INTRODUÇÃO

A permanência numa Unidade de Cuidados Intensivos pode ser uma experiência muito angustiante, tanto para a pessoa doente como para a família.

O estudo realizado por Su et al. (2018) sobre a experiência da morte em Cuidados Intensivos, identificou que 40,9% dos doentes sofreram gravemente e 33,1% experimentaram de forma grave a perda de dignidade. O sofrimento experienciado por estas pessoas envolve, muitas vezes, mais do que a dor física, remetendo para a dor total, que inclui a dor psicológica, emocional, assim como ao distress físico.¹⁷

“As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da dignidade e da liberdade da pessoa humana e do enfermeiro”¹¹ e nesta perspetiva, a morte neste serviço pode ser inevitável, mas o sofrimento e a perda de dignidade no fim da vida precisam de ser acautelados. Desta forma, torna-se importante a intervenção de enfermagem na promoção do conforto dos mesmos tendo por base a melhor evidência científica. Por esse motivo, para um melhor cuidado à pessoa doente em fim de vida, é de extrema importância a formação na área dos Cuidados Paliativos.

A realização deste guia de apoio à prática de cuidados surge como resposta à necessidade observada na equipa de Enfermagem do Serviço de Medicina Intensiva – Unidade Neurocrítica no cuidar da pessoa com doença oncológica em situação paliativa em Cuidados Intensivos. Este guia permitirá orientar os enfermeiros na sua prática, dotando-os do conhecimento necessário para dar resposta às necessidades de cada pessoa em situação paliativa, assim como contribuir para a evolução da equipa de enfermagem de forma a melhorar a qualidade dos cuidados praticados.

O guia encontra-se organizado em 4 capítulos onde inicialmente é realizado o enquadramento teórico com ênfase na importância dos cuidados paliativos em cuidados intensivos; de seguida são apresentadas as necessidades em cada contexto de conforto, segundo a Teoria de Kolcaba (2003), da pessoa doente e família assim como as intervenções de enfermagem específicas; e por fim irão ser apresentadas algumas considerações finais. As necessidades levantadas e as intervenções de enfermagem, foram elaboradas tendo por base os resultados de uma revisão *Scoping*, entrevistas realizadas a peritos e a observação dos cuidados de enfermagem em contextos especializados (Cuidados Paliativos e Cuidados Intensivos).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Nas Unidades de Cuidados Intensivos, a pessoa internada pode enfrentar uma situação de doença aguda ou terminal que pode levar à morte¹⁸. Verifica-se que aproximadamente 20% dos doentes admitidos em Unidades de Cuidados Intensivos não sobrevivem após cessação de medidas de suporte de vida⁴ e desta forma, nas Unidades de Cuidados Intensivos, também se encontram pessoas com doença em fase terminal que necessitam de cuidados de fim de vida, sendo o cuidado destas pessoas uma parte importante no trabalho de uma equipa de Cuidados Intensivos⁸.

Segundo Bennett, Davies & Higginson (2010), o termo fim de vida refere-se ao último ano de vida, mais especificamente aos últimos meses de vida, combinados com um declínio do estado de saúde, com a redução da função, o aumento da sintomatologia e o prognóstico clínico.

O interesse pela qualidade de vida e pelo alívio do sofrimento da pessoa doente em fim de vida com doença crónica em fase avançada levou ao desenvolvimento de uma área especializada de cuidados e conhecimento designada de Cuidados Paliativos.

Segundo a OMS, os Cuidados Paliativos procuram melhorar a qualidade de vida dos doentes, das suas famílias e cuidadores pela prevenção e alívio do sofrimento, através da identificação precoce, diagnóstico e tratamento adequado da dor e de outros problemas, sejam estes físicos, psicológicos, sociais ou espirituais¹⁹. Concomitantemente, os Cuidados Paliativos devem respeitar a autonomia, a vontade, a individualidade, a dignidade da pessoa e a inviolabilidade da vida humana¹⁰.

É importante salientar que, inicialmente este tipo de cuidados destinava-se apenas às pessoas com cancro, nos estadios terminais desta doença. No entanto, com o desenvolvimento crescente dos Cuidados Paliativos e por questões de éticas, passaram a abranger as pessoas de todas as idades em sofrimento (e as suas famílias) por todos os tipos de doenças graves/crónicas/complexas/progressivas em todos os ambientes de cuidados¹⁰.

Observando a realidade no SMI-UNC, existem casos, como pessoas com Gliomas de alto grau, em que a transição desde o diagnóstico até à fase de palição é frequentemente rápida⁵, sendo importante estar alerta para as necessidades da pessoa

doente em situação paliativa e sua família de forma a praticar cuidados de excelência que promovam a melhor qualidade de vida dos mesmos.

Relativamente aos recursos disponíveis em Cuidados Paliativos, estes estão organizados por equipas a nível local: Unidade de Cuidados Paliativos, Equipas intra-hospitalares de suporte em cuidados paliativos e Equipas comunitárias de suporte em cuidados paliativos. Estas equipas multiprofissionais, integrantes e contratualizadas com a Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), estão articuladas entre si e com a coordenação regional, sendo que outras unidades funcionais do Sistema Nacional de Saúde podem realizar ações paliativas, de acordo com orientação técnica da Rede Nacional de Cuidados Paliativos¹⁰.

Segundo Neto (2010), a intervenção dos Cuidados Paliativos, personalizada e adaptada a cada situação, assenta em quatro pilares fundamentais: o controlo de sintomas, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas; a comunicação adequada, com a pessoa doente e sua família; apoio à família, durante a doença e depois da morte da pessoa doente; e trabalho em equipa, integrando as intervenções de todos os profissionais envolvidos para dar resposta às necessidades da pessoa doente e família. “Estas quatro vertentes devem ser encaradas numa perspetiva de igual importância, pois não é possível praticar Cuidados Paliativos de qualidade se alguma delas for subestimada”¹⁴. Embora a prestação de Cuidados Paliativos seja apenas possível num contexto multidisciplinar, torna-se urgente evidenciar o trabalho do enfermeiro no contexto dessa mesma equipa, distinguindo a sua área de trabalho.

A permanência numa Unidade de Cuidados Intensivos pode ser uma experiência muito angustiante, tanto para a pessoa doente como para a família. Desta forma, torna-se importante a intervenção de enfermagem na promoção do conforto dos mesmos tendo por base a melhor evidência científica. Por esse motivo, para um melhor cuidado à pessoa doente em fim de vida, é de extrema importância a formação na área dos Cuidados Paliativos.

De forma a orientar a prestação de cuidados é primordial o recurso a um referencial teórico, e neste tema a teoria que mais se adapta é a teoria do conforto de Kolcaba. À luz da teoria de Katharine Kolcaba, o conforto pode ser definido como “a experiência imediata e holística de ser fortalecido através da satisfação das necessidades dos três tipos de conforto (alívio, tranquilidade e transcendência) nos quatro contextos

da experiência (físico, psico-espiritual, social e ambiental)”⁹. O alívio consiste na satisfação de uma necessidade da pessoa doente e pressupõe a existência de um desconforto prévio; a tranquilidade consiste no estado de calma ou de satisfação; a transcendência é o estado em o doente sente que tem capacidade para planejar, controlar o seu destino e resolver os seus próprios problemas⁹. Relativamente aos 4 contextos distintos, o contexto físico diz respeito às sensações corporais tais como o descanso, relaxamento, níveis de hidratação e nutrição, oxigenação, eliminação adequados, dor e posicionamentos; o contexto psico-espiritual, corresponde à consciência interna de si próprio e inclui a autoestima, autoconceito, sexualidade e significado da vida; o contexto sociocultural abrange as relações interpessoais, familiares e sociais, e engloba os aspetos financeiros e informacionais da vida social; e o contexto ambiental diz respeito às condições do meio envolvente, como a luz, sons, equipamento, cor, temperatura e elementos naturais ou artificiais do meio⁹.

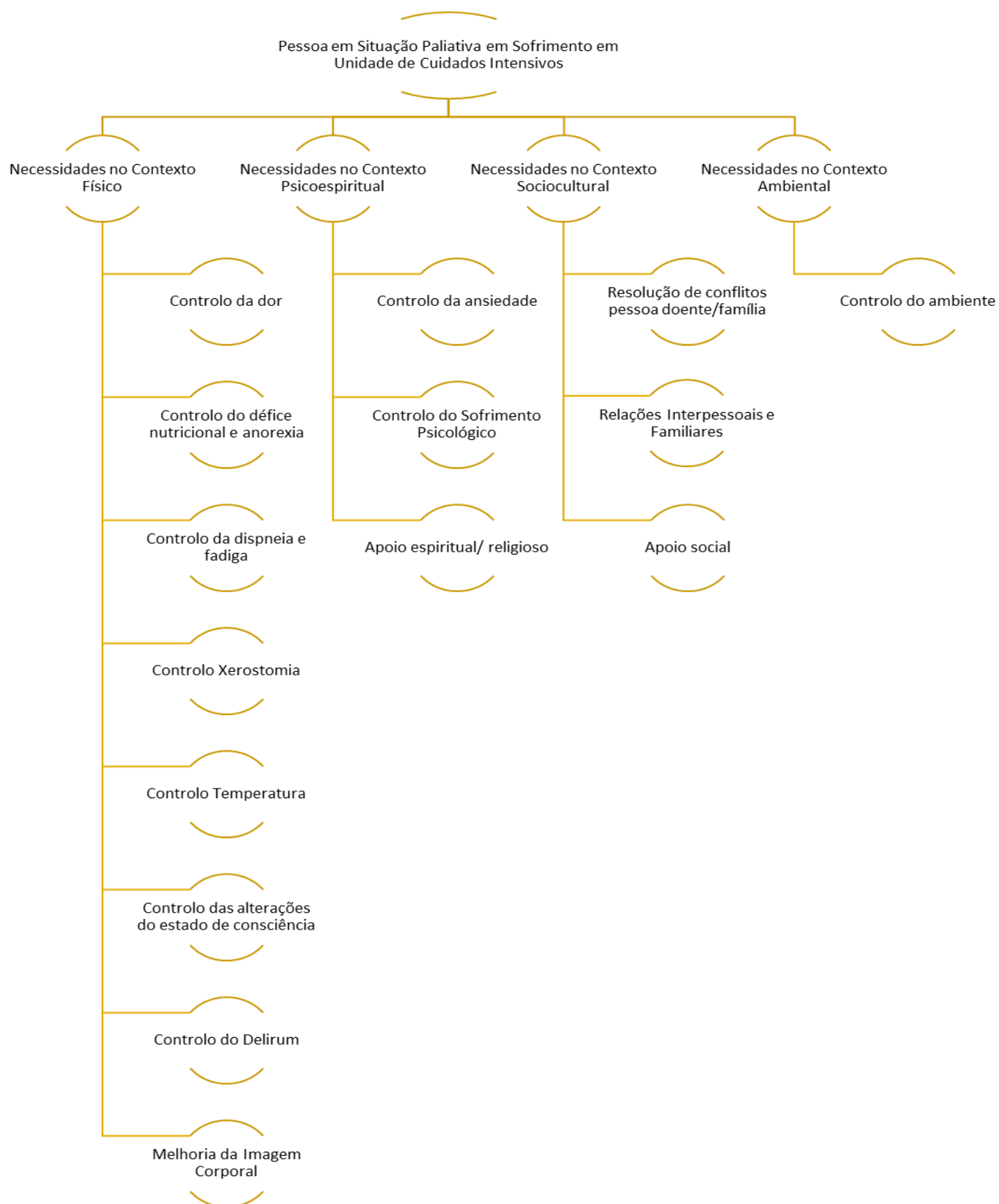
Aquando do internamento, é importante reconhecer doentes em situação paliativa de forma a garantir cuidados baseados na melhor evidência científica e ajustados às necessidades da pessoa doente em fim de vida em vários contextos, proporcionando uma melhor qualidade de vida e privilegiando o conforto, controlo de sintomas e apoio à família.

2. ORIENTAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Tendo como referencial teórico a Teoria do Conforto de Katharine Kolcaba (2003), em que a experiência do conforto pode ser atingida em quatro contextos, foram desenvolvidos quatro quadros onde perante as necessidades em cada contexto da pessoa doente e família, são desenvolvidas intervenções de enfermagem específicas. As necessidades levantadas assim como as intervenções de enfermagem, foram elaboradas após os resultados de uma revisão *Scoping*, entrevistas realizadas a peritos e a observação dos cuidados de enfermagem em contextos especializados (Cuidados Paliativos e Cuidados Intensivos).

De forma a explicitar como os enfermeiros podem intervir para promover o conforto da pessoa em situação paliativa em contexto de UCI foi elaborado um fluxograma (Fluxograma nº1) que é apresentado de seguida.

Fluxograma nº1 – Abordagem à Pessoa em Situação Paliativa em Sofrimento em Unidade de Cuidados Intensivos



2.1 Necessidades no Contexto Físico e Intervenções de Enfermagem

NECESSIDADES CONTEXTO FÍSICO	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Controlo da Dor ^{RS, O, E}	• Monitorizar a dor através de escalas (numérica/analógica) ^{3, 13, O, E} • Gerir a terapêutica analgésica/opióide: avaliar a resposta aos analgésicos, efeitos secundários e preocupações da pessoa doente e família relativamente à terapêutica ^{3, 8, 13, 18, O} • Gerir a dor através de medidas não farmacológicas: auxílio nos posicionamentos/ mobilizações, massagem ^{3, 13, O, E} • Retirar qualquer equipamento e monitorização desnecessários, racionalizando linhas e equipamentos ligados à pessoa doente ^{3, O, E}
Controlo do défice nutricional e anorexia ^{O, E}	• Proporcionar dieta adequada de acordo com a tolerância da pessoa doente ^O • Avaliar a necessidade de manter alimentação ^{O, E}
Controlo da dispneia e fadiga ^{RS, O, E}	• Elevar a cabeceira ^O • Auxiliar nas mobilizações/posicionamentos ^{3, 13, O, E} • Privilegiar a posição de conforto de forma a minimizar ruídos respiratórios ^O • Gerir a dispneia através de administração de opióides ^{3, 13, O} • Reavaliação da necessidade de suporte ventilatório ^{3, 6, 8, O}
Controlo Xerostomia ^{O, E}	• Incentivar/ realizar uma higiene cuidada da boca ^{O, E} • Lubrificar os lábios ^{O, E}
Controlo Temperatura ^O	• Gerir a terapêutica antipirética ^O
Controlo das alterações do estado de consciência ^O	• Explicar aos familiares da possibilidade de alteração do estado de consciência de acordo com a progressão da doença ^O
Controlo do Delirium ^O	• Orientar a pessoa doente no tempo, espaço e pessoa ^O • Permitir a permanência do familiar junto da pessoa doente ^{8, 15, O} • Rever a medicação prescrita ^O
Melhoria da imagem corporal ^{RS, O}	• Assegurar uma aparência cuidada ^{7, O} • Envolver os membros da família no cuidado ao corpo se assim o desejarem ⁸

RS: Revisão Scoping; O: Observações; E: Entrevistas

2.2 Necessidades no Contexto Psicoespiritual e Intervenções de Enfermagem

NECESSIDADES CONTEXTO PSICOESPIRITUAL	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Controlo da ansiedade ^{RS, O, E}	• Encaminhar para apoio psicológico da pessoa doente e família, sempre que desejado ^{8, O, E} • Informar sobre as necessidades de cuidados de enfermagem e intervenções realizadas ^{8, O, E} • Facilitar a presença da família junto da pessoa doente, se assim desejarem ^{7, 15, O, E} • Apoiar e facilitar a visita das crianças ^{3, 8} • Explicar aos familiares acerca dos sintomas e do que esperar com a progressão da doença ^{8, O} • Preservar a dignidade da pessoa no cuidado <i>post mortem</i> ^{7, O}
Controlo Sofrimento Psicológico ^{RS, O, E}	• Orientar o processo de tomada de decisão de suspensão do tratamento de manutenção da vida ^{3, 6, 8} • Escutar a angústia/incerteza da pessoa e família ^{3, 7, 15, 18, O, E} • Facilitar a ventilação de emoções e sentimentos ^{1, 15, 18, O, E} • Apoiar na vivência da perda ^{O, E} • Informar/esclarecer dúvidas ^{1, 8, 13, 15, 18, O, E}
Apoio espiritual/ religioso ^{RS, O, E}	• Providenciar apoio religioso ou espiritual à pessoa doente e família, se assim o desejarem ^{3, 8, 18, O, E}

RS: Revisão *Scoping*; O: Observações; E: Entrevistas

2.3 Necessidades no Contexto Sociocultural e Intervenções de Enfermagem

NECESSIDADES CONTEXTO SOCIOCULTURAL	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Resolução de conflitos pessoa doente/família ^E	• Convocar reunião familiar sempre que surja necessidade ¹ • Participar e contribuir nas reuniões familiares ^{1, 3, 7, 18} • Avaliar o conhecimento da família sobre situação ^{1, O} • Ser um mediador com toda a equipa de saúde ^{1, O} • Envolver a família nas tomadas de decisão ^{7, 8, 18, O}

	- Avaliar os desejos/preferências da família sobre a receção de informação sobre alterações no estado clínico da pessoa doente (como gostariam de ser informados sobre a morte, presença na morte) ^{1, 3, 6, 8, 13} - Facilitar a presença da família junto da pessoa doente, se assim desejarem ^{7, 8, 15, O, E} - Incentivar a partilha de sentimentos ^{3, 18, O, E}
Apoio nas relações interpessoais e familiares ^{RS}	- Permitir o acesso livre durante todo o dia e noite para familiares e amigos próximos ⁸ - Envolvimento de crianças na situação de fim de vida ⁸ - Perceber se a família deseja ou não estar presente no fim de vida da pessoa doente ³ - Proporcionar tempo para a família se despedir ^{3, 8} - Proporcionar tempo para a família estar com o seu familiar após a morte ^{3, 8}
Apoio social ^{RS, O, E}	Encaminhar para apoio social, sempre que necessário ^{3, 8, O, E}

RS: Revisão *Scoping*; O: Observações; E: Entrevistas

2.4 Necessidades no Contexto Ambiental e Intervenções de Enfermagem

NECESSIDADES CONTEXTO AMBIENTAL	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
Controlo do ambiente ^{RS, O, E}	- Providenciar quarto individual ^{3, 8, O, E} - Providenciar local/equipamento para o descanso de familiares ^{O, E} - Permitir, sempre que possível que a família traga para o quarto objetos pessoais de forma que a pessoa doente se sinta o mais confortável possível (fotografias, almofada, manta...) ^{O, E} - Gerir os ruídos de monitores e luminosidade ^{15, O, E} - Orientar a família sobre o ambiente da unidade de cuidados intensivos, instalações disponíveis e informações de contato ³

RS: Revisão *Scoping*; O: Observações; E: Entrevistas

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em Unidade de Cuidados Intensivos, as ações paliativas passam por planejar todas as intervenções com a equipa, família e pessoa doente, se possível; privilegiar uma comunicação adequada; oferecer apoio à família; permitir a flexibilidade das visitas; controlar os sintomas e promover o conforto à pessoa doente; e visar a não maleficência através da suspensão de tratamentos fúteis, que prolonguem o morrer, e a adequação dos tratamentos não fúteis, como a sedo analgesia e reavaliação suporte ventilatório¹². Desta forma, surge o grande desafio: consciencializar a equipa para a importância dos Cuidados Paliativos em Cuidados Intensivos e como podemos intervir.

Com a elaboração deste guia pretende-se criar uma orientação para a prática de cuidados à pessoa com doença oncológica em situação paliativa, nunca descurando a individualidade da pessoa doente e sua família, nunca esquecendo a particularidade de cada caso. Concomitantemente, este guia tem o intuito de melhorar a qualidade dos cuidados prestados à pessoa doente em situação paliativa internada na UCI e que gere ganhos para a pessoa doente e família/cuidadores.

Cuidar de uma pessoa em fim de vida em cuidados intensivos é um desafio e a equipa de enfermagem poderá fazer a diferença na defesa da dignidade e na promoção do conforto. Para que este processo vivenciado pela pessoa doente e sua família seja experienciado com a tranquilidade possível, é necessária uma equipa capacitada nesta área em que a comunicação e formação são ferramentas essenciais.

5. BIBLIOGRAFIA

1. Anderson, W., Turner, K. (2020). Palliative Care in the ICU: A 360° View of the Nurse's Role. *Critical Care Nurse*, 40 (5), 84. DOI:<https://doi.org/10.4037/ccn2020615>
2. Bennett, M. I., Davies, E. A. & Higginson, I. J. (2010). Delivering research in end-of-life care: problems, pitfalls and future priorities. *Palliative Medicine*. 24 (5), 456-46
3. Bloomer, M. J., Ranse, K., Butler, A. & Brooks, L. (2022). A national Position Statement on adult end-of-life care in critical care. *Australian Critical Care*, 35(4), 480–487. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2021.06.006>
4. Elliot, D., Aitken, L., Chaboyer, W. (2012). *Critical Care Nursing* (2nd ed.). Sydney: Mosby Elsevier. ISBN:9780729540681
5. Guerrero, D (2002). Neuro-Oncology: A clinical nurse specialist perspective. *International Journal of Palliative Nursing*, 8 (1), 28-29
6. Gulini, J. El H.M. B., Nascimento, E. R. P., Moritz, R. D., Rosa, L. M., Silveira, N. R. & Vargas, M. A. O. (2017). Intensive Care Unit team perception of palliative care: the discourse of the collective subject. *Revista Da Escola de Enfermagem Da Universidade de São Paulo*, 51, 1–6. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016041703221>
7. Jang, S. K., Park, W. H., Kim, H., Chang, S.O. (2018). Exploring nurses' end-of-life care for dying patients in the ICU using focus group interviews. *Intensive & Critical Care Nursing*, 52, 3–8. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.09.007>
8. Jensen, H. I., Halvorsen, K., Jerpseth, H., Fridh, I., & Lind, R. (2020). Practice Recommendations for End-of-Life Care in the Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*, 40(3), 14–22. <https://doi.org/10.4037/ccn2020834>
9. Kolcaba, Katharine Y. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Care and Research*. New York: Springer
10. Lei n.º 52/2012 (2012). Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. Assembleia da República. Diário da República, I Série (N.º 172 de 05-09-2012), 5119 – 5124.
11. Lei n.º 156/2015 (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando -o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Assembleia da República. Diário da República, I Série (N.º 181 de 16 – 09 – 2015), 8059-8105.

12. Moritz, R.D., Lago, P.M., Souza, R.P., Silva, N.B., Meneses, F. A., Othero, J.C.B., Machado, F.O., Piva, J.P., Dias, M.D., Verdeal, J.C.R., Rocha, E., Viana, R.A.P.P., Magalhães, A.M.P.B., Azeredo, N. (2008). Terminalidade e cuidados paliativos na unidade de terapia intensiva. *Revista Brasileira Terapia Intensiva*, 20(4), 422-428. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-507X2008000400016>
13. Munro, C. L., & Savel, R. H. (2018). Aggressive Care AND Palliative Care. *American Journal of Critical Care : An Official Publication, American Association of Critical-Care Nurses*, 27(2), 84 – 86. DOI: <https://doi.org/10.4037/ajcc2018757>
14. Neto, I. (2016). Princípios e Filosofia dos Cuidados Paliativos. In Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., Neto, I. *Manual de Cuidados Paliativos* (3ª ed., 1, pp 1-22). Núcleo de Cuidados Paliativos. Centro de Bioética - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
15. Queiroz, T. A., Ribeiro, A. C. M., Guedes, M. V. C., Coutinho, D. T. R., de Galiza, F. T. & de Freitas, M. C. (2018). Palliative Care to the Elderly in Intensive Care: The Perspective of the Nursing Team. *Texto & Contexto Enfermagem*, 27(1), 1–10. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018001420016>
16. Santos, M.G.S., Bitencourt, J.V.O.V., Silva, T.G., Frizon, G., Quinto, A. S. (2017). Etapas do processo de enfermagem: uma revisão narrativa. *Enfermagem Foco*, 8 (4), 49-53. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2017.v8.n4.1032>
17. Su, A., Lief, L., Berlin, D., Cooper, Z., Ouyang, D., Holmes, J., Prigerson, H. (2018). Beyond Pain: Nurses Assessment of Patient Suffering, Dignity, and Dying in the Intensive Care Unit. *J Pain Symptom Manage*. 55 (6). 1-8.
18. Utami, R. S., Pujiyanto, A., Setyawan, D., Naviati, E., & Rochana, N. (2020). Critical Care Nurses' Experiences of End-of-Life Care: A Qualitative Study. *Nurse Media. Journal of Nursing*, 10(3), 260– 274. <https://doi.org/10.14710/nmjn.v10i3.31302>
19. World Health Organization (WHO). Palliative Care Definition (cancer), 2020. Acesso por: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care> a 02-02-2023

Apêndice IX: Reflexão Crítica – Estágio SMI-UNC

**13º Curso de Mestrado em Enfermagem Área de
Especialização de Enfermagem Médico-Cirúrgica –
Enfermagem Oncológica**

Reflexão Crítica

***Estágio Serviço de Medicina Intensiva – Unidade
Neurocrítica***

Ana Raquel Diabinho, N°11018



Professora Orientadora:

Prof^ª. Sandra Cristina da Silva Neves



Lisboa

fevereiro 2022

INTRODUÇÃO

A presente reflexão surge no âmbito do ensino clínico no Serviço de Medicina Intensiva num hospital público de Lisboa, no período de 3 de janeiro a 10 de fevereiro de 2023, e decorrente do 13º de Mestrado e Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de intervenção de Enfermagem Oncológica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Através da reflexão é possível articular a teoria e a prática, e desta forma procuro descrever uma experiência, quais os procedimentos efetuados e fundamentados na Teoria do Conforto de Kolcaba (2003), assim como refletir sobre as estratégias adotadas.

A escolha desta situação foi por se tratar de um contato com a família de uma pessoa em fim de vida em cuidados intensivos que acabou por falecer, sendo importante refletir sobre a atuação da equipa de enfermagem e sobre a comunicação de más notícias.

Para realizar uma análise crítica da situação irei recorrer às 6 etapas do Ciclo de *Gibbs*: descrição da situação, sentimentos e pensamentos, avaliação, análise, conclusão e planeamento da ação.

DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO

O Sr. C é um homem de 72 anos, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial, fibrilhação auricular sob terapêutica anticoagulante, doença de Parkinson diagnosticada em 2018 e fumador. O Sr. C. reside com a sua esposa e tem dois filhos já casados que residem fora do concelho de Lisboa. O Sr. C. é um homem independente nas suas atividades de vida diária, com a doença de Parkinson controlada com medicação e com acompanhamento pelo Neurologista.

A 9 de janeiro de 2023 sofre queda da própria altura, tendo como embate a zona craniana occipital. A sua esposa entra em contato com o INEM, e à sua chegada o Sr. C. apresentava-se em abertura ocular, ausência de resposta verbal e a reagir em extensão com os 4 membros. Foi então entubado orotraquealmente e levado

para o hospital. À chegada ao hospital, o Sr. C. apresentava midríase fixa e sem qualquer reflexo do tronco cerebral. Realizou TAC-CE que evidenciou um extenso hematoma subdural com hemorragia subaracnoideia associada, e sem indicação cirúrgica. O Sr. C. foi transferido para a unidade por necessitar de suporte de órgão e para estudo para possível doação de órgãos. Após avaliação clínica, foi decidido que o Sr. C. não teria critérios para doação de órgãos pelo que é contactada a família para explicação da situação. O Sr. C. apresentava-se hemodinamicamente muito instável, com necessidade de suporte aminérgico e com valores analíticos e gasimétricos muito alterados. Quando a família chegou, foi informada a equipa médica, e o médico dirigiu-se à família sem a presença da equipa de enfermagem visto que, para além de não ser uma prática comum nesta unidade, também não foi dada essa abertura para uma conferência familiar multidisciplinar.

O médico informou a família do estado crítico e irreversível do Sr. C. no corredor do serviço e a e a equipa de enfermagem não teve conhecimento do que foi transmitido.

A família dirigiu-se à Unidade, e no primeiro contato foi proporcionado um momento a sós com o Sr. C., mas referindo que a equipa de enfermagem estava disponível para esclarecer qualquer dúvida. Após algum tempo dirigi-me à família para perceber como estavam. Neste primeiro contato percebi que a família estava de alguma forma conformada com a situação e aberta para expressar os seus sentimentos, permitindo a aproximação da equipa de enfermagem através do toque e do olhar. A esposa do Sr. C. começou a falar sobre o seu marido, que já teria vários episódios de quedas causadas pela sua doença de Parkinson. Durante o diálogo com a família tentei perceber o que o médico teria transmitido sobre a situação do Sr. C., o que preocupava a família e de que forma poderia intervir para o conforto da família perante a situação vivida.

A família decidiu não estar presente na morte do Sr. C., despediram-se do Sr. C. com um “até já” e agradeceram todo o cuidado que tínhamos tido com a família e com o Sr. C.

SENTIMENTOS E PENSAMENTOS

Aquando da situação vivenciada senti de certa forma impotência por não ter tomado a iniciativa de questionar o médico sobre a presença da equipa de enfermagem durante a conferência familiar e concomitantemente por não me sentir confortável para o primeiro contato com a família nesta situação de morte iminente.

A transmissão da informação foi realizada num corredor de acesso à Unidade, onde circulam as visitas de outros doentes e de todos os funcionários do hospital, transparecendo uma postura de indiferença pela situação por parte do médico e que possa ser entendido como a postura de toda a equipa multidisciplinar. Não me senti de todo confortável com a situação, pois coloquei-me no lugar daquela família e não gostaria de tomar conhecimento de uma situação com elevado grau de gravidade e geradora de sofrimento, num corredor desprovido de privacidade e sigilo.

AVALIAÇÃO

Perante esta situação e avaliando a gravidade da situação clínica do Sr. C., é possível afirmar que a abordagem com a família não foi a mais correta, visto a transmissão da informação ter ocorrido sem privacidade e apenas pela equipa médica. Este facto levou-me a pensar sobre a postura enquanto enfermeira na unidade aquando destas situações de fim de vida, em que muitas vezes tentamos “fugir” para não nos confrontar-nos com algo fora da nossa área de conforto, já que “o processo de transmissão e gestão de más notícias é, por si, desafiador e complicado, suscetível de ser fonte de desconforto tanto para a pessoa e família, como também para o profissional, já que falar sobre estes assuntos é difícil” (Ferreira & Alves, 2019).

Na situação específica que apresentei foram elementos facilitadores da adaptação à situação:

- Família conformada com a situação vivida;

- Aplicabilidade de conhecimentos teóricos da área da comunicação com a prática clínica.

Considero como elementos inibidores da experiência:

- O confronto com a morte iminente;
- Não envolvimento da equipa de enfermagem na conferência familiar.

ANÁLISE

A comunicação de más notícias pode ser um desafio para qualquer membro da equipa multidisciplinar por diversos motivos, desde crenças pessoais a sentimentos de inadequação ou culpa (Yazdanparast, Arasteh, Ghorbani & Davoudi, 2021).

Para comunicação de más notícias, Buckman desenvolveu o protocolo *SPIKES* que surgiu face à frequência com que os oncologistas transmitiam más notícias, assim como à falta de formação específica e dificuldade em gerir as emoções associadas à receção de uma má notícia (Ferreira & Alves, 2019). O protocolo *SPIKES* fornece uma estrutura/guião para a transmissão de más notícias em que cada letra representa uma fase de forma sequencial: *Setting* (ambiente e planejar da entrevista); *Perception* (avaliar a perceção da pessoa doente/família); *Invitation* (compreender o que a pessoa doente/ família querem saber); *Knowledge* (dar conhecimento); *Empathy* (validar e responder às emoções da pessoa doente/família); *Strategy/summary* (estratégia e resumo) (Buckman, 2005 cit in Ferreira & Alves, 2019).

De forma sintética, irei analisar a situação vivida segundo os seis passos que compõem o protocolo *SPIKES*. Relativamente ao *Setting*, o contexto em que decorreu o a situação relatada foi numa Unidade de Cuidados Intensivos, não havendo uma preparação prévia da equipa multidisciplinar para a conferência familiar e o facto de o diálogo com a família ter ocorrido num corredor, não foi promotor de intimidade e privacidade para a família.

Em relação ao *Perception*, averigui o que a família sabia relativamente à situação do Sr. C., questionando o que o médico tinha transmitido e também, através do diálogo, tentei perceber a história de vida do Sr. C.

Quanto ao passo *Invitation*, foi percebido que a família compreendeu a situação do Sr. C. e que de alguma forma já estariam à espera de um desfecho desfavorável visto o historial de quedas causadas pela sua doença.

Relativamente à etapa *Knowledge*, a equipa de enfermagem não participou na conferência familiar, pelo que foi dado conhecimento pelo médico da situação irreversível e a equipa de enfermagem assumiu o papel de suporte após a transmissão de má notícia.

Na situação relatada, o olhar nos olhos do outro e o toque assumiram uma grande importância. Nesta etapa *Empathy*, o olhar acompanhou o toque o que permitiu que a família expressasse as suas emoções, bem como o facto de adotar esta postura mostra de alguma forma a minha preocupação com o outro e a capacidade de me colocar no lugar do outro.

A última etapa refere-se a *Strategy/summary*, em que neste passo deveríamos elaborar um resumo da situação e um plano em função das necessidades do Sr. C. e família. O facto de a família encontrar-se conformada e aparentemente aceitar a morte como um acontecimento natural foi facilitador para a comunicação enfermeiro/família.

As situações de fim de vida numa Unidade de Cuidados Intensivos representam sempre momentos de uma carga emocional forte. Inevitavelmente, acabamos por colocarmo-nos no lugar do outro e percebemos a fragilidade da condição física do ser humano, em que num momento se está habilitado para todas as suas atividades de vida e no instante seguinte poderá estar perante uma situação de fim de vida. Enquanto futura enfermeira especialista, era importante desenvolver a minha intervenção numa perspetiva interdisciplinar, abordando com a equipa médica a importância da participação da equipa de enfermagem nas conferências familiares, para um melhor acompanhamento destas pessoas e famílias.

CONCLUSÃO

O caso apresentado foi analisado segundo o Ciclo Reflexivo de Gibbs e apoiado no protocolo *SPIKES*. Esta reflexão serviu como exemplo de treino para melhorar aspetos comunicacionais relacionados com a transmissão de más notícias, assim como refletir na necessidade de a equipa de enfermagem estar mais envolvida na participação em conferências familiares.

O processo de transmissão e gestão de más notícias é, por si, desafiador e complicado, suscetível de ser fonte de desconforto tanto para a pessoa e família, como também para o profissional, já que falar sobre estes assuntos é difícil (Ferreira & Alves, 2019). Sendo assim, para que a equipa multidisciplinar esteja preparada para este tipo de situações, é essencial um maior investimento em formação teórico-prática para o desenvolvimento de competências em transmissão e gestão de más notícias (Ferreira & Alves, 2019).

Esta experiência tornou-se enriquecedora pois ensinou-me a:

- Perceber que a morte pode ser compreendida de diferentes formas;
- Reconhecer a importância de estratégias para uma comunicação eficaz;
- Compreender a importância de envolver toda a equipa multidisciplinar no sentido de tornar consistente todas as informações transmitidas.

PLANEAMENTO DA ACÇÃO

A comunicação de más notícias nem sempre é fácil e muitas vezes o enfermeiro tende a “fugir” deste tipo de situações já que, segundo Correia, Frausto e Violante (2004), provocam reações adversas, tanto a quem as recebe, como a quem as dá, logo é necessário estar psicologicamente preparado para enfrentar uma reação emocional intensa. A qualidade da comunicação pode ser beneficiada pelo treino, de forma a contribuir para a aquisição de competências e habilidades consideradas necessárias e essenciais para a prática clínica (Lima, Soares, Ueno, Garcez, Martinez-Riera, Aguiar, 2021).

Na situação descrita, o que falhou foi a ausência da equipa de enfermagem na transmissão da má notícia. O facto de a equipa de enfermagem não estar presente e a família desconhecer o motivo, pode ser entendido como indisponibilidade, incompetência ou falta de profissionalismo. Seria importante em situações similares futuras o envolvimento conjunto da equipa médica e de enfermagem de forma a proporcionar um cuidado de excelência focado no conforto da pessoa doente e família em situações de fim de vida. Nas reuniões conjuntas com a família, seria importante identificar as necessidades de informação percebendo o que sabem sobre a situação clínica, permitir a ventilação de emoções, ou seja, proporcionar um ambiente em que a família se sinta confortável e respeitada.

Perante um olhar reflexivo sobre a situação vivida foi possível reconhecer a importância da aplicabilidade de estratégias para melhorar a comunicação, e como aperfeiçoar a minha atuação como enfermeira.

A comunicação é essencial para a construção de uma relação terapêutica baseada na confiança na tríade enfermeiro – pessoa doente – família, sendo que “o valor da comunicação sobressai quando se reconhece que é a chave para aceder e atender com dignidade a todas as dimensões da pessoa doente” (Querido, Salazar & Neto, 2016, p.816)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Correia, M.R., Frausto, F., Violante, A. (2004). Ser portador de más notícias. *Sinais Vitais*, 55, 53- 55
- Ferreira, M., Alves, P. (2019). Transmissão e gestão de más notícias à pessoa com doença oncológica e família. *Oncology Nurse*. 38. 6-13. DOI: <https://doi.org/10.31877/on.2019.38.01>
- Kolcaba, K.Y. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Care and Research*. New York: Springer.

- Lima, F.C., Soares, T.B., Ueno, T.M.R.L., Garcez, J.C.D., Martinez-Riera, J.M., Aguiar, V.F.F. (2021). Comunicação como instrumento de enfermagem no cuidado interpessoal do usuário. *Rev Recien*, 11(34), 78-87. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2021.11.34.78-87>
- Querido, A., Salazar, H., Neto, I. Comunicação. In: Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., Neto, I. *Manual de Cuidados Paliativos*. 3a edição. Núcleo de Cuidados Paliativos. Centro de Bioética - Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa; 2016. p. 815-831
- Yazdanparast, E., Arasteh, A., Ghorbani, S., Davoudi, M. (2021). The Effectiveness of Communication Skills Training on Nurses' Skills and Participation in the Breaking Bad News. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 26(4). 337 – 341. DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR_150_20