

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

A PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA COM *DELIRIUM* E SUA FAMÍLIA: INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

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

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

PALLIATIVE CARE PATIENTS WITH *DELIRIUM* AND THEIR FAMILIES: NURSING INTERVENTIONS

Project to develop specialised clinical skills in nursing for people in a palliative
situation

INTERNSHIP REPORT

Autor
Adélia Franco Costa

Porto, 2023

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

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

Estágio de natureza profissional com relatório - Módulo II

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

A PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA COM **DELIRIUM** E SUA FAMÍLIA:
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM - Projeto de desenvolvimento de competências
clínicas especializadas na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa

THE PERSON IN A PALLIATIVE SITUATION WITH **DELIRIUM** AND THEIR FAMILY:
NURSING INTERVENTIONS - Project to develop specialised clinical skills in the area
of nursing for the person in a palliative situation

Orientador(es)

Marisa da Conceição Gomes Lourenço
Professor Adjunto, Doutor

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

Autor

Adélia Franco Costa

Porto, 2023

RESUMO

Introdução: Os Cuidados Paliativos têm como objetivo melhorar a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias que se defrontam com doenças potencialmente fatais, a partir da prevenção e do alívio do sofrimento através da identificação antecipada, da avaliação e tratamento rigorosos na gestão de sintomas ou problemas do foro físico, psicossocial e espiritual, conforme definido pela OMS. É comum que os doentes em fim de vida apresentem *delirium*, uma síndrome neuropsiquiátrica, muitas vezes, subdiagnosticada e subtratada, exigindo profissionais especializados com uma abordagem multidisciplinar para uma melhor gestão deste sintoma e de outros.

Objetivo: Propõe-se expor o trajeto realizado durante o estágio de natureza profissional na aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, em contexto de internamento e comunitário, pelo que se arquitetou a realização de uma revisão sistemática rápida, uma formação em serviço, tendo enfoque nas intervenções de enfermagem na gestão do *delirium* em Cuidados Paliativos, bem como em todas as atividades concretizadas e descritas ao longo do documento.

Metodologia: A metodologia do projeto, foi adaptada segundo os critérios estipulados pela legislação portuguesa para a aquisição de grau de mestre, bem como as competências comuns e específicas delineadas pela Ordem dos Enfermeiros para o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa. A intervenção de enfermagem especializada centrou-se essencialmente na gestão do *delirium* nas pessoas em situação paliativa.

Resultados: A aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas em enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Paliativa deu-se através das atividades realizadas na prática clínica e como constam neste relatório, nomeadamente, a caracterização dos contextos clínicos, a conceção de cuidados de dois casos clínicos no âmbito do estágio de natureza profissional, a realização de uma revisão da literatura e uma formação em serviço sobre as Intervenções de Enfermagem na Gestão do *delirium* na Pessoa em Situação Paliativa.

Conclusão: Neste relatório é descrito todo o percurso realizado, incluindo as atividades fundamentais na evidência mais atual para a aquisição e desenvolvimento de competências para o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Paliativa, com o intuito de melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, controlar

sintomatologia, aliviar sofrimento, promover dignidade e espiritualidade.

Palavras-chave: Cuidados Paliativos; Fim de vida; *Delirium*; Enfermeiro especialista e Competências profissionais.

ABSTRACT

Introduction: Palliative care aims to improve the quality of life of patients and their families facing life-threatening illnesses by preventing and relieving suffering through early identification, rigorous assessment and treatment in the management of physical, psychosocial and spiritual symptoms or problems, as defined by the WHO. Delirium, a neuropsychiatric syndrome that is often underdiagnosed and undertreated, is common among end-of-life patients, requiring specialised professionals with a multidisciplinary approach to better manage this symptom and others.

Aim: The aim of this project is to present the path taken during the professional internship in the acquisition and development of common competences for specialist nurses and specific competences in medical-surgical nursing in the area of nursing for people in a palliative situation, in an inpatient and community setting. This is why a rapid systematic review was carried out, along with in-service training, focusing on nursing interventions in the management of delirium in Palliative Care, as well as all the activities carried out and described throughout the document.

Methodology: The project's methodology was based on the criteria stipulated by Portuguese legislation for the acquisition of a master's degree, as well as the common and specific competences outlined by the Order of Nurses for nurses specialising in Medical-Surgical Nursing in the area of Palliative Care Nursing. The specialised nursing intervention focused essentially on the management of Delirium in people in a palliative situation.

Results: The acquisition and development of common and specific competences in Medical-Surgical Nursing in the area of Palliative Care took place through the activities carried out in clinical practice and as set out in this report, namely the characterisation of the clinical contexts, the design of care for two clinical cases within the scope of the professional internship, the carrying out of a literature review and in-service training on Nursing Interventions in the Management of Delirium in Palliative Care.

Conclusion: This report describes the entire journey, including the fundamental activities based on the most up-to-date evidence for the acquisition and development of competences for nurses specialising in Medical-Surgical Nursing in the area of Palliative Care, with the aim of improving the quality of life of patients and their families, controlling symptoms, relieving suffering and promoting dignity and spirituality.

Keywords: Palliative care; End of life; Delirium; Nurse specialist and Professional competences.

ABREVIATURAS

CAM - Confusion Assessment Method

CCR - Cancro Colorretal

CEP - Carcinoma Espinocelular do Pulmão

CF - Conferência Familiar

CNCP - Comissão Nacional de Cuidados Paliativos

CP - Cuidados Paliativos

CPCNP - Cancro do pulmão de Células Não Pequenas

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

ECSCP - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EIHSCP - Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

ICN - International Council of Nurses

NCI - National Cancer Institute

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PEDCP - Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos

UCP - Unidade de Cuidados Paliativos

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	11
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	13
3. CASO 1	17
3.1. Enquadramento teórico	17
3.2. Clientes	22
3.3. Medicação	24
3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	24
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	32
3.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	33
3.5. Domínios	35
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	36
3.6. Dados	47
3.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	54
3.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	57
3.7. Diagnósticos	57
3.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	65
3.8. Especificação das intervenções	67
4. CASO 2	73
4.1. Enquadramento teórico	73
4.2. Clientes	80
4.3. Medicação	81
4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	81
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	88
4.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	89
4.5. Domínios	89
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	90
4.6. Dados	98
4.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	108
4.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	111
4.7. Diagnósticos	111
4.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	120
4.8. Especificação das intervenções	121
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	127
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	137

7. BIBLIOGRAFIA	139
ANEXOS	147

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

A realização do presente relatório final foi proposta no âmbito do Estágio de Natureza Profissional integrado no 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa da Escola Superior de Enfermagem do Porto no ano letivo de 2022/2023 com a orientação da Professora Doutora Marisa Lourenço e coorientação da Professora Doutora Olga Fernandes.

Neste relatório de estágio de natureza profissional (ENP), descrevo a conceção de cuidados, planeada para dois casos clínicos, de pessoa em situação paliativa, em dois contextos diferentes, Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP). Apresento uma revisão sistemática da literatura do tipo rápida centrada nas Intervenções de Enfermagem na Gestão do *Delirium* da Pessoa em Situação Paliativa.

Nos dois contextos onde decorreu o ENP interveio-se a nível do controlo de sintomas, a nível físico, psicológico, emocional, espiritual e social; comunicação eficaz; apoio à família, acompanhamento no processo de luto e trabalho em equipa. Em cada caso clínico estão elencadas as atividades desenvolvidas, e posteriormente, avaliadas através dos resultados obtidos. Segundo Alvarenga (2021):

A formação em CP, permite uma melhoria contínua no desempenho dos profissionais de saúde e tem como objetivo dotá-los de competências, resultantes dos conhecimentos sobre os princípios dos CP, que permitam de forma crítico-reflexiva e responsável implementar planos de cuidados adequados às necessidades dos doentes e seus familiares/cuidadores. (p. 26)

É indispensável a mobilização de novos conhecimentos e competências, com vista à capacitação, tomada de decisão clínica e à prestação de cuidados especializados em CP. Torna-se fundamental alcançar determinados saberes, para que a prática clínica possa ser melhorada.

Ao longo do ENP houve a pretensão de se desenvolver competências de enfermagem especializadas, por forma a promover uma análise crítica e reflexiva contribuindo para o crescimento pessoal e profissional. Tal como a Ordem dos Enfermeiros (OE) propõe através do Regulamento de Competências comuns do enfermeiro especialista, n.º 140/2019, os domínios das competências são os seguintes: a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados; d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. E do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, n.º 429/2018 de 16 de julho, que incide em duas competências: “1 - Cuida da pessoa com doença

incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida; 2 - Estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto”.

Ainda de acordo com o último regulamento, o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) à pessoa em situação paliativa tem como foco, nos seus cuidados especializados, a pessoa com doença avançada, progressiva e terminal nos mais diferentes contextos de saúde e respetivos cuidadores/familiares.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2023), os Cuidados Paliativos (CP) visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias que se defrontam com doenças potencialmente fatais. De acordo com a Associação Europeia de CP, estima-se que, anualmente, 4,4 milhões de pessoas na região europeia, incluindo 140 000 crianças, requerem CP. Nos países de baixo a médio rendimento, as pessoas possuem menos probabilidades de receberem CP.

Os CP devem estar acessíveis a nível hospitalar, nas UCP, nos *hospices* e nos cuidados de saúde primários, a partir das ECSCP. A Associação Europeia de CP sugere a existência de 2 serviços especializados em CP por cada 100 000 habitantes, portanto, 1 equipa comunitária e 1 equipa hospitalar (OMS, 2023).

Atualmente, com o aumento do envelhecimento e a incidência de doenças não transmissíveis a necessidade de CP continuará a aumentar, por isso, é indubitável a necessidade de políticas nacionais adequadas, programas, recursos e formação em CP entre profissionais de saúde, com vista a melhorar a acessibilidade (OMS, 2023).

O relatório é dividido em 4 capítulos, a sua elaboração teve como recurso a e4nursing, uma plataforma web bilíngue, disponível em Português e Inglês, centrada na elaboração de conceções de cuidados de enfermagem, baseada nas fases essenciais do processo de tomada de decisão clínica, e estruturada de acordo com a Ontologia de Enfermagem, aprovada pela Ordem dos Enfermeiros em 2020, da segunda versão de Ontologia de Enfermagem, possibilitando que todos os sistemas possam processar informações de forma interligada nos seus sistemas *backend*. Ao longo deste relatório foi realizada uma análise conjunta entre a teoria e as observações, em que foram identificados diagnósticos, objetivos e atividades que concretizam a intervenção tal como consta no anexo I relativo à revisão rápida, tendo como objetivo identificar intervenções de enfermagem na gestão do *delirium* na pessoa em situação paliativa. No anexo II surge a formação realizada em serviço sobre a revisão rápida. No anexo III, o plano de formação.

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

Unidade de Cuidados Paliativos

Segundo o Regulamento Interno da UCP, os CP no hospital da ilha tiveram início em 2014 com a implementação da EIHSCP. Desde então, a oferta desta especialidade de cuidados evoluiu nesta entidade, contando atualmente com as vertentes de internamento (11 quartos individuais), hospital de dia (3 postos), consulta externa (1 gabinete), consultadoria interna (EIHSCP), consulta telefónica e apoio telefónico durante 24 horas.

A Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) tem como missão promover a prestação de CP integrais, ativos, coordenados com qualidade, ética e de excelência a doentes e suas famílias em situação de sofrimento decorrente de doença grave, avançada e progressiva com o principal objetivo de promover o seu bem-estar, dignidade e qualidade de vida, desde a admissão ao período de luto. Relativamente aos objetivos, estes estão centrados no prestar apoio assistencial em internamento, hospital dia (das 8 às 24h), consulta externa e consultadoria interna (dias úteis), consulta e atendimento telefónico durante 24h/dia com execução e orientação do plano individual de cuidados do doente e sua família, fornecer aconselhamento e apoio diferenciado em CP aos profissionais de saúde, articular os cuidados prestados ao doente e família com os demais serviços hospitalares e comunitários, divulgar os objetivos e a natureza dos CP e da UCP, bem como desenvolver atividade académica no âmbito da formação e investigação em CP. Quanto aos valores, o doente e família estão no centro do cuidar, o respeito pelo valor intrínseco de cada pessoa como ser único e autónomo, a disponibilidade e atenção particularizada, reflexão ética nos processos de decisão, trabalho em equipa multidisciplinar, respeito pelos profissionais e seus limites, investimento nas atividades de formação e investigação, e por último, excelência e qualidade no que se faz. A UCP apresenta a visão de ser uma referência nacional pela excelência e eficiência dos cuidados prestados, por obter um elevado nível de satisfação na população e desenvolver uma cultura forte e própria com elevado orgulho e satisfação dos profissionais.

Estes serviços especializados são destinados a pessoas com: malformações congénitas; doença aguda, grave e ameaçadora de vida; doença crónica progressiva; lesões crónicas e limitativas; doença grave ou em fase terminal.

Constituem os critérios de admissão: as condições potencialmente fatais, em que o objetivo do tratamento mudou de curativo para paliativo, ou situações de controlo sintomático complexo durante tratamento com intuito curativo; as doenças em que há tratamento disponível para prolongar a vida, mas cujo prognóstico é incerto; as doenças incuráveis; as situações

neurológicas não progressivas cuja severidade provoca necessidades médicas complexas que são ameaçadoras da vida; as situações de doentes com necessidades complexas (físicas, psicológicas, sociais e/ou espirituais) às quais a equipa assistente não consegue dar resposta; a admissão do doente só é efetuada após o fornecimento da informação adequada da natureza deste tipo de assistência e consentimento do doente e sua família. Ainda, a exaustão e/ou claudicação dos cuidadores de doentes no domicílio seguidos pela equipa da UCP, devidamente avaliadas e documentadas, são critérios para admissão em internamento por um período curto e de duração pré-acordada com a equipa.

A equipa multidisciplinar é composta por: 1 Assistente Administrativo; 1 Assistente Espiritual, 7 Assistentes Operacionais; 1 Assistente Social (a tempo parcial); 17 Enfermeiros; 2 Farmacêuticos (a tempo parcial); 1 Fisioterapeuta (a tempo parcial); 5 Médicos (2 a tempo parcial); 1 Médico de Medicina Física e Reabilitação (a tempo parcial); 2 Nutricionistas (a tempo parcial); 1 Técnico de Saúde Ocupacional (a tempo parcial). Acresce ainda, a colaboração da Equipa de Apoio Psicossocial no âmbito do Programa de atenção integral a pessoas com doenças avançadas da Fundação “la Caixa” /BPI, através da intervenção de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, uma Psicóloga e 5 Voluntários.

Especificamente, a equipa de Enfermagem é constituída por 3 Enfermeiros Especialistas em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa; 3 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e 3 Enfermeiros com formação avançada em CP. Atualmente, 3 Enfermeiros encontram-se a frequentar o Curso de Mestrado em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa e 1 Enfermeiro a frequentar um Programa de Doutoramento.

Para além do envolvimento da equipa de Enfermagem da UCP nos projetos transversais à instituição relativos à Deontologia em Enfermagem; Padrão de Documentação em Enfermagem; Dotações Seguras e Indicadores Sensíveis aos Cuidados Enfermagem; Idoneidade Formativa dos Contextos da Prática Clínica; Formação; Prevenção Básica de Controlo de Infeção e Gestão do Risco Clínico e Não Clínico, são desenvolvidos no serviço projetos “Promoção da Autoimagem”; “Apoio no Luto”; “ Consulta de Sexologia” e “Avaliação do *Burnout*”.

Do ponto de vista organizativo, a UCP é coordenada por um Enfermeiro Especialista em funções de Enfermeiro Gestor e uma Médica Responsável. São realizadas reuniões multidisciplinares diárias (Enfermeiros, Médicos e Equipa de Apoio Psicossocial) e semanalmente com toda a equipa multidisciplinar da UCP e da ECSCP da USISM. O Sistema de Informação em Enfermagem é baseado na linguagem concetual CIPE® e a documentação organizada através da plataforma Glintt®

No âmbito do Acordo de Colaboração estabelecido entre o Hospital e Unidade de Saúde de Ilha, a UCP e a ECSCP desenvolvem a sua atividade assistencial de forma integrada e coordenada, otimizando a resposta de forma eficaz, eficiente e efetiva às necessidades dos doentes em CP e

suas famílias.

Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

De acordo com o Regulamento Interno da ECSCP, teve início da atividade profissional no ano de 2018. É uma equipa interdisciplinar que presta CP especializados no domicílio, a doentes e suas famílias/cuidadores em situação de sofrimento decorrente de doença grave, avançada e progressiva, com o principal objetivo de promover o seu bem-estar, dignidade e qualidade de vida, desde a admissão ao processo de luto.

No que diz respeito aos critérios de admissão, os doentes são referenciados pela UCP do hospital, médico e enfermeiro da instituição da unidade de saúde através da plataforma de referência à ECSCP, e avaliados pela equipa como tendo elevada complexidade do ponto de vista físico, psicológico, social e/ou espiritual, decorrentes de uma doença grave, avançada e progressiva.

A ECSCP utiliza o Instrumento de Diagnóstico de Complexidade em CP (IDC-PAL), aquando da referência do doente à equipa. Para além da complexidade da situação, a admissão do doente e família/cuidador só acontece, após aceitação por parte do doente e sua família/cuidador da assistência no domicílio, após informação adequada da natureza do serviço por parte da entidade referenciadora; se o doente e sua família/cuidador residir em todos os concelhos da ilha. Embora não seja obrigatório, é altamente desejável que o doente tenha um cuidador.

As atividades assistenciais centram-se na consulta domiciliária, consulta telefónica, consulta telefónica e domiciliária de apoio no luto, consulta externa, consultoria e consulta do cuidador. A equipa desenvolve a sua atividade assistencial no domicílio do doente, sempre que necessário, na UCP do hospital e na instituição da unidade de saúde. A ECSCP dispõe de 2 viaturas para atividade assistencial, um gabinete de consultas de CP e um espaço próprio na sede para a atividade não assistencial.

Não obstante, a ECSCP providencia aconselhamento diferenciado em CP às equipas da instituição, como também às equipas de outras unidades de saúde, independentemente do local de residência do doente e sua família/cuidador.

A ECSCP, coordenada por 1 Médica e uma Enfermeira, é constituída por 1 Assistente Técnico (a tempo parcial); 5 Enfermeiros (a tempo total); 2 Farmacêuticos (a tempo parcial); 2 Fisioterapeutas (a tempo parcial); 3 Médicos (2 a tempo inteiro e 1 a tempo parcial); 1 Nutricionista (a tempo parcial) e 1 Técnico Superior de Serviço Social (a tempo parcial). Na equipa existe uma Enfermeira Especialista em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, a frequentar um programa de Doutoramento e uma Enfermeira Especialista

em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. Com os mesmos trâmites do contexto anterior, a ECSCP conta com a colaboração da Equipa de Apoio Psicossocial, através da intervenção de uma Psicóloga, uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e 5 Voluntários.

Na equipa existe uma Enfermeira Especialista em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e 3 Enfermeiros generalistas.

A atividade é desenvolvida todos os dias da semana (incluindo fim de semana) das 8h30 às 15h30 com exceção da segunda-feira, quarta-feira e sexta-feira, com funcionamento das 8h30 às 20h00. O apoio médico decorre nos dias úteis.

Durante o período de atividade da ECSCP, está também disponível atendimento telefónico. Fora do horário de funcionamento da ECSCP, ao abrigo do Acordo de Colaboração com a UCP, os doentes e suas famílias/cuidadores serão atendidos telefónica ou presencialmente (se necessário) pela UCP que disponibiliza apoio telefónico 24h/dia.

A ECSCP promove uma reunião mensal com a totalidade dos elementos da equipa multidisciplinar e com a Equipa de Apoio Psicossocial do hospital. Os Médicos e os Enfermeiros da ECSCP reúnem-se semanalmente. A ECSCP reúne com a equipa da UCP do hospital à sexta-feira das 12h às 13h. O registo da atividade assistencial é efetuado nos Sistemas de Informação MedicineOne® e Glintt®.

3. CASO 1

9539_2_ENP_2_1

3.1. Enquadramento teórico

Cenário

Cliente do sexo masculino de 55 anos, previamente autónomo na satisfação do autocuidado, nestes últimos tempos com necessidade de ajuda para o banho (tem banheira) e vestir. Autónomo na alimentação e marcha, vai ao café e recebe diariamente visita da irmã e do cunhado. Reside com a família, a esposa e dois filhos. A pessoa de referência e cuidadora principal é a esposa.

Antecedentes pessoais: Carcinoma espinocelular do pulmão esquerdo com envolvimento pleural com metastização hepática; Hipercalcémia paraneoplásica; ex-fumador desde abril de 2022; pneumonia com internamento em Oncologia de 05/01 a 12/01/2023, a salientar que neste internamento efetuou TAC crâneo, tendo sido excluída a hipótese de metastização cerebral e prótese ocular do olho direito por acidente aos 5 anos.

Cliente seguido por Oncologia e cumpria com tratamento de ácido zoledrónico. Foi referenciado para CP pelo médico assistente de Oncologia por progressão da doença e agravamento do estado geral.

Primeira consulta de CP a 03/02/2023, acompanhado pela esposa, com marcha autónoma. Os principais problemas: falta de apetite, cansaço, obstipação, insónia e inquietude noturna. Refere que a dor a nível do tórax tem estado controlada com terapêutica opioide de horário. Neste dia cliente recusou o fornecimento de cadeira sanitária e do apoio psicossocial, porém a esposa aceitou este último. Foi ajustada terapêutica.

A 12/02/2023, contato telefónico da esposa para a UCP. Informa que o marido apresenta o primeiro episódio de febre, dor, insónia e agitação noturna, incentivada a administrar terapêutica de SOS para a febre, insónia e dor, como consta em esquema terapêutico.

A 13/02/2023, contactada a esposa com intuito de se ter conhecimento do estado do cliente. A mesma referiu que administrou a terapêutica para a insónia e que, ainda assim, não havia dormido, tendo adormecido pelas 6h. Relativamente a hipertermia, apenas tido o episódio do

dia anterior. Neste mesmo dia (23h) com novo contato para a UCP, referia que o marido se apresentava com comportamento hostil para com ela, que recusava cumprir com terapêutica de SOS e que não estava a conseguir gerir esta situação. A esposa só aceitou vir com o marido à UCP no dia 14/02/2023 de manhã para observação pela equipa.

Quando admitido na unidade encontrava-se calmo, consciente e orientado nas três dimensões. Aceitou internamento. Realizou Rx Tórax e, após observação, foi temporizada introdução eventual de antibioterapia e análises sanguíneas. Efetuado pedido para Medicina física e de reabilitação (fisioterapia).

A esposa ficará a acompanhar 24h.

A 17/02/2023 - agravamento do estado, sem via oral disponível, agitação severa diurna e noturna, hipertermia, dispneia e estertor, em situação de últimos dias ou horas. Aparentemente, não usufrui da companhia de familiares. Efetuada conferência familiar (CF), que se mostra ajustada.

Enquadramento

Atualmente, a sociedade parece não conseguir corresponder às necessidades inerentes ao processo de morte, ao invés do que acontece no extremo oposto do ciclo de vida, o nascimento. Há decerto, uma grande lacuna do planeamento e da prestação efetiva de cuidados ativos à pessoa, com doença em estado avançado, progressivo e incurável com o desígnio de fomentar a qualidade de vida ainda passível, sob a prevenção e alívio do sofrimento físico, psicossocial e espiritual, sem esquecer o elemento família.

Portugal apresentou em 2021 um índice de envelhecimento de 182,7 (mais 53,3 pontos percentuais nos últimos 10 anos); uma esperança média de vida aos 65 anos de 19,3 anos e um índice de dependência de idosos de 36,9 (PORDATA, 2023). Apesar de uma população envelhecida não ser sinónimo de doença ou dependência, sabemos, no entanto, que este aumento da esperança média de vida favorece o aumento das doenças crónicas e comorbilidades induzindo uma maior procura de cuidados, diminuição da independência e consequente carga familiar e do sistema de saúde.

Neste conspecto, é necessária uma maior aposta do serviço nacional de saúde, inclusive das equipas de Enfermagem, assim como das potencialidades de cada indivíduo e da família, por forma a permitir uma melhor autogestão e autocuidado que não podem ser descurados nem fragmentados no quotidiano dos cuidados de saúde. De facto, num sistema de saúde onde a cura e a prevenção da doença predominam, torna-se difícil o tratamento e o acompanhamento deste tipo de doentes. Torna-se necessário uma abordagem holística, que corresponda às necessidades efetivas de cada doente e sua família. É extremamente importante a integração

dos CP na totalidade dos cuidados disponibilizados a pessoas com doenças crónicas e ameaçadoras da vida (CNCP, 2021).

Os CP, segundo a OMS (2020), visam melhorar a qualidade de vida dos doentes, assim como da sua família. É importante uma identificação precoce, avaliação e tratamento corretos do problema, quer seja físico, psicológico, social ou espiritual, intrínsecos a uma doença que ameaça a vida. Só assim se previne e alivia o sofrimento.

De acordo com Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos (PEDCP) 2021-2022, constatou-se um aumento ligeiro de pessoas com necessidades em CP, no biénio de 2021-2022, devido ao envelhecimento populacional. Existe uma significativa parte de pessoas com necessidades em CP, que não recebem CP especializados.

O caso clínico do presente estudo decorre numa UCP e os dados referidos dizem exclusivamente respeito a UCP de Portugal Continental. Segundo o PEDCP 2021-2022, as necessidades do número de camas nas UCP hospitalares rondam as 392 a 490 camas. Verificou-se um aumento para as não oncológicas, bem como a prevalência da doença crónica, sendo que estudos efetuados afirmam que o número de camas necessário ronda aproximadamente o dobro.

Doença Oncológica

Segundo a OMS (2020), o cancro é um termo comum utilizado para nomear um vasto grupo de doenças que podem afetar qualquer parte do corpo. O rápido processo de crescimento de células anormais para além dos seus limites, podendo mesmo atingir outros órgãos e partes adjacentes, designa-se metástase. A propagação de metástases é a principal causa de morte por cancro.

A Sociedade Portuguesa de Pneumologia (2022) refere, de acordo com os dados do Observatório Global do Cancro (GLOBOCAN), que ocorreram 2.2 milhões de novos casos de cancro de pulmão e 1.8 milhões de mortes, correspondendo a 11,4% dos casos diagnosticados e 18% das mortes por cancro. A principal causa de morte por cancro é o cancro de pulmão. Em Portugal, 5415 novos casos foram estimados em ambos os sexos, sendo, portanto, a 4^a causa de cancro, depois dos colorretal, mama e próstata.

Inúmeros estudos indicam que o aumento do risco de aparecimento de neoplasia pulmonar está associado ao tabagismo, pelo que se acredita que o principal fator de risco para o cancro do pulmão é o tabaco. Porém, existe uma percentagem significativa de casos com cancro de pulmão em pessoas não fumadoras, o que insinua que outros fatores de risco têm importância (Neto & Queiroga, 2015). A Sociedade Portuguesa de Pneumologia (2022) afirma que em cerca de 85% dos casos de cancro de pulmão, o principal fator de risco é o tabaco. Contudo, existem outros fatores, nomeadamente fatores ambientais, ocupacionais e alterações genéticas, estas

últimas em casos de pessoas mais jovens.

O Carcinoma espinocelular do pulmão (CEP) é um dos vários tipos do cancro do pulmão e um subtipo do cancro do pulmão de células não pequenas (CPCNP). Grande parte dos doentes com CEP estadio IV apresenta taxas de sobrevivência inferiores a 2%. Este tipo de cancro está relacionado com o tabagismo, pois os agentes cancerígenos contactam com o epitélio da mucosa respiratória, provocando metaplasia epitelial escamosa, displasia e carcinoma *in situ* para originar o CEP. Os doentes com elevada expressão da proteína EIF4G1 possuem menor tempo de sobrevivência global. Esta proteína pode dar uma previsão do prognóstico dos doentes com CEP (Bai et al., 2023).

No CPCNP, o estadiamento e o tipo de histologia apresentam um impacto significativo no tratamento e no prognóstico dos doentes. Os exames de imagiologia como a tomografia computadorizada, a ressonância magnética e a tomografia de positrões/tomografia computadorizada, são um recurso altamente usado para rastreio de tumores. Estes exames imagiológicos permitiram a obtenção de um diagnóstico, estadiamento clínico, previsão de sobrevivência e monitorização dos resultados do tratamento em doentes com CPCNP através de um método não invasivo. Para se diagnosticar CPCNP pouco diferenciado, só mesmo a partir do exame patológico do tecido tumoral (Lin et al., 2023).

De acordo com os autores Qin et al. (2023) constatou-se no estudo que o local metastático, a idade, o estadio T e N, a cirurgia e a quimioterapia têm influência importante na sobrevivência global dos doentes com metástases em dois órgãos.

Relativamente ao tratamento, a quimioterapia combinada à base de platina surge como o tratamento eleito no CEP avançado. O pembrolizumab associado à quimioterapia conduz a uma melhoria relativamente à sobrevivência global e à sobrevivência sem progressão em doentes com CEP metastático. A quimioterapia apresenta uma resposta favorável no CEP metastático de um único órgão e múltiplo. Ultimamente, outras opções de tratamento como a imunoterapia aparecem como terapêutica de primeira linha. Os doentes com metástases num único órgão e em dois órgãos no CEP podem beneficiar de cirurgia, contudo sem qualquer vantagem estatisticamente para os doentes com metastização em três órgãos. No tratamento de metástases ósseas, geralmente usa-se os bisfosfonatos, como o ácido zoledrónico, porém, a sua utilização a longo prazo pode trazer complicações como a toxicidade renal (Qin et al., 2023).

As pessoas internadas com cancro podem apresentar *delirium*, sendo a segunda condição neuropsiquiátrica mais comum com uma percentagem que ronda os 14-55%, e de 90% nas pessoas com cancro em situação de últimas horas ou dias. O cancro do pulmão é caracterizado por uma sobrevivência mais curta comparativamente a outros cancros e o *delirium* é o sintoma neuropsiquiátrico mais frequente em estados avançados de cancro do pulmão. O CPCNP corresponde a mais de 80% dos casos de cancro do pulmão. 59% dos doentes diagnosticados com CPCNP apresenta sintomas de *delirium*. Verificou-se, neste estudo, que a ocorrência de

delirium é mais frequente em doentes com CPCNP. Este facto pode estar relacionado com o maior número de casos de células não pequenas, bem como a prevalência em doentes idosos. (Yenibertiz et al., 2021).

De seguida, será abordado o *Delirium*, uma síndrome que pode surgir com frequência nos doentes com cancro avançado em CP e por ser o foco para o desenvolvimento da intervenção especializada de enfermagem.

Delirium

Segundo Monteiro et al. (2021), refere através da DSM-V – American Psychiatric Association's and Statistical Manual 5th Editions, definindo *Delirium* como uma disfunção cerebral aguda combinada a perturbação de consciência, atenção e cognição com aparecimento em horas a dias, apresentando um carácter flutuante.

De acordo com Hosie et al. (2019), o *delirium* é uma síndrome que pode surgir em doentes com cancro avançado com seguimento em CP em contexto hospitalar. Refere que um em cada dois doentes pode apresentar *delirium*, sendo reversível em apenas até metade dos casos, no máximo. O *delirium* acarreta determinadas alterações, nomeadamente a perturbação de atenção e cognição, memória e linguagem comprometidas, desorientação e alteração da perceção. A pessoa com *delirium* experiencia sentimentos como o medo, a humilhação, a confusão e o isolamento. Logo nesta fase da sua vida, em que necessita de estabelecer ligação com a família, amigos e profissionais de saúde, a ligação é realmente importante para todos os intervenientes, o que por vezes, pode-se traduzir em níveis elevados de ansiedade na pessoa e na família, caso não aconteça.

No *delirium* existem subtipos, o hiperativo e o hipoativo, o mais prevalente é o tipo misto. "As revisões e estudos realizados mostram que o *delirium* ocorre em 42% a 88% dos doentes em CP. O aparecimento de *delirium* traz inúmeras consequências negativas à pessoa" (Stoevelaar et al., 2022, pp. 1-2).

Nas possíveis causas para ocorrer *delirium* inclui-se a metastização cerebral, febre, insuficiência hepática ou renal, hipoxia, distúrbios eletrolíticos, desidratação, deficiências nutricionais, abstinência do álcool, radioterapia cerebral, quimioterapia nos últimos 3 meses, opiáceos, corticosteroides, antidepressivos, benzodiazepínicos, anticonvulsivantes, anti-inflamatórios não esteroides, anticolinérgicos, neurolépticos, protetores gástricos, entre outros e também as suas doses. O *delirium* também pode estar relacionado com uma panóplia de sintomas, nomeadamente retenção urinária, obstipação, dor, ansiedade e desconforto por incapacidade de se mobilizar no leito de forma autónoma (Agar, 2020; Mercadante et al., 2018).

O *delirium* é considerado um fenómeno complexo que pode ocorrer em doentes oncológicos

com uma prevalência variável de 13 a 85%, e que surge predominantemente no fim de vida. A causa do *delirium* é multifatorial, sendo, muitas vezes, subdiagnosticado e subtratado. Há referência, neste estudo de que as equipas de CP em consulta detetavam casos de *delirium* que não haviam sido identificados pelas equipas de cuidados de saúde primários, com uma percentagem superior a 60% (Mercadante et al., 2018).

Segundo Agar (2020), a OMS preconiza para os CP, uma identificação precoce e avaliação como estratégia para a prevenção do sofrimento e de angústia. É também importante efetuar uma avaliação da fenomenologia dos sintomas e dos fatores desencadeadores do *delirium* na pessoa, pois assim pode-se individualizar um plano de cuidados para cada pessoa, sempre com a premissa de aliviar a angústia.

É importante a utilização de um instrumento de avaliação para o *delirium*, sendo referida no estudo de Mercadante et al. (2018), a Memorial Delirium Assessment Scale (MDAS), uma escala validada para quantificar o grau do *delirium*. Esta escala tem como itens o nível de consciência, desorientação, memória a curto prazo, alcance dos dígitos, atenção, pensamento desorganizado, distúrbios percetuais, delírios, atividade psicomotora e perturbações do ciclo sono-vigília (Mercadante et al., 2018). Em Portugal, o diagnóstico de *delirium* pode ser efetuado a partir dos critérios dispostos pelo Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)-IV-TR ou pela Classificação Internacional das Doenças (CID)-10 e a escala traduzida e validada é a Confusion Assessment Memorial (CAM) (Sampaio & Sequeira, 2013).

De acordo com Recchia et al. (2021), quando um doente em cuidados paliativos desenvolve *delirium*, o principal objetivo é reduzir a angústia, preservar o estado funcional, garantir a segurança (física e emocional) e, sempre que possível, resolver o quadro de *delirium*. O plano de tratamento do *delirium* envolve a implementação de medidas preventivas farmacológicas e não farmacológicas, representando a abordagem mais apropriada na gestão dessa condição.

Família

Numa linguagem trigonométrica é elementar a integração, abordagem e intensificação de cuidados ao terceiro vértice, a família. O *delirium*, principalmente o *delirium* nas últimas horas e dias de vida é percecionado pela família como um período de sofrimento do doente, proveniente da incapacidade de deglutir e comunicar, da degradação geral, agravado pelos medos e sentimentos vivenciados no processo de doença, pelo que compete à equipa tranquilizar, fazê-la sentir a eficácia do plano terapêutico (Pacheco, 2004; Stoevelaar et al., 2022; Twycross, 2003).

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 55 anos | Masculino

Cuidador

14-02-2023 18:30

Nome do cuidador: Sra. M.

Data de nascimento do cuidador: 03-10-1970.

Parentesco: Cônjuge.

Coabita com a pessoa dependente.

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

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

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

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

Capacidade física do cuidador para assistir no erguer-se

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para dar banho

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar na totalidade.

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

Capacidade física do cuidador para posicionar

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para transferir

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para vestir/despir: suficiente para assegurar na totalidade.

Família

14-02-2023 18:30

Família nuclear.

Família com idosos ou familiar dependente.

3.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-02-14 18:30:00	Brometo de ipratrópio 20mcg/dose - 4 inalações 6h-12h-18h -24h	
2023-02-14 18:30:00	Budesonide 200mcg/dose - 2 inalações 6h - 18h	
2023-02-14 18:30:00	Pantoprazol 40mg em jejum	
2023-02-14 18:30:00	Fentanilo 50mcg - troca de 3 em 3 dias às 18h	
2023-02-14 18:30:00	Morfina 10mg PO (ação rápida) em SOS até 6 tomas	
2023-02-14 18:30:00	Lorazepam 1mg PO em SOS até 1 toma	
2023-02-14 18:30:00	Olanzapina 5 mg em SOS até 2 tomas	
2023-02-14 18:30:00	Paracetamol 1g PO em SOS (se febre ou dor ligeira) até 4 tomas	
2023-02-14 18:30:00	Dexametasona 4mg 1x dia	
2023-02-14 18:30:00	Lactulose 15ml em SOS	
2023-02-14 18:30:00	Cloreto de sódio 0.9% 1000ml/24h - troca às 18h	
2023-02-17 11:00:00	Perfusão morfina 25mg + midazolam 15mg + levomepromazina 30mg em 50cc de SF, 2.1cc/h	
2023-02-17 11:00:00	Levomepromazina 12,5mg via SC em SOS até 4 tomas	
2023-02-17 11:00:00	Midazolam 2mg via EV em SOS até 6 tomas	
2023-02-17 11:00:00	Haloperidol 2,5mg via EV em SOS até 4 tomas	
2023-02-17 11:00:00	Dexametasona 2mg via SC 1x dia (em desmame)	
2023-02-17 11:00:00	Paracetamol 1g via EV em SOS de 6/6h	
2023-02-17 11:00:00	Metamizol 1g via EV em SOS de 8/8h	
2023-02-17 11:00:00	Perfusão de butilescopolamina 60mg via SC em 50cc de SF a 2.1cc/h	
2023-02-17 11:00:00	Butilescopolamina 20mg via SC em SOS até 3 tomas	
2023-02-17 11:00:00	Morfina 4mg via SC em SOS até 6 tomas	

3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A administração de fármacos representa um papel importante no controlo sintomático e no conforto. É através das intervenções terapêuticas farmacológicas e não farmacológicas que se consegue assegurar um controlo sintomático efetivo e reduzir ao máximo o número de crises que agravem a qualidade de vida (Neto, 2008).

Em CP é de extrema importância que a terapêutica farmacológica e a via de administração provoquem o menor sofrimento possível ao doente, assegurando uma resposta rápida e eficaz. Em doentes crónicos e de CP, a via de administração de eleição é a oral, quer seja num contexto de internamento quer seja em domicílio pela facilidade de administração, boa tolerabilidade e mínimo desconforto, eficácia garantida, melhor adesão ao tratamento, menor custo e permitir que o doente e a família tenham algum controlo sobre a situação. Porém, podem existir

inúmeros motivos que potenciam a decisão de optar por outras vias de administração. Estes podem ser: debilidade do doente; obstrução local; deglutição comprometida; náuseas ou vômitos graves; redução da absorção gastrointestinal ou a necessidade de recorrer a um fármaco de rápido início de ação. Sendo assim, as outras vias são a transdérmica, a intravenosa, a intramuscular, a retal e a subcutânea (Neto, 2008).

De acordo com Neto (2008) em doentes com necessidade de cuidados de paliativos, a utilização da via subcutânea representa a possibilidade de recorrer a uma via parentérica, obtendo os benefícios inerentes a esta via, sem ter as desvantagens das vias de administração intramusculares e intravenosas, uma vez que não existe risco de hemorragia, embolia ou sépsis.

Segundo o caso clínico, a via de administração mais adequada é efetivamente a via endovenosa, em primeiro lugar pela hidratação e, em segundo lugar, por permitir uma gestão mais célere da sintomatologia. A via subcutânea, neste caso em concreto, também é utilizada no controlo sintomático.

No Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (Decreto-Lei n.º 161/96, p.261), consta que os enfermeiros “Procedem à administração da terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo em como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais;”

Medidas Farmacológicas

Broncodilatadores

Úteis em algumas situações reversíveis de dispneia associadas a broncoconstrição. Suspende-se na ausência de resposta sintomática.

Brometo de Ipratrópio - indicado como broncodilatador no tratamento do broncospamo, podendo causar, ocasionalmente, secura de boca, retenção urinária e obstipação (Infarmed©, 2023).

Intervenções de enfermagem

- Vigiar xerostomia;
- Vigiar retenção urinária;
- Vigiar obstipação.

No caso clínico em estudo, o cliente cumpre com esta terapêutica para a diminuição da broncoconstrição.

Budesonida - usado no tratamento da broncoconstrição. É um mucolítico e expetorante. Pode causar faringite, disфонia e candidíase oral (Infarmed©, 2023).

Intervenções de enfermagem

- Vigiar alterações a nível da cavidade oral.

No caso clínico em estudo, o cliente cumpre com esta terapêutica para tratamento na redução da broncoconstrição e com ação de fluidificar as secreções para limpeza das vias aéreas.

Opioides

O grupo farmacológico mais indicado e com eficácia comprovada no tratamento da dor intensa e dispneia.

Fentanilo - usado no tratamento da dor crónica grave que necessite de administração contínua de opioides por um período de tempo prolongado. Podem ocorrer tonturas, sedação, náuseas, vômitos, sudorese, euforia, disforia, estados confusionais, insónia, agitação, medo, alucinações, sonolência, incoordenação dos movimentos, alteração do humor, cefaleias, alterações da visão, miose, tremor, convulsões, boca seca, anorexia, obstipação, taquicardia, bradicardia, arritmias, hipertensão, hipotensão ortostática, retenção urinária, oligúria, efeito antidiurético, broncospasmo, redução do reflexo da tosse, alterações da regulação térmica, parestesias e depressão respiratória (Infarmed©, 2023).

Intervenções de enfermagem

- Vigiar eliminação intestinal e vesical;

- Vigiar mioclonias;

- Vigiar prurido;

- Vigiar confusão;

- Vigiar sonolência;

- Vigiar xerostomia;

- Vigiar TD, pelo menos 1 a 2 vezes turno.

No caso, o cliente cumpre com a terapêutica supramencionada para tratamento da dor crónica grave. Este mencionava toracalgias.

Morfina (sevredol) - utilizado no tratamento da dor intensa, dispneia e como tratamento adjuvante do edema pulmonar agudo. Pode causar náuseas, vômitos, obstipação, sedação, confusão, mioclonias, prurido, sudorese, cefaleias, tonturas, alterações do humor, inquietação e depressão respiratória (Infarmed©, 2023).

Intervenções de enfermagem

- Vigiar eliminação intestinal e vesical;
- Vigiar mioclonias;
- Vigiar prurido;
- Vigiar sonolência;
- Vigiar confusão;
- Vigiar sonolência;
- Vigiar xerostomia.

O cliente tem prescrito morfina em SOS, no caso de apresentar dispneia ou dor.

Inibidor Bomba Protões

Inibem a secreção ácida por inibirem a ATPase de H⁺ e K⁺ das células parietais do estômago.

Pantoprazol - utilizado no tratamento da doença refluxo gastroesofágico e dos sintomas associados. Ocasionalmente pode ocorrer diarreia, obstipação, flatulência (Infarmed©, 2023).

Intervenções de enfermagem

- Vigiar alterações gastrointestinais.

No caso clínico em questão, o cliente faz a terapêutica supramencionada, tendo em conta toda a terapêutica que cumpre.

Corticóides

Dexametasona - utilizado na redução da inflamação. Em situações pontuais: obstrução de via aérea, linfangite carcinomatosa, síndrome da veia cava superior, pneumonite rídica, exacerbações de DPOC. É um estimulante do apetite, anti-edematoso, usado no tratamento da oclusão intestinal, anti-hemético e adjuvante analgésico. Pode ocorrer aumento de peso, hábito cushingóide, mioclonias, equimoses, soluços, dispepsia, perturbação do sono, diabetes,

suscetibilidade às infecções (sobretudo candidíase oral) e úlcera péptica (Infarmed©, 2023).

Intervenções de enfermagem

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

O cliente no caso clínico em estudo cumpre com a terapêutica com o intuito de reduzir o edema, inflamação e como estimulante do apetite.

Benzodiazepinas

Utilizadas no controlo da ansiedade associada à sensação de falta de ar; admite-se também efeito relaxante tal como em situações de angústia.

Lorazepam - utilizado no tratamento da ansiedade e /ou indução ou manutenção do sono. Pode causar sonolência e incoordenação motora, alteração da memória a curto prazo, confusão, depressão, vertigem, alterações gastrointestinais e alterações visuais (Infarmed©, 2023).

Intervenções de enfermagem

- Vigiar sonolência;
- Vigiar alterações gastrointestinais;
- Vigiar alterações visuais.

No caso clínico supramencionado, o cliente cumpre com lorazepam para indução do sono. No domicílio não fazia qualquer terapêutica, deve começar por dose inicial baixa. No internamento também detetou-se angústia.

Antipsicóticos

Olanzapina - utilizado para o tratamento de alterações de comportamento, agitação, insónia, soluços intratáveis, dor neuropática, dor abdominal, alergia e prurido. Podem ocorrer efeitos extrapiramidais, sedação, hipotensão ortostática, alterações gastrointestinais (Infarmed©, 2023).

Intervenções de enfermagem

- Vigiar sonolência;
- Vigiar efeitos extrapiramidais;
- Vigiar estado de consciência;
- Vigiar alterações gastrointestinais.

No caso clínico em estudo, o cliente tem prescrito olanzapina para a insônia e agitação, caso o lorazepam não surta efeito.

Analgésico e antipirético

Paracetamol - usado no tratamento da dor ligeira a moderada e pirexia (Infarmed©, 2023).

Intervenções de enfermagem

- Monitorizar temperatura auricular.

No caso clínico em questão, o cliente cumpria com terapêutica por hipertermia.

Laxantes

São medicamentos que promovem a defecação e têm aplicação racional restrita.

Lactulose - é um laxante osmótico, que estimula a absorção da água no intestino com o objetivo de amolecer as fezes e facilitar a passagem pelo reto. Utilizado no tratamento de obstipação. Pode causar flatulência, diarreia, dor abdominal, náuseas e vômitos, erupção cutânea, prurido e urticária (Infarmed©, 2023).

Intervenções de enfermagem

- Incentivar o reforço hídrico;
- Vigiar eliminação intestinal;
- Vigiar náuseas;
- Vigiar dor abdominal;
- Vigiar sinais de desidratação.

No caso clínico em estudo, o cliente cumpre com opioides, podendo apresentar como efeito adverso a obstipação. Por esta razão tem prescrito a lactulose, com o intuito de manter o trânsito intestinal regularizado.

Fluidoterapia

Cloreto de sódio a 0.9% - 1000ml/dia

No caso clínico em estudo, o cliente apresenta hipercalcemia paraneoplásica. Por esta razão torna-se importante cumprir com fluidoterapia para hidratação, a fim de ser possível melhorar alguma sintomatologia.

17/02/2023

Benzodiazepinas

Midazolam - usado para induzir sedação, aliviar a ansiedade e a tensão muscular. Pode ocorrer estado confusional, desorientação, distúrbios emocionais e de humor, inquietação, agitação, irritabilidade, nervosismo, hostilidade, raiva, agressividade, ansiedade, alucinações, psicoses, comportamento inadequado, sonolência, cefaleias, tonturas, depressão respiratória, apneia, paragem respiratória, dispneia, laringospasmo, soluços, náuseas, vômitos, obstipação, boca seca, erupção cutânea, urticária, prurido e fadiga (Infarmed©, 2023).

Intervenções de enfermagem

- Vigiar sonolência;
- Vigiar sinais de depressão respiratória;
- Vigiar estado de consciência;
- Vigiar eliminação vesical (despiste de retenção urinária).

No caso clínico em estudo, o cliente cumpriu com midazolam para agitação severa e para dar início à sedação.

Antipsicóticos

Levomepromazina - utilizado no tratamento da agitação, delírio/confusão, náuseas e vômitos e oclusão intestinal. Pode ocorrer hipotensão ortostática, sedação, sonolência e efeitos extrapiramidais (Infarmed©, 2023).

Intervenções de enfermagem

- Vigiar sonolência;
- Vigiar efeitos extrapiramidais;
- Vigiar estado de consciência.

O cliente cumpria com esta terapêutica perante o quadro de agitação severa e para manutenção da sedação.

Haloperidol - utilizado no tratamento da agitação, delírio/confusão, náuseas, vômitos e oclusão intestinal. Pode causar hipotensão ortostática, sedação, sonolência, obstipação e efeitos extrapiramidais (discinesias) (Infarmed©, 2023).

Intervenções de enfermagem

- Vigiar sonolência;
- Vigiar efeitos extrapiramidais;
- Vigiar estado de consciência;
- Vigiar trânsito intestinal.

O cliente cumpria com esta terapêutica em situação de agitação.

Antiespasmódico

Butilescopolamina - utilizado no tratamento da hipersecreção brônquica (para redução do volume das secreções), estertor/respiração ruidosa, tenesmo, sialorreia, vômitos em estados de oclusão intestinal, dor ou desconforto abdominal associado a espasmos gastrointestinais, biliares e do trato urinário. Pode causar boca seca, inibição da secreção salivar, inibição da sudorese, perturbações da acomodação ocular, taquicardia, hipotensão, rubor, dispneia, tonturas e retenção urinária (Infarmed©, 2023).

Intervenções de enfermagem

- Vigiar mucosa oral;
- Vigiar retenção urinária;
- Vigiar tonturas;
- Vigiar trânsito intestinal.

Segundo o caso clínico, a terapêutica era administrada com o intuito de reduzir o volume das secreções e, assim, aliviar o estertor.

Analgésico e antipirético

Metamizol - usado no tratamento da dor aguda intensa, incluindo dor espasmódica e dor tumoral. Febre alta, que não responde a outras terapêuticas antipiréticas. Pode ocorrer calor,

rubor, palpitações, náuseas e hipotensão (Infarmed©, 2023).

Intervenções de enfermagem

- Monitorizar temperatura auricular.

De acordo com o caso clínico, o cliente cumpria com terapêutica devido a hipertermia.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

14-02-2023 18:30

Cateter venoso periférico

Localização do cateter venoso periférico

Antebraço Direita(o)

Características do dispositivo: 20G.

Intervenções de Enfermagem

14-02-2023 18:30 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [1x turno, pelo menos]

14-02-2023 18:30 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [1x turno, pelo menos]

14-02-2023 18:30 - Otimizar cateter venoso periférico [1x turno]

14-02-2023 18:30 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico [sempre que necessário ou a cada 72h]

14-02-2023 18:30 - Trocar cateter venoso periférico [sempre que necessário]

17-02-2023 11:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [sempre que se justifique]

17-02-2023 11:00

Localização do cateter venoso periférico

Antebraço Direita(o)

Características do dispositivo: 20G.

Cateter urinário

Características do dispositivo: foley n.º14.

Intervenções de Enfermagem

17-02-2023 11:00 - Avaliar evolução de sinais de infeção do sistema urinário [1x turno, pelo menos]

17-02-2023 11:00 - Otimizar cateter urinário [1x turno, pelo menos]

17-02-2023 11:00 - Referenciar sinais de infeção do sistema urinário ao médico [sempre que se justifique]

Cateter subcutâneo

Localização do cateter subcutâneo

Braço Direita(o)

Características do dispositivo: 24G.

Intervenções de Enfermagem

17-02-2023 11:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter subcutâneo [1x turno, pelo menos]

17-02-2023 11:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter subcutâneo [1x turno, pelo menos]

17-02-2023 11:00 - Otimizar cateter subcutâneo [1x turno, pelo menos]

17-02-2023 11:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter subcutâneo [1x turno, pelo menos]

17-02-2023 11:00 - Trocar cateter subcutâneo [sempre que necessário]

17-02-2023 11:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [sempre que se justifique]

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

O uso da via subcutânea (SC) é basilar em CP pelas inúmeras vantagens que assegura aos

doentes, por esta razão aborda-se de forma sucinta e clara a via SC relativamente às indicações, vantagens, locais indicados e não indicados para a colocação do cateter SC, técnica e complicações.

Em CP, a via subcutânea é a frequentemente utilizada para a administração de fármacos em bólus ou em perfusão contínua. Quando a via oral não está disponível, a via de eleição é a via SC, e esta não é menos eficaz do que a via endovenosa que é invasiva. Quando os doentes têm um cateter endovenoso, estes devem ser usufruídos nas diferentes situações. A via intramuscular causa mais dor e obriga a que haja repetidas picadas, o que não acontece na via SC. Relativamente às indicações para o uso da via SC são a impossibilidade de tomar a terapêutica por via oral, por disfagia causada por um tumor na cavidade oral, por alterações neurológicas, por náuseas e vômitos ou por má absorção. Quanto às vantagens da via SC deve-se pelo facto de ser possível continuar a administrar terapêutica quando a via oral não está disponível e evitar injeções repetidas, promovendo assim, conforto ao doente (Gonçalves, 2020).

Os locais mais indicados para a colocação de um cateter subcutâneo são:

- Onde exista uma zona com uma boa profundidade do tecido subcutâneo;
- O tórax e o abdómen considerados os melhores locais para a inserção pela sua acessibilidade;
- No tórax, a zona preferencial é a anterior supramamária e longe da axila. No caso de o doente estar caquético, a zona ideal deve ser o abdómen;
- Os deltoides podem ser usados para inserção, contudo podem dificultar a posição do doente quando lateralizado;
- A zona escapular deve ser preferencial quando o doente apresenta inquietude e agitação, de forma a prevenir a exteriorização;
- O local deve ser coberto por um penso transparente, de modo a ser possível vigiar o local;
- Deve ser observado o local, frequentemente, de forma a verificarem-se possíveis problemas que possam surgir, e, se a velocidade da perfusão está correta.
- Quando se trocar o local de perfusão pode ser feito numa base de rotação.

Os locais que não estão indicados para injeção SC:

- Os locais junto a uma articulação;
- Nas proeminências ósseas;
- No tecido mamário;
- Na pele infetada e com outros tipos de lesões;

- Na pele que já sofreu irradiação;
- Num membro com edema ou linfedema;
- Nas pregas cutâneas;
- Na parede abdominal que apresente ascite volumosa.

O cateter SC pode manter-se no mesmo local por um período de 7 dias ou mais, caso não haja reações no local. Se apresentar uma reação local, o cateter deve ser retirado e colocado num outro sítio (Gonçalves, 2020)

Relativamente à técnica de inserção, a colocação da agulha, idealmente de baixo calibre (23G), com ângulo de 45º à introdução numa prega cutânea, em locais específicos, nomeadamente, face anterior do tórax, abdómen, coxas e antebraços. A colocação do cateter deve ser tão proximal quanto possível, para que assim possa ser possível uma difusão da terapêutica mais rápida. O tecido subcutâneo tem espaço para volumes que podem atingir os 1000-1500ml em 24h, a região torácica e a abdominal, que são as que possuem maior capacidade absorção de fluídos (Neto, 2008).

Sempre que se administre, em bólus, o conteúdo das ampolas do fármaco, este deve ser feito através da seringa que se adapta ao sistema e, no final da administração, é importante injetar 2ml de soro fisiológico, para que assim a terapêutica não permaneça na tubuladura. Normalmente não se injetam mais que 3 fármacos na mesma administração, de forma a evitar a acumulação de um volume significativo de líquido (podendo causar desconforto ao doente), e para que a absorção possa ser concretizada adequadamente sem que a eficácia medicamentosa seja comprometida (Neto, 2008).

As complicações locais podem ser induração, hemorragia ligeira, prurido e o défice de absorção (Neto, 2008).

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
14-02-2023 18:30	Sono	17-02-2023 11:00
14-02-2023 18:30	Emoção	17-02-2023 11:00
14-02-2023 18:30	Pensamento	17-02-2023 11:00
14-02-2023 18:30	Memória	17-02-2023 11:00
14-02-2023 18:30	Virar-se	17-02-2023 11:00
14-02-2023 18:30	Erguer-se	17-02-2023 11:00
14-02-2023 18:30	Transferir-se	17-02-2023 11:00

Início	Domínios	Fim
14-02-2023 18:30	Sentar-se	17-02-2023 11:00
14-02-2023 18:30	Cuidar da higiene pessoal	17-02-2023 11:00
14-02-2023 18:30	Vestir-se ou despir-se	17-02-2023 11:00
14-02-2023 18:30	Andar	17-02-2023 11:00
14-02-2023 18:30	Alimentar-se	17-02-2023 11:00
14-02-2023 18:30	Comportamento agressivo	17-02-2023 11:00
14-02-2023 18:30	Sondas, Drenos e Cateteres	
14-02-2023 18:30	Dor	
14-02-2023 18:30	Sistema respiratório	
14-02-2023 18:30	Eliminação intestinal	
14-02-2023 18:30	Eliminação urinária	
14-02-2023 18:30	Termorregulação	
14-02-2023 18:30	Apetite	17-02-2023 11:00
17-02-2023 11:00	Consciência	
17-02-2023 11:00	Mucosas	
17-02-2023 11:00	Pele	

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

Sono (Compromisso do sono)

O International Council of Nurses (ICN), através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019), define a insónia como:

Sono comprometido: incapacidade crónica de dormir ou de se manter a dormir a noite toda ou durante os períodos de sono planeados, apesar de estar posicionado confortavelmente num ambiente agradável; desperto; falta de sono; frequentemente associada a fatores psicológicos ou físicos como o stress emocional, ansiedade, dor, desconforto, tensão, perturbação da função cerebral e abuso de drogas. (p. 78)

O sono é afetado por fatores intrínsecos (biológicos, psicológicos) e fatores extrínsecos (luz, conforto e aspetos sociais). Além de conhecer as causas, é igualmente importante reconhecer os sintomas mais frequentes em pessoas com alterações ligeiras a moderadas, que são a irritabilidade, alterações da atenção e concentração, afetando, muitas vezes, a capacidade de tomada de decisão do próprio, em aderir e cumprir com o plano terapêutico e de se relacionar com os que lhe são mais próximos. As perturbações do sono em doentes em CP, tendo em conta a diversidade de situações clínicas e complexidade, torna desafiante o seu controlo. Por vezes, estas perturbações são subdiagnosticadas e subtratadas. No controlo das alterações do sono é de extrema importância a implementação em associação de medidas farmacológicas e não farmacológicas. O impacto na qualidade de vida dos doentes com perturbações do sono é bastante significativo, tal como na dos cuidadores (Bárrios, 2016).

De acordo com Recchia et al. (2022), o delirium é considerado uma síndrome neuropsiquiátrica provocada por uma disfunção cerebral, em que predominam os distúrbios na atenção, na consciência, na cognição, na percepção, orientação, alucinações, ilusões, delírios, alteração de humor e agitação persistente. Outros sintomas são as perturbações no sono, irritabilidade, inquietude e ansiedade, designando-se de sintomas prodrómicos.

Segundo Gonçalves (2022), o sono comprometido das pessoas em CP apresenta maior prevalência nos doentes oncológicos comparativamente a outros doentes. Após a avaliação e a identificação das causas de *delirium*, é urgente intervir, sendo que as medidas não farmacológicas são muito importantes, recomendando-se o seguinte:

- Assegurar o bom controlo de sintomas;
- Regularizar o ciclo sono-vigília;
- Manter o acordar de manhã à mesma hora, independentemente do número de horas de sono;
- Fazer uso da cama exclusivamente para dormir (e sexo);
- Após um período de 15 a 20 minutos deitado na cama sem conseguir dormir, é aconselhável sair da cama e mudar para outra parte da casa e efetuar uma atividade, como por exemplo, ler com uma luz pouco intensa. Deve ser evitado o uso da televisão, regressando para a cama apenas quando houver sono;
- Evitar permanecer de forma desnecessária na cama durante o período diurno, com o intuito de minimizar o sono durante o dia para aumentar o sono à noite; se houver necessidade, fazer uma sesta de cerca de 30 minutos no princípio da tarde;
- Manter atividade durante o dia;
- Reduzir as interrupções do sono à noite;
- Não ingerir substâncias estimulantes, especialmente nas horas anteriores à hora de deitar;
- Proporcionar estimulação física e cognitiva durante o dia, se possível, para os doentes acamados, que obviamente não podem seguir algumas das indicações anteriores.

Relativamente às medidas farmacológicas para tratamento da insónia deve-se usar as benzodiazepinas.

No caso clínico, o doente apresentava insónia severa, podendo mesmo passar, praticamente todo o período noturno sem dormir. Necessidade de se recorrer a terapêutica de SOS e a medidas não farmacológicas, contudo com efeito muito pouco duradouro.

Emoção

O ICN, através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019), a emoção é um “Processo psicológico: sentimentos conscientes ou subconscientes, agradáveis ou dolorosos, expressos ou não expressados; podem aumentar com o stresse ou com a doença” (p. 50).

Angústia

A angústia, no ICN, através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019), é uma “Emoção negativa: sentimentos de dor intensa e forte, pena e aflição” (p. 6).

De acordo com Tarot et al. (2022) baseiando-se em Holland (2003),

uma experiência desagradável de natureza emocional, psicológica ou espiritual que interfere com a capacidade de gerir o próprio tratamento, estende-se ao longo de uma continuidade de um sentimento normal comum de vulnerabilidade, tristeza, medo, a problemas mais importantes como a ansiedade, ataques de pânico, depressão ou crise de identidade. (p. 5)

O *delirium* causa na pessoa uma pior qualidade de vida, provocando uma profunda angústia (Lee et al., 2020). As pessoas com doença com cancro avançado, frequentemente experienciam sintomas graves durante os últimos tempos de vida. Muitas vezes, estes sintomas são controlados, porém em algumas pessoas os sintomas permanecem incontroláveis, apesar de toda uma equipa que procura aliviar a sintomatologia, designando-se de sintomas refratários, podendo ser do foro físico ou psicoexistencial. Os sintomas refratários acarretam efeitos negativos à pessoa, traduzindo-se num impacto direto na funcionalidade e bem-estar da pessoa, estes aumentando com o aproximar do fim de vida e, interferindo com o processo de morte. Os sintomas refratários mais comuns são a dor, *delirium*, dispneia, sofrimento existencial ou angústia psicológica, que é um problema complexo e delicado (Carreño et al., 2021).

Perante o caso clínico em estudo, o doente, no período diurno, por breves momentos se lembrava do que se sucedia, quando eram crises mais hiperativas do *delirium* no período noturno, pedia desculpa pelo que acontecia, mostrando-se angustiado com tudo o que se estava a passar consigo e com a sua família, inclusive as inúmeras perdas que se encontrava a experienciar.

Cansaço

O ICN, através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019), define o cansaço como “Emoção negativa: sentimentos de diminuição da força ou resistência,

desgaste, cansaço mental ou físico e lassidão, com capacidade reduzida para o trabalho físico ou mental." (p. 61).

No caso clínico em estudo, o doente, referia já não ter força para realizar o que gostava, nomeadamente ir trabalhar, ir ao café e conviver com os amigos e familiares.

Memória

Segundo, o ICN, através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019), a memória é um “processo psicológico: atos mentais através dos quais, são armazenadas e recordadas sensações, impressões e ideias; registo mental, retenção e recordação de experiências, conhecimentos, ideias, sensações e pensamentos passados” (p. 85).

De acordo com o estudo de Agar & Amgarth-Duff (2022), o *delirium* tem um impacto na qualidade de vida, pois a pessoa apresenta determinada sintomatologia, particularmente alterações de atenção, na consciência e na cognição, por exemplo, causando desorientação, memória e linguagem afetadas e perturbações perceptuais, comportamento psicomotor alterado, nomeadamente agitação e redução de atividade, humor e sono comprometidos.

Por inúmeras vezes, o doente esquecia-se de acontecimentos recentes, ou até mesmo o cumprimento de determinadas ordens simples.

Confusão

De acordo com o ICN, através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019), a confusão é um “Pensamento distorcido: memória comprometida com desorientação em relação à pessoa, a lugar e a tempo” (p. 31).

Segundo NANDA® a “confusão aguda” é um diagnóstico de enfermagem, definindo-a como um “início abrupto de perturbações reversíveis da consciência, atenção, cognição e perceção que se desenvolvem num curto período de tempo” (p. 252). Ainda assume que as características que definem a “confusão aguda” são: agitação; inquietação; alterações da consciência; alterações na atividade psicomotora; alucinações; alterações da perceção; incapacidade de dar início a um comportamento; incapacidade de dar início a um comportamento específico; incapacidade de seguir um comportamento orientado para um objetivo e incapacidade de seguir um comportamento intencional.

De acordo com Gonçalves (2023), a confusão é característica do *delirium* hipoativo. Existem doentes que podem apresentar alterações cognitivas, nomeadamente a confusão leve ou dificuldade em lembrar e hipersensibilidade à luz e ao som, bem como modificações na perceção.

O doente, durante o internamento, teve episódios de desorientação no espaço e no tempo, bem como dificuldade em se recordar onde havia colocado o telemóvel, entre outros objetos. E, ainda, foi encontrado a urinar no balde de lixo, pois acreditava estar no quarto de banho.

Pensamento

O ICN, através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019), define o pensamento como uma “ação: processo de separar, ordenar e classificar pensamentos, pensar de uma maneira lógica, apresentar os pensamentos através de discurso; associado à orientação para objetivos; uso de formação de conceitos e mudança dos esquemas mentais.”

De acordo com Hosie et al. (2019), o *delirium* é uma condição que se caracteriza por perturbações de atenção, consciência e cognição, comprometendo a memória, a linguagem, a capacidade viso espacial, a orientação e a percepção. As pessoas com *delirium* apresentam, geralmente sentimentos de medo, humilhação, confusão e desconexão dos outros.

O doente, por diversos momentos apresentava pensamento desorganizado e sem lógica.

Problema Comportamental

Comportamento agressivo

O ICN, através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019), define comportamento agressivo como um “Comportamento comprometido: ação ou atitude enérgica de auto assertividade imposta a outro, expressa física, verbal ou simbolicamente” (p. 29).

No caso exposto, o doente apresentou dois episódios no período noturno de comportamento agressivo, aquando de tentativas de ser impedido de entrar no quarto de outras pessoas.

Dor

De acordo com O Guia Orientador de Boa Prática desenvolvido pela Ordem dos Enfermeiros (2008), a dor, nos últimos tempos, tem sido interpretada como uma experiência individual, subjetiva e multidimensional. Existem fatores que contribuem para a sua subjetividade, nomeadamente, fisiológicos, sensoriais, afetivos, cognitivos, comportamentais e socioculturais.

O ICN, através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019), a dor é um conceito de

percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus, muscular,

comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da percepção do tempo, fuga do contato social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite. (p. 46)

Nas pessoas com cancro, a dor é comum, especialmente, em estadios avançados da doença em que a prevalência é superior a 70%, levando a um impacto negativo sentido na vida da pessoa, ao nível do bem-estar físico e emocional. O autor ainda refere que a prevalência da dor na pessoa com doença metastática, avançada e terminal, pode atingir os 64%. Relativamente ao tipo de dor, a dor pode ser nociceptiva, quando há danos contínuos nos tecidos quer a nível ósseo ou visceral, e neuropática quando há danos ou disfunções a nível do sistema nervoso (Fallon et al., 2018).

Segundo Fallon et al. (2018), é importante uma avaliação inicial e contínua da dor, bem como o apoio de instrumentos de avaliação validados para se definir um plano individualizado e eficaz. As escalas mais frequentemente usadas são a visual analógica, classificação verbal e a escala de classificação numérica. No Guia Orientador de Boa Prática, a Ordem dos Enfermeiros (2008) preconiza a avaliação, o controlo e o ensino, sendo intervenções integrantes na prestação de cuidados à pessoa com dor.

O estudo de Vieira et al. (2019) corrobora com o supramencionado no estudo de Fallon et al. (2018), quando este refere que a dor na pessoa com doença oncológica pode ter proveniência nos efeitos do tumor, particularmente quando há invasão óssea, compressão do nervo, entre outros. Ou por consequências dos tratamentos efetuados, tais como neuropatia provocada pela quimioterapia, fibrose endógena, entre outros. A dor, por vezes, pode não estar relacionada diretamente com o cancro ou com o tratamento. Esta tem um impacto negativo no que diz respeito à qualidade de vida da pessoa, com repercussões ao nível do funcionamento físico, psicológico e social. O controlo da dor torna-se, assim, um objetivo major.

No caso clínico, o doente apresentava toracalgias, cumprindo em média 3 SOS diários. Por vezes, o SOS de morfina resolvia o sintoma, contudo havia episódios que não surtia a eficácia esperada, mostrando-se agitado (na maioria das vezes no fim da tarde e à noite), sendo necessário recorrer a outras medidas, pois outros domínios encontravam-se afetados.

Autocuidado

Virar-se, erguer-se, transferir-se, sentar-se, cuidar da higiene pessoal, vestir-se ou despir-se, andar, alimentar-se

O ICN, através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019), o autocuidado caracterizada por uma "Atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter; manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas

e as atividades da vida diária” (p. 12).

Segundo Queirós et al. (2014), tendo por base a Teoria de Orem que refere que o autocuidado é o conceito primordial da teoria do déficit de autocuidado de enfermagem (TDAE). Para a autora o autocuidado centra-se na prática de atividades que contribuem para a preservação da vida e o bem-estar pessoal. O autor ainda salienta que o autocuidado é universal por se encontrar alargado a todos e quaisquer aspetos vivenciais, não se limitando às atividades de vida diárias e instrumentais.

O doente apresentava autocuidado comprometido pelo agravamento do seu estado.

Eliminação Intestinal

Obstipação

Segundo o ICN, através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019), a obstipação é o “Processo do sistema gastrointestinal comprometido: diminuição na frequência de defecação acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta das fezes; passagem de fezes excessivamente duras e secas” (p. 91).

Segundo Pina (2016) em CP, o diagnóstico obstipação é frequente, causando perturbações e sofrimento à pessoa. A etiologia é multifatorial na maior parte dos casos das pessoas com doença avançada. A obstipação apresenta-se, por vezes, com sintomas associados. Estes sintomas podem ser: distensão, desconforto e dor abdominal, dor retal, flatulência, mal-estar geral, náuseas e vômitos, anorexia e letargia. A obstipação compromete a qualidade de vida da pessoa doente, podendo ser a causa de *delirium*, ansiedade e depressão.

No caso em estudo, o doente cumpria com terapêutica opioide e, por esta razão, tomava terapêutica laxante que não se encontrava ajustada às suas necessidades. Em contexto de internamento a terapêutica supramencionada foi otimizada e, conseqüentemente, foi regularizado o trânsito intestinal.

Percepção sensorial

Apetite

O ICN, através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019), o apetite definido como um “status: sensação de desejo de satisfazer as necessidades orgânicas em nutrientes ou de um tipo particular de alimentos” (p. 7).

De acordo com Neto & Botejara (2016), os atos de comer e beber são fundamentais à vida e uma necessidade fisiológica, mas também promotores de prazer. Nas pessoas com doença

avançada é prevalente uma diminuição da ingestão oral. Esta diminuição na ingestão de líquidos e sólidos resulta uma alteração da imagem corporal que, na maioria das vezes, é vivida pela pessoa e familiares com angústia. A redução da ingestão oral oferece complicações à pessoa em fim de vida, podendo estar associada a anorexia, xerostomia, lesões na cavidade oral, alteração do paladar, disfagia, náuseas e vômitos, obstrução intestinal, diarreia e à fraqueza generalizada. Por vezes, não se consegue identificar o problema. Alguns fármacos como os diuréticos, hipercalcemia, hiperglicemia, febre, défices cognitivos ou depressão, podem ser outros fatores decisivos.

Neste caso, a pessoa apresentava falta de apetite, sendo de salientar que havia cumprido com quimioterapia até recentemente, também com progressão da doença e hipercalcémia.

Consciência

De acordo com o ICN, através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019), a consciência é definida como "Status: resposta mental a impressões resultantes de uma combinação dos sentidos; mantendo a mente alerta e sensível ao ambiente exterior" (p. 33).

A consciência divide-se em dois estados: de vigília e de conhecimento de consciência. As perturbações da consciência, presentemente, são classificadas em termos de comportamento observado a nível clínico. A classificação inclui coma, estado vegetativo, minimamente consciente e de emergência minimamente consciente. Em coma, a pessoa não se encontra consciente, não pode ser acordado e os olhos permanecem fechados. As pessoas em estado vegetativo apresentam abertura espontânea dos olhos, aparentado estar em estado de vigília, porém apenas mostram comportamento reflexivo. Em estado minimamente consciente, estes podem gesticular sim ou não a perguntas efetuadas, sorrir ou chorar de forma apropriada, alcançar objetos e seguimento visual (Goss & Creutzfeldt, 2022).

O estado de emergência minimamente consciente é caracterizado pela comunicação fiável, pelo que estas pessoas normalmente encontram-se desorientadas, com défices cognitivos, desatentas e não possuem conhecimento do seu estado, podendo ainda, apresentar perturbações do sono, inquietude ou agitação (Goss & Creutzfeldt, 2022).

O doente agravou bastante o seu estado e, em poucos dias, já não usufruía da presença de familiares, quando desperto, permanecia em estado de agitação severa, a dispneia era despoletada pela agitação. Por apresentar sintomatologia refratária, procedeu-se à sedação paliativa.

A sedação paliativa em doentes que se encontram em situação de últimos dias ou horas é aplicada com alguma frequência com o objetivo de aliviar o sofrimento e sintomatologia

refratária. É considerado um tratamento com eficácia no controlo de sintomas refratários. A sedação paliativa consiste na utilização de terapêutica para indução da sedação ou redução do nível de consciência com o intuito de aliviar o sofrimento intolerável no fim de vida. A dor, o *delirium* e a dispneia são os sintomas físicos mais comuns para se proceder à sedação paliativa. O sintoma psicológico é o sofrimento existencial ou angústia psicológica (Carreño et al., 2021).

A sedação paliativa é um tema que gera bastante discussão no que diz respeito às implicações éticas, socioculturais e de tomada de decisão. A prevalência da sedação paliativa, segundo o estudo, encontra-se entre os 2-52% das pessoas com doença terminal. Os estudos referem que a sedação paliativa no controlo de sintomas refratários em fim de vida, é eficaz, a família com opinião favorável e sem antecipar ou provocar a morte (Carreño et al., 2021).

Sistema Respiratório

De acordo com o ICN, através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019), é um "Processo corporal: processo contínuo de troca molecular de oxigénio e dióxido de carbono dos pulmões para oxidação celular, regulada pelos centros cerebrais da respiração; recetores brônquicos e aórticos, bem como por um mecanismo de difusão" (p. 105).

Dispneia

A dispneia de acordo com o ICN, através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019), é um "Processo do sistema respiratório comprometido: movimento laborioso da entrada e saída de ar dos pulmões, com desconforto e esforço crescente, falta de ar, associado a insuficiência de oxigénio no sangue circulante, sensações de desconforto e ansiedade" (p. 44).

A dispneia é "uma experiência subjetiva de desconforto respiratório consistindo em sensações qualitativamente diferentes e de variada intensidade", definição apresentada pela American Thoracic Society, (1999) citado por Feio (2016, p. 219). É um sintoma comum no doente com doença avançada. A dispneia não se objetiva a partir da oximetria ou frequência respiratória, pois é um sintoma com conceito subjetivo, multidimensional e complexo. Os fatores físicos, psicológicos, sociais, existenciais e espirituais podem influenciar a dispneia. Em cuidados paliativos, muitas vezes nos deparamos com o círculo vicioso que é a ansiedade que intensifica a dispneia (Feio, 2016).

É importante identificar se a causa é reversível ou irreversível, se está relacionada com a doença de base e se se pode resolver. Também é relevante perceber o início e evolução a nível temporal, as qualidades do sintoma, a frequência dos episódios, os motivos desencadeadores,

os agravantes e os de alívio, e ainda outros sintomas presentes, tais como a tosse, febre, dor, expetoração, entre outros, bem como, as consequências que a dispneia traz à vida da pessoa doente (Feio, 2016).

O sintoma da dispneia é subjetivo. Porém, deve-se recorrer ao uso de escalas, nomeadamente à escala de Borg, visual analógica, escala numérica ou escala verbal descritiva. O sintoma referido pode ainda ser avaliado através da escala de Edmonton (ESAS), pois como os doentes com doença avançada sofrem de múltiplos sintomas, a ESAS é o instrumento adequado para esta avaliação (Feio, 2016).

O tratamento farmacológico consiste no uso de opioides, ansiolíticos, entre outros. Quanto ao tratamento não farmacológico, este incide sobre o uso de uma ventoinha, o posicionamento e estratégias de conservação de energia (Feio, 2016).

No caso em questão, o doente tem apresentado episódios de dispneia, por vezes coincide com os eventos de agitação, as medidas não farmacológicas têm algum resultado positivo, porém, na maioria das vezes tem que se associar a medidas farmacológicas.

Estertor

De acordo com Francisco & Barbedo (2021),

O estertor é um ruído que ocorre frequentemente aquando da respiração do doente agónico. É produzido pela passagem de ar através das secreções e saliva acumuladas na orofaringe, na laringe e na traqueia, como consequência da diminuição do tónus muscular e do reflexo da deglutição do doente agónico. (p. 157)

É uma das principais causas de preocupação entre os familiares. É importante explicar o significado, de forma a promover tranquilidade nestes.

No que diz respeito ao tratamento do estertor, são importantes:

Medidas não farmacológicas

- Posicionar (evitar decúbito dorsal; manter elevação da cabeceira do leito a 45º);
- Posicionar o cliente em decúbito lateral com a cabeça ligeiramente inclinada para a frente;
- Evitar sobrecarga hídrica;
- Evitar a aspiração de secreções, realizar o procedimento, apenas em casos de máxima necessidade e de forma suave e não profunda.

Medidas farmacológicas

Os anticolinérgicos são os fármacos de eleição no tratamento do estertor pela sua atividade

antissecretória:

- Butilescopolamina - em bólus de 20 mg SC (ou EV) até 4/4 horas ou em perfusão contínua (máximo 120 mg/dia);
- Atropina (gotas oftálmicas a 1%) 1 a 2 gotas por via SL de 4/4 horas.

De salientar que estes fármacos devem ser administrados antecipadamente, pois não atuam sobre as secreções existentes (Francisco & Barbedo, 2021).

O doente tem apresentado episódios de estertor, tendo sido medicado com butilescopolamina com o objetivo de reduzir as secreções e, conseqüentemente, reduzir ou cessar o estertor.

Pele

De acordo com o ICN, através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019), a pele é definida como um "Componente do sistema tegumentar: superfície natural mais externa do corpo, robusta e flexível, com funções relacionadas com a elasticidade, textura e espessura, no sentido de manter a camada queratinizada intacta, hidratada, macia e com temperatura adequada" (p. 97).

O doente mantém pele íntegra, mas com eritema branqueável na região coccígea. Nesta fase encontra-se confinado ao leito, sendo importante vigiar e hidratar toda a superfície corporal para prevenção de úlceras de pressão.

Mucosas

Segundo o ICN, através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019), as mucosas são definidas como

"Componente do sistema tegumentar: camadas de revestimento natural, sem queratina, na superfície interna do corpo, forrando cavidades ou canais que abrem para o exterior do corpo; incluem as mucosas da boca, nariz, vagina, tubo digestivo, vias respiratórias e tracto genitourinário; as mucosas protegem as estruturas subjacentes, segregam muco que lubrifica as estruturas associadas, absorvem água, sais e outros solutos. (p. 85)

Em CP, as alterações da mucosa oral são frequentes em pessoas com doença avançada progressiva. Essas alterações podem ter proveniência da própria doença ou dos tratamentos efetuados. É importante uma higiene oral adequada, sendo essencial para o conforto da pessoa. As alterações da mucosa oral podem comprometer a comunicação, nutrição, sentido do paladar, causar dor, infeção, podendo ser mesmo motivo de internamento. Essas alterações são muito

frequentes e, por vezes, negligenciadas (Fradique, 2016).

Neste caso, o doente não tinha via oral disponível, com presença de algumas placas na cavidade oral, tornando-se importante vigiar a mucosa oral, humedecendo com água fresca e realizando higiene com bastão e passagem com manipulado (lidocaína + bicarbonato de sódio + nistatina) para prevenir complicações a nível da cavidade oral e proporcionar conforto.

Termorregulação

De acordo com o ICN, através da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2019), a termorregulação é definida como um “processo do sistema regulador: controlo da produção e da perda de calor através de mecanismos fisiológicos ativados pelo hipotálamo; pele e temperatura corporal” (p. 134).

A hipertermia é definida como

Termorregulação comprometida: diminuição da capacidade para regular o termostato interno, acompanhada de aumento da temperatura corporal, pele quente e seca, sonolência e cefaleia associada com a disfunção do sistema nervoso central ou do sistema endócrino, choque pelo calor, ou introdução artificial de elevadas temperaturas corporais, por razões terapêuticas. (ICNP, 2019, p. 72)

De acordo com Francisco & Barbedo (2021), a hipertermia deve ser monitorizada pois pode causar desconforto à pessoa doente, sendo importante uma intervenção atempada e adequada. A prescrição de terapêutica é relevante quando se antecipa a necessidade, especialmente na gestão de hipertermia.

3.6. Dados

Consciência

17-02-2023 11:00

Abertura dos olhos: ao estímulo verbal.

Resposta verbal: incompreensível.

Resposta motora: flexão anormal.

Consciência comprometida

Vômito em jato (Não).

Apetite

14-02-2023 18:30

Apetite diminuído.

Paladar alterado.

Apetite comprometido [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

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

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

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime dietético

[RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Dor

14-02-2023 18:30

Dor

Localização da dor

Tórax Esquerda(o)

frequência da dor - intermitente.

duração da dor - crónica.

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

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

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

17-02-2023 11:00

Expressão facial: Parcialmente contraída ou sobrelhas franzidas.

Movimento dos membros: Membros superiores parcialmente fletidos.

Choro/vocalização: Gemidos não frequentes nem prolongados.

Sistema respiratório

14-02-2023 18:30

Frequência respiratória: 15 ciclos/min.

Ritmo respiratório regular.

Movimento respiratório simétrico.

Profundidade da ventilação: inspirações normais.

Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

Saturação do oxigénio no sangue

Periférico(a): 94 %.

Coloração da mucosa: rosada.

Não comunica falta de ar.

Reflexo da tosse: presente.
Expele as secreções das vias aéreas.
Sons respiratórios: normais.
Secreções em pequena quantidade.
Secreções normais.
Secreções esbranquiçadas.

17-02-2023 11:00

Ritmo respiratório regular [MANTEVE].
Movimento respiratório simétrico [MANTEVE].
Profundidade da ventilação: inspirações superficiais [PIOROU].
Saturação do oxigénio no sangue
Periférico(a): 90 %.
Coloração da mucosa: rosada.
Reflexo da tosse: presente [MANTEVE].
Não mobiliza as secreções das vias aéreas inferiores [PIOROU].
Sons respiratórios: síbilos.
Secreções em pequena quantidade.
Secreções viscosas [PIOROU].
Secreções amareladas.

Ventilação comprometida

Limpeza da via aérea comprometida

Eliminação intestinal

14-02-2023 18:30

Fezes: em moderada quantidade.
Consistência das fezes: Mole.
Coloração das fezes: acastanhada.
Número de defecações por semana: 2.
Sem sensação de urgência para defecação.
Expulsão controlada de fezes.

Obstipação

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

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime dietético

[RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso

[RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre vigilância da eliminação intestinal [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

17-02-2023 11:00

Fezes: em pequena quantidade.

Consistência das fezes: Moldada com sibalas [PIOROU].

Coloração das fezes: acastanhada.

Número de defecações por semana: 2.

Ausência de massa palpável de fezes no reto.

Eliminação urinária

14-02-2023 18:30

Urina em moderada quantidade.

Cor da urina: Laranja.

Cheiro da urina: sui generis.

Transparência da urina: Límpida.

Frequência da eliminação urinária: Normal .

Reconhece a vontade de urinar.

Sensação de esvaziamento completo da bexiga.

Sem globo vesical.

Eliminação urinária involuntária ausente.

Conhecimento do cuidador sobre vigilância da eliminação urinária: facilitador.

17-02-2023 11:00

Cor da urina: Laranja.

Cheiro da urina: intenso [PIOROU].

Presença de globo vesical [PIOROU].

Retenção urinária

Mucosas

17-02-2023 11:00

Membrana mucosa comprometida

Localização do compromisso da membrana mucosa

Membrana mucosa oral

Coloração da mucosa: rosada.

Mucosa seca.

Mucosa com placas aderentes.

Pele

17-02-2023 11:00

Eritema branqueável na região coccígea

Termorregulação

14-02-2023 18:30

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 36.20 °C.

17-02-2023 11:00

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 39.20 °C.

Hipertermia

Sono

14-02-2023 18:30

Sono não reparador, com dificuldade em adormecer e intermitente.

Número (médio) de horas de sono noturno: 2 Hora.

Número (médio) de horas de sono diurno: 1 Hora.

Sono comprometido [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

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

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção do sono [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Emoção

14-02-2023 18:30

Aumento da atividade dirigida a objetivos ou agitação psicomotora.

Redução da necessidade de sono.

Fuga de ideias ou pensamento acelerado.

Verbalização de ansiedade (Não).

Inquietação .

Irritabilidade.

Pânico (Não).

Negação da perda (Não).

Pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda (Não).

Inquietude

Delirium [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Angústia [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Cansaço [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Pensamento

14-02-2023 18:30

Pensamento desorganizado e sem sequência lógica.

Revela querer fazer mal a si próprio (Não).

Pensou que seria melhor estar morto(a) ou desejou estar morto(a) (Não).

Pensou em suicidar-se (Não).

Pensou numa maneira de se suicidar (Não).

Já fez algum plano de terminar sua vida (Não).

Já fez alguma tentativa de suicídio (Não).

Pensamento comprometido [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

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

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre pensamento comprometido [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de controlo do pensamento [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Memória

14-02-2023 18:30

Capacidade para adquirir informação: Dificuldade.

Capacidade de recuperar informação: Dificuldade.

Desorientação face às pessoas (Não).

Desorientação no espaço.

Desorientação no tempo.

Memória comprometida [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

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

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras da evocação de informação [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Confusão [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Confusão de tipo hiperativo.

Conhecimento do cuidador sobre medidas de segurança face à confusão: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

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

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre medidas de segurança face à confusão [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de orientação para a realidade [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Virar-se

14-02-2023 18:30

Mudar de posição na cama

Dispositivo: Nenhum - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

Erguer-se

14-02-2023 18:30

Mobilizar o corpo para a posição vertical

Dispositivo: Nenhum - Levanta o corpo para a posição de pé com insegurança.

Erguer-se comprometido [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

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

Capacidade do cuidador para assistir no erguer-se

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para assistir no erguer-se

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Transferir-se

14-02-2023 18:30

Mobiliza o corpo entre superfícies próximas

Dispositivo: Nenhum - mobiliza-se entre duas superfícies próximas de forma insegura e lentificada.

Transferir-se comprometido [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

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

Capacidade do cuidador para assistir no transferir-se

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Sentar-se

14-02-2023 18:30

Mobiliza o corpo para a posição de sentado a partir da posição de deitado

Dispositivo: Nenhum - modifica de forma pronta e segura a posição do corpo.

Mobiliza o corpo para a posição de sentado a partir da posição de pé

Dispositivo: Nenhum - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo).

Cuidar da higiene pessoal

14-02-2023 18:30

Obtém objetos para o banho.

Abre a torneira.

Lava e seca o corpo

Dispositivo: Cadeira de banho - Não lava nem seca o corpo.

Lava a cavidade oral.

Não aplica produtos de higiene.

Penteia-se

Dispositivo: Pente de cabo longo - Penteia-se.

Não se barbeia.

Não se limpa após usar o sanitário.

Ajusta a roupa após usar o sanitário.

Cuidar da higiene pessoal comprometido [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Capacidade do cuidador para assistir no tomar banho: facilitadora.

Capacidade do cuidador para arranjar o cliente: facilitadora.

Capacidade do cuidador para assistir no uso do sanitário: facilitadora.

Vestir-se ou despir-se

14-02-2023 18:30

Escolhe as roupas.

Retira roupa da gaveta ou armário.

Veste-se

Dispositivo: Nenhum - Veste a roupa da parte superior e não veste a roupa da parte inferior do corpo.

Abotoa

Dispositivo: Nenhum - Abotoa.

Calça meias

Dispositivo: Nenhum - Não calça as meias.

Vestir-se ou despir-se comprometido [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Capacidade do cuidador para assistir no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

Andar

14-02-2023 18:30

Mobilidade através da marcha

Dispositivo: Nenhum - marcha com limitações para subir ou descer escadas.

Alimentar-se

14-02-2023 18:30

Leva os alimentos à boca/sonda de alimentação

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

Prepara os alimentos para a refeição

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

Organiza os alimentos para a refeição

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

Comportamento agressivo

14-02-2023 18:30

Comportamento agressivo [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Usa um tom de voz elevado.

Usa um discurso manipulador (Não).

Usa um discurso de domínio sobre os outros (Não).

Usa um discurso hostil.

Agride outras pessoas com pancadas, pontapés ou murros.

Agride outras pessoas, mordendo (Não).

Agride outras pessoas, puxando-lhes os cabelos (Não).

Usa gestos obscenos (Não).

Usa gestos ofensivos (Não).

Usa gestos displicentes (Não).

Conhecimento do cuidador sobre medidas de segurança durante os episódios de comportamento agressivo: facilitador.

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre medidas de segurança durante os episódios de comportamento agressivo [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

3.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

O objetivo maior neste planeamento de cuidados é o controlo sintomático e, assim, o controlo do *Delirium*, como forma de proporcionar dignidade e qualidade de vida, nos últimos dias, à pessoa, e alguma tranquilidade à família.

A Lei n.º 31/2018 dos direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida decreta no artigo 1.º: “1 - A presente lei estabelece um conjunto de direitos das pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida, consagrando o direito de não sofrerem de forma mantida, disruptiva e desproporcionada, e prevendo medidas para a realização desses direitos. 2 - A presente lei prevê ainda um conjunto de direitos dos familiares das pessoas doentes previstas no número anterior.” Ainda no artigo 6º Cuidados Paliativos no “1 - As pessoas em contexto de doença avançada e em fim de vida têm direito a receber cuidados paliativos através do Serviço Nacional de Saúde, com o âmbito e forma previstos na Lei de Bases dos Cuidados Paliativos. 2 - Considera-se ainda prestação de cuidados paliativos o apoio espiritual e o apoio religioso, caso o doente manifeste vontade, bem como o apoio estruturado à família, que se pode prolongar à fase do luto. 3 - Os cuidados paliativos são prestados por equipa multidisciplinar de profissionais devidamente credenciados e em ambiente hospitalar, domiciliário ou em instituições residenciais, nos termos da lei. 4 - Para os efeitos do disposto no número anterior, cabe ao médico responsável e à equipa multidisciplinar que acompanham a

pessoa doente contribuir para a formação do respetivo consentimento informado, com base numa rigorosa avaliação clínica da situação no plano científico, e pela adequada ponderação dos princípios da beneficência e da não maleficência, no plano ético.” Tendo em conta o previsto na lei e os objetivos do estudo de caso, determina-se o seguinte:

Para o cliente

- Controlar a dor;
- Controlar o *delirium*;
- Melhorar o sono comprometido do cliente;
- Melhorar o apetite comprometido do cliente;
- Controlar o comportamento agressivo do cliente;
- Aliviar a angústia do cliente;
- Implementar medidas estratégicas adaptativas no controlo do cansaço/conservação de energia;
- Supervisionar Autocuidado.

2ª sessão - 17/02/2023

- Confortar o cliente;
- Controlar o estertor;
- Controlar a hipertermia;
- Controlar a dispneia;
- Manter a integridade da pele;
- Melhorar a mucosa oral.

Para o familiar cuidador

- Apoiar o cuidador familiar e família neste processo;
- Promover bem-estar ao cuidador familiar e família;
- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre o alívio da dor do cliente usando medidas não farmacológicas;

- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal;
- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre promoção do sono;
- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre estratégias de orientação para a realidade;
- Informar a família sobre o *delirium*;
- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre medidas de segurança durante os episódios de comportamento agressivo;
- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre o *delirium* usando estratégias não farmacológicas;
- Preparar a família para a terminalidade para breve do seu ente querido;

17/02/2023 - 2ª sessão - familiar cuidador

- Promover o envolvimento da família na tomada de decisão;
- Apoiar no processo de terminalidade para breve do seu ente querido;
- Apoiar os familiares no processo de luto;
- Confortar a família.

À luz deste caso é extremamente importante identificar um objetivo primordial para um plano de cuidados individualizado, tendo por base a pessoa, as suas necessidades e a família. Este objetivo incide sobre o conforto.

No estudo de Cardoso et al. (2019), a partir da Teoria do Conforto de Kolcaba, os autores afirmam que o conforto é o elemento fundamental desta teoria. O conforto é evidenciado como uma necessidade básica humana, devendo ser o objetivo primordial do cuidado de enfermagem, assim se esperando. Considera-se o conforto como proposta para dar uma resposta terapêutica às necessidades da pessoa. A teoria de Kolcaba oferece uma abordagem essencial e holística na gestão do conforto, pois centra-se em comportamentos que visam a saúde e alicerçam a implementação de intervenções de conforto. Quando as pessoas conscientes ou subconscientes experienciam conforto, podem ser conduzidas para um estado de bem-estar. É através do cuidado de enfermagem e da satisfação das necessidades humanas básicas, de alívio, tranquilidade e transcendência nos vários contextos holísticos, físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental que se tem, como resultado, o conforto. Por exemplo no contexto físico, na prestação de cuidados de higiene corporais, na substituição da roupa da cama. No contexto psicoespiritual estão relacionadas a autoestima, espiritualidade, significado da vida, entre outras. O sociocultural integra a colheita de dados na admissão, cuidados pós-morte, promove a interação com a pessoa, pois geralmente não se encontra próxima da sua família, tanto quanto o desejável. Orientar, clarificar, acompanhar os familiares para junto da pessoa

doente, sendo a partir destas intervenções de proximidade com a família que o enfermeiro deve identificar as necessidades socioculturais prejudicadas e estabelecer um plano de cuidados, em que a família intervenha no processo de cuidar e promover conforto. No que diz respeito ao contexto ambiental, as intervenções promotoras de conforto incidem em proporcionar um ambiente seguro, calmo e confortável, sem ruídos e com iluminação adequada ao período do dia.

3.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

O doente teve a primeira consulta de CP a 03/02/2023. A 14/02 foi admitido em internamento na UCP com os seguintes focos/diagnósticos: sono comprometido, memória comprometida, pensamento comprometido, dor, confusão e *delirium*. No internamento trataram-se as causas possíveis de serem resolvidas quanto ao *delirium*. Contudo, o agravamento foi bastante célere. Por a esposa permanecer a acompanhar 24h, atuou-se nas diferentes áreas, ainda numa perspetiva de se resolver o *delirium* e de o doente voltar a casa. Identificou-se na esposa vários potenciais para melhorar o conhecimento, considerando-se um indicador positivo, pois foram trabalhados. Porém, a 17/02, o doente teve agravamento muito rápido e significativo do seu estado clínico e, apesar de todas as medidas instituídas, a progressão da doença foi determinante. Foi realizada uma CF, em que se constatou ajuste por parte destes, tendo em conta a terminalidade para breve do seu familiar e foi partilhada a tomada de decisão quanto à sedação paliativa. O facto de a família estar informada, entender toda a situação e participar na tomada de decisão sobre a sedação é um indicador de resultado positivo. O foco/diagnóstico da dor ficou resolvido nos primeiros dias de internamento, portanto indicador de resultado positivo. Com o agravamento do estado clínico, apresentou agitação, hipertermia, retenção urinária, dispneia e estertor, a maioria destes diagnósticos foram resolvidos com as medidas explícitas nas intervenções e atividades. Quanto à pele, permaneceu íntegra, pelas intervenções aplicadas, o que resultou num indicador positivo, a mucosa apresentava-se seca e com algumas placas, tendo melhorado com as medidas adotadas, outro indicador de resultado positivo. Quando se deu início à sedação o doente melhorou a agitação, permanecendo tranquilo, com fâcias sugestivos de serenidade e linguagem corporal relaxada, sendo por isso, considerado um indicador de resultado positivo. A esposa e a irmã do doente, por várias vezes referiram “ainda bem que ele está aqui com vocês, em casa não íamos conseguir” sic, considerando-se outro indicador de resultado.

3.7. Diagnósticos

Consciência

17-02-2023 11:00

Consciência comprometida

Intervenções de Enfermagem

- 17-02-2023 11:00 - Avaliar evolução da consciência [1x turno, pelo menos]
- 17-02-2023 11:00 - Avaliar evolução de líquidos eliminados [1x turno, pelo menos]
- 17-02-2023 11:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [1x turno, pelo menos]
- 17-02-2023 11:00 - Referenciar compromisso da consciência ao médico [sempre que se justifique]
- 17-02-2023 11:00 - Aplicar dispositivo de arrefecimento [sempre que necessário]
- 17-02-2023 11:00 - Dar banho na cama [diariamente (conforme estado do cliente)]
- 17-02-2023 11:00 - Lavar cavidade oral [1x turno, pelo menos]
- 17-02-2023 11:00 - Planear eliminação intestinal [a cada 3 dias]
- 17-02-2023 11:00 - Vestir/despir [1x turno, pelo menos]
- 17-02-2023 11:00 - Elevar grades da cama [sempre]

Apetite

14-02-2023 18:30

Apetite comprometido [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

- 14-02-2023 18:30 - Avaliar evolução do apetite [1x turno, pelo menos] [FIM] 17-02-2023 11:00
- 14-02-2023 18:30 - Planear dieta [diariamente] [FIM] 17-02-2023 11:00
- 14-02-2023 18:30 - Referenciar compromisso do apetite ao médico [sempre que se justifique] [FIM] 17-02-2023 11:00
- 14-02-2023 18:30 - Referenciar compromisso do apetite ao serviço de nutrição [sempre que se justifique] [FIM] 17-02-2023 11:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime dietético

[RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

- 14-02-2023 18:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre regime dietético [1x turno (manhã ou tarde)] [FIM] 17-02-2023 11:00
- 14-02-2023 18:30 - Ensinar cuidador sobre regime dietético [1x turno (manhã ou tarde)] [FIM] 17-02-2023 11:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

- 14-02-2023 18:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético [1x turno (manhã ou tarde)] [FIM] 17-02-2023 11:00
- 14-02-2023 18:30 - Ensinar cuidador sobre gestão do regime dietético [1x turno (manhã ou tarde)] [FIM] 17-02-2023 11:00

Dor

14-02-2023 18:30

Dor

Intervenções de Enfermagem

14-02-2023 18:30 - Avaliar evolução da dor [1x turno, pelo menos]

14-02-2023 18:30 - Gerir analgesia [sempre que necessário]

14-02-2023 18:30 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor [sempre que necessário] [FIM] 17-02-2023 11:00

17-02-2023 11:00 - Posicionar para aliviar a dor [sempre que necessário]

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

Intervenções de Enfermagem

14-02-2023 18:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [1x turno (manhã ou tarde)]

14-02-2023 18:30 - Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor [1x turno (manhã ou tarde)]

Sistema respiratório

17-02-2023 11:00

Ventilação comprometida

Intervenções de Enfermagem

17-02-2023 11:00 - Avaliar evolução da ventilação [1x turno, pelo menos]

17-02-2023 11:00 - Posicionar para otimizar a ventilação [sempre que necessário]

17-02-2023 11:00 - Referenciar ventilação comprometida ao médico [sempre que se justifique]

Limpeza da via aérea comprometida

Intervenções de Enfermagem

17-02-2023 11:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [1x turno, pelo menos]

17-02-2023 11:00 - Posicionar para facilitar a limpeza da via aérea [sempre que necessário]

Eliminação intestinal

14-02-2023 18:30

Obstipação

Intervenções de Enfermagem

14-02-2023 18:30 - Avaliar evolução de sinais de obstipação [1x turno, pelo menos]

14-02-2023 18:30 - Referenciar obstipação ao médico [sempre que se justifique]

14-02-2023 18:30 - Planear dieta [diariamente] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Planear eliminação intestinal [a cada 3 dias]

14-02-2023 18:30 - Gerir hidratação [1x turno] [FIM] 17-02-2023 11:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime dietético

[RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

14-02-2023 18:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre regime dietético [1x turno (manhã ou tarde)] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Ensinar cuidador sobre regime dietético [1x turno (manhã ou tarde)]

[FIM] 17-02-2023 11:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso

[RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

14-02-2023 18:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre regime medicamentoso [1x turno (manhã ou tarde)] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Ensinar cuidador sobre regime medicamentoso [1x turno (manhã ou tarde)] [FIM] 17-02-2023 11:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre vigilância da eliminação intestinal [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

14-02-2023 18:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal [1x turno (manhã ou tarde)] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Ensinar cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal [1x turno (manhã ou tarde)] [FIM] 17-02-2023 11:00

Eliminação urinária

17-02-2023 11:00

Retenção urinária

Intervenções de Enfermagem

17-02-2023 11:00 - Referenciar retenção urinária ao médico [sempre que se justifique]

17-02-2023 11:00 - Inserir cateter urinário [quando necessário]

Mucosas

17-02-2023 11:00

Membrana mucosa comprometida

Intervenções de Enfermagem

17-02-2023 11:00 - Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas [1x turno, pelo menos]

17-02-2023 11:00 - Tratar membrana mucosa [1x turno, pelo menos]

17-02-2023 11:00 - Lavar cavidade oral [1x turno, pelo menos]

Pele

17-02-2023 11:00

Eritema branqueável na região coccígea

Intervenções de Enfermagem

17-02-2023 11:00 - Avaliar evolução da eritema [1x turno, pelo menos]

17-02-2023 11:00 - Executar alívio de pressão [1x turno, pelo menos]

17-02-2023 11:00 - Aplicar óleo [1x turno, pelo menos]

Termorregulação

17-02-2023 11:00

Hipertermia

Intervenções de Enfermagem

17-02-2023 11:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [1x turno, pelo menos]

17-02-2023 11:00 - Aplicar dispositivo de arrefecimento [sempre que necessário]

17-02-2023 11:00 - Referenciar hipertermia ao médico [sempre que se justifique]

Sono

14-02-2023 18:30

Sono comprometido [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

14-02-2023 18:30 - Avaliar evolução do sono [1x turno, pelo menos (turno tarde e noite)]

[FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Implementar estratégias de promoção do sono [1x turno (turno tarde e noite)] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Gerir medicação [Todos os turnos] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Referenciar sono comprometido ao médico [sempre que se justifique] [FIM] 17-02-2023 11:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção do sono

[RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

14-02-2023 18:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre promoção do sono [1x turno (manhã ou tarde)] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Ensinar cuidador sobre padrão de repouso e sono [1x turno (manhã ou tarde)] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Ensinar cuidador sobre complicações do sono comprometido [1x turno (manhã ou tarde)] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Ensinar cuidador sobre gestão do padrão de repouso e de atividade do cliente [1x turno (manhã ou tarde)] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Ensinar cuidador sobre estratégias de promoção do sono [1x turno (manhã ou tarde)] [FIM] 17-02-2023 11:00

Emoção

14-02-2023 18:30

Delirium [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

14-02-2023 18:30 - Avaliar evolução de delirium [1x turno, pelo menos] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Implementar estratégias preventivas de delirium [Todos os turnos] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Implementar estratégias não farmacológicas na gestão de delirium [Todos os turnos] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Gerir medicação [Sempre que necessário] [FIM] 17-02-2023 11:00

Angústia [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

14-02-2023 18:30 - Avaliar evolução de angústia [1x turno, pelo menos] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Implementar estratégias no alívio de angústia [sempre que necessário] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Referenciar para a equipa de apoio psicossocial [quando necessário] [FIM] 17-02-2023 11:00

Cansaço [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

14-02-2023 18:30 - Avaliar evolução de cansaço [1x turno, pelo menos] [FIM] 17-02-2023

11:00

14-02-2023 18:30 - Implementar estratégias no alívio do cansaço [sempre que necessário] [FIM] 17-02-2023 11:00

Pensamento

14-02-2023 18:30

Pensamento comprometido [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

14-02-2023 18:30 - Avaliar evolução do pensamento comprometido [1x turno (turno manhã e tarde)] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Referenciar pensamento comprometido ao médico [sempre que se justifique] [FIM] 17-02-2023 11:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre pensamento comprometido [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

14-02-2023 18:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre pensamento comprometido [1x turno (manhã ou tarde)] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Ensinar cuidador sobre pensamento comprometido [1x turno (manhã ou tarde)] [FIM] 17-02-2023 11:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de controlo do pensamento [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

14-02-2023 18:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre estratégias de controlo do pensamento [1x turno (manhã ou tarde)] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Ensinar cuidador sobre estratégias de controlo do pensamento [1x turno (manhã ou tarde)] [FIM] 17-02-2023 11:00

Memória

14-02-2023 18:30

Memória comprometida [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

14-02-2023 18:30 - Avaliar evolução da memória [1x turno, pelo menos] [FIM]
17-02-2023 11:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias facilitadoras da evocação de informação [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

14-02-2023 18:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre estratégias facilitadoras da evocação de informação [1x turno (manhã ou tarde)] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Ensinar cuidador sobre estratégias facilitadoras da evocação de informação [1x turno (manhã ou tarde)] [FIM] 17-02-2023 11:00

Confusão [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

14-02-2023 18:30 - Avaliar evolução da orientação [1x turno, pelo menos] [FIM]
17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Executar terapia de orientação para a realidade [sempre que

necessário] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Executar terapia de validação [sempre que necessário] [FIM]

17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Implementar medidas de segurança face à confusão [sempre que necessário] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Implementar medidas de segurança face à agitação [sempre que necessário] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Referenciar confusão ao médico [sempre que se justifique] [FIM] 17-02-2023 11:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre medidas de segurança face à confusão [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

14-02-2023 18:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre medidas de segurança face à confusão [1x turno (manhã ou tarde)] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Ensinar cuidador sobre medidas de segurança face à confusão [1x turno (manhã ou tarde)] [FIM] 17-02-2023 11:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de orientação para a realidade [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

14-02-2023 18:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre estratégias de orientação para a realidade [1x turno (manhã ou tarde)] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Ensinar cuidador sobre estratégias de orientação para a realidade [1x turno (manhã ou tarde)] [FIM] 17-02-2023 11:00

Erguer-se

14-02-2023 18:30

Erguer-se comprometido [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

14-02-2023 18:30 - Avaliar evolução do erguer-se [1x turno, pelo menos] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Assistir no erguer-se [1x turno, pelo menos] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Todos os turnos] [FIM] 17-02-2023 11:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

14-02-2023 18:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda [1x turno (manhã ou tarde)] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Ensinar cuidador sobre prevenção de queda [1x turno (manhã ou tarde)] [FIM] 17-02-2023 11:00

Transferir-se

14-02-2023 18:30

Transferir-se comprometido [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

14-02-2023 18:30 - Avaliar evolução do transferir-se [1x turno, pelo menos] [FIM]

17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Assistir no transferir-se [1x turno, pelo menos] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Todos os turnos] [FIM] 17-02-2023 11:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de queda

[RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

14-02-2023 18:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda [1x turno (manhã ou tarde)] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Ensinar cuidador sobre prevenção de queda [1x turno (manhã ou tarde)] [FIM] 17-02-2023 11:00

Cuidar da higiene pessoal

14-02-2023 18:30

Cuidar da higiene pessoal comprometido [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

14-02-2023 18:30 - Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal [1x turno, (turno manhã e tarde)] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Assistir no tomar banho [1x turno (turno manhã e tarde)] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Assistir no arranjar-se [1x turno (turno manhã e tarde)] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Assistir no uso do sanitário [sempre que necessário] [FIM] 17-02-2023 11:00

Vestir-se ou despir-se

14-02-2023 18:30

Vestir-se ou despir-se comprometido [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

14-02-2023 18:30 - Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se [1x turno, (turno manhã e tarde)] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Assistir no vestir-se ou despir-se [sempre que necessário] [FIM] 17-02-2023 11:00

Comportamento agressivo

14-02-2023 18:30

Comportamento agressivo [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

14-02-2023 18:30 - Avaliar evolução do comportamento agressivo [1x turno, pelo menos] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Implementar medidas de segurança face ao comportamento agressivo [sempre que necessário] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Executar técnica de relaxamento [1x turno (tarde e se necessário no turno da noite)] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Referenciar comportamento agressivo ao médico [sempre que se justifique] [FIM] 17-02-2023 11:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre medidas de segurança durante os episódios de comportamento agressivo [RESOLVIDO] 17-02-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

14-02-2023 18:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre medidas de segurança durante os episódios de comportamento agressivo [1x turno (manhã ou tarde)] [FIM] 17-02-2023 11:00

14-02-2023 18:30 - Ensinar cuidador sobre medidas de segurança durante os episódios de comportamento agressivo [1x turno (manhã ou tarde)] [FIM] 17-02-2023 11:00

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

14/02/2023

A escala traduzida e validada para a população portuguesa segundo o estudo de Sampaio & Sequeira (2013).

A versão portuguesa do Algoritmo do Confusion Assessment Method (CAM)

1. Início agudo e Curso flutuante

a) Há evidência de uma mudança aguda no estado mental relativamente ao padrão habitual do doente? Sim.

b) O comportamento variou durante o dia, isto é, teve tendência a surgir e desaparecer e desaparecer, ou aumentar e diminuir de gravidade? Sim.

2. Distúrbio da atenção

O doente teve dificuldade em focar a atenção, por exemplo, estando facilmente distraído ou tendo dificuldade em acompanhar o que estava a ser dito? Sim.

3. Pensamento desorganizado

O pensamento do doente esteve desorganizado ou incoerente, ou seja, conversação desconexa ou irrelevante, fluxo de ideias pouco claro ou ilógico, ou mudança imprevisível de assunto? Sim, com mudança imprevisível de assunto.

4. Alteração do nível de consciência

No geral, como classificaria o nível de consciência do doente? Alerta.

Como os critérios 1, 2 e 3 obteve-se resposta afirmativa, consideramos o diagnóstico de *Delirium*.

17/02/2023

As pessoas com doença irreversível e avançada, em últimas horas ou dias, podem experimentar uma panóplia de alterações, podendo estas ser de cariz clínico, fisiológico, o surgimento de nova sintomatologia e/ou agravamento da presente. Os doentes em agonia carecem de inúmeros cuidados específicos e adequados às suas carências com o intuito de promoção de conforto (Braga et al., 2017).

O período de agonia, que também se pode dizer de últimas horas ou dias de vida, pode-se prolongar até 12 dias. Este período compreende doentes em situação paliativa e terminal. Quando a pessoa com doença avançada e irreversível, em que todas as causas reversíveis para agravamento do doente foram ponderadas, diz-se que o doente se apresenta em processo de morte. Nesta fase é urgente adequar os objetivos dos cuidados conforme as necessidades, dando primazia ao conforto. Estes cuidados de conforto refletem-se num grupo de intervenções que proporcionam o alívio instantâneo dos sintomas da pessoa em processo de morte. De salientar que estas medidas reduzem o *distress* provocado pelos sintomas e melhoram significativamente a qualidade de vida. É crucial o apoio à pessoa doente e família nesta fase de situação de últimas horas ou dias (Braga et al., 2017).

- Comunicar de forma empática e adequada com a pessoa e família;
- Identificar, junto dos familiares, valores, objetivos e preferências da pessoa em fim de vida;
- Ajustar a luz do quarto, ambiente e objetos pessoais;
- Limitar/ajustar o número de visitas;
- Proporcionar espaço tranquilo para a família;
- Posicionar a pessoa de forma confortável;
- Respeitar pedidos culturais, espirituais e rituais religiosos;
- Interromper tratamentos fúteis, monitores, aparelhos e testes desnecessários;
- Interromper medicação que não forneça conforto à pessoa;
- Assegurar que a pessoa está calma e confortável.
- Realizar CF.

A CF é considerada um instrumento de intervenção na família, facilitando os processos de decisão complexos, especialmente quando a pessoa não está capaz de decidir. Na transmissão de más notícias, o primeiro passo passa por questionar a pessoa ou o familiar sobre o conhecimento da situação clínica, prognóstico e tratamentos. Este tipo de abordagem promove um diálogo aberto, o que permite que a pessoa e os familiares façam uma retrospectiva da informação já conhecida. Seguidamente, deve-se passar a informação com recurso a técnicas

que preparem emocionalmente a pessoa e os familiares, como por exemplo “estamos preocupados”, as ditas frases de aviso. No decorrer da CF devem ser efetuadas algumas pausas para que as pessoas e os familiares possam integrar a informação gradualmente, informação esta que possui uma carga emocional intensa. O segundo passo é caracterizado por avaliar a informação transmitida e se esta foi compreendida (Braga et al., 2017).

3.8. Especificação das intervenções

Planejar dieta

- Ajustar dieta de acordo com preferência e tolerância.

Ensinar cuidador sobre regime dietético

- Ensinar sobre a importância da ingestão de líquidos, frescos, sólidos leves, de acordo com preferência e em pequenas quantidades.

Ensinar cuidador sobre padrão de repouso e sono

- Ensinar sobre o padrão de sono;
- Ensinar medidas promotoras de sono.

Ensinar cuidador sobre complicações do sono comprometido

- Explicar a importância do sono reparador;
- Explicar as consequências de um sono não reparador na agitação, memória, pensamento e emoção.

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

- Explicar a importância de não manter a pessoa confinado no leito e promover atividade conforme tolerância.

Ensinar cuidador sobre prevenção de queda

- Baixar nível da cama;
- Manter luz de presença no período noturno;
- Elevar todas as grades da cama no período noturno.

Implementar estratégias de promoção do sono

- Promover banho no período antes do deitar;
- Oferecer uma bebida quente de sua preferência;
- Administrar terapêutica da ceia;
- Promover ambiente calmo sem ruídos;
- Promover luz de presença.

Ensinar cuidador sobre gestão do regime dietético

- Explicar a importância do respeitar a vontade do cliente em não se alimentar;

- Fornecer líquidos e sólidos apenas de preferência.

Ensinar cuidador sobre regime medicamentoso

- Explicar regime medicamentoso;
- Ensinar a gerir regime medicamentoso.

Ensinar cuidador sobre estratégias de promoção do sono

- Ensinar estratégias promotoras de sono, nomeadamente, não estimular a pessoa, mas estar próxima;
- Promover ambiente calmo, sem ruído e com pouca luz.

Otimizar cateter venoso periférico

- Vigiar complicações;

Executar tratamento ao local de inserção do cateter venoso periférico

- Realizar desinfeção e substituição do penso do cateter a cada 3 dias, ou se perdida a integridade ou conspurcado.

Executar terapia de orientação para a realidade

- Colocar relógio no quarto;
- Promover ao acordar abertura dos estores;
- Questionar se sabe em que espaço se encontra;
- Questionar se sabe quem são os familiares que o vieram visitar.

Executar terapia de validação

- Ser ouvido e respeitar as suas vontades;
- Promover expressão de sentimentos.

Ensinar cuidador sobre medidas de segurança face à confusão

- Ensinar como orientar;
- Ensinar como validar o que a pessoa está a viver;
- Incentivar a trazer fotografias ou objetos significativos.

Implementar medidas de segurança face à confusão

- Perceber qual a preocupação ou desconforto;
- Atuar perante o expresso pela pessoa,
- Falar de forma calma;
- Proporcionar segurança e tranquilidade.

Implementar medidas de segurança face à agitação

- Promover ambiente calmo, sem ruído e com pouca luz;
- Manter junto do cliente, as pessoas significativas e que transmitem serenidade;
- Falar pausadamente;
- Utilizar frases simples e curtas;
- Evitar o uso de grades no leito;
- Colocar o nível do leito o mais baixo possível;
- Administrar terapêutica se as medidas farmacológicas não surtirem efeito.

Avaliar evolução da dor

- Vigiar dor através da postura corporal ou gemido.

Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor

- Ensinar sobre ambiente calmo;
- Ensinar sobre técnica de relaxamento;
- Ensinar sobre posição de conforto.

Implementar medidas de segurança face ao comportamento agressivo

- Comunicar com empatia e em tom baixo;
- Perceber qual a preocupação ou desconforto;
- Tranquilizar a pessoa;
- Perceber o comprometimento da memória e pensamento;
- Evitar o uso de grades.

Executar técnica de relaxamento

- Executar massagem se a pessoa aceitar.

Ensinar cuidador sobre estratégias de orientação para a realidade

- Ensinar a orientar de forma suave;
- Ensinar a importância do uso do relógio, pela manhã abrir os estores, no período noturno, o uso, apenas de uma luz de presença.

Ensinar cuidador sobre medidas de segurança durante os episódios de comportamento agressivo

- Explicar algumas medidas de segurança, nomeadamente, não contrariar, falar em tom baixo e manter uma distância de segurança.

Avaliar evolução do comportamento agressivo

- Vigiar irritabilidade;

Planear eliminação intestinal

- Administrar bisacodilo retal caso não dejecte num período de 3 dias;
- Em situação de últimos dias ou horas, apenas planear se a pessoa mostrar sinais de desconforto abdominal.

Ensinar cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal

- Ensinar sobre a importância de vigiar a eliminação intestinal.

Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico

- Vigiar alterações no tecido aquando da administração da terapêutica;
- Vigiar integridade do cateter.

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico

- Proceder a desinfeção do local de inserção a cada 3 dias ou se local com conteúdo hemático e penso desadaptado;
- Vigiar local de inserção do cateter venoso periférico.

Avaliar evolução de sinais de obstipação

- Vigiar eliminação intestinal.

Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

- Promover ambiente calmo;
- Proporcionar técnica de relaxamento;
- Assistir no posicionamento para o decúbito de preferência.

Avaliar evolução de angústia

- Vigiar sinais de inquietude;
- Vigiar sinais de isolamento.

Implementar estratégias no alívio de angústia

- Promover controlo sintomático;
- Conversar sobre bons momentos vividos em família;
- Incentivar a presença de familiares.

Avaliar evolução de cansaço

- Vigiar momentos de desinteresse nas atividades diárias de sua preferência.

Implementar estratégias no alívio do cansaço

- Instruir a cumprir com alternância de alguma atividade e repouso.

Implementar estratégias preventivas de delirium

- Mobilizar;
- Normalização do ciclo sono-vigília;
- Hidratar;
- Controlar sintomatologia;
- Usar protocolos de orientação como por exemplo: relógio, janela e calendário.

Implementar estratégias não farmacológicas na gestão de delirium

- Tratar o doente pelo nome;
- Promover comunicação, nomeadamente, explorar medos e angústias;
- Planear rotina diária;
- Identificar causas precipitantes;
- Proporcionar descanso noturno;
- Promover autonomia, incentivar a execução de tarefas simples, se possível;
- Incentivar a presença da família.

Gerir medicação

- Identificar qual a terapêutica com maior eficácia no controlo do delirium.

Avaliar evolução da consciência

- Vigiar consciência.

Avaliar evolução da ventilação

- Vigiar ventilação.

Tratar membrana mucosa

- Remover as placas destacadas;
- Humedecer mucosa oral;
- Aplicar colutório (nistatina + lidocaína + bicarbonato de sódio) na cavidade oral com recurso a a bastão;
- Aplicar batom de cieiro a nível labial.

Avaliar evolução da temperatura corporal

- Vigiar temperatura corporal.

Avaliar evolução da limpeza da via aérea

- Vigiar estertor;
- Vigiar uso de musculatura acessória de respiração.

Avaliar evolução da integridade dos tecidos

- Vigiar integridade dos tecidos;
- Hidratar com creme hidratante toda a superfície corporal.

Otimizar cateter urinário

- Vigiar permeabilidade do cateter urinário.

Avaliar evolução de sinais de infeção do sistema urinário

- Vigiar urina.

Avaliar evolução de líquidos eliminados

- Vigiar líquidos eliminados.

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter subcutâneo

- Vigiar local de inserção do cateter subcutâneo.

Avaliar evolução da administração pelo cateter subcutâneo

- Vigiar alterações no tecido aquando da administração da terapêutica.

Aplicar óleo

- Aplicar corpitol nas proeminências ósseas.

4. CASO 2

9539_2_PM_2

4.1. Enquadramento teórico

Cenário

Cliente do sexo masculino, 57 anos, casado e com duas filhas, com quem reside. A cuidadora informal é a esposa. Necessita de ajuda de pessoa na satisfação do autocuidado. Autônomo na alimentação e marcha, ainda que lentificada.

Antecedentes pessoais: adenocarcinoma do cólon sigmoide com carcinomatose peritoneal; metastização hepática; hipertensão; fibrilhação auricular paroxística; quimioterapia de 2020 a 02/2023 e paracentese a 03/2023.

O cliente é seguido por oncologia, tendo sido o seu médico assistente quem efetuou a referência para CP.

Primeira consulta de CP a 29/03/2023, acompanhado pela esposa e as duas filhas. Com marcha autónoma, recusava o uso de cadeira de rodas. Foi aplicada a escala ESAS e os principais sintomas identificados foram: intolerância à atividade/fadiga, sonolência diurna, insónia, anorexia e obstipação. Foi reajustada a terapêutica.

A 07/04/2023, contato telefónico da esposa para a UCP por agravamento do estado geral. Com indicação para internamento, tendo aceite.

À admissão, cliente mostrava-se calmo, consciente e orientado nas três dimensões. Apresentando maior fragilidade, mais emagrecido, dificuldade na transferência e mobilidade. Realizou análises sanguíneas.

Durante o internamento com agravamento franco do estado, com dor abdominal com irradiação para a lombar, intolerância à atividade, anorexia, náuseas, xerostomia, obstipação, insónia, ansiedade, angústia espiritual e *delirium*.

O cliente diariamente pedia para ter alta, pois a sua vontade era morrer em casa. Foi realizada CF com intuito de perceber a posição da família perante a vontade expressa do seu ente querido. Nesta estiveram presentes, ECSCP, médica da UCP, enfermeira, psicóloga, assistente

social, esposa, filhas, irmão mais velho do cliente e sobrinha enfermeira. Conclui-se que a família queria concretizar a sua vontade, tendo sido decidido a alta. Articulou-se com a ECSCP para admitirem o cliente, pois era exetável que este e a família necessitassem de apoio diário.

Tem alta para o domicílio com indicação da fisioterapia para uso de andarilho.

Em contexto domiciliário manteve agravamento do quadro de sintomatologia, principalmente do *delirium* e de angústia espiritual. A família ajustada à terminalidade para breve, porém com sinais evidentes de angústia. A filha mais velha teve um papel crucial na prestação de cuidados e gestão do regime medicamentoso. Durante o dia, o cliente dormia, não conseguia se alimentar, adormecia mesmo quando conversavam com ele, perdia o foco de atenção com muita facilidade. No período noturno com comportamento de agitação, insónia e confusão. A nível da satisfação do autocuidado encontrava-se totalmente dependente. Foram realizados ensinamentos sobre posicionamentos de conforto, transferências, alimentação, vigilância de eliminação vesical e intestinal, planeamento sono, regime medicamentoso, estratégias não farmacológicas e farmacológicas na gestão do *delirium* e angústia. Numa visita domiciliária constatou-se que o cliente já não urinava há mais de 24h e com aparente globo vesical, tendo sido algaliado. O cliente, durante muitos anos, pertenceu à comissão de festas da sua paróquia, portanto com grande ligação à religião. Foi proporcionada visita assídua do padre da paróquia e aceitou cumprir com o sacramento da unção. O cliente, a esposa e as filhas tiveram apoio da equipa de apoio psicossocial no domicílio.

Enquadramento

As trajetórias de doença apresentam extrema relevância, pois são estas que nos indicam o percurso do declínio, a direção da doença até à morte e a velocidade da progressão da doença. Existem cinco trajetórias de doença, sendo estas, morte súbita, doença terminal, falência de órgãos, fragilidade e acontecimento catastrófico. A doença com uma trajetória terminal deve ter um plano de cuidados antecipado e de CP, especialmente desde o diagnóstico. Geralmente, ainda há tempo de se preparar as várias dimensões, nomeadamente, mental, emocional e espiritual, e também os familiares e profissionais de saúde tomarem conhecimento das preferências e decisões da pessoa. Ao longo de todo o processo de doença até à morte, os CP objetivam o conforto, melhoram a capacidade de lidar com toda a situação na gestão dos efeitos dos tratamentos, e apoiam a família até mesmo para além da morte do seu ente querido. Um dos obstáculos da trajetória de doença terminal é a renitência das pessoas e dos cuidadores em aceitarem a transição das estratégias curativas para uma abordagem paliativa (Ballentine, 2018).

A equipa interdisciplinar presta cuidados integrados centrados em princípios éticos com um planeamento prévio de cuidados. Não aceleram nem prolongam o processo de morrer. Em CP a

pessoa contribui ativamente nos processos de comunicação e de tomada de decisões, são garantidos determinados princípios, tais como o respeito pela sua autonomia, crenças, valores e direitos. A família e os cuidadores estão efetivamente envolvidos na prevenção das crises, uma equipa interdisciplinar dota-os de capacidades e apoia-os no luto (SNS, 2021).

De acordo com o SNS (2021), “Cuidados Paliativos são um direito humano reconhecido; contribuem para melhorar a qualidade de vida das pessoas (adultas/crianças) e suas famílias quando confrontados por uma doença avançada, progressiva e incurável que limita a sua esperança de vida”.

No caso clínico em estudo, convém salientar a equipa prestadora de cuidados individualizados e humanizados que concebe um plano de cuidados, tendo por base uma tomada de decisão partilhada. Esta equipa é a ECSCP.

Segundo a Lei de Bases dos CP (Lei n.º 52/2012, p. 5122), as equipas locais de CP estão definidas em UCP, EIHS CP e em ECSCP.

Uma ECSCP “a) presta cuidados paliativos específicos a doentes que deles necessitam e apoio às suas famílias ou cuidadores, no domicílio, para os quais seja solicitada a sua atuação; b) presta apoio e aconselhamento diferenciado, em cuidados paliativos, às unidades de cuidados de saúde primários, nomeadamente às unidades de cuidados na comunidade e às unidades e equipas da rede nacional de cuidados continuados e integrados; c) assegura formação em cuidados paliativos dirigida às equipas de saúde familiar do centro de saúde e aos profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários.”

Doença Oncológica

A Comissão Europeia (2023) refere que, nos países da União Europeia, o cancro é a segunda principal causa de mortalidade, após as doenças do foro cardiovascular. Anualmente, “2,6 milhões de pessoas são diagnosticadas com cancro e mais de 1.2 milhões de pessoas morrem devido à doença”.

O cancro ou tumor maligno é o termo médico usado para se referir a um amplo conjunto de doenças caracterizadas por um crescimento anormal e descontrolado das células, que frequentemente resulta uma massa denominada tumor. Através das alterações genéticas que as células cancerígenas vão sofrendo, estas apresentam-se irregulares e crescem de forma desequilibrada, resultando, por vezes, em tumores que atingem os tecidos ou os órgãos vizinhos (SNS, 2022)

O National Cancer Institute (NCI) (2022) estima 106.970 novos casos de cancro do cólon e 52 550 mortes por cancro colorretal (CCR) nos Estados Unidos da América em 2023. Segundo a Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (2023), o CCR é um tipo de cancro com elevada

incidência. Em Portugal consta ser o segundo mais frequente nas mulheres, tal como nos homens. Em termos de mortalidade ocupa o primeiro lugar.

De acordo com o estudo de Lilia et al. (2023), o cancro do colón representou 2/3 dos casos (67,8%) e o do reto 1/3 dos casos (32,2%). A população estudada possui idades compreendidas entre os 24 e os 90 anos de idade, e salienta-se que a faixa etária mais atingida foi entre os 50-60 anos (27,5%). Na amostra, 56% diz respeito aos doentes do sexo masculino e 44% do sexo feminino. Em termos de antecedentes verificou-se que 17% das pessoas apresentavam história de cancro na família e 8,5% apresentavam história de CCR na família. Apenas no sexo masculino constatou-se o consumo de tabaco com uma percentagem de 34,9%, ao passo que o consumo de álcool foi raramente registado. Relativamente à sintomatologia, esta consistia em perda de peso (47,65%), astenia (37,28%), anorexia (12,71%), alterações do trânsito intestinal (alternância de diarreia/obstipação) (21,18%).

O CCR é o terceiro cancro com maior prevalência a nível mundial e o segundo cancro mais mortal em todo o mundo. A incidência do cancro colorretal afetou mais de 1,9 milhões de pessoas e 935.173 mortes. O número de casos entre o sexo masculino atingiu os 55% e as mulheres 45%. A maioria dos casos de cancro colorretal geralmente são detetados em estadios avançados e com metastização hepática. A metastização é a principal causa de morte referente ao cancro colorretal. O local mais frequente de disseminação é o fígado e 50% das pessoas com este tipo de cancro vão apresentar metastização hepática. Considera-se que o aparecimento do cancro colorretal com metastização hepática deve-se a inúmeros fatores, nomeadamente a idade, o sexo, a genética, história clínica, a localização do tumor primário, o tipo de doença e o estilo de vida (Zheng et al., 2022).

A metastização hepática do cancro do colón é frequentemente assintomática. Contudo, é um preditor de mau prognóstico, tornando-se importante reconhecer os doentes com elevado risco de metastização hepática. A invasão direta, disseminação hematogénica e disseminação linfática são as vias metastáticas do cancro do colón. Os locais com aparecimento mais frequente de metastização do cancro do colón são a nível hepático, pulmonar, ósseo e cerebral. Os autores ainda referem que a coexistência de metastização hepática e pulmonar é frequente, pois as duas são provocadas por disseminação hematogénica (Gao et al., 2023).

De acordo com Macrae et al. (2023), os doentes com CCR podem manifestar-se de três maneiras diferentes: sintomas e/ou sinais suspeitos, rastreio de rotina (pessoas assintomáticas) e em regime de urgência por obstrução intestinal, perfuração ou hemorragia gastrointestinal aguda.

A sintomatologia do CCR ocorre por causa do crescimento tumoral para o lúmen ou para as estruturas próximas, podendo atingir vasos sanguíneos ou linfáticos, daí, a probabilidade de aparecimento de metástases noutros locais ser elevada. Mais de 95% dos cancros do colón e do reto são classificados como adenocarcinomas. A apresentação sintomática geralmente indica

um CCR relativamente avançado. Relativamente aos sintomas/sinais do tumor localizado, estão incluídos: hematoquezia ou melena, dor abdominal, anemia por défice de ferro e/ou mudança dos hábitos intestinais. Como sintomatologia menos frequente, a distensão abdominal, náuseas e vômitos, podendo se tratar de uma obstrução. A mudança dos hábitos intestinais é um sintoma de manifestação mais frequente nos CCR do lado esquerdo comparativamente ao lado direito. A hematoquezia com aparecimento mais recorrente no CCR retossigmoide. Aquando do diagnóstico, os doentes que apresentam sintomas possuem doença mais avançada e um mau prognóstico (Macrae et al., 2023; Lilia et al., 2023).

O diagnóstico de um CCR é realizado a partir do exame histológico de uma biópsia feita durante uma colonoscopia ou de uma amostra cirúrgica. Quando se suspeita deste tipo de cancro, o doente deve realizar colonoscopia ou colonografia por TAC. A colonoscopia é o exame diagnóstico mais adequado para o CCR, pela acessibilidade de localizar e de realizar a biópsia às lesões ao longo do intestino grosso, identificar neoplasias síncronas e excisão de pólipos (Macrae et al., 2023).

O estadio da doença está relacionado com a extensão do cancro, especificamente com o tamanho do tumor e se existe noutras partes do corpo. O sistema de estadiamento TNM é o mais utilizado e permite fornecer informações sobre a localização do tumor e o tamanho, se há disseminação para os gânglios linfáticos próximos e para outras partes do corpo. O T indica o tamanho e a extensão do tumor principal (tumor primário). O N indica a existência de cancro nos gânglios linfáticos próximos. O M refere-se se existe ou não metastização (NCI, 2022).

O tratamento do cancro do colón com metastização hepática consiste na resseção cirúrgica, quimioterapia ou radioterapia (Gao et al., 2023). Nos doentes que apresentam doença metastática incurável, a palição cirúrgica pode proporcionar benefícios no controlo de sintomas de obstrução e hemorragia do tumor primário. Para os doentes que não são elegíveis para a resseção do tumor primário, podem-se considerar alternativas de tratamento, como um desvio proximal, colocação endoluminal de um stent metálico ou ablação a laser no caso de tumores não obstrutivos. Estes devem ser seguidos por uma equipa multidisciplinar (Bednarski, 2023).

O cancro do colón caracteriza-se por ser um cancro altamente maligno de evolução rápida e com mau prognóstico, muitos dos casos com necessidade de CP (Qiao et al., 2023).

Delirium

Evidência científica como descrita no caso 1.

Cuidador/Família

Os cuidadores e as famílias são cruciais no cuidado à pessoa portadora de doença avançada no domicílio. Atualmente, o número de pessoas que desejam morrer em sua casa está a aumentar. Estima-se que, até 2030, vão existir 21,5 milhões de cuidadores informais com idade superior a 25 anos a cuidarem num período de pelo menos 20h semanais, e 10,9 milhões de cuidadores informais a cuidarem num período de, pelo menos, 35h semanais. A relevância do cuidador familiar prestar cuidados em casa está a tornar-se cada vez mais evidente (Teixeira et al., 2016).

A família possui um papel de grande importância na vida das pessoas com cancro, pois é uma estrutura para as perdas e limitações que advirão da condição de doença. É fundamental os familiares estarem presentes, participarem nos cuidados e apoiarem no conforto físico e psicológico do seu familiar doente. A família que cuida sofrerá diversas alterações na sua vida, pelo que se torna imprescindível o apoio pela equipa de CP (Ramalho et al., 2018). Os cuidadores familiares que prestam cuidados a pessoas com cancro avançado e que se confrontam com o fim da vida, podem apresentar angústia significativa. Raros são os estudos que abordam as preocupações espirituais e existenciais dos cuidadores familiares. O apoio à família é um dos pilares dos CP, portanto, a equipa de CP deve prestar assistência aos cuidadores familiares durante todo o processo de doença da pessoa e no luto. Os cuidadores familiares de pessoas com cancro avançado experienciam níveis de angústia pela prestação de cuidados, pela incerteza do percurso da doença e pelo tempo de vida restante. Estes ainda podem apresentar sobrecarga associada a sintomas como depressão, ansiedade e somatização. Os cuidadores familiares deparam-se, também, com inúmeras perdas, como existenciais, práticas, pessoais, relacionais e sociais e na perda do seu familiar doente. Os familiares de uma pessoa com cancro avançado em fim de vida podem ter necessidades espirituais e preocupações existenciais, estando estas últimas intimamente relacionadas com a perda de significado e com a angústia sobre o morrer e a morte. Contudo, apesar dos cuidadores familiares apresentarem estas preocupações, não invalida, em nada, a experiência da ligação profunda e sentido de significado com o seu ente querido e objetivo na prestação de cuidados. A espiritualidade abrange o sentimento de conexão a si próprio, aos outros, à natureza e ao sagrado. É um processo dinâmico, que pode despertar com a proximidade da morte, podendo incluir uma luta com questões de significado, sofrimento, esperança, desespero, culpa, valores, crenças religiosas e atitudes. A espiritualidade representa um papel substancial na manutenção da esperança, do conforto e da força (Benites et al., 2021).

De acordo com os autores Özdemir et al. (2020), e os autores Benites et al. (2021), os CP concedem apoio às pessoas e aos cuidadores familiares de forma multidimensional. O objetivo primordial é melhorar a qualidade de vida das pessoas e das famílias, onde conseqüentemente é prestado apoio médico, psicossocial e espiritual.

O cuidador familiar que presta cuidados ao seu ente querido sofrerá alterações na sua vida perante esta nova condição que tem de adaptar. São vários os fatores que ampliam as responsabilidades dos prestadores de cuidados e, assim, alteram os seus papéis na família. Estes fatores são a doença prolongada, natureza da doença ameaçadora de vida, aumento da gravidade e da frequência da sintomatologia, aumento da carga de cuidados, a morbilidade psicológica, a deterioração da vida social e situação económica. O agravamento do estado da pessoa altera negativamente a condição psicológica do cuidador familiar. O estudo revela que assim que os cuidadores começavam a mostrar níveis mais elevados de ansiedade, os sintomas de depressão também se intensificavam. É importante identificar as causas que provocam ansiedade e depressão nos cuidadores familiares durante o período de cuidados. A equipa multidisciplinar deve ser encorajada a explorar as experiências espirituais dos cuidadores para que, assim, possam apoiar o bem espiritual destes. A maioria dos cuidadores familiares não tem os conhecimentos e as competências necessárias para prestar cuidados, por tempo prolongado, aos seus entes queridos, podendo se sentir ansiosos e experimentar níveis elevados de ansiedade, pelo facto como desempenham o seu papel de prestadores de cuidados. Particularmente, os prestadores de cuidados familiares com baixa literacia são afetados negativamente pela dificuldade de acesso a recursos de informação, contribuindo, dessa forma, para a incapacidade de gerirem o stress. Os enfermeiros são os profissionais de saúde que têm melhor posição para prestar apoio emocional e espiritual (Özdemir et al., 2020).

É da responsabilidade dos profissionais de saúde, que prestam cuidados às pessoas e aos seus familiares, fornecer informação exata, pois só assim se consegue atingir melhores resultados. Os profissionais de saúde de CP devem ter formação e utilizar métodos de comunicação terapêutica que se considere os melhores para dar aos cuidadores familiares uma compreensão verdadeira e clara do estado de saúde do seu familiar doente (Özdemir et al., 2020).

A maioria dos doentes deseja receber cuidados e morrer em casa. Sempre que for possível e o doente desejar morrer em casa, deve-se atender a esta vontade, com o apoio de equipas especializadas em CP. Cuidar da pessoa em casa é um desafio para a família que presta os cuidados. Pode ocorrer com frequência, nos cuidadores, o isolamento social, nos quais experimentam níveis elevados de ansiedade e depressão, sobrecarga e *burnout*, problemas de saúde e dificuldades económicas. A fase terminal da doença e a eminência da morte de um dos elementos da família assume-se como uma das fases mais difíceis de enfrentar, com impacto nos elementos e nas relações. Na família podem ser verificadas modificações na dinâmica de organização e funcionamento familiar, modificações nos padrões de comunicação, modificações emocionais, modificações na relação em rede, claudicação familiar e luto antecipatório (Areia et al., 2017).

A família do doente oncológico terminal é um grupo particularmente frágil, necessitando de apoio dos profissionais de saúde, especificamente do foro psicossocial, experienciam níveis de luto significativos que devem ser vigiados, com intuito de prevenção de lutos complicados e

assegurar a adaptação da família à doença e à morte. Também apresentam níveis consideráveis de morbidade psicopatológica. Em contexto domiciliário é fundamental comunicar e trabalhar sobre o prognóstico do doente, promover e manter a esperança, encorajar a partilha de tarefas relacionadas com a prestação de cuidados, de forma a aliviar o cuidador principal. As necessidades da família devem ser identificadas e satisfeitas pelos elementos da equipa multidisciplinar (Areia et al., 2017).

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 57 anos | Masculino

Cuidador

24-04-2023 10:00

Nome do cuidador: P.

Data de nascimento do cuidador: 17-02-1968.

Parentesco: Cônjuge.

Coabita com a pessoa dependente.

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

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

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

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

Capacidade física do cuidador para assistir no erguer-se

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para dar banho

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar na totalidade.

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

Capacidade física do cuidador para posicionar

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para transferir

Dispositivo: Nenhum - suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para vestir/despir: suficiente para assegurar na totalidade.

Família

24-04-2023 10:00

Família nuclear.

Presença de animal doméstico.

Papel do cliente na família: Gestor financeiro.

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-04-24 10:00:00	Espironolactona 100 mg 1x dia (8h)	
2023-04-24 10:00:00	Furosemida 40 mg 2x dia (8h e 12h)	
2023-04-24 10:00:00	Lactitol 10 g Pó solução oral saqueta 2x dia (8h e 12h)	
2023-04-24 10:00:00	Picossulfato de sódio 10 gotas 1x dia (12h)	
2023-04-24 10:00:00	Bisacodilo 10 mg supositório em SOS (a cada 3 dias sem dejetar)	
2023-04-24 10:00:00	Pantoprazol 40 mg 1x dia (8h)	
2023-04-24 10:00:00	Lorazepam 0.5 mg 1x dia (21h)	
2023-04-24 10:00:00	Mirtazapina 15mg 1x dia (21h)	
2023-04-24 10:00:00	Olanzapina 10 mg 1x dia (21h)	
2023-04-24 10:00:00	Trazodona 100 mg 1x dia (21h)	
2023-04-24 10:00:00	Haloperidol solução oral 5 gotas em SOS até 4 tomas (se agitação/insónia)	
2023-04-24 10:00:00	Metoclopramida 10 mg 3x dia (8h/12h/18h)	
2023-04-24 10:00:00	Ondansetrom 4 mg em SOS até 2 tomas (se náuseas/vómitos)	
2023-04-24 10:00:00	Dexametasona 4mg 1x dia (8h)	
2023-04-24 10:00:00	Fosfato de cálcio (caphosol ®) 4x dia (8h/12h/18h/21h)	
2023-04-24 10:00:00	Morfina (Oramorph) solução oral 4 gotas em SOS até 6 tomas (se dor ou dispneia)	
2023-05-03 11:00:00	Perfusão morfina 15mg + midazolam 10mg em 50cc de SF via SC a 2,1cc/h	
2023-05-03 11:00:00	Levomepromazina 6,25mg via SC em SOS até 4 tomas (3º SOS)	
2023-05-03 11:00:00	Midazolam 2mg via SC em SOS até 6 tomas (2º SOS)	
2023-05-03 11:00:00	Haloperidol 2,5mg via SC em SOS até 4 tomas (1º SOS)	
2023-05-03 11:00:00	Butilescopolamina 20mg via SC em SOS até 3 tomas (se farfalheira)	
2023-05-03 11:00:00	Paracetamol 1g via retal em SOS até 3 tomas (se hipertermia)	
2023-05-03 11:00:00	Morfina 2,5mg via SC em SOS até 6 tomas (se dor ou dispneia)	
2023-05-03 11:00:00	Dexametasona 4mg via SC 1x dia	

4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A terapêutica farmacológica e a via devem ter sempre como princípio o de causar o menor sofrimento possível à pessoa. Nas pessoas em CP, que estejam em contexto de internamento ou no domicílio, a via de administração de eleição é a oral, por inúmeras razões, pela eficácia garantida, de administração fácil, boa tolerabilidade, desconforto minimizado, melhor adesão à terapêutica, custo mais baixo, e ainda, por possibilitar algum controlo da pessoa e família (Neto, 2008).

Medidas Farmacológicas

Diuréticos

Espironolactona - utilizado no tratamento da ascite e edema. Pode causar hipercaliémia, confusão, alterações gastrointestinais, câibras musculares e prurido (Infarmed©, 2023).

Intervenções de enfermagem

- Vigiar eliminação vesical;
- Vigiar estado confusional;
- Vigiar alterações gastrointestinais;
- Vigiar câibras musculares;
- Vigiar prurido.

De acordo com o caso clínico em estudo, o cliente cumpre com esta terapêutica pela ascite volumosa e edema presente nos membros inferiores com extensão para a região lombar.

Furosemida - utilizado no tratamento de retenção de líquidos. Pode causar sede, confusão, câibras musculares e alterações gastrointestinais (Infarmed©, 2023).

Intervenções de enfermagem

- Vigiar eliminação vesical;
- Vigiar sede;
- Vigiar estado confusional;
- Vigiar alterações gastrointestinais;

- Vigiar câibras musculares.

O cliente cumpre com a supramencionada terapêutica pelo edema e prevenção de outras complicações, nomeadamente prevenção de dispneia, já que apresenta derrame pleural à esquerda.

Laxantes

Lactitol - usado no tratamento sintomático de obstipação. Não tem qualquer efeito sobre a insulinemia e os níveis de glicose no sangue. Pode ocorrer alterações gastrointestinais (dor abdominal, distensão abdominal, diarreia, flatulência e vômitos) (Infarmed©, 2023).

Intervenções de enfermagem

- Vigiar alterações gastrointestinais.

Segundo o caso clínico, o cumprimento da terapêutica deve-se pelo facto de apresentar trânsito intestinal irregular e com fezes de características duras, por apresentar carcinomatose peritoneal e por cumprir com medicamentos que podem causar obstipação, bem como por apresentar perfil glicémico elevado.

Picossulfato - utilizado no tratamento sintomático da obstipação. Pode causar alterações gastrointestinais, nomeadamente, desconforto abdominal, cólicas abdominais, diarreia, vômitos e náuseas (Infarmed©, 2023).

Intervenções de enfermagem

- Vigiar alterações gastrointestinais.

Perante o caso clínico em estudo, o cumprimento da terapêutica deve-se pelo facto de apresentar trânsito intestinal irregular e com fezes de características duras, cumprir com medicamentos que podem causar obstipação e por apresentar carcinomatose peritoneal.

Bisacodilo - usado no tratamento da obstipação. Pode ocorrer câibras abdominais, dor abdominal, diarreia e náuseas (Infarmed©, 2023).

Intervenções de enfermagem

- Vigiar alterações gastrointestinais.

Esta terapêutica deve ser administrada de 3 em 3 dias, caso o cliente não apresente dejeção

neste período preconizado.

Inibidor Bomba Protões

Pantoprazol - utilizado no tratamento da doença refluxo gastroesofágico e dos sintomas associados. Ocasionalmente pode ocorrer diarreia, obstipação, flatulência (Infarmed©, 2023).

Intervenções de enfermagem

- Vigiar alterações gastrointestinais.

O cliente faz a terapêutica supramencionada, pois, por vezes, apresenta episódios de refluxo.

Benzodiazepinas

Lorazepam - utilizado no tratamento da ansiedade e /ou indução ou manutenção do sono. Pode causar sonolência e incoordenação motora, alteração da memória a curto prazo, confusão, depressão, vertigem, alterações gastrointestinais e alterações visuais (Infarmed©, 2023).

Intervenções de enfermagem

- Vigiar sonolência;
- Vigiar alterações gastrointestinais;
- Vigiar alterações visuais.

No caso clínico supramencionado, o cliente cumpre com lorazepam para ansiedade (de predominância noturna) e para induzir o sono.

Antidepressivos

Mirtazapina - utilizado no tratamento da depressão, contudo, em algumas vezes, a sua prescrição prende-se pelos efeitos secundários, sendo estes o aumento do apetite e sonolência. Também pode ocorrer cefaleias, boca seca, tremores e alterações gastrointestinais (Infarmed©, 2023).

Intervenções de enfermagem

- Vigiar sonolência;
- Vigiar apetite;
- Vigiar cefaleias;

- Vigiar boca seca;
- Vigiar tremores;
- Vigiar alterações gastrointestinais.

Perante o caso clínico, a administração da terapêutica devia-se pelos efeitos, especialmente do aumento do apetite e sonolência, dado que o cliente referia falta de apetite e insónia.

Trazodona - utilizado no tratamento da depressão. Pode ocorrer anorexia, aumento do apetite, alterações gastrointestinais e perturbações do foro psiquiátrico (ansiedade, agitação, estado de confusão e desorientação) (Infarmed©, 2023).

Intervenções de enfermagem

- Vigiar apetite;
- Vigiar alterações gastrointestinais;
- Vigiar perturbações do foro psiquiátrico.

Com a administração da trazodona pretendia-se sono regularizado e aumento do apetite, já que segundo o cliente, o apetite e o sono eram classificados como sendo uns dos piores problemas.

Antipsicóticos

Olanzapina - utilizado para o tratamento de alterações de comportamento, agitação, insónia, soluços intratáveis, dor neuropática, dor abdominal, alergia e prurido. Pode ocorrer efeitos extrapiramidais, sedação, hipotensão ortostática, alterações gastrointestinais (Infarmed©, 2023).

Intervenções de enfermagem

- Vigiar sonolência;
- Vigiar efeitos extrapiramidais;
- Vigiar estado de consciência;
- Vigiar alterações gastrointestinais.

No caso clínico em estudo, o cliente cumpre com olanzapina para a insónia.

Haloperidol - utilizado no tratamento da agitação, delírio/confusão, náuseas, vômitos e oclusão

intestinal. Pode causar hipotensão ortostática, sedação, sonolência, obstipação e efeitos extrapiramidais (discinesias) (Infarmed©, 2023).

Intervenções de enfermagem

- Vigiar sonolência;
- Vigiar efeitos extrapiramidais;
- Vigiar estado de consciência;
- Vigiar trânsito intestinal.

Perante o caso clínico, o cliente tem prescrito haloperidol em SOS para a insónia.

Opioides

Morfina (oramorph) - utilizado no tratamento da dor intensa e dispneia. Pode causar náuseas, vômitos, obstipação, sedação, confusão, mioclonias, prurido, sudorese, cefaleias, tonturas, alterações do humor, inquietação e depressão respiratória (Infarmed©, 2023).

Intervenções de enfermagem

- Vigiar eliminação intestinal e vesical;
- Vigiar mioclonias;
- Vigiar prurido;
- Vigiar sonolência;
- Vigiar confusão;
- Vigiar sonolência;
- Vigiar xerostomia.

O cliente tem prescrito morfina em SOS, no caso de apresentar dispneia ou dor de intensidade moderada a grave.

Antieméticos

Metoclopramida - usado no tratamento das náuseas e vômitos. Pode ocorrer efeitos extrapiramidais (Infarmed©, 2023).

Intervenções de enfermagem

- Vigiar náuseas e vômitos;
- Vigiar efeitos extrapiramidais.

O cliente cumpre com metoclopramida de horário às três refeições como forma de prevenir náuseas e vômitos.

Ondansetron - utilizado na prevenção de náuseas e vômitos. Pode causar obstipação, cefaleias e soluços (Infarmed©, 2023).

Intervenções de enfermagem

- Vigiar náuseas e vômitos;
- Vigiar obstipação;
- Vigiar cefaleias;
- Vigiar soluços.

De acordo com o caso clínico tem prescrição de ondansetron em SOS.

Corticóides

Dexametasona - utilizado na redução da inflamação. Em situações pontuais: obstrução de via aérea, linfangite carcinomatosa, síndrome da veia cava superior, pneumonite rádica, exacerbações de DPOC. É um estimulante do apetite, anti-edematoso, oclusão intestinal, anti-hemético e adjuvante analgésico. Pode causar perturbação do sono, diabetes, suscetibilidade às infecções (sobretudo candidíase oral) e úlcera péptica (Infarmed©, 2023).

Intervenções de enfermagem

- Vigiar xerostomia;
- Monitorizar glicémia capilar 1xdia;
- Vigiar apetite;
- Vigiar náuseas e vômitos;
- Vigiar sono;
- Vigiar mucosa oral;
- Vigiar edema.

O cliente no caso clínico em estudo cumpre com a terapêutica com o intuito de reduzir o edema,

ascite, como estimulante do apetite e antiemético.

Fosfato de Cálcio (Caphosol®) - usado no tratamento de xerostomia e na prevenção de mucosite oral (Infarmed©, 2023).

Intervenções de enfermagem

- Vigiar xerostomia;
- Vigiar cavidade oral.

O cliente cumpria com caphosol devido à xerostomia, de forma a aliviar o desconforto percebido e evitar mucosite.

Sessão 03/05/2023

A terapêutica: dexametasona, midazolam, levomepromazina, haloperidol, paracetamol, butilescopolamina e morfina. As indicações e vigilâncias mencionadas no caso 1 e, também neste caso, na 1ª sessão.

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Sondas, Drenos e Cateteres

03-05-2023 11:00

Cateter urinário

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

Características do dispositivo: foley nº 14.

Intervenções de Enfermagem

03-05-2023 11:00 - Avaliar evolução de sinais de infeção do sistema urinário [Na hora da visita domiciliária]

03-05-2023 11:00 - Otimizar cateter urinário [Na hora da visita domiciliária]

Cateter subcutâneo

Localização do cateter subcutâneo

Braço Direita(o)

Características do dispositivo: 24G.

Braço Esquerda(o)

Características do dispositivo: 24G.

Capacidade do cuidador para otimizar cateter subcutâneo: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Autoeficácia do cuidador para otimizar cateter subcutâneo: facilitadora.

Localização do cateter subcutâneo em ambas as coxas - 24G

Conhecimento do cuidador para administrar medicação via subcutânea

Intervenções de Enfermagem

03-05-2023 11:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter subcutâneo [Na hora da visita domiciliária]

03-05-2023 11:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter subcutâneo [Na hora da visita domiciliária]

03-05-2023 11:00 - Otimizar cateter subcutâneo [Na hora da visita domiciliária]

03-05-2023 11:00 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter subcutâneo [Na hora da visita domiciliária/caso se justifique]

03-05-2023 11:00 - Trocar cateter subcutâneo [Na hora da visita domiciliária/caso se justifique]

03-05-2023 11:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [Na hora da visita domiciliária]

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para otimizar cateter subcutâneo

Intervenções de Enfermagem

03-05-2023 11:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para otimizar cateter subcutâneo [Na hora da visita domiciliária]

03-05-2023 11:00 - Instruir cuidador a administrar medicação via subcutânea [Na hora da visita domiciliária]

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

Os aspetos sobre o cateter subcutâneo referidos no caso 1.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
24-04-2023 10:00	Apetite	03-05-2023 11:00
24-04-2023 10:00	Dor	
24-04-2023 10:00	Mucosas	
24-04-2023 10:00	Pele	
24-04-2023 10:00	Sono	03-05-2023 11:00
24-04-2023 10:00	Emoção	03-05-2023 11:00
24-04-2023 10:00	Memória	03-05-2023 11:00
24-04-2023 10:00	Virar-se	03-05-2023 11:00
24-04-2023 10:00	Erguer-se	03-05-2023 11:00
24-04-2023 10:00	Transferir-se	03-05-2023 11:00
24-04-2023 10:00	Sentar-se	03-05-2023 11:00
24-04-2023 10:00	Cuidar da higiene pessoal	03-05-2023 11:00
24-04-2023 10:00	Vestir-se ou despir-se	03-05-2023 11:00
24-04-2023 10:00	Andar	03-05-2023 11:00
24-04-2023 10:00	Alimentar-se	03-05-2023 11:00
24-04-2023 10:00	Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado	
24-04-2023 10:00	Eliminação intestinal	
24-04-2023 10:00	Eliminação urinária	
24-04-2023 10:00	Conservação de energia	03-05-2023 11:00
03-05-2023 11:00	Consciência	
03-05-2023 11:00	Sistema respiratório	
03-05-2023 11:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
03-05-2023 11:00	Termorregulação	

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

Percepção Sensorial

Apetite

Nas pessoas com doença avançada e com a proximidade com a morte é previsível que surja uma panóplia de alterações que estão relacionadas com o fim de vida. A pessoa torna-se cada vez mais debilitada, o que trará consequências na satisfação das atividades de vida. As alterações a nível alimentar são um dos principais problemas. Com o passar do tempo, a doença progride e todos os intervenientes com a pessoa doente, nomeadamente os familiares e profissionais de saúde verificam uma degradação constante do estado da pessoa, maior fraqueza, mobilidade comprometida ou mesmo confinamento ao leito, frequentes períodos de sonolência, capacidade de resposta bastante diminuída, atenção reduzida, desorientação, dificuldade na deglutição, perda de apetite, náuseas, vômitos, xerostomia e mucosite que

provocam sofrimento à pessoa e família. A diminuição da ingestão por via oral é um problema de fim de vida e piora em situação de últimos dias/horas. Os fatores que levam à diminuição da ingestão oral são: a anorexia, a síndrome de caquexia, a perda de peso, a perda da vontade de se alimentar e a fraqueza generalizada. A recusa de alimentos, quer sejam sólidos quer sejam líquidos por parte da pessoa doente gera uma grande preocupação aos familiares, pois estes relacionam o não se alimentar ao agravamento e à morte do seu ente querido (Alves et al., 2021).

São várias as alterações na alimentação das pessoas com doença avançada e em CP, sendo estas a perda do paladar, a dificuldade em deglutir, digerir e absorver os alimentos. Em CP, tendo em conta o apoio da Nutrição e equipa multidisciplinar, trabalha-se a possibilidade da pessoa não se alimentar. Esta intervenção é tomada com vista o conforto da pessoa, porém, na maioria das vezes perturba a família (Amorim & Silva, 2021).

Perante o caso clínico, o cliente recusava se alimentar por não ter fome, pela fraqueza, perda de paladar e boca seca. Por vezes, a seu pedido, eram fornecidos líquidos de sua preferência (água e sumo de maçã à temperatura ambiente, pois se frescos referia sensação de “peso” e desconforto a nível gástrico). A família mostrava-se muito preocupada com a diminuição da ingestão. Contudo, a cada visita domiciliária foi trabalhada esta questão e o próprio doente vincava a sua vontade junto dos seus familiares, que estes acabaram por aceitar.

Dor

A dor para as pessoas com doença oncológica é um dos sintomas que mais provoca medo. Esta tem um papel preponderante nas suas vidas, pois afeta a vida psicossocial e diminui consideravelmente a qualidade de vida da pessoa. O sintoma mais frequente entre as pessoas com doença maligna é a dor. Mais de 1/3 das pessoas referem apresentar dor associada ao cancro, dificultando a atividade adequada, ou é um aspeto intolerável da doença. A sobrecarga da doença oncológica e da dor que a acompanha atinge as próprias pessoas, mas também tem um elevado impacto na vida dos seus familiares mais próximos. “A dor associada ao cancro deve ser considerada um fenómeno complexo associado à interação entre as células cancerosas e as dos diferentes sistemas, incluindo o nervoso e o imunitário” (Marzec et al., 2021, p. 146). A dor nas pessoas com doença oncológica tem as seguintes causas: as induzidas pelo cancro e as induzidas pelo tratamento. A principal medida no controlo da dor é a farmacológica que se centra nos opióides. Outras terapêuticas como os anti-inflamatórios não esteroides, os analgésicos adjuvantes, tal como, os glucocorticosteroides, antidepressivos e os anticonvulsivantes, também são frequentemente usados. Os opioides provocam o seu efeito analgésico conectando-se aos recetores opioides (Marzec et al., 2021).

O tratamento farmacológico eficaz vai depender da escolha das terapêuticas, assim como da

administração adequada e da adaptação das doses, tendo em conta as necessidades da pessoa. É extremamente importante a otimização do tratamento, por forma a se obter efeitos positivos na pessoa e reduzindo o risco dos efeitos secundários. As medidas não farmacológicas de alívio da dor também são dignas de se pôr em prática, porém o seu objetivo é apoiar as medidas farmacológicas e não as substituir. Quanto às estratégias não farmacológicas salienta-se o apoio e a ajuda da família e amigos, reuniões com o psicólogo ou o padre, apoio através do testemunho de pessoas com cancro que gerem a dor com eficácia. A dor nunca ocorre de forma isolada, apesar de ser o sintoma mais frequente no cancro, sendo, assim, crucial melhorar a qualidade de vida das pessoas reduzindo a intensidade de outros sintomas (Marzec et al., 2021).

É fundamental recorrer ao uso de escalas e questionários para se realizar uma avaliação adequada e precisa da dor e do grau de eficiência, bem como a introdução ao tratamento adequado (Marzec et al., 2021).

A dor, muitas vezes é tratada clinicamente como um fenómeno unidimensional. Porém, a experiência total da dor em fim de vida é afetada por inúmeros domínios, nos quais incluímos as influências mentais, emocionais, espirituais, étnicos e socioculturais. Torna-se importante reconhecer a ligação entre estes domínios e a dor, para que esta última não seja subtratada, pois só assim é possível que a pessoa experiencie e alcance uma “boa” morte e a família também. Em fim de vida, a dor controlada é classificada como uma das causas mais relevantes de uma boa morte para todos os intervenientes. Contudo, a dor é um sintoma preocupante e com registo de prevalência em fim de vida, referido por até 94% dos doentes nos últimos dias ou meses de vida (Robinson et al., 2022).

O doente apresentava dor controlada, mas por vezes com necessidade da família recorrer ao SOS de morfina com eficácia (de salientar a predominância dos episódios de dor no período noturno). Contudo era notório que a sua dor ia para além do domínio físico, afetando outros domínios. Por norma cumpria com 1 ou 2 SOS de morfina diários.

Mucosas

“A xerostomia é a experiência subjetiva de ter a boca seca, tipicamente associada à hipossalivação” (Hammond et al., 2023, p. 46). A sede e a xerostomia podem ser sentidos de forma isolada, ou seja, é possível sentir sede mesmo quando a cavidade oral se encontra húmida ou ter a boca seca quando hidratada. Contudo, as duas experiências encontram-se interligadas, pois a sensação de boca seca aumenta, muito frequentemente, a sede, exacerbando o estímulo para beber. A redução da ingestão oral e a desidratação despoletam na pessoa a sede e a sensação de boca seca. Com o aproximar dos últimos dias de vida, é normal o não comer e o não beber. As causas são multifatoriais e estão associadas as alterações da consciência, disfagia, anorexia-caquexia e desidratação, bem como a medicamentos

anticolinérgicos, radioterapia e cuidados orais precários. A ingestão oral diminuída também pode provocar a hipossalivação e xerostomia (a produção de saliva é ativada por fatores mecânicos) (Hammond et al., 2023).

Os autores Cunha et al. (2022) corroboram com os autores acima mencionados, quando referem que a xerostomia é uma sensação subjetiva de boca seca referida pelas pessoas doentes. Esse sintoma traz repercussões a vários níveis na vida do doente em CP, afetando as capacidades físicas, psicológicas, emocionais e sociais, o que o impede de ter qualidade de vida e dignidade. A etiologia da xerostomia é multifatorial, podendo ser de causa iatrogénica, orgânica, funcional e psicogénica. O sintoma xerostomia apresenta uma prevalência entre os 78-88%. É extremamente importante a avaliação da cavidade oral, recorrer ao uso de ferramentas de diagnóstico adequadas e implementar medidas terapêuticas eficazes. É de extrema importância aplicar medidas preventivas, nomeadamente prestar cuidados de higiene e hidratação oral e humidificação do meio. Promover o alívio de sintomas a partir da utilização de medidas farmacológicas, como a utilização de policarpina e o tratamento da causa subjacente e de medidas não farmacológicas tais como a estimulação da produção de saliva e ajuste de dieta. Outra medida inclui formar os cuidadores familiares sobre a xerostomia, por forma a prevenir complicações e promover o alívio de sintomas.

De acordo com o caso clínico, por várias vezes o doente proferiu a sensação de boca seca e sede, apresentando algumas fissuras pouco profundas a nível da língua. Durante as visitas domiciliárias foi reforçada a importância de se realizar uma higiene oral adequada e humedecer a cavidade oral através da passagem com bastão embebido em água fresca e na aplicação de finas lâminas de gelo na cavidade oral, o que conferia alívio e conforto relatado pelo próprio.

Pele

Em fim de vida, a pele, tal como outros órgãos, pode tornar-se disfuncional. O comprometimento da pele deve-se à diminuição da perfusão cutânea e, assim, não é possível manter a sua função normal, ocorrendo alterações inevitáveis. Segundo o estudo, entre 23-95,8% perderam mais de 50% da sua capacidade funcional e encontravam-se com alguma desnutrição. Relativamente à incidência de alterações cutâneas, esta foi de 16.7%. O número de mortes em doentes com alterações cutâneas foi substancialmente mais elevado comparativamente aos doentes que não manifestavam alterações cutâneas. Os doentes com alterações a nível tegumentar apresentavam 17 vezes mais probabilidades de morrer do que sem alterações da pele (Franck & Santos, 2018).

De acordo com Mitchell & Elbourne (2022), o compromisso da pele em fim de vida e as úlceras por pressão diferem na etiologia. As úlceras por pressão são causadas pela pressão, cisalhamento ou fricção contínuas, provocando isquémia local e danos nos tecidos, enquanto o

compromisso da pele em fim de vida está associado à diminuição da perfusão proveniente da disfunção dos vários órgãos que comprometem o funcionamento adequado da pele. As úlceras devem-se a fatores extrínsecos, o compromisso da pele, maioritariamente, por fatores intrínsecos.

Neste caso, a pessoa permanecia por longos períodos ou até mesmo as 24h no leito. Apresentava alterações da pele, nomeadamente a icterícia devido à sua doença, bem como nos últimos dias de vida, a zona plantar e dedos dos pés ligeiramente cianosadas (sem outras alterações dos outros foros, especificamente o respiratório) e região trocantérica direita e sacro com eritema branqueável (decúbito lateral direito, o de sua preferência). Durante a visita domiciliária era observada a pele e instituídas medidas preventivas ao aparecimento de úlceras.

Sono Comprometido

Evidência científica como citada no caso 1.

Perante o caso em estudo, o doente apresentava sonolência diurna, e no período noturno, sono comprometido com agitação, desorientação e confusão. Saliento que foram efetuados vários reajustes a nível da terapêutica do sono, ansiedade e dor, contudo, o período noturno era angustiante para o doente e a família. Em média esgotava os SOS para a ansiedade e insónia.

Emoção

Angústia Espiritual

Quando a pessoa se confronta com o diagnóstico de doença irreversível, surge a angústia. Posto isto, emerge a necessidade de se recorrer à espiritualidade como forma de encarar a doença. O conceito de espiritualidade é multidimensional e assenta no objetivo da procura de significados para a vida e a transcendência, podendo estar ou não associado à fé em Deus ou a uma entidade superior. A espiritualidade centra-se na procura de algum sentido que possa transcender os aspetos associados ao sofrimento, resultante da condição humana. É ainda, uma forma de procurar o autoconhecimento, além da ligação da pessoa a uma força superior e objetivo para a vida (Balduino & Telles, 2019).

De acordo com o estudo de Arriera et al. (2017), para a pessoa que se depara com uma doença terminal e, conseqüentemente, angústia e sofrimento, a espiritualidade é uma ferramenta que desempenha e promove uma maior reflexão e aceitação da morte.

Era evidente a angústia presente no doente em questão. Segundo um dos seus relatos, viveu com esperança até ao momento em que percebeu que a doença agravava, as forças faltavam-lhe e a morte seria certa. Apresentava grande ligação com Deus e com a religião e, por forma a

minimizar a sua angústia e sofrimento, foi sugerido por parte da equipa domiciliária a visita do padre com frequência, bem como a visita dos seus amigos romeiros. O doente também apresentava grande conexão à natureza, além disso era agricultor e tinha funcionários a tratar das suas vinhas e terrenos agrícolas, pelo que foi proposto pela ECSCP, fotografarem e gravarem vídeos para que este pudesse ver como estavam os seus campos. Saliento que estas intervenções foram sentidas/vividas com elevado agrado pelo doente e família.

Ansiedade

A ansiedade adaptativa, com intensidade proporcional à ameaça e com propensão a aliviar gradualmente e progressivamente, quando a ameaça diminui ou cessa. A ansiedade transitória, referida como um medo ou um sentimento de abandono, é uma reação natural e esperada perante as incertezas da doença e da proximidade com a morte. A ansiedade desadaptativa, com a intensidade desproporcional à ameaça e com um aumento anormal dos episódios, intensidade, ou duração dos sintomas do foro físico e psicológico que permanecem mesmo com a diminuição da ameaça (Bernardo et al., 2016).

A etiologia da ansiedade é multifatorial, incluindo fatores de stress psicológico e/ou o impacto neurobiológico da doença grave. Apesar dos dados epidemiológicos variarem, a percentagem de indivíduos com doenças graves limitadoras da vida com alterações de humor e ansiedade rondam os 40% (Sadowska et al., 2023).

Os principais acontecimentos associados à ansiedade podem ser o diagnóstico inicial, continuidade dos sintomas, progressão da doença, mudanças/fim do tratamento, fase terminal da doença e mudanças de papel. Quanto aos fatores predisponentes da ansiedade integram-se os situacionais, medicamentosos, orgânicos, psicológicos e antecedentes psicossociais e espirituais. Para uma boa gestão dos sintomas, o conhecimento das necessidades dos doentes e da família é a primeira atitude a tomar no tratamento da ansiedade (Bernardo et al., 2016).

O doente apresentava episódios de ansiedade, referindo “agonia” no peito, preocupação com a esposa e as filhas, medo de as deixar. Estes sintomas eram de predomínio, fim de tarde e período noturno, cumpria com SOS para a ansiedade e aliviava sintoma.

Luto

De acordo com Barbosa (2016),

O luto é uma resposta característica a uma perda significativa. Trata-se de uma resposta adaptativa a uma experiência de perda de vínculo afetivo que desencadeia um complexo processo dinâmico balanceado de mudança e transformação que envolve dimensões

físicas, psicológicas, comportamentais, espirituais e socioculturais da experiência humana. (p. 553)

É importante salientar dois componentes essenciais relativamente ao luto: a perda e a resposta. A primeira pode ser real ou simbólica, a última incide sobre alguns mecanismos e movimentos que proporcionam uma evolução que tem por base os habituais padrões característicos. A perda significativa está relacionada com o que se deixa de ter e ao qual se dava extremo valor. Quando ocorre uma perda, é certo existir uma mudança, que tem começo num estado de ausência de alguém, de alguma coisa palpável ou não, colocando em movimento reações adaptativas somáticas, afetivas, cognitivas, comportamentais e espirituais, dando-se assim o processo de luto (Barbosa, 2016).

Considera-se luto preparatório, o processo que se desenrola perante as inúmeras perdas irreversíveis que irão suceder a curto e médio prazo. O padrão é o meio que a pessoa em fase terminal irá percorrer perante os vários tipos de perdas relacionadas com a dimensão física, mental, emocional, social e espiritual do desenvolvimento evolutivo de uma patologia e da interação com a família e cuidadores numa situação de uma doença avançada, em que a morte pode estar iminente (Barbosa, 2016).

Perante o caso clínico, o doente teve várias perdas significativas, nomeadamente o papel que desempenhava enquanto pai e marido, autonomia, vida social e perda do significado perante o futuro.

Memória

De acordo com Gonçalves (2023), as pessoas com *delirium* apresentam memória comprometida, essencialmente para factos recentes.

Segundo o caso clínico, o doente apresentava, durante o discurso, falha de memória para acontecimentos recentes.

Confusão

Evidência científica descrita no caso 1.

O doente apresentava episódios de desorientação temporal com agitação e inquietude de predomínio noturno.

Eliminação Intestinal

Obstipação

A obstipação é um dos sintomas com maior frequência em pessoas em CP. Este sintoma é descrito como sendo um sintoma presente em cerca de 50% das pessoas admitidas em unidades de CP, com uma prevalência semelhante (Gonçalves, 2018).

A obstipação é definida por um conjunto de elementos, pelos sintomas, pela forma e consistência do conteúdo fecalóide, pelo número de dejeções por semana, defecação incompleta e pelo parecer da pessoa. O doente com doença progressiva a causa da obstipação é multifatorial, sendo as causas mais relevantes, as tumorais, os fármacos e doenças coexistentes. O tratamento consiste em medidas preventivas e medidas farmacológicas (laxantes) (Gonçalves, 2018).

O doente apresentava obstipação, provavelmente devido à doença e ao uso de determinados fármacos, contudo, a sintomatologia apresentava-se controlada com recurso a laxantes orais e retais, algumas outras medidas profiláticas tornaram-se pouco eficazes e não forneciam conforto.

Eliminação Urinária

Segundo Gonçalves (2023), uma das causas do *delirium* pode ser a retenção urinária. Na avaliação do *delirium* torna-se imprescindível excluir retenção urinária ou de fezes, caso o *delirium* possua início recente.

Foi uma preocupação da equipa vigiar a retenção urinária, tendo em conta o comportamento nos períodos noturnos descrito através dos relatos da esposa e das filhas.

Conservação de Energia

Intolerância à Atividade

De acordo com Radbruch et al., (2008) "A fadiga é definida como uma sensação subjectiva de cansaço, fraqueza ou falta de energia" (p. 15).

A fadiga associada ao cancro define-se como uma sensação subjetiva contínua e perturbadora, que causa exaustão física, emocional, relacionada com a patologia ou com os tratamentos realizados. Esta condição impossibilita ou interfere transtorno na satisfação das atividades de vida diárias (Galvão & Pazes, 2016).

A fadiga clínica é composta por três elementos: cansaço fácil e capacidade reduzida para permanecer a realização de determinada ação, fraqueza generalizada e fadiga mental. Na

pessoa com cancro, a fadiga pode se dividir em duas classificações, a primária e a secundária. A primária é causada pelo tumor, por disfunções a nível central e periférico. A secundária é provocada por alterações metabólicas, comorbilidades e fármacos (Galvão & Pazes, 2016).

A fadiga em pessoas com cancro tem uma prevalência entre 25-96% e em pessoas submetidas a tratamentos de quimioterapia e radioterapia pode atingir os 99% (Galvão & Pazes, 2016).

O doente apresentava fadiga, sintoma que mais o perturbava. Junto da família foi dada a indicação para que permitissem que o seu ente querido executasse algumas tarefas possíveis, nomeadamente levar o copo de água à boca, possibilidade esta que conferia ao doente bastante agrado.

Autocuidado

Evidência científica descrita no caso 1.

Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado

Os cuidadores familiares têm um papel extremamente relevante no apoio às pessoas com doença terminal no domicílio. Os cuidadores familiares desempenham uma panóplia de tarefas domiciliárias ao cuidar do seu ente querido. À medida que o estado do doente terminal, se agrava, a exigência e o nível de necessidades de cuidados também aumenta (Teixeira et al., 2016).

É fundamental realizar uma avaliação precisa do grau e tipo de dependência no autocuidado. O conhecimento da dependência dos doentes em cada área do autocuidado, essencialmente em cada atividade que o satisfaça, permite planear cuidados individualizados, assim como objetivar e implementar intervenções adequadas às necessidades da pessoa dependente (Ribeiro & Pinto, 2013).

O autocuidado pode estar comprometido em caso de doença, envelhecimento, entre outros. Posto isto, a necessidade de autocuidado da pessoa deverá ser superior à capacidade de o executar, sendo este satisfeito com o apoio de familiares, amigos ou profissionais (Ribeiro & Pinto, 2013).

Sessão 03/05/2023

Os domínios identificados nesta segunda sessão são: consciência comprometida, hipertermia, estertor, já evidenciados no caso 1.

4.6. Dados

Consciência

03-05-2023 11:00

Abertura dos olhos: ao estímulo verbal.

Resposta verbal: incompreensível.

Resposta motora: movimento de retirada à dor.

Consciência comprometida

Vômito em jato (Não).

Conhecimento do cuidador sobre vigilância face ao compromisso da consciência: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de aspiração: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de úlcera de pressão: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre planejamento da eliminação intestinal: facilitador.

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

Autoeficácia do cuidador para gerir regime medicamentoso

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Capacidade do cuidador para gerir regime medicamentoso

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Capacidade do cuidador para dar banho

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Capacidade do cuidador para trocar fralda: facilitadora.

Capacidade do cuidador para vestir/despir: facilitadora.

Capacidade do cuidador para posicionar

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para dar banho

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para posicionar

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso

Apetite

24-04-2023 10:00

Apetite diminuído.

Paladar alterado.

Apetite comprometido [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Conhecimento sobre regime dietético: facilitador.

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

Conhecimento sobre autogestão do regime dietético: facilitador.

Significado atribuído ao compromisso do apetite: não dificultador.

Significado atribuído ao regime dietético: não dificultador.

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

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime dietético

[RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Dor

24-04-2023 10:00

Dor

Localização da dor

Abdómen

Intensidade da dor - 5.

frequência da dor - intermitente.

duração da dor - crónica.

dor de tipo - profunda.

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

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

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

03-05-2023 11:00

Expressão facial: Relaxada.

Movimento dos membros: Membros superiores parcialmente fletidos.

Choro/vocalização: Gemidos não frequentes nem prolongados.

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

Sistema respiratório

03-05-2023 11:00

Ritmo respiratório regular.

Movimento respiratório simétrico.

Profundidade da ventilação: inspirações superficiais.

Coloração da mucosa: amarelada.

Reflexo da tosse: presente.

Mobiliza as secreções das vias aéreas acumulando-as ao nível supraglótico.

Sons respiratórios: síbilos.

Secreções em pequena quantidade.

Secreções viscosas.

Secreções esbranquiçadas.

Ventilação comprometida

Limpeza da via aérea comprometida

Eliminação intestinal

24-04-2023 10:00

Fezes: em moderada quantidade.
Consistência das fezes: Moldada com sibalas.
Coloração das fezes: acastanhada.
Número de defecações por semana: 2.
Ausência de massa palpável de fezes no reto.
Sem sensação de urgência para defecação.
Expulsão controlada de fezes.

Obstipação

Conhecimento do cuidador sobre regime dietético: facilitador.
Conhecimento do cuidador sobre regime medicamentoso: facilitador.
Conhecimento do cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal: facilitador.

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime dietético

[RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso

03-05-2023 11:00

Fezes: em pequena quantidade.
Consistência das fezes: Líquida [MELHOROU].
Coloração das fezes: acastanhada.
Número de defecações por semana: 2.
Ausência de massa palpável de fezes no reto [MANTEVE].
Conhecimento do cuidador sobre regime dietético: facilitador.
Conhecimento do cuidador sobre regime medicamentoso: facilitador.
Conhecimento do cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal: facilitador.

Eliminação urinária

24-04-2023 10:00

Urina em moderada quantidade.
Cor da urina: Escura.
Cheiro da urina: intenso.
Frequência da eliminação urinária: Diminuída .
Reconhece a vontade de urinar.
Sensação de esvaziamento completo da bexiga.
Sem globo vesical.
Conhecimento do cuidador sobre vigilância da eliminação urinária: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre vigilância da eliminação urinária [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

03-05-2023 11:00

Urina em pequena quantidade.
Cor da urina: Escura.
Cheiro da urina: intenso [MANTEVE].
Frequência da eliminação urinária: Diminuída [MANTEVE].
Presença de globo vesical [PIOROU].

Retenção urinária

Conhecimento do cuidador sobre vigilância da eliminação urinária: facilitador.

Mucosas

24-04-2023 10:00

Membrana mucosa comprometida

Localização do compromisso da membrana mucosa

Cavidade oral

Coloração da mucosa: rosada.

Mucosa seca.

Mucosa com fendas tecidulares.

Conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre promoção da integridade da membrana mucosa:

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

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

03-05-2023 11:00

Localização do compromisso da membrana mucosa

Cavidade oral

Coloração da mucosa: amarelada.

Mucosa seca.

Conhecimento do cuidador sobre promoção da integridade da membrana mucosa: facilitador.

Pele

24-04-2023 10:00

Icterícia

03-05-2023 11:00

Eritema branqueável a nível do trocânter direito e cóccix

Termorregulação

03-05-2023 11:00

Temperatura corporal periférica

Região axilar: 38.80 °C.

Hipertermia

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

Conhecimento do cuidador sobre controlo da temperatura corporal: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre vigilância da temperatura corporal

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre controlo da temperatura corporal

Sono

24-04-2023 10:00

Sono não reparador, com dificuldade em adormecer e intermitente.

Número (médio) de horas de sono noturno: 2 Hora.

Número (médio) de horas de sono diurno: 2 Hora.

Sono comprometido [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Significado atribuído ao compromisso do sono: não dificultador.

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

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção do sono

[RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Conservação de energia

24-04-2023 10:00

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

Intolerância à atividade [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Conhecimento sobre conservação da energia: facilitador.

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

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

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre conservação de energia

[RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Emoção

24-04-2023 10:00

Tristeza persistente (há mais de uma semana).

Desesperança e pessimismo (Não).

Autodesvalorização (Não).

Acentuada diminuição de interesse e prazer nas atividades.

Dificuldade na concentração.

Pensamentos recorrentes de morte.

Tom de voz baixa, discurso arrastado.

Verbalização de ansiedade.

Inquietação .

Irritabilidade (Não).

Pânico (Não).

Especificação da perdaEspecificação da perda: autonomia.

Negação da perda (Não).

Pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda.

Inquietude

Ansiedade [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Consciencialização sobre os fatores relacionados com a ansiedade: facilitadora.

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

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

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

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

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para usar estratégias de controlo

da ansiedade [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Luto comprometido [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Conhecimento sobre o luto: facilitador.

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

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

Potencial para melhorar significado atribuído à perda [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Potencial para melhorar significado atribuído à vida após a perda [RESOLVIDO]

03-05-2023 11:00

Angústia Espiritual [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Delirium [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Memória

24-04-2023 10:00

Capacidade para adquirir informação: Dificuldade.

Capacidade de recuperar informação: Dificuldade.

Desorientação face às pessoas (Não).

Desorientação no espaço (Não).

Desorientação no tempo.

Memória comprometida [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Confusão [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

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

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de orientação para a realidade [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Virar-se

24-04-2023 10:00

Mudar de posição na cama

Dispositivo: Grades da cama - inicia o movimento de rodar o corpo de um lado para o outro na cama e termina-o posicionando-se.

Erguer-se

24-04-2023 10:00

Mobilizar o corpo para a posição vertical

Dispositivo: Nenhum - Inicia o movimento de levantar o corpo para a posição de pé, mas não o completa com sucesso.

Erguer-se comprometido [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Conscionalização sobre compromisso no erguer-se: facilitadora.

Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador.

Conscionalização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para erguer-se

Dispositivo: Andarilho - facilitadora.

Capacidade para erguer-se

Dispositivo: Andarilho - facilitadora.

Significado atribuído ao uso de dispositivo para erguer-se

Dispositivo: Andarilho - não dificultador.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: facilitador.

Capacidade do cuidador para assistir no erguer-se

Dispositivo: Andarilho - facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para assistir no erguer-se

Dispositivo: Andarilho - facilitadora.

Transferir-se

24-04-2023 10:00

Mobiliza o corpo entre superfícies próximas

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

Transferir-se comprometido [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Consciencialização sobre compromisso no transferir-se: facilitadora.

Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador.

Consciencialização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para transferir-se

Dispositivo: Andarilho - facilitadora.

Capacidade para transferir-se

Dispositivo: Andarilho - facilitadora.

Significado atribuído ao uso de dispositivo para transferir-se

Dispositivo: Andarilho - não dificultador.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: facilitador.

Capacidade do cuidador para assistir no transferir-se

Dispositivo: Andarilho - facilitadora.

Capacidade do cuidador para prevenir complicações na articulação da anca durante o assistir no transferir-se: facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para assistir no transferir-se

Dispositivo: Andarilho - facilitadora.

Significado atribuído pelo cuidador ao apoio social: não dificultador.

Acesso do cuidador a apoio social para transferir: refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao apoio social.

Sentar-se

24-04-2023 10:00

Mobiliza o corpo para a posição de sentado a partir da posição de deitado

Dispositivo: Nenhum - inicia o movimento, mas não o consegue completar.

Mobiliza o corpo para a posição de sentado a partir da posição de pé

Dispositivo: Nenhum - baixa de forma pronta e segura a posição do corpo).

Sentar-se comprometido [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Consciencialização sobre compromisso no sentar-se: facilitadora.

Cuidar da higiene pessoal

24-04-2023 10:00

Obtém objetos para o banho.

Abre a torneira.

Lava e seca o corpo

Dispositivo: Cadeira de banho - Não lava nem seca o corpo.

Lava e seca parte do corpo

Dispositivo: Cadeira de banho - Lava e seca parte do corpo.

Lava a cavidade oral.

Aplica produtos de higiene.

Penteia-se

Dispositivo: Nenhum - Penteia-se.

Não se barbeia.

Corta as unhas

Dispositivo: Nenhum - Não corta as unhas.

Limpa-se após usar o sanitário.

Não ajusta a roupa após usar o sanitário.

Cuidar da higiene pessoal comprometido [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Conscientização sobre compromisso no cuidar da higiene pessoal: facilitadora.

Conscientização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para tomar banho

Dispositivo: Cadeira de banho - facilitadora.

Conscientização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para usar sanitário

Dispositivo: Urinol - facilitadora.

Capacidade para tomar banho

Dispositivo: Cadeira de banho - facilitadora.

Capacidade para arranjar-se

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Significado atribuído ao uso de dispositivo para cuidar da higiene pessoal

Dispositivo: Cadeira de banho - não dificultador.

Significado atribuído ao apoio social: não dificultador.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de maceração do períneo: facilitador.

Capacidade do cuidador para assistir no tomar banho: facilitadora.

Capacidade do cuidador para arranjar o cliente: facilitadora.

Capacidade do cuidador para assistir no uso do sanitário: facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para assistir no tomar banho: facilitadora.

Significado atribuído pelo cuidador ao apoio social: não dificultador.

Vestir-se ou despir-se

24-04-2023 10:00

Não escolhe as roupas.

Não retira roupa da gaveta ou armário.

Veste-se

Dispositivo: Nenhum - Veste a roupa da parte superior e não veste a roupa da parte inferior do corpo.

Abotoa

Dispositivo: Nenhum - Abotoa.

Ata cordões

Dispositivo: Nenhum - Não ata cordões.

Calça meias

Dispositivo: Nenhum - Não calça as meias.

Vestir-se ou despir-se comprometido [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Conscientização sobre compromisso no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

Capacidade para vestir-se ou despir-se

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Capacidade do cuidador para assistir no vestir-se ou despir-se: facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para vestir/despir: facilitadora.

Andar

24-04-2023 10:00

Mobilidade através da marcha

Dispositivo: Nenhum - marcha lenta e insegura em pequenas distâncias planas.

Andar comprometido [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Conscionalização sobre compromisso no andar: facilitadora.

Conhecimento sobre prevenção de queda: facilitador.

Conscionalização da relação entre o uso de auxiliar de marcha e a autonomia para andar

Dispositivo: Andarilho - facilitadora.

Capacidade para andar

Dispositivo: Andarilho - facilitadora.

Autoeficácia para andar

Dispositivo: Andarilho - facilitadora.

Significado atribuído ao uso de auxiliar de marcha

Dispositivo: Andarilho - não dificultador.

Significado atribuído ao uso de cadeira de rodas: não dificultador.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre adaptação do domicílio para o uso de cadeira de rodas: facilitador.

Capacidade do cuidador para assistir no andar

Dispositivo: Andarilho - facilitadora.

Capacidade do cuidador para deslocar o cliente em cadeira de rodas: facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para assistir no andar

Dispositivo: Andarilho - facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para deslocar o cliente em cadeira de rodas: facilitadora.

Alimentar-se

24-04-2023 10:00

Leva os alimentos à boca/sonda de alimentação

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

Prepara os alimentos para a refeição

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

Organiza os alimentos para a refeição

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

Alimentar-se comprometido [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Conscionalização sobre compromisso no alimentar-se: facilitadora.

Conscionalização da relação entre o uso de dispositivo e a autonomia para alimentar-se

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Capacidade para alimentar-se

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Autoeficácia para alimentar-se

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de desidratação: facilitador.

Capacidade do cuidador para assistir no alimentar-se: facilitadora.

Capacidade do cuidador para alimentar: facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para alimentar: facilitadora.

Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado

24-04-2023 10:00

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

Conhecimento da família sobre estratégias para facilitar acessibilidade ao edifício residencial: facilitador.

Conhecimento da família sobre estratégias para facilitar mobilidade dentro do edifício residencial: facilitador.

Conhecimento da família sobre organização do ambiente residencial para facilitar autocuidado: facilitador.

Conhecimento da família sobre estratégias facilitadoras da integração de familiar dependente: facilitador.

Significado atribuído pela família à dependência do familiar: não dificultador.

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

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

Conhecimento da família sobre necessidades do familiar dependente: facilitador.

Acesso da família a apoio social para o exercício do papel de cuidador: refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao apoio social.

Potencial da família para melhorar conhecimento sobre necessidades do familiar dependente

4.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

O objetivo do planeamento de cuidados neste caso clínico incide no controlo sintomático, para que assim, se possa aliviar o sofrimento tão característico nas pessoas em fim de vida, maximizar o conforto, promover a dignidade e o respeito. Quanto à família, deve-se prestar apoio, segurança, confiança e serenidade nesta fase tão delicada e complexa das suas vidas.

1ª sessão

Para a pessoa

- Controlar a dor;
- Controlar o *delirium*;
- Melhorar o sono comprometido;
- Melhorar o apetite comprometido, tendo por base a preferência da pessoa;
- Melhorar o padrão intestinal;
- Melhorar membrana mucosa comprometida.

Para o cuidador/família

- Melhorar o conhecimento do cuidador/família sobre regime dietético;
- Melhorar o conhecimento do cuidador/família sobre gestão do regime dietético;
- Melhorar conhecimento do cuidador/família sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas;
- Melhorar o conhecimento do cuidador/família sobre regime medicamentoso;
- Melhorar o conhecimento do cuidador/família sobre a promoção da integridade da membrana da mucosa;
- Melhorar o conhecimento do cuidador/família sobre a promoção de sono;
- Melhorar o conhecimento do cuidador/família sobre a conservação de energia;
- Melhorar o conhecimento do cuidador/família sobre estratégias de controlo da ansiedade;
- Melhorar a capacidade do cuidador/família para usar estratégias de controlo de ansiedade;
- Melhorar o conhecimento do cuidador/família sobre as necessidades do familiar dependente;
- Melhorar o conhecimento do cuidador/família sobre o controlo de *delirium*;
- Melhorar o conhecimento do cuidador/família sobre estratégias não farmacológicas no controlo do *delirium*;
- Melhorar o conhecimento do cuidador/família sobre estratégias farmacológicas no controlo do *delirium*;
- Melhorar a capacidade do cuidador/família para usar estratégias no controlo do *delirium*;
- Melhorar o conhecimento do cuidador/família sobre estratégias que aliviam a angústia;
- Manter envolvimento familiar.

2ª sessão

Para a pessoa

- Confortar;
- Controlar estertor;
- Controlar hipertermia;
- Manter integridade da pele;

- Manter cuidados à membrana mucosa.

Para o cuidador/família

- Confortar o cuidador/família;
- Ensinar sobre o confortar;
- Instruir sobre os cuidados que devem ser prestados com a garantia de minimizar ao máximo as mobilizações no leito;
- Instruir como agir aquando da morte do seu familiar dependente;
- Apoiar o cuidador e família no processo de fim de vida (situação de últimos dias/horas);
- Apoiar o cuidador/família no processo de luto;
- Manter o envolvimento da família na tomada de decisão.

Em CP, mas não só, o local onde a pessoa deseja morrer tem tido cada vez mais significado. É extremamente importante perceber junto da pessoa e da sua família, as preferências relativamente ao local de morte. Nestes últimos anos, este tipo de atitude tem ganho importância como forma de reconhecer a necessidade de empoderar a pessoa e sua família. O poder escolher morrer em casa é tão essencial à pessoa como aos seus cuidadores e familiares, que aliam a morte no domicílio a uma melhor saúde física e mental. Contudo, a prestação de cuidados a estas pessoas em fim de vida é extremamente desafiante para os cuidadores e familiares, considerando que necessitam do apoio de serviços próprios, pois, caso não possuam acompanhamento adequado podem escolher recorrer a instituições, pelo medo do descontrolo sintomático e pelo fardo que a pessoa constitui para o cuidador (Freitas, 2018).

De acordo com o mesmo autor e o estudo realizado em 7 países europeus em que se questionava sobre se preferiam morrer no domicílio, surge Portugal em sétimo lugar com uma percentagem de 51,2%.

Segundo Hunt, os fatores que condicionam o local de morte encontram-se associados ao controlo sintomático físico, aceitação do diagnóstico oncológico e prognóstico, preservação da esperança e vontade de viver, manutenção da capacidade física e uma morte serena no domicílio (Freitas, 2018).

Os CP ao domicílio têm diminuído o número de mortes em locais como unidades cirúrgicas ou médicas, onde os doentes estão sujeitos a tratamentos e a exames complementares de diagnóstico, inadequados. Cuidar de doentes em fim de vida é extremamente desafiante quer a nível físico quer a nível psicológico, para os seus cuidadores que necessitam de acompanhamento, apoio prático, educação na identificação de sintomas, perceber a intensidade

dos sintomas, gerir o regime medicamentoso e suporte psicológico. Os CP ao domicílio no fim de vida asseguram um maior controlo sintomático, menor número de idas ao serviço de urgência e maior número de mortes no domicílio (Freitas, 2018).

4.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

O doente foi admitido primeiramente na UCP em contexto de internamento com os focos/diagnósticos: intolerância à atividade, sono comprometido, apetite comprometido e obstipação. Durante o internamento com os focos/diagnósticos: dor, náuseas, xerostomia, ansiedade, angústia espiritual e *delirium*. O doente referia diariamente, junto dos profissionais de saúde, que desejava ir para casa para morrer, sendo que a família se mostrou, de imediato, pronta a concretizar o último desejo do seu ente querido. Foi realizada CF a 21/04/23 com a equipa da UCP, ECSCP, o doente e a família, nomeadamente, esposa, filhas, irmão mais velho do doente e sobrinha (enfermeira). Acordado admissão em contexto domiciliário, após tomada de decisão partilhada, sendo admitido pela ECSCP a 24/04/23. No domicílio com agravamento franco do seu estado, tornando-se cada vez mais dependente, apoiados quanto à reorganização de um dependente no domicílio. Foi realizado reajuste da terapêutica, a 26 e 27/04 com melhoria da dor e xerostomia, o que se considera indicador de resultado positivo. Aquando das visitas domiciliárias, frequentemente eram efetuadas reuniões em que se informava sobre o agravamento do estado, quais os focos de atenção, como deveriam gerir o regime medicamentoso, implementação de medidas não farmacológicas e farmacológicas na gestão do *delirium*, no controlo da ansiedade e angústia, considerando que a informação, formação e consciencialização nos cuidadores e família, capacita-os para a melhoria dos cuidados, outro indicador de resultado positivo. Os cuidadores e familiares, apesar da angústia sentida, com o apoio da equipa mantiveram-se serenos e capazes de prestar cuidados até ao último dia, o que considero ser um indicador positivo. Outro aspeto importante foram as estratégias instituídas para a promoção da dignidade, respeito, esperança, qualidade vida e alívio do sofrimento e que tiveram grande impacto nos últimos dias de vida do doente, sendo por isso, considerado um indicador positivo. Com todas as medidas asseguradas, o doente teve um bom controlo sintomático no domicílio, a família manteve-se a prestar cuidados de excelência e, nas últimas horas de vida, apresentaram-se calmos e serenos junto do doente, respeitando o seu último desejo, o de morrer na sua casa, sendo assim possível, uma “boa” morte, outro indicador de resultado. Os cuidadores e familiares recebiam diariamente a equipa em sua casa com grande satisfação e estima, o que me leva a considerar um indicador de resultado positivo.

4.7. Diagnósticos

Consciência

03-05-2023 11:00

Consciência comprometida

Intervenções de Enfermagem

03-05-2023 11:00 - Avaliar evolução da consciência [Na hora da visita domiciliária]

03-05-2023 11:00 - Avaliar evolução de líquidos eliminados [Na hora da visita domiciliária]

03-05-2023 11:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [Na hora da visita domiciliária]

03-05-2023 11:00 - Aplicar dispositivo de arrefecimento [caso se justifique]

03-05-2023 11:00 - Planear eliminação intestinal [Na hora da visita domiciliária]

03-05-2023 11:00 - Elevar grades da cama [Na hora da visita domiciliária]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso

Intervenções de Enfermagem

03-05-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso [Na hora da visita domiciliária]

03-05-2023 11:00 - Ensinar cuidador sobre gestão do regime medicamentoso [Na hora da visita domiciliária]

Apetite

24-04-2023 10:00

Apetite comprometido [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do apetite [Na hora da visita domiciliária] [FIM]

03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Planear dieta [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Referenciar compromisso do apetite ao médico [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Referenciar compromisso do apetite ao serviço de nutrição [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime dietético

[RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre regime dietético [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre regime dietético [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre gestão do regime dietético [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre gestão do regime dietético [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre ajuste da dieta de acordo com resultados de vigilância [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

Dor

24-04-2023 10:00

Dor

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução da dor [Na hora da visita domiciliária]

24-04-2023 10:00 - Gerir analgesia [Na hora da visita domiciliária]

24-04-2023 10:00 - Executar técnica não farmacológica de alívio da dor [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Posicionar para aliviar a dor [Na hora da visita domiciliária/caso se justifique]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

Sistema respiratório

03-05-2023 11:00

Ventilação comprometida

Intervenções de Enfermagem

03-05-2023 11:00 - Avaliar evolução da ventilação [Na hora da visita domiciliária]

Limpeza da via aérea comprometida

Intervenções de Enfermagem

03-05-2023 11:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [Na hora da visita domiciliária]

03-05-2023 11:00 - Posicionar para facilitar a limpeza da via aérea [Na hora da visita domiciliária/caso se justifique]

Eliminação intestinal

24-04-2023 10:00

Obstipação

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução de sinais de obstipação [Na hora da visita domiciliária]

24-04-2023 10:00 - Referenciar obstipação ao médico [Na hora da visita domiciliária]

24-04-2023 10:00 - Planear dieta [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Planear eliminação intestinal [Na hora da visita domiciliária]

24-04-2023 10:00 - Gerir hidratação [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime dietético

[RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre regime dietético [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre regime dietético [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime medicamentoso

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre regime medicamentoso [Na hora da visita domiciliária]

24-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre regime medicamentoso [Na hora da visita domiciliária]

Eliminação urinária

24-04-2023 10:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre vigilância da eliminação urinária [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre vigilância da eliminação urinária [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre vigilância da eliminação urinária [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre vigilância de retenção urinária [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

03-05-2023 11:00

Retenção urinária

Intervenções de Enfermagem

03-05-2023 11:00 - Referenciar retenção urinária ao médico [Na hora da visita domiciliária]

03-05-2023 11:00 - Inserir cateter urinário [Na hora da visita domiciliária]

Mucosas

24-04-2023 10:00

Membrana mucosa comprometida

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas [Na hora da visita domiciliária]

24-04-2023 10:00 - Aplicar creme [Na hora da visita domiciliária]

24-04-2023 10:00 - Tratar membrana mucosa [Na hora da visita domiciliária]

03-05-2023 11:00 - Lavar cavidade oral [Na hora da visita domiciliária/caso se justifique]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre promoção da integridade da membrana mucosa [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre sinais de complicação dos compromissos da membrana mucosa [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre tratamento do compromisso da membrana mucosa [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

Pele

24-04-2023 10:00

Icterícia

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Vigiar prurido; [Na hora da visita domiciliária]

24-04-2023 10:00 - Vigiar pele e escleróticas; [Na hora da visita domiciliária]

24-04-2023 10:00 - Vigiar evolução da icterícia; [Na hora da visita domiciliária]

03-05-2023 11:00

Eritema branqueável a nível do trocânter direito e cóccix

Intervenções de Enfermagem

03-05-2023 11:00 - Vigiar eritema branqueável a nível do trocânter direito e cóccix [Na hora da visita domiciliária]

03-05-2023 11:00 - Tratar a pele

Termorregulação

03-05-2023 11:00

Hipertermia

Intervenções de Enfermagem

03-05-2023 11:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [Na hora da visita domiciliária]

03-05-2023 11:00 - Aplicar dispositivo de arrefecimento [caso se justifique]

03-05-2023 11:00 - Referenciar hipertermia ao médico [Na hora da visita domiciliária]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre vigilância da temperatura corporal

Intervenções de Enfermagem

03-05-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre vigilância da temperatura corporal [Na hora da visita domiciliária]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre controlo da temperatura corporal

Intervenções de Enfermagem

03-05-2023 11:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre controlo da temperatura corporal [Na hora da visita domiciliária]

03-05-2023 11:00 - Ensinar cuidador sobre ajuste da medicação de acordo com resultados da vigilância [Na hora da visita domiciliária]

03-05-2023 11:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de controlo da temperatura corporal [Na hora da visita domiciliária]

03-05-2023 11:00 - Ensinar cuidador sobre controlo da temperatura corporal [Na hora da visita domiciliária]

Sono

24-04-2023 10:00

Sono comprometido [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do sono [Na hora da visita domiciliar] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Implementar estratégias de promoção do sono [Na hora da visita domiciliar] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Gerir medicação [Na hora da visita domiciliar] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Referenciar sono comprometido ao médico [Na hora da visita domiciliar] [FIM] 03-05-2023 11:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção do sono

[RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre promoção do sono [Na hora da visita domiciliar] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre padrão de repouso e sono [Na hora da visita domiciliar] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre complicações do sono comprometido [Na hora da visita domiciliar] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre gestão do padrão de repouso e de atividade do cliente [Na hora da visita domiciliar] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias de promoção do sono [Na hora da visita domiciliar] [FIM] 03-05-2023 11:00

Conservação de energia

24-04-2023 10:00

Intolerância à atividade [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução da tolerância à atividade [Na hora da visita domiciliar] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Ensinar sobre a importância do repouso [Na hora da visita domiciliar] [FIM] 03-05-2023 11:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre conservação de energia

[RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre conservação de energia [Na hora da visita domiciliar] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre gestão do padrão de repouso e de atividade do cliente [Na hora da visita domiciliar] [FIM] 03-05-2023 11:00

Emoção

24-04-2023 10:00

Ansiedade [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução da ansiedade [Na hora da visita domiciliária] [FIM]

03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Executar técnica de relaxamento [Na hora da visita domiciliária] [FIM]

03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Referenciar ansiedade ao médico [Na hora da visita domiciliária] [FIM]

03-05-2023 11:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias de relaxamento [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para usar estratégias de controlo da ansiedade [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para usar estratégias de controlo da ansiedade [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Instruir cuidador para executar estratégias de relaxamento [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Treinar cuidador para executar estratégias de relaxamento [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

Luto comprometido [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do luto [Na hora da visita domiciliária] [FIM]

03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Executar escuta ativa [Na hora da visita domiciliária] [FIM]

03-05-2023 11:00

Potencial para melhorar significado atribuído à perda [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do significado atribuído à perda [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

Potencial para melhorar significado atribuído à vida após a perda [RESOLVIDO]

03-05-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do significado atribuído à vida após a perda [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Assistir cliente a analisar o significado dificultador [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Implementar estratégias promotoras de dignidade [Na hora da visita

domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

Angústia Espiritual [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução da angústia espiritual [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Implementar estratégias na gestão da angústia espiritual [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Implementar estratégias promotoras de dignidade [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Referenciar angústia espiritual ao médico [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

Delirium [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do delirium [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Implementar estratégias preventivas na gestão do delirium [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Implementar estratégias não farmacológicas na gestão do delirium [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Gerir medicação [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Implementar estratégias de conforto [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Referenciar delirium ao médico [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

Memória

24-04-2023 10:00

Memória comprometida [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução da memória [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

Confusão [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução da orientação [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre estratégias de orientação para a realidade [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre estratégias de orientação para a realidade [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias de orientação para a realidade [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

Erguer-se

24-04-2023 10:00

Erguer-se comprometido [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do erguer-se [Na hora da visita domiciliária] [FIM]

03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Assistir no erguer-se [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

Transferir-se

24-04-2023 10:00

Transferir-se comprometido [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do transferir-se [Na hora da visita domiciliária] [FIM]

03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Assistir no transferir-se [Na hora da visita domiciliária] [FIM]

03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

Sentar-se

24-04-2023 10:00

Sentar-se comprometido [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Cuidar da higiene pessoal

24-04-2023 10:00

Cuidar da higiene pessoal comprometido [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Assistir no tomar banho usando dispositivo [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Assistir no arranjar-se [Na hora da visita domiciliária] [FIM]

03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Assistir no uso do sanitário [Na hora da visita domiciliária] [FIM]

03-05-2023 11:00

Vestir-se ou despir-se

24-04-2023 10:00

Vestir-se ou despir-se comprometido [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Assistir no vestir-se ou despir-se [Na hora da visita domiciliária] [FIM]

03-05-2023 11:00

Andar

24-04-2023 10:00

Andar comprometido [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do andar [Na hora da visita domiciliária] [FIM]

03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Assistir no andar [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Adequar o vestuário para prevenir queda [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Gerir o ambiente físico para prevenir queda [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Deslocar o cliente em cadeira de rodas [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

Alimentar-se

24-04-2023 10:00

Alimentar-se comprometido [RESOLVIDO] 03-05-2023 11:00

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do alimentar-se [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

24-04-2023 10:00 - Assistir no alimentar-se [Na hora da visita domiciliária] [FIM] 03-05-2023 11:00

Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado

24-04-2023 10:00

Potencial da família para melhorar conhecimento sobre necessidades do familiar dependente

Intervenções de Enfermagem

24-04-2023 10:00 - Avaliar evolução do conhecimento da família sobre as necessidades do familiar dependente [Na hora da visita domiciliária]

24-04-2023 10:00 - Ensinar a família sobre necessidades do familiar dependente [Na hora da visita domiciliária]

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

De acordo com Gonçalves (2018),

Levar os doentes a aceitarem a morte é uma finalidade dos CP. Os profissionais de saúde devem reconhecer as diversas fases do processo de evolução para a morte e ajudar os doentes a atingirem esse estágio de aceitação. Devem ainda desempenhar esse papel relativamente aos familiares, ajudando-os a aceitar um mau prognóstico e a facilitar a comunicação dos doentes com os seus familiares apoiando-os, assim, a aceitar a morte e a tomar decisões. (p. 5)

Segundo o estudo de Kastbom et al. (2017), o conceito de boa morte é complexo, contudo há temas que os doentes terminais consideram para uma boa morte. Os temas compreendem a

gestão da dor e dos sintomas; preparação para a morte; o momento da morte; a sensação de *terminus*; a decisão sobre os tratamentos; importância da família e ser tratado como uma pessoa.

Ainda de acordo com os autores, no Sul do Gana considera-se uma morte pacífica como uma boa morte, encontrando-se esta classificada em cinco dimensões: dimensão social, quando se encontra em paz; dimensão psicológica ou espiritual, quando a pessoa está em paz interior (da alma); dimensão temporal; dimensão espacial, que significa morrer em casa próximo dos seus familiares.

As principais categorias para uma boa morte:

1. Viver com a perspectiva de uma morte iminente;
2. Preparar a morte;
3. Morrer confortavelmente;
4. Sobre estar morto.

Relativamente à primeira categoria, esta centra-se sobre a mudança de perspectiva de vida e viver até ao fim; A segunda categoria incide na preparação para morrer, na aceitação e na preparação dos outros; A terceira numa morte rápida, com independência, minimização do sofrimento e nas relações sociais intactas, por fim a última, em que a morte está predeterminada, curiosidade sobre o que vem depois da morte e na dificuldade de pensar na inexistência (Kastbom et al., 2017).

É de extrema importância que os profissionais de saúde sejam formados e preparados para falar sobre a morte e de como desejam viver nos últimos dias de vida. Segundo os doentes, os aspetos mencionados no estudo para uma boa morte são heterogéneos e podem-se alterar com o passar do tempo. Salienta-se ainda, no estudo, que uma boa comunicação com o doente, a família e os profissionais de saúde, gera as condições necessárias para que os doentes possam ter uma boa morte (Kastbom et al., 2017).

4.8. Especificação das intervenções

Gerir hidratação

- Incentivar o reforço hídrico conforme tolerância;
- Incentivar a ingerir gelatina.

Avaliar evolução do andar

- Vigiar a marcha;

- Vigiar marcha com recurso ao andarilho.

Avaliar evolução do transferir-se

- Vigiar transferir-se.

Avaliar evolução do erguer-se

- Vigiar erguer-se.

Avaliar evolução do vestir-se ou despir-se

- Vigiar vestir-se ou despir-se.

Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas

- Vigiar cavidade oral.

Aplicar creme

- Aplicar daktarin gel a nível da cavidade oral.

Tratar membrana mucosa

- Aplicar daktarin gel.

Avaliar evolução do sono

- Identificar o número de horas de sono;
- Identificar causas que interferem com o sono.

Avaliar evolução do alimentar-se

- Vigiar alimentar-se.

Avaliar evolução do cuidar da higiene pessoal

- Vigiar cuidar da higiene pessoal.

Planear dieta

- Incentivar a ingestão de líquidos frescos de sua preferência;
- Instruir dieta de consistência cremosa (de acordo com preferência).

Avaliar evolução da tolerância à atividade

- Conhecer que atividades consegue executar a cada dia.

Ensinar cuidador sobre regime dietético

- Ensinar sobre a importância de uma dieta fresca e leve.

Implementar estratégias de promoção do sono

- Instruir sobre evitar bebidas estimulantes no período da tarde e noite;
- Instruir a promover quarto com pouco luz e sem ruído;
- Instruir sobre massagem a nível lombar.

Avaliar evolução do apetite

- Monitorizar a escala ESAS.

Ensinar cuidador sobre tratamento do compromisso da membrana mucosa

- Ensinar sobre a importância da higiene oral várias vezes ao dia;

- Ensinar sobre a importância do cumprimento dos bochechos do colutório, aplicação do daktarin gel e hidratante labial.

Ensinar cuidador sobre sinais de complicação dos compromissos da membrana mucosa

- Alertar para novas complicações a nível da cavidade oral.

Gerir o ambiente físico para prevenir queda

- Elevar grades da cama;
- Colocar a cama ao nível baixo;
- Incentivar o uso de luz de presença no período noturno.

Ensinar cuidador sobre gestão do regime dietético

- Respeitar as quantidades e o número de vezes que a pessoa tem vontade de se alimentar.

Ensinar cuidador sobre ajuste da dieta de acordo com resultados de vigilância

- Ensinar a identificar causas que possam provocar problemas, nomeadamente da necessidade da alteração da consistência da dieta e do uso de espessante (se necessário).

Ensinar cuidador sobre estratégias de promoção do sono

- Ensinar a promover ambiente calmo e com pouca luz;
- Ensinar sobre a importância de evitar estímulos, nomeadamente visitas próximo da hora do deitar;
- Ensinar a que a cuidadora permaneça junto.

Avaliar evolução da memória

- Questionar sobre acontecimentos recentes.

Ensinar cuidador sobre vigilância da eliminação urinária

- Ensinar sobre a importância da vigilância do volume de urina;
- Ensinar a vigiar agitação e despistar globo vesical ou dor supra púbica.

Avaliar evolução da orientação

- Vigiar orientação.

Avaliar evolução da dor

- Monitorizar escala numérica da dor.

Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor

- Ensinar sobre posicionamento;
- Ensinar na promoção de ambiente calmo;
- Ensinar sobre massagem.

Executar técnica de relaxamento

- Realizar massagem.

Ensinar cuidador sobre estratégias de orientação para a realidade

- Informar que a orientação deve ser feita de forma suave;
- Informar sobre a importância do uso de relógio;

- Informar sobre a importância de abrir os estores e entrar a luz do dia no quarto.

Avaliar evolução da ansiedade

- Identificar as causas da ansiedade;
- Identificar o número de episódios de ansiedade;
- Monitorizar a escala HADS.

Ensinar cuidador sobre estratégias de relaxamento

- Ensinar a promover momentos de ligação com Deus através da oração.

Planear eliminação intestinal

- Instruir a cada 3 dias, se não dejetar recorrer a laxante retal.

Ensinar cuidador sobre estratégias de controlo da ansiedade

- Ensinar a realizar massagem;
- Ensinar a promover ambiente calmo;
- Incentivar que a esposa ore próximo.

Avaliar evolução do luto

- Identificar pensamentos desestabilizadores recorrentes sobre a perda.

Avaliar evolução do significado atribuído à perda

- Identificar significado atribuído à perda.

Avaliar evolução do significado atribuído à vida após a perda

- Identificar significado atribuído à vida após a morte.

Avaliar evolução de sinais de obstipação

- Vigiar características das fezes;
- Vigiar numa semana quantas dejeções apresentou.

Executar técnica não farmacológica de alívio da dor

- Posicionar;
- Promover ambiente calmo;
- Executar massagem a nível lombar.

Posicionar para aliviar a dor

- Posicionar decúbito preferencial.

Implementar estratégias promotoras de dignidade

- Proporcionar a visita dos funcionários, para que estes falem sobre como vão as colheitas, os que estão a fazer e o que farão nos terrenos agrícolas;
- Incentivar fotografar ou filmar os campos, terrenos agrícolas e as colheitas;
- Promover momentos de proximidade com a religião;
- Reforçar identidade pessoal;
- Realizar retrospectiva com a pessoa de momentos importantes na sua vida.

Ensinar cuidador sobre vigilância de retenção urinária

- Ensinar a vigiar globo vesical;
- Ensinar a vigiar desconforto ou dor suprapubica.

Implementar estratégias na gestão da angústia espiritual

- Promover visita diária do pároco, se possível.
- Incentivar a família a dialogar e a expor que os negócios estão a correr da forma habitual;
- Proporcionar a visita dos amigos romeiros;
- Incentivar a colocação da cruz na mesa de cabeceira e o terço debaixo da almofada.

Implementar estratégias promotoras de dignidade

- Proporcionar a visita dos funcionários para que estes falem sobre as colheitas, o que estão a fazer no momento e o que farão nos terrenos agrícolas;
- Incentivar a fotografar ou filmar os campos, os terrenos e as colheitas;
- Promover momentos de proximidade com a religião;
- Reforçar identidade pessoal;
- Realizar retrospectiva com a pessoa de momentos importantes na sua vida.

Avaliar evolução do delirium

- Aplicar escala CAM.

Implementar estratégias preventivas na gestão do delirium

- Incentivar o cumprimento da terapêutica da ceia;
- Promover sono tranquilo;
- Vigiar sintomatologia, nomeadamente, dor, ansiedade, angústia e retenção urinária;
- Incentivar o uso de terapêutica de SOS;
- Ensinar a gerir regime medicamentoso.

Implementar estratégias não farmacológicas na gestão do delirium

- Instruir a promover ambiente calmo e sem ruídos;
- Incentivar aquando de episódios de confusão/desorientação comunicar de forma suave e calma;
- Incentivar aquando de episódios de confusão/desorientação, tentar reorientar de forma subtil, se não for eficaz, tentar "viver", o que a pessoa está a vivenciar;
- Incentivar a entrada de luz pela janela durante o dia.

Implementar estratégias de conforto

- Promover momentos em família;
- Incentivar o uso de líquidos frescos;
- Controlar sintomas;
- Incentivar o pensamento positivo;
- Incentivar a realização de atividades do autocuidado que a pessoa consiga;
- Respeitar decisões e vontades;
- Promover esperança;
- Adotar postura de confiança, segurança e apoio.

Avaliar evolução da limpeza da via aérea

- Vigiar estertor.

Avaliar evolução da integridade dos tecidos

- Vigiar pele.

Ensinar cuidador sobre gestão do regime medicamentoso

- Ensinar cuidador a gerir terapêutica de SOS, nomeadamente perceber qual terapêutica tem maior eficácia.

Ensinar cuidador sobre controlo da temperatura corporal

- Ensinar cuidador em caso de temperatura elevada combinar a aplicação de parches humedecidas em água fria e administração de terapêutica.

Ensinar cuidador sobre ajuste da medicação de acordo com resultados da vigilância

- Ensinar cuidador em caso do doente apresentar estado subfebril, aguardar e manter vigilância da temperatura. Porém se apresentar sintomatologia recorrer a terapêutica.

Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de controlo da temperatura corporal

- Ensinar cuidador a aplicar parches humedecidas em água fria na região frontal, axilar e inguinal;
- Remover roupa quente ou excessiva do leito.

Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter subcutâneo

- Vigiar locais de inserção dos cateteres subcutâneos.

Tratar a pele

- Aplicar creme hidratante;
- Aplicar corpitol a nível das proeminências ósseas.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica

O desenvolvimento de competências decorreu em dois contextos diferentes, internamento - UCP e comunitário - ECSCP sob a supervisão de tutores com mestrado em enfermagem médico-cirúrgica e especialistas em CP.

Segundo o regulamento n.º 140/2019, os domínios das competências comuns do enfermeiro especialista centram-se: “Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais”.

Relativamente ao domínio da prática profissional, ética e legal, durante o ENP considero que a atuação foi alinhada com o disposto no Código Deontológico dos Enfermeiros e as tomadas de decisão regidas pelos princípios éticos que governam a Enfermagem. Esta competência foi desenvolvida e, para que efetivamente fosse possível, houve necessidade de reflexão, de avaliação do processo e dos resultados da tomada de decisão. Em equipa foram delineadas orientações para resolução de situações problemáticas, nomeadamente de um caso de um doente de 40 anos internado e em situação de últimos dias e em conflito com uma irmã. Este ainda com capacidade preservada de gerir contactos telefónicos, porém a irmã contactava a UCP quase diariamente com o intuito de obter informações sobre o doente e consentimento para visitá-lo. Conversou-se com o último e explorada a situação, sendo que referiu que não desejava receber a visita da irmã e para não ser fornecida qualquer informação do seu estado. Perante a tomada de decisão do doente, foi respeitada a sua vontade, garantido sigilo de toda a informação, sendo também, fornecido apoio psicossocial à irmã. Nesta situação, também foi garantido o respeito pelos direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Na prática clínica deve-se sempre assegurar que as práticas de cuidados respeitem os direitos humanos e responsabilidades profissionais. Nos estágios de natureza profissional, garantiu-se o respeito pelos direitos dos doentes na acessibilidade à informação, à privacidade e à confidencialidade, não descurando o respeito dos valores e crenças.

O enfermeiro especialista deve adotar uma conduta antecipatória na sua prestação de cuidados garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do doente. Um exemplo, um doente conhecido que teve alguns internamentos anteriores e com postura reservada. Nos internamentos anteriores, devido à sua capacidade funcional conseguia se autocuidar a nível da higienização, contudo, no último internamento não apresentava capacidade para satisfazer os seus autocuidados, o que se previa ser um momento perturbador. Já havia sido explorado junto da esposa se queria apoiar nos cuidados de higiene, obtendo-se resposta afirmativa. Foi

acordado com o doente e a esposa, que esta última estaria presente durante a prestação de cuidados com mais um elemento da equipa (enfermeiro ou assistente operacional). Desta forma, foram garantidos os princípios supramencionados.

No segundo domínio sobre a melhoria contínua da qualidade, durante os estágios inteirou-se e colaborou-se nos programas de melhoria da qualidade desenvolvidos nos contextos das UCP e ECSCP. Por exemplo, um dos objetivos da ECSCP incide na redução da intensidade dos sintomas considerados com intensidade moderada a severa nas primeiras 48h do aparecimento do sintoma. Nas VD eram explorados todos os sintomas nas diferentes dimensões (físico, psicológico, social e espiritual) e recorria-se ao uso do instrumento de avaliação, ESAS. Neste domínio, recorreu-se à administração de terapêutica via SC (como prescrito), pois é outra medida que proporciona a diminuição dos sintomas de intensidade moderada a severa.

Para o desenvolvimento destas competências, torna-se pertinente o tema do projeto desenvolvido “A Pessoa em Situação Paliativa com *Delirium* e sua Família: Intervenções de Enfermagem”, um projeto em que se reuniu evidência científica com o propósito de divulgação. As intervenções e atividades de enfermagem à pessoa em situação paliativa com *delirium*, descritas no documento, são fundamentais para a gestão de situações tão complexas quanto a do *delirium* em fim de vida e a sua família, que também é alvo de cuidados.

Sobre o domínio da gestão de cuidados, este centra-se na gestão dos cuidados de enfermagem, de forma a otimizar a resposta da equipa, bem como a articulação na equipa de saúde. No decorrer do ENP, foi possível compreender as funções, os deveres e as responsabilidades do enfermeiro gestor. Exemplos das funções são: gestão de recursos humanos e materiais; pedidos de material e de terapêutica; realização de horários; processamento de trocas entre os enfermeiros do serviço; assegurar o bom funcionamento da equipa; fazer implementar e propagar as normas da instituição; liderar a equipa; dar respostas eficientes em situações de elevada complexidade e vulnerabilidade inerentes aos planos de cuidados de uma pessoa em situação paliativa; colaboração ativa e preponderante na resolução de problemas; garantia de cuidados de excelência; e, ainda, na implementação de estratégias de prevenção de *burnout* em colaboração com a equipa de apoio psicossocial. O *burnout* é uma síndrome que consiste na exaustão emocional que leva à despersonalização e à diminuição das realizações pessoais no trabalho, acarretando consequências negativas para a eficiência da organização, restringindo a produtividade e a qualidade dos cuidados (Fountouki & Theofanidis, 2022).

A tomada de consciência da dinâmica realizada pelos supervisores, ambos enfermeiros gestores foi, de facto, um grande contributo para a aprendizagem através da observação, análise, reflexão do comportamento a adotar, das tomadas de decisão e das intervenções instituídas quer em contexto da UCP, quer em contexto da ECSCP. No que respeita à tomada de decisão, esta ocorre como um processo complexo e influído por vários fatores, especificamente de cariz individual ou organizacional. No processo de decisão do enfermeiro salientam-se a

responsabilidade e autonomia, pronunciando os conhecimentos e a experiência. É fulcral a consciencialização das realidades e o compromisso relacional e de apoio entre os elementos da equipa para a melhoria da qualidade da prestação de cuidados (Lourenço et al., 2022).

Para o desenvolvimento das competências propostas no domínio foi dada colaboração nas tomadas de decisão em equipa multidisciplinar, gerado um ambiente tranquilo e promovido o trabalho em equipa, com o intuito de proporcionar uma gestão o mais eficaz possível na prestação de cuidados.

No domínio das aprendizagens profissionais, as competências inerentes a este domínio foram desenvolvidas a partir da autorreflexão, de forma a apoiar o autoconhecimento e o reconhecimento das limitações quer a nível pessoal, quer a nível profissional, procurando consciencializar estas limitações para que não comprometessem a relação com o doente, com a família e a equipa. A reflexão é um elemento relevante na prática do enfermeiro e, com a sua aplicação, permite ao enfermeiro adquirir conhecimentos com os eventos clínicos aos quais se adapta e melhora as suas competências (Barchard, 2022).

Salienta-se a importância das reuniões realizadas com os tutores e em equipa, as quais permitiram estabelecer a melhor conduta a ser tomada na prática clínica, incluindo as mudanças necessárias para que assim se conseguisse a adaptação, com o vislumbre de aumentar a qualidade e a segurança na prestação de cuidados.

Sobre a competência sustentada na *praxis* clínica, fundamentada na evidência científica, durante todo o percurso realizado, e de forma constante, houve a necessidade de se recorrer à evidência científica mais atual. Foram realizadas pesquisas autónomas e leituras de artigos e manuais. Também todo o material facultado pelos docentes apoiou o desenvolvimento da competência.

É da responsabilidade do enfermeiro promover a aprendizagem em contexto de trabalho, pelo que foi elaborada uma ação de formação, como consta no anexo II. Com a supervisão da orientadora, realizou-se uma revisão sistemática rápida sobre as Intervenções de Enfermagem na Pessoa em Situação Paliativa com *Delirium*, presente no anexo I. A realização deste trabalho acerca da evidência e com a colaboração da orientadora, foi uma mais-valia, pois a pesquisa efetuada foi intensiva na evidência científica sobre o tema e na forma de conceção do documento. Também foi criada uma pasta digital com toda a evidência estudada e analisada sobre a pessoa em situação paliativa e fornecida à UCP e ECSCP. Acredita-se, com afinco, que a formação dos profissionais é essencial para a atualização de conhecimentos, com o objetivo de melhorar o conhecimento, as competências, a capacitação e as habilidades no cuidar do outro.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Cuidados Paliativos

De acordo com o regulamento n.º 429/2018, as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa são:

“1 — Cuida da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal dos seus cuidadores/familiares, em todos os contextos de prática clínica, aliviando o seu sofrimento, maximizando o seu bem-estar, conforto e qualidade de vida.”

Foram efetuadas recolhas de dados com o objetivo de se reunir informação para a identificação das necessidades físicas, emocionais, espirituais e sociais do doente e da família, para a elaboração de um plano de cuidados individualizado e humanizado, por forma a contribuir para uma melhoria da qualidade de vida, promoção do conforto e diminuição do sofrimento. Durante o ENP verificou-se, maioritariamente, necessidades de controlo sintomático, nomeadamente dor, dispneia, insónia, *delirium*, náuseas, vômitos, obstipação, fadiga, entre outras. A depressão, apoio nas perdas, sofrimento existencial, sentimento de peso para a família, reconciliação consigo, com familiares e a religião foram outras necessidades, bem como a aquisição de equipamentos, cadeira de rodas, cadeiras sanitárias, andarilhos e camas articuladas. No que toca às necessidades dos familiares, salienta-se o apoio no processo de luto, alívio da sobrecarga, ajuste de expectativas e referência para apoios sociais, como por exemplo, complemento à terceira pessoa. Durante o processo de identificação de necessidades, foi possível reconhecer valores, crenças e expectativas em relação à proximidade da morte. Tendo em conta o ser individual, cultural e espiritual que é, salienta-se o desejo de morrer em casa, de morrer acompanhado, de visitar, pela última vez, o Santuário do Santo Cristo, de receber o sacramento da unção, entre outras. Perante as intervenções acima supramencionadas, foram incrementadas as competências pertencentes aos critérios de avaliação 1.1.1, 1.1.2 e 1.1.4 do regulamento n.º 429/2018.

A avaliação dos sintomas, de acordo com as suas características, e perceber o impacto que tem no doente, é extremamente importante, através do uso de instrumentos de avaliação. Foram utilizadas, as escalas Edmonton Symptom Assessment System (ESAS), Confusion Assessment Method (CAM) e escalas de avaliação da dor, tais como: Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD), numérica e qualitativa. Perante o estudo de Alves et al (2017), a ESAS é uma escala simples e utilizada com frequência em CP. A sua aplicação em contexto hospitalar e após a alta, possibilita que os profissionais de saúde identifiquem e avaliem o nível da eficiência das intervenções instituídas no controlo de sintomas. Com estas intervenções foi desenvolvido o critério de avaliação 1.1.3, presente no regulamento n.º 429/2018, sendo que os sintomas no doente são avaliados segundo as suas características, priorizando o impacto no próprio e recorrendo a ferramentas padronizadas.

De acordo com os autores supracitados, o controlo de sintomas é fulcral para os doentes,

consistindo numa prioridade a nível do bem-estar em fim de vida. O descontrolo de sintomas acarreta impacto no doente e, conseqüentemente, na sua vida e na dos seus familiares. O enfermeiro especialista deve reconhecer os sintomas nas diferentes dimensões e estes são frequentes, múltiplos e com causas multifatoriais, de cariz evolutivo, aumentando de intensidade com o avançar da doença. Para um controlo de sintomas efetivo é necessário determinar a causa, mecanismo fisiopatológico, a intensidade, os fatores condicionantes e o impacto que tem nas diferentes dimensões no doente, para posteriormente se tratar. Segundo Gonçalves (2023), o *delirium* é um sintoma frequente nos doentes em CP com doença avançada, o que reduz em grande escala a qualidade de vida. É um fator relevante de sofrimento do próprio, da família, bem como transtornante para os profissionais de saúde. Também constata-se a ansiedade, a angústia e o medo, segundo Alves et al. (2017), para os quais “a raiz da dor descontrolada é a ansiedade, o medo ou a angústia, e estes sintomas não se tratam aumentando o número de analgésicos” (p. 64).

Perante o descrito nos critérios de avaliação 1.1.5 e 1.1.6 do regulamento nº 429/218, é fulcral que o enfermeiro especialista tenha uma atitude proativa perante a antecipação em tempo útil de situações agudas, pelo que estes critérios também foram adquiridos e desenvolvidos, tendo-se mantido uma postura em que não se esperou pelas queixas do doente, mas se previu tanto quanto possível o surgimento de novos sintomas. Por vários momentos constatou-se o quanto é importante esta medida, porque, mais uma vez, assim se promove qualidade de vida, conforto e se minimiza o sofrimento.

Posteriormente ao processo de identificação de necessidades, elabora-se um plano de cuidados individualizado, o qual deve consistir em intervenções alinhadas às preferências do doente e da sua família. No último estágio, um doente oncológico que se encontrava na UCP, em fim de vida com *delirium*, desejava morrer em casa junto dos seus, tendo sido articulado com todos os envolventes, incluindo com a ECSCP, a possibilidade deste plano, tendo sido concretizado. Perante o critério de avaliação 1.2.1 do regulamento nº 429/218, delineou-se um plano de intervenção ajustado às preferências das pessoas, família, preservando a dignidade, diminuindo o sofrimento, maximizando a autonomia e qualidade de vida e respeitando as perspetivas dos próprios. A este doente foram respeitadas as preferências e, sempre que possível, era maximizada a autonomia, proporcionando momentos que conseguisse satisfazer algumas das suas necessidades como, por exemplo, ingerir líquidos de forma autónoma, para que de certa forma, fosse assegurada a preservação da dignidade e da qualidade de vida. Foi possível promover visitas do sacerdote, quer em contexto hospitalar, quer em contexto domiciliário, assegurando a promoção do apoio espiritual. Para além disso, foram implementadas medidas promotoras de dignidade, esperança e preservação de identidade. Foi dado incentivo aos familiares, particularmente, para que fotografassem e filmassem os campos agrícolas e colheitas e, ainda, a promoção da visita dos funcionários, pois o doente trabalhou toda a vida no campo e possuía uma elevada conexão à natureza e ao trabalho. Ressalvo que todo o suporte

fornecido ao cuidador/familiares, particularmente nos domínios do conhecimento e da capacitação, foram um dos fatores preponderantes para a morte do seu ente querido ter sido possível no domicílio. Desta forma, foram adquiridas e desenvolvidas as competências do critério 1.2.2 do regulamento nº 429/218.

Segundo os critérios de avaliação 1.2.3 e 1.2.4 do regulamento nº 429/218, em ambos os contextos foi demonstrada uma posição adequada na atuação em tempo útil em situações agudas. Numa situação de hemorragia ativa numa ferida maligna, atuou-se de forma célere e sem grandes constrangimentos para o doente, colocando roupa no leito de cor azul-escuro e recorreu-se ao tratamento com ácido aminocaproíco sob o leito da lesão e administração via endovenosa. Durante a realização dos tratamentos foram sempre tidos em conta, os princípios de prevenção, intervenção e controlo de infeção.

No percurso realizado no ENP foram implementadas intervenções do domínio não farmacológico e farmacológico, nomeadamente para a gestão da dor, posicionamento para o alívio da dor, administração de terapêutica no tratamento da sintomatologia, monitorização da dor após um intervalo dependente da via de administração, ensino sobre adoção de medidas preventivas da dor e capacitação do cuidador, tendo-se assim, atingido o pretendido ao nível das competências dos critérios de avaliação 1.2.5 do regulamento nº 429/218. O *delirium* é outro sintoma prevalente em fim de vida em CP e o tratamento ideal deste sintoma recai sob as intervenções do domínio não farmacológico, referidas nos casos clínicos 1 e 2, tendo sido as estabelecidas como medidas estratégicas no controlo do *delirium*. Segundo Prayce et al (2018), o melhor tratamento no *delirium* é, efetivamente, a prevenção. Contudo, quando instalado, as medidas não-farmacológicas são a intervenção primordial, envolvendo estratégias a nível ambiental, comportamental e social. Com o contato constante com um doente com *delirium* em episódios de agitação severa, foi verificado que o SOS midazolam apresentava maior eficácia comparativamente ao haloperidol, tendo sido referenciado aos médicos da unidade, pois a prescrição do antipsicótico era para 1º SOS, sendo que, assim, houve necessidade de reformular o plano terapêutico, outra competência desenvolvida e patente no critério de avaliação 1.2.6 do regulamento nº 429/218. Um outro caso de um doente oncológico com referência a dor predominantemente no período noturno em que a terapêutica de SOS não surtia efeito, verificou-se que, quando a filha o acompanhava durante a noite, este apresentava uma noite tranquila, pelo que se encorajou os familiares a passarem as noites junto do seu ente querido, sempre que possível, mas de forma revezada para não gerar sobrecarrega.

A envolvência do cuidador/familiares da pessoa com doença avançada para a otimização de resultados na satisfação de necessidades em CP, formaliza-se através de reuniões, CF, nas quais é efetuada uma reavaliação das necessidades, permitindo o reajuste do plano de cuidados. De acordo com Fernandes (2016), a CF é uma intervenção estruturada à família, na qual é promovida a comunicação entre a equipa e a família com o objetivo de ajudar na tomada das decisões. Como referido acima, houve um doente com vontade expressa de morrer no domicílio.

Nesta situação, foi primeiramente realizada CF com todos os envolventes, esposa, filhas, irmão mais velho e sobrinha (enfermeira), membros da equipa da UCP e membros da ECSCP, de forma a ser avaliada a possibilidade, tendo em conta todos os desafios inerentes ao fim de vida, das equipas se comprometerem a dar suporte e reforçarem o compromisso de não abandono. A tomada de decisão foi partilhada, incluindo a dos familiares. As conferências têm como objetivos o reajuste das expectativas dos familiares, a preparação para alta, o percurso da trajetória da doença, a progressão da doença e a transmissão de más notícias. Face ao descrito acima, foram atingidas, com sucesso, as competências presentes nos critérios de avaliação 1.3.1 e 1.3.2 do regulamento nº 429/218.

A comunicação é um dos pilares de CP, essencial no processo de cuidar, nas relações desenvolvidas com os doentes, com as famílias e entre os elementos da equipa multidisciplinar. Através das intervenções foi possível desenvolver a competência no âmbito dos critérios de avaliação 1.4.1 e 1.4.2 presentes no regulamento nº 429/218. No primeiro estabeleceram-se estratégias adequadas de comunicação na relação com todos os participantes no processo de cuidar e, no último, foi incentivado o trabalho em equipa, promovendo a partilha e potenciando os contributos individuais no processo de tomada de decisão. Segundo Querido et al. (2016), “a comunicação empática sobre a situação clínica é, para além de uma expectativa da maioria dos doentes, uma obrigação ética e moral da equipa de CP”. É da competência do enfermeiro especialista ter conhecimento e aplicar técnicas estratégicas de comunicação, especialmente, quando se trata de CP. Durante o ENP, inúmeras vezes foram aplicadas as seguintes técnicas: saber ouvir, estar disponível, promover a relação empática, repetir a informação sempre que haja necessidade, assegurar que o que foi comunicado foi compreendido, manter um discurso conciso, verdadeiro e claro. É realmente importante o respeito, a compreensão e o uso assertivo da comunicação verbal e não-verbal. Portanto, foram assimiladas e desenvolvidas as competências dispostas no critério de avaliação 2.3.2 do regulamento nº 429/218.

Outro dos pilares dos CP é o trabalho em equipa, e, segundo Bernardo et al. (2016), este exige um conceito transdisciplinar, consistindo na conceção de uma teoria e na realização de uma abordagem dos problemas dos doentes e cuidadores/familiares. A equipa da UCP e a ECSCP reúnem-se semanalmente e, nesta reunião, são discutidos e desenvolvidos os planos de intervenção dos casos clínicos e eventuais necessidades de seguimento em contexto domiciliário. Em equipa são tomadas decisões de elevada importância no planeamento de cuidados de casos de fastidiosa complexidade. A prestação de CP exige uma equipa inter e multidisciplinar, uma boa comunicação entre os profissionais, uma ótima relação, com intuito de proporcionar uma orientação adequada ao doente e à família.

“2 - Estabelece relação terapêutica com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares, proporcionando suporte no processo de adaptação às perdas sucessivas, à morte e no acompanhamento no luto.”

De acordo com Pimenta & Capelas (2019), o luto é um processo que exige uma adaptação perante uma perda significativa, no qual ocorre uma mudança a vários níveis, nomeadamente físico, psicológico, comportamental, espiritual e sociocultural da pessoa que o experiencia.

A pessoa com doença avançada vivencia uma panóplia de perdas sucessivas decorrentes da sua condição, bem como a sua família. É da competência do enfermeiro especialista recolher e mobilizar dados relativamente à dimensão sociocultural, espiritual e relativos às vivências da pessoa e seus cuidadores/familiares. Ao longo do ENP foram acompanhados os doentes e suas famílias, em que era disponibilizado tempo para se conhecer a história de vida, o meio social e crenças espirituais. Foram promovidas visitas dos ministros da comunhão ao domicílio e em contexto hospitalar, idas à capela do hospital, eucaristia e colocada a bandeira do Espírito Santo no quarto do doente. Também foram proporcionados reencontros com familiares que já não tinham contato há muito tempo. Deste modo foi elaborado um plano de intervenção das competências presentes no critério de avaliação 2.1.1 do regulamento nº 429/218. Perante as perdas decorrentes da doença, a equipa foi sempre traçando planos individualizados, tendo em conta o seu nível de capacidade funcional e de autonomia e implementando estratégias adaptativas com o objetivo de permitir aos doentes alguma autonomia e dignidade. Salienta-se que todos os planos de cuidados haviam sido decididos e discutidos juntamente com os doentes ou os cuidadores/familiares, sempre sem descuidar as preferências destes. Foi incentivado o envolvimento da pessoa e dos cuidadores/familiares como parte integrante do processo da tomada de decisão. Por exemplo, foi explorada a questão sobre a possibilidade de o doente poder deixar de se alimentar pela boca e da eventual necessidade de colocação de PEG numa pessoa que ainda se alimentava. Contudo, com grande previsibilidade de, no futuro, não o poder executar, o cuidador e familiares foram também envolvidos neste processo. Foi ainda encorajada uma pesca com um familiar, proporcionado apoio psicológico para a pessoa e cuidadores/familiares. A pessoa foi capacitada a recorrer a terapêutica opioide de SOS em caso de dor ou dispneia, através da desmistificação do uso da terapêutica com o objetivo de alcançar o controlo sintomático. As intervenções mencionadas acima inferem que foram atingidas as competências descritas no critério de avaliação 2.2.1 do regulamento nº 429/218.

Foram adequadas as medidas para que a pessoa conseguisse, de forma menos dificultadora, a satisfação de algumas atividades, como também foi dada informação, sempre que possível, aos cuidadores e familiares, sobre o declínio e ensinadas medidas adaptativas, nomeadamente num doente em fim de vida, com a deglutição afetada e polidipsia. Incentivou-se o uso de um pequeno borrifador com líquidos frios e de sua preferência para pulverizar a cavidade oral, conferindo algum conforto à pessoa. Também foram preservados todos os compromissos realizados com a pessoa dentro dos limites mutuamente acordados, no sentido de se resguardar a sua vontade. Foram usadas medidas estratégicas, como por exemplo: o reforço positivo, a promoção de momentos de autocuidado e a ativação de recursos humanos e técnicos existentes na comunidade, no sentido de apoiar o cuidador nas atividades de vida diária e de validar os

cuidados prestados à pessoa. Com o plano de intervenções referido acima, constata-se o desenvolvimento dos critérios de avaliação 2.2.2, 2.3.1 e 2.3.3, presentes no regulamento nº 429/218.

Segundo Pimenta & Capelas (2019), "Os Cuidados Paliativos não encerram a sua ação no momento da morte do doente. Prolongam-se na fase de luto, competindo-lhes o despiste de luto complicado na família" (p. 5). Ainda de acordo com os mesmos autores, a família em processo de luto vê-se confrontada com uma perda no seu meio familiar. Porém, é expectável que possa desfrutar dos relacionamentos entre o doente e outros familiares.

O apoio ao doente e à família no processo das perdas sucessivas e de luto torna-se essencial, pelo que uma relação terapêutica sólida, fundada na verdade, honestidade e confiança, pode ser uma grande mais-valia no suporte ao doente e família, tendo sido o estabelecido durante o ENP, a partir do descrito no critério de avaliação 2.1.4 do regulamento nº 429/218, no qual se apoia a pessoa e seus familiares de forma continuada, perante as suas perdas sucessivas e nas tarefas de resolução do luto. As competências descritas nos critérios de avaliação 2.4.1, 2.4.2 e 2.4.3, pertencentes ao regulamento nº 429/218, foram alcançadas a partir da recolha de dados junto dos cuidadores/familiares, nos quais se identificaram os fatores de risco que podiam levar à exaustão física e emocional, tais como: pessoais (depressão, ansiedade, limitações físicas, etc.), social (insuficiência económica, falta de suporte familiar), e inerentes à pessoa (natureza da patologia, grau de dependência, tipo de personalidade), tendo sido delineado um plano familiar com a colaboração do serviço social para uma prestação de cuidados à pessoa, no qual todos estivessem integrados no cuidar, aliviando, assim, a sobrecarga do cuidador, e proporcionando algum tempo disponível para este se autocuidar. Também foram encaminhados alguns familiares para a equipa de apoio psicossocial.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Com a elaboração do presente relatório objetivou-se elencar as práticas e experiências clínicas vividas nos diferentes contextos ao longo do ENP que conduziram à aquisição, desenvolvimento e consolidação de competências comuns do Enfermeiro especialista em Médico-cirúrgica e específicas na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, contribuindo assim para uma reflexão e análise crítica acerca do percurso realizado.

Reconheceu-se a importância de, em casos de avaliação do *delirium*, se realizar, inicialmente, uma abordagem observacional e implementar o instrumento de avaliação, para uma identificação precoce, pois, quanto mais cedo for detetado, mais fácil é prevenir casos mais graves e tratá-los. Outra intervenção essencial é identificar as causas de *delirium*, especialmente se estas são reversíveis, como a hipercalcémia, a infeção, entre outras. As intervenções de enfermagem do domínio não farmacológico são consideradas como o melhor tratamento na prevenção do *delirium* e nos casos avaliados como leves a moderados, de acordo com a evidência científica. Quando a causa do *delirium* está relacionada com o descontrolo sintomático, nomeadamente a ansiedade, a angústia e o sofrimento, as intervenções de enfermagem do domínio farmacológico são essenciais para o tratamento e gestão do *delirium*.

O impacto do sintoma *delirium*, quer na pessoa quer nos cuidadores/familiares, é bastante significativo. Estes vivenciam níveis de stress e angústia elevados. Destaca-se a relevância das intervenções aos cuidadores/familiares, essencialmente no que diz respeito à aquisição de conhecimentos para uma melhor gestão de cuidados, no apoio durante o processo de luto, na tomada de decisão partilhada, no alívio do sofrimento, na redução da sobrecarga através de estratégias adaptativas e de autocuidado. É essencial que o enfermeiro adote uma conduta antecipatória, uma boa comunicação e relação de empatia com a pessoa e os seus familiares.

Ressalva-se que a importância da reflexão acerca do desempenho durante todo o percurso é indispensável para o crescimento pessoal e profissional, porque é através do conhecimento baseado na melhor evidência científica que se implementam as intervenções adequadas para uma prestação de cuidados especializados de excelência.

Certamente, este percurso formativo foi repleto de desafios, mas também de conhecimento, experiências, partilhas e gratidão. Conclui-se com um profundo sentido de compromisso, com o outro e com os CP especializados.

7. BIBLIOGRAFIA

Agar, M. R. (2020). Delirium at the end of life. *Age and Ageing*, 49(3), 337-340. <https://doi.org/10.1093/ageing/afz171>

Alvarenga, M. (2021). A importância da Formação em Cuidados Paliativos. *Bwizer Magazine*, 1(13), 26-27. https://www.bwizer.com/pt/bwizer_academy/a_importancia_da_formacao_em_cuidados_paliativos_por_margarida_alvarenga_bwizer_magazine_.html

Alves, M., Abril, R., & Neto, I. G. (2017). Controlo sintomático nos doentes em fim de vida. *Acta Médica Portuguesa*, 30(1), 61-68. <https://doi.org/10.20344/amp.7626>

Alves, P. V., Oliveira, C. S., & Basto, M. L. (2021). Alimentação Em Fim De Vida: Qual O Caminho? *Onco.News*, 2(43), 16-25. <https://doi.org/10.31877/on.2021.43.02>

Amorim, G. K. D., & da Silva, G. S. N. (2021). Nutritionists and palliative care at the end of life: An integrative review. *Revista Bioética*, 29(3), 547-557. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021293490>

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

Arriera, I. C. de O., Thofehrn, M. B., Porto, A. R., Moura, P. M. M., Martins, C. L., & Jacondino, M. B. (2017). Spirituality in palliative care: Experiences of an interdisciplinary team. *Revista da Escola de Enfermagem*, 52, 1-8. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017007403312>

Bai, B., Dong, L., Feng, M., Zhang, Z., Lu, Y., Xu, Z., & Liu, Y. (2023). Prognostic and functional roles of EIF4G1 in lung squamous cell carcinoma. *Human Cell*, 36(3), 1099-1107. <https://doi.org/10.1007/s13577-023-00884-9>

Baldoino, E. S., & Telles, F. L. (2019). A Espiritualidade e os Cuidados Psicológicos Paliativos: Unidos para um melhor tratamento em Pacientes Terminais. *Revista Mosaico*, 10(2), 55-61. <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RM/article/view/1763>

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

Barbosa, A. (2016). O Luto em Cuidados Paliativos. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares & I. G Neto. (Eds.); *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª ed., pp. 553-629). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Bednarski, B. K. (2023). Locoregional methods for management and palliation in patients who present with stage IV colorectal cancer. In S. Shah & W. Chen (Eds.), *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/locoregional-methods-for-management-and-palliation-in-patients-who-present-with-stage-iv-colorectal-cancer>

Benites, A. C., Rodin, G., de Oliveira-Cardoso, É. A., & dos Santos, M. A. (2022). “You begin to give more value in life, in minutes, in seconds”: spiritual and existential experiences of family caregivers of patients with advanced cancer receiving end-of-life care in Brazil. *Supportive Care in Cancer*, 30(3), 2631-2638. <https://doi.org/10.1007/s00520-021-06712-w>

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

Bernardo, A., Rosado, J., & Salazar, H. (2016). Trabalho em Equipa. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares & I. G Neto. (Eds.); *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª ed., pp. 907-915). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Braga, B., Rodrigues, J., Alves, M., & Neto, I. G. (2017). Guia Prático da Abordagem da Agonia Practical Guide: Approach to the Period Called Agony. *Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 24(1), 48-55. <https://doi.org/https://doi.org/10.24950/rspm.578>

Botejara, A. C. & Neto, I. G. (2016). Hidratação e Nutrição em Fim de Vida. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares & I. G Neto. (Eds.); *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª ed., pp. 489-502). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Cardoso, R. B., Pereira Caldas, C., & Alfradique De Souza, P. (2019). Nursing activities score e sua correlação com a Teoria do Conforto de Kolcaba: Reflexão Teórica. *Revista Enfermagem em Foco*, 10(1), 87-92. <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2019.v10.n1.1347>

Carreño, V., Vásquez, C., & Insignares, C. (2021). Sedación paliativa en enfermedad terminal. *Revista Colombiana de Cancerología*, 26(1), 3-13. <https://doi.org/10.35509/01239015.702>

Comissão Europeia (2023). *Cancro*. https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/cancer_pt

Comissão Nacional de Cuidados paliativos (2021). *Plano Estratégico para o Desenvolvimento de Cuidados Paliativos 2021-2022*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/PEDCP-2021_2022.pdf

- Cunha, S., Silva, P., Oliveira, S., Fernandes, O., & Lourenço, M. (2022). Intervenções no Controlo da Xerostomia na Pessoa em Situação Paliativa - Scoping Review. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(18), 51-63. <https://doi.org/10.29352/mill0218.26797>
- Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde. (1996). Diário da República: I Série - A, n.º 205. <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>
- Decreto-Lei n.º 52/2012 do Ministério da Saúde. (2012). Diário da República: I Série - N.º 172. <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>
- Decreto-Lei n.º 165/2016 do Ministério da Saúde. (2016). Diário da República: I Série n.º 112. <https://files.dre.pt/1s/2016/06/11200/0182101825.pdf>
- Decreto-Lei n.º 31/2018 do Ministério da Saúde. (2018). Diário da República: I Série - n.º 137. <https://files.dre.pt/1s/2018/07/13700/0323803239.pdf>
- Fallon, M., Giusti, R., Aielli, F., Hoskin, P., Rolke, R., Sharma, M., & Ripamonti, C. I. (2018). Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology*, 29(4), 166-191. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdy152>
- Feio, M. (2016). Dispneia. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares & I. G. Neto. (Eds.); *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª ed., pp. 219-229). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
- Fernandes, J. (2016). Apoio à Família em Cuidados Paliativos. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares & I. G. Neto. (Eds.); *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª ed., pp. 653-663). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
- Fradique, E. (2016). Cuidados à boca. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares & I. G. Neto. (Eds.); *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª ed., pp. 367-378). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
- Francisco, J., & Barbedo, I. (2021). Últimas horas ou dias de vida. In E. Freire (Ed. 2ª), *Guia prático de controlo sintomático* (pp. 153-160). https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/2021/10/Guia-Pratico-Controlo-Sintomatico_v2.pdf
- Franck, E. M., & Santos, V. L. de G. (2018). Skin Changes in Terminally Ill Patients Near and at End of Life Receiving Palliative Care: A Prospective Cohort Study. *WCET Journal*, 38(2), 40-41. <https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=b3a00bdc-f250-4780-971d-db18d35a3666%40redis>
- Freitas, S. (2018 Junho 17). Morte no domicílio. *Medicina Paliativa*. <https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/180617114439.pdf>
- Fountouki, A., & Theofanidis, D. (2022). Professional Burnout: Models Explaining the Phenomena in Nursing. *International Journal of Caring Sciences*, 15(1), 1587-1597.

<https://eds.s.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=0e52b5fb-82de-44ac-ac13-8b8a0ff1ebaa%40redis>

Galvão, C. & Pazes, C. (2016). Astenia/Fadiga. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares & I. G Neto. (Eds.); *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª ed., pp. 211-217). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Gao, J., Zhuang, L., He, C., Xu, X., Zhu, Z., & Chen, W. (2023). Risk and prognostic factors in patients with colon cancer with liver metastasis. *The Journal of international medical research*, 51(9), 1-16. <https://doi.org/10.1177/03000605231191580>

Gonçalves, F. (2018 Julho 10). Obstipação. *Medicina Paliativa*. <https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/180710210617.pdf>

Gonçalves, F. (2018 Abril 30). Uma Boa Morte. *Medicina Paliativa*. <https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/180430132258.pdf>

Gonçalves, F. (2020 Outubro 18). Administração de medicação por via subcutânea em cuidados paliativos. *Medicina Paliativa*. <https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/201018141335.pdf>

Gonçalves, F. (2022 Outubro 16). Alterações do sono no cancro avançado. *Medicina Paliativa*. <https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/221016201049.pdf>

Gonçalves, F. (2023 Fevereiro 5). *Delirium* em Cuidados Paliativos. *Medicina Paliativa*. <https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/230205185815.pdf>

Goss, A. L., & Creutzfeldt, C. J. (2022). Prognostication, Ethical Issues, and Palliative Care in Disorders of Consciousness. *Neurologic Clinics*, 40(1), 59-75. <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2021.08.005>

Herdman T. H. Kamitsuru S. & North American Nursing Diagnosis Association. (2014). *Nanda international Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2015-2017* (10th ed.). Wiley-Blackwell. <https://stikespanritahusada.ac.id/wp-content/uploads/2017/04/NANDA-Nursing-Diagnoses-2015-2017.pdf>

Hosie, A., Agar, M., Caplan, G. A., Draper, B., Hedger, S., Rowett, D., Tuffin, P., Cheah, S. L., Phillips, J. L., Brown, L., Sidhu, M., & Currow, D. C. (2021). Clinicians' *delirium* treatment practice, practice change, and influences: A national online survey. *Palliative Medicine*, 35(8), 1553-1563. <https://doi.org/10.1177/02692163211022183>

Hosie, A., Phillips, J., Lam, L., Kochovska, S., Noble, B., Brassil, M., Kurrle, S. E., Cumming, A., Caplan, G. A., Chye, R., Le, B., Ely, E. W., Lawlor, P. G., Bush, S. H., Davis, J. M., Lovell, M., Brown, L., Fazekas, B., Cheah, S. L., Agar, M. (2019). Multicomponent non-pharmacological intervention

to prevent *delirium* for hospitalised people with advanced cancer: Study protocol for a phase II cluster randomised controlled trial. *BMJ Open*, 9(1), 1-11. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-026177>

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

International Council of Nurses (2019). *ICNP*. <https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP%202019%20Portugu%C3%AAs.pdf>

Kastbom, L., Milberg, A., & Karlsson, M. (2017). A good death from the perspective of palliative cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 25(3), 933-939. <https://doi.org/10.1007/s00520-016-3483-9>

Lee, K. Y., Tan, E. C. K., Hanrahan, J. R., Chircop, C., Michael, F., & Ong, J. A. (2020). Effect of Antipsychotics and Non-Pharmacotherapy for the Management of *Delirium* in People Receiving Palliative Care. *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy*, 34(4), 225-236. <https://doi.org/10.1080/15360288.2020.1784353>

Lilia, K., Khadidja, H., El-Mokhtar, D., Sihem, O., Souad, B., Ikram, A., Hayet, M., & Faiza, B. (2023). Epidemiological Aspect of Colorectal cancer: A Retrospective Study in Sidi-Bel-Abbes Wilaya, Western Algeria. *Egyptian Academic Journal of Biological Sciences. C, Physiology and Molecular Biology*, 15(1), 161-166. <https://doi.org/10.21608/eajbsc.2023.287545>

Lin, J., Yu, Y., Zhang, X., Wang, Z., & Li, S. (2023). Classification of Histological Types and Stages in Non-small Cell Lung Cancer Using Radiomic Features Based on CT Images. *Journal of Digital Imaging*, 36(3), 1029-1037. <https://doi.org/10.1007/s10278-023-00792-2>

Lourenço, I., Gonçalves, M., Sequeira, M., Melo, M., & Gouveia, M. (2022). A Tomada de Decisão na Gestão de Cuidados em Enfermagem: Uma Revisão Narrativa da Literatura. *Gestão E Desenvolvimento*, 30, 557-578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>

Macrae, F. A., Parikh, A. R., & Ricciardi, R. (2023). Clinical presentation, diagnosis, and staging of colorectal cancer. In S. Shah & S. Grover (Eds.), *UpToDate*. <https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-staging-of-colorectal-cancer>

Marzec, I., Grabska, K., Fudalej, M. M., & Badowska-Kozakiewicz, A. M. (2021). Cancer pain as a meaningful aspect of the oncological treatment. *OncoReview*, 10(4), 145-152. <https://doi.org/10.24292/01.or.420080121>

Mercadante, S., Masedu, F., Balzani, I., De Giovanni, D., Montanari, L., Pittureri, C., Bertè, R., Russo, D., Ursini, L., Marinangeli, F., & Aielli, F. (2018). Prevalence of *delirium* in advanced cancer patients in home care and hospice and outcomes after 1 week of palliative care. *Supportive Care in Cancer*, 26(3), 913-919. <https://doi.org/10.1007/s00520-017-3910-6>

- Mitchell, A., & Elbourne, S. (2022). Skin changes at life's end: SCALE ulcer or pressure ulcer? *British Journal of Community Nursing*, 16(10), 491-494. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2011.16.10.491>
- Monteiro, P., Fernandes, R., & Ramos, A. (2021). Sintomas Neuropsíquicos. In E. Freire (Ed. 2ª), *Guia prático de controlo sintomático* (pp. 109-128). https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/2021/10/Guia-Pratico-Controlo-Sintomatico_v2.pdf
- National Cancer Institute (2022). *Diagnosis and Staging*. <https://www.cancer.gov/about-cancer/diagnosis-staging/staging>
- Neto, I. (2008). Utilização da via subcutânea na prática clínica. *Revista da Sociedade de Medicina Interna*, 15(4), 277-283. <https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/1496>
- Neto, I., & Queiroga, H. (2015). Diagnóstico precoce do cancro do pulmão. *Arquivos de Medicina*, 29(1), 20-28. https://explore.openaire.eu/search/publication?articleId=dedup_wf_001::8af93b18ae1968450372ad6e38a74bde
- Organização Mundial de Saúde. (2020). *Cuidados Paliativos*. https://www-who-int.translate.google.es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care?_x_tr_sl=es&_x_tr_tl=pt&_x_tr_hl=pt-PT&_x_tr_pto=sc%2008/03
- Organização Mundial de Saúde. (2023). *Cuidados Paliativos*. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/palliative-care>
- Organização Pan-Americana da Saúde, Organização Mundial da Saúde. (2020). *Cancro*. <https://www.paho.org/pt/topicos/cancer>
- Özdemir, F., Doğan, S., & Timuçin Atayoğlu, A. (2020). Psychosocial problems of family caregivers of palliative care patients and their spiritual coping styles. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(3), 636-641. <https://doi.org/10.1111/ppc.12479>
- Pacheco, S. (2002). *Cuidar a pessoa em fase terminal*. Perspectiva ética. Loures, Lusociência.
- Pimenta, S., & Capelas, M. L. (2019). A abordagem do luto em cuidados paliativos. *Cadernos de Saúde*, 11(1), 5-18. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2019.7247>
- Pina, P. (2016). O controlo da obstipação em Cuidados Paliativos. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares & I. G. Neto. (Eds.); *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª ed., pp. 149-166). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa
- PORDATA (2023). *Indicadores de Envelhecimento em Portugal*. <https://www.pordata.pt/portugal/indice+de+envelhecimento+e+outros+indicadores+de+envelhecimento-526>

Qiao, S., Zhang, X., Xiang, W., Yao, L., & Xian, X. (2023). Implementing the Hospice Shared Care Model to Support a Patient with Advanced Colon Cancer: A Case Report. *Patient Preference and Adherence*, 17, 1019-1024. <https://doi.org/10.2147/PPA.S406046>

Qin, L., Yu, X., Xu, C., & Liu, Y. (2023). Prognostic impact of metastatic patterns and treatment modalities on overall survival in lung squamous cell carcinoma: A population-based study. *Medicine (United States)*, 102(29), 1-8. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000034251>

Querido, A., Salazar, H., & Neto, I. (2016). Comunicação. In A. Barbosa, P. R. Pina, F. Tavares & I. G Neto. (Eds.); *Manual de Cuidados Paliativos*. (3ª ed., pp. 815-831). Núcleo de Cuidados Paliativos do Centro de Bioética da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa

Queirós, A., Costa, A., Souto, M., Cadavez, A., (2021). Principais fármacos utilizados em Cuidados Paliativos. In E. Freire (Ed. 2ª), *Guia prático de controlo sintomático* (pp. 193-203). https://www.spmi.pt/wp-content/uploads/2021/10/Guia-Pratico-Controlo-Sintomatico_v2.pdf

Radbruch, L., Strasser, F., Elsner, F., Gonçalves, J. F., Løge, J., Kaasa, S., Nauck, F., Stone, P., & Research Steering Committee of the European Association for Palliative Care (EAPC) (2008). Fatigue in palliative care patients -- an EAPC approach. *Palliative medicine*, 22(1), 13-32. <https://doi.org/10.1177/0269216307085183>

Ramalho, M. N. de A., Silva, L. B. da, Manguiera, S. de O., Silva, T. C. de L. e, Lucena, C. H. de, & Pinto, M. B. (2018). Palliative Care: The Perception of Family Caregivers of Cancer Patients. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 17(2), 1-7. <https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v17i2.39276>

Recchia, A., Rizzi, B., Favero, A., Nobili, A., & Pasina, L. (2022). Prevalence of *Delirium* in End-of-Life Palliative Care Patients: An Observational Study. *Medical Principles and Practice*, 31(2), 118-124. <https://doi.org/10.1159/000521994>

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

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

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

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

Sadowska, K., Fong, T., Horning, D. R., McAteer, S., Ekwebelem, M. I., Demetres, M., Reid, M. C., & Shalev, D. (2023). Psychiatric Comorbidities and Outcomes in Palliative and End-of-Life Care: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 66(1), 129-151. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2023.03.007>

- Sampaio, F., C., M. & Sequeira, A., C. (2013). Tradução e validação do Confusion Assessment Method para a população portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(9), 125-134. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239968021.pdf>
- Serviço Nacional de Saúde (2021). *Cuidados Paliativos*. <https://www.sns.gov.pt/sns/cuidados-paliativos/>
- Serviço Nacional de Saúde (2022). *Doenças Oncológicas*. <https://www.sns24.gov.pt/tema/doencas-oncologicas/cancro/#o-que-e-o-cancro>
- Sociedade Portuguesa de Endoscopia Digestiva (2023). *Cancro Colorretal*. <https://www.sped.pt/index.php/publico/carcinoma-colorretal>
- Sociedade Portuguesa de Pneumologia. (2022). *Dia Mundial da luta contra o cancro: “O cancro do pulmão é a principal causa de morte por cancro”*. <https://www.sppneumologia.pt/noticias/dia-mundial-da-luta-contra-o-cancro-o-cancro-do-pulmao-e-a-principal-causa-de-morte-por-cancro>
- Stoevelaar, R., Juffermans, C. C. M., Roorda, I. M. M., de Nijs, E. J. M., Hoornweg, J., Cannegieter, S. C., & van der Linden, Y. M. (2022). A simple risk score list can be used to predict the occurrence of *delirium* in patients admitted to inpatient hospice care: A medical record study. *European Journal of Cancer Care*, 31(6), 1-10. <https://doi.org/10.1111/ecc.13658>
- Tarot, A., Van Lander, A., Pereira, B., Guastella, V., & Guastella Étude, V. (2019). Étude de la relation entre détresse et confusion mentale chez les patients en situation palliative (Relation entre détresse et confusion mentale en situation palliative). *Médecine Palliative*, 18(6), 271-278. <https://doi.org/10.1016/j.medpal.2019.01.003>
- Teixeira, M. J. C., de Abreu, W. J. C., & da Costa, N. M. V. N. (2016). Family Caregivers of Terminally Ill Patients at Home: Contributions for a Supervision Model. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(8), 65-74. <https://doi.org/10.12707/RIV15054>
- Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. 2ª Edição, Lisboa, CLIMEPSI Editores
- Vieira, C., Brás, M., & Fragoso, M. (2019). Opioids for cancer pain and its use under particular conditions: A narrative review. *Acta Medica Portuguesa*, 32(5), 388-399. <https://doi.org/10.20344/amp.10500>
- Yenibertiz, D., Aydin, M. S., & Özyürek, B. A. (2021). What are the predictors of *delirium* for patients with lung cancer? *Turk Hijyen ve Deneysel Biyoloji Dergisi*, 78(1), 31-38. <https://doi.org/10.5505/TurkHijyen.2020.60476>
- Zheng, Z., Wei, J., Hou, X., Jia, F., Zhang, Z., Guo, H., Yuan, F., He, F., Ke, Z., Wang, Y., & Zhao, L. (2022). A High Hepatic Uptake of Conjugated Bile Acids Promotes Colorectal Cancer—Associated Liver Metastasis. *Cells*, 11(23), 3810-3819. <https://doi.org/10.3390/cells11233810>

8. ANEXOS

Anexo I

Intervenções de Enfermagem na Gestão do *Delirium* da Pessoa em Situação Paliativa: Revisão Rápida

Introdução

A OMS (2020), preconiza para os cuidados paliativos uma abordagem que visa melhorar a qualidade de vida das pessoas que enfrentam condições de saúde ameaçadoras da vida, bem como da sua família, através do alívio ou prevenção do sofrimento, com recurso à identificação precoce, avaliação e tratamento de problemas físicos, psicológicos, psicossociais e espirituais.

A lei em Portugal considera que toda a pessoa tem direito a receber cuidados paliativos adequados à complexidade da sua situação e às suas necessidades (Lei n.º 52/2012). A OMS (2021) recomenda que cuidados paliativos de qualidade sejam um imperativo moral e um direito humano, designando qualidade de cuidados como sendo o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de atingir os resultados pretendidos e são consistentes com o conhecimento dos profissionais, que devem ser baseados na mais atual evidência científica. Os serviços de saúde de qualidade devem ser eficazes, seguros, centrados nas pessoas, atempados, equitativos, integrados e eficientes (OMS, 2021).

Com este trabalho pretende-se a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos com intuito de prestar de cuidados adequados e efetivos a pessoas com *delirium* em situação paliativa, daí a realização de uma revisão rápida.

De acordo com Garritty et al. (2021)

uma revisão rápida é uma forma de síntese de conhecimentos que acelera o processo de realização de uma revisão rápida sistemática tradicional através da racionalização ou omissão de métodos específicos para produzir provas para as partes interessadas de uma forma eficiente em termos de recursos. (p. 15)

As revisões sistemáticas e outros tipos de estudos científicos, são, atualmente, cada vez mais recorrentes, como forma de dar resposta a decisões políticas e orientações para os sistemas de saúde. Porém, as revisões sistemáticas são mais morosas, podendo levar em média 12 a 24 meses a serem realizadas, o que pode ser um aspeto contraproducente quando se necessita de tomadas de decisão céleres e eficientes. Daí surgir a revisão rápida, considerada uma abordagem oportuna que disponibiliza resultados importantes em tempo útil e com ótimo custo-eficácia (Tricco et al., 2017).

As revisões rápidas são designadas como um tipo de estudo nos quais os processos de revisão sistemática são agilizados e os métodos são otimizados por forma a elaborar uma revisão o mais rápido,

comparativamente a outras revisões. Estas em média levam 5 a 12 semanas a serem realizadas, objetivando assim evidências num curto período, com o intuito de fornecer resultados a políticas e sistemas de saúde. As revisões rápidas são habituais na avaliação de tecnologias da saúde, na prestação de cuidados clínicos, na investigação comparativa e, ainda, cada vez mais recorrentes na conceção de políticas de saúde e no desenvolvimento de programas de saúde a nível mundial. Em situações de emergência e de crise, as revisões rápidas dão resposta estratégica para uma tomada de decisão rápida e de elevada importância aos sistemas de saúde (Tricco et al., 2017).

As revisões rápidas foram consideradas como pertencentes às revisões sistemáticas, pois obedecem a determinados critérios na conceção da metodologia. Estas devem cumprir os princípios fundamentais da síntese de conhecimentos, descrição prévia dos critérios de elegibilidade, avaliação do risco de enviesamento, apresentação dos dados e resultados (Tricco et al., 2017).

Com este trabalho pretende-se expor a evidência mais atual sobre o tema: Intervenções de enfermagem na gestão do *delirium* da pessoa em situação paliativa.

Segundo Prayce et al., (2018), “O *delirium* é uma síndrome neuropsiquiátrica transitória e flutuante, com início súbito, que se caracteriza por declínio cognitivo global do nível de consciência e da atenção, atividade psicomotora aumentada ou diminuída, e alteração do ciclo sono-vigília” (p. 51).

É crucial a identificação e prevenção do *delirium*, pois só assim se pode diminuir a sua incidência, duração e morbi-mortalidade. A prevenção do *delirium* centra-se em intervenções multidisciplinares que explana as causas basilares de risco para o seu desenvolvimento. As intervenções de domínio não farmacológico é o tratamento de eleição no *delirium*, contudo as intervenções de domínio farmacológico surgem como terapêutica de segunda linha, quando na presença da pessoa com comportamento disruptivo (Prayce et al., 2018).

Metodologia de Revisão Sistémica Rápida

A realização desta revisão rápida tem como objetivo identificar intervenções de enfermagem na gestão do *delirium* da pessoa em situação paliativa. A metodologia utilizada foi conduzida a partir das recomendações preconizadas para uma revisão rápida de acordo com os autores Tricco et al. (2017).

Usou-se a estratégia PI(c)O (*Population, Intervention, Comparator and Outcome*) no sentido de delinear os critérios de inclusão para os estudos da revisão: a) População: os profissionais de saúde em cuidados

paliativos; b) Intervenção: de enfermagem utilizadas no controlo do Delirium; c) Comparação: não foi realizada a comparação entre intervenções; d) *outcomes*: intervenções de enfermagem na gestão do *Delirium* da pessoa e situação paliativa. Foram formuladas as seguintes questões de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem na gestão do *Delirium*, no domínio farmacológico” e “Quais as intervenções de enfermagem na gestão do *Delirium*, no domínio não farmacológico?”

Primeiramente foi realizada uma pesquisa de estudos relacionados com o tema, tendo se extraído os termos para os possíveis descritores, salientando que, posteriormente, foram procurados os descritores.

A pesquisa foi realizada na EBSCOhost (ESEP) na base de dados MEDLINE COMPLETE, com a seguinte frase booleana: **(*Delirium AND “Palliative Care” OR Terminally Ill OR “Terminal Care” AND Nurs**)**.

Foram colocados todos os descritores linha a linha e selecionados, em todos os campos de cada descritor, os termos do assunto. A seleção dos artigos foi efetuada, inicialmente, por uma revisão a partir dos títulos, de seguida dos resumos e, posteriormente, de uma revisão do texto integral. Os artigos cumpriam os critérios de inclusão e exclusão. Relativamente aos primeiros, incluem-se estudos realizados apenas em contexto de cuidados paliativos, estudos cuja população sejam profissionais de saúde em Cuidados Paliativos e estudos que integrem as intervenções na gestão do *Delirium* na pessoa em situação paliativa. Quanto aos critérios de exclusão incluem-se, estudos que não integram uma população de profissionais de saúde em Cuidados Paliativos, estudos cuja população sejam pessoas com idade inferior a 18 anos e estudos que não integram as intervenções na gestão do *Delirium* na pessoa em situação paliativa. Ainda nesta revisão, foram incluídos limitadores de pesquisa, nomeadamente: artigos com o idioma Inglês; texto integral; analisado por pares; estudos publicados de 01 de janeiro de 2018 a 05 de março de 2023; tipo de fonte, revistas académicas e fornecedor de conteúdo, *MEDLINE COMPLETE*.

Apresentação dos Resultados

Da pesquisa efetuada resultaram 436 estudos, procedentes da base de dados supramencionada. Após a leitura do título foram excluídos 386 estudos e, após a leitura dos resumos, excluíram-se 41 estudos, totalizando nove estudos que foram sujeitos a leitura integral do texto, sendo que 4 destes cumpriam os critérios de inclusão, já mencionados anteriormente.

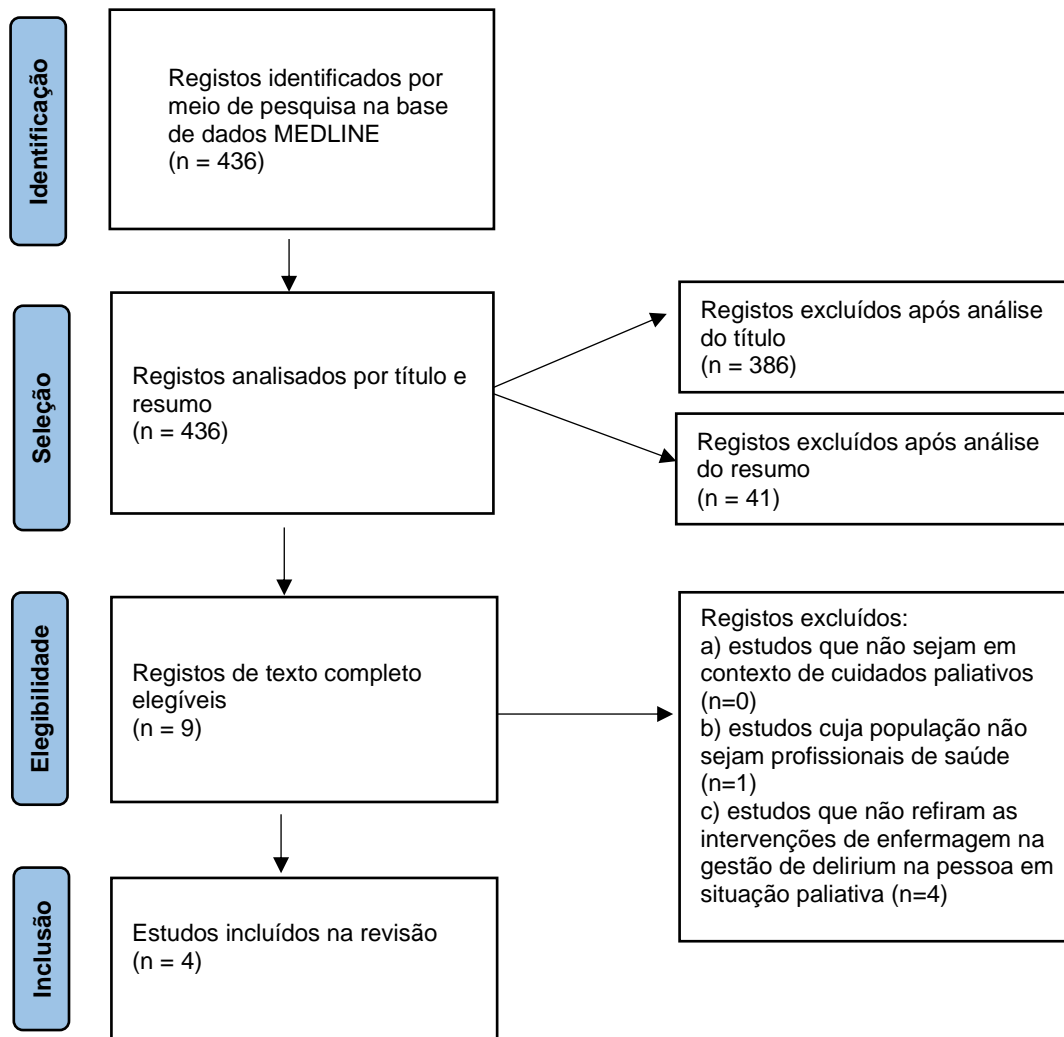


Figura 1 – Fluxograma PRISMA do processo de seleção dos estudos

Dos quatro estudos incluídos, procedeu-se a uma análise integral dos mesmos, sendo extraídos e sintetizados dados que respondiam às questões de investigação e objetivos da revisão sistemática rápida. A tabela seguinte apresenta os dados extraídos que resultaram da análise dos quatro estudos, no que se refere ao título de cada, estudo, autores, ano, país de origem, objetivo do estudo, desenho de estudo, intervenções e outros resultados.

Tabela 2 – Respostas às questões de revisão por estudo

A1 (Escócia). Harris, C., Spiller, J., & Finucane, A. (2020). Managing delirium in terminally ill patients: perspective of palliative care nurse specialists. <i>British Journal of Community Nursing</i> , 25(7), 346-352. https://doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.7.346					
Objetivo do estudo	Tipo de estudo	Participantes	Intervenções de enfermagem para gestão do delirium no domínio não farmacológico	Intervenções de enfermagem para gestão do delirium no domínio farmacológico	Outros resultados
Compreender a prática e otimização dos cuidados na gestão do delirium em contexto comunitário	Estudo qualitativo com entrevistas semi-estruturadas	10 Enfermeiros especialistas em cuidados paliativos	-Sentar-se com a pessoa; -Tranquilizar; -Comunicar com a pessoa; -Proporcionar momentos com música; -Reorientar; -Promover higiene de sono.	- Haloperidol.	- A identificação e gestão do delirium na pessoa em situação paliativa na comunidade, pode ser um desafio complexo, pelas seguintes causas, contato limitado com a pessoa, a confiança na família, o acesso antecipado aos medicamentos, os sintomas com predomínio noturno e pessoas que vivem sozinhas; - Preparar precocemente o prestador de cuidados na identificação do delirium e na implementação de medidas não farmacológicas na gestão do delirium. - O estudo sugere o uso de intervenções não farmacológicas, pois podem reduzir a incidência dos casos de delirium; - O uso de medidas farmacológicas, justifica-se quando os casos de delirium são avaliados como moderados a graves, em que a abordagem não farmacológica é ineficaz ou a pessoa se encontra em angústia; - Os antipsicóticos devem ser evitados como medida estratégica farmacológica no tratamento do delirium; - A colaboração dos enfermeiros e dos médicos da área de residência, podem ser uma mais-valia relativamente à limitação do tempo e o acesso prévio a medicamentos; - O uso de instrumento de rastreio, neste estudo, o 4AT, tem indicação assim que houver suspeita de delirium, o tempo dispensado para a sua aplicação, pode prevenir o sofrimento a longo prazo com a identificação e gestão precoces do delirium.
A2 (Canadá). Bush, S. H., Skinner, E., Lawlor, P. G., Dhuper, M., Grassau, P. A., Pereira, J. L., MacDonald, A. R., Parsons, H. A., & Kabir, M. (2022). Adaptation, implementation, and mixed methods evaluation of an interprofessional modular clinical practice guideline for delirium management on an inpatient palliative care unit. <i>BMC Palliative Care</i> , 21(1). https://doi.org/10.1186/s12904-022-01010-6					
Objetivo do estudo	Tipo de estudo	Participantes	Intervenções de enfermagem para gestão do delirium no domínio não farmacológico	Intervenções de enfermagem para gestão do delirium no domínio farmacológico	Outros resultados

Adaptar, implementar e avaliar uma diretriz interprofissional da prática clínica no <i>delirium</i> para uma unidade de cuidados paliativos em internamento	Estudo misto com inquérito online e análise de focus group/entrevistas usando uma abordagem interativa e indutiva da análise temática	Membros da equipa interprofissional (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais e espirituais, gestor clínico da unidade, voluntários)	- Avaliação e monitorização do <i>delirium</i> : registos de turno; rondas de 1h/1h; atualizar os planos de cuidados; avaliações durante o turno; reuniões de equipa com o objetivo, a segurança da pessoa e lista de intervenções prioritárias. - Aplicação do instrumento Nu-DESC; - Comunicar com a pessoa com <i>delirium</i> .	- Antipsicóticos; - Midazolam via subcutânea em SOS.	- Importante o uso do instrumento da avaliação do <i>delirium</i> (Nu-DESC); - A diretriz implementada recomenda a prescrição de medicamentos em doses mais baixas das que as anteriormente utilizadas e em SOS; - Após a implementação da diretriz na unidade de cuidados paliativos, num período de 48h após um diagnóstico de <i>delirium</i> houve aproximadamente menos 60% de uso do antipsicótico prescrito e em SOS e um aumento de 50% de midazolam via SC em SOS; - O estudo sugere formação a todos os membros da equipa interprofissional, família, prestadores de cuidados e pessoa. Também refere a importância de mais investigação no uso de antipsicóticos e benzodiazepínicos na gestão do <i>delirium</i> .
---	---	--	---	---	---

A3 (Canadá). Wright, D. K., Brajtman, S., & Macdonald, M. E. (2018). Relational ethics of delirium care: Findings from a hospice ethnography. *Nursing Inquiry*, 25(3). <https://doi.org/10.1111/nin.12234>

Objetivo do estudo	Tipo de estudo	Participantes	Intervenções de enfermagem para gestão do <i>delirium</i> no domínio não farmacológico	Intervenções de enfermagem para gestão do <i>delirium</i> no domínio farmacológico	Outros resultados
Analisar a relação dos enfermeiros com pessoas que apresentam <i>delirium</i> antes da morte	Estudo qualitativo exploratório (observação, entrevistas formais, semi-estruturadas e gravadas em áudio)	13 Enfermeiros	-Comunicar com a pessoa com <i>delirium</i> ; -Fomentar sentimentos de segurança, cuidado e dignidade; -Proporcionar conforto; -Reorientar; -Tranquilizar a pessoa em <i>delirium</i> ; -Informar a família sobre o <i>delirium</i> , de forma a salvaguardar a relação entre a pessoa com <i>delirium</i> e a família.		-O estudo dá enfoque à integridade da relação da pessoa com <i>delirium</i> e família; -A máxima das enfermeiras dos hospícios atende primordialmente ao conforto e à dignidade; - Importante o uso de um instrumento de avaliação no rastreio do <i>delirium</i> em cuidados paliativos em contexto hospitalar; - Defende a importância da avaliação, diagnóstico e tratamento do <i>delirium</i> , porém o <i>delirium</i> é um fenómeno essencialmente relacional; - A angústia associada ao <i>delirium</i> em fim de vida pode ter três causas, nomeadamente a tensão nas experiências relacionais, o difícil reconhecimento da pessoa com <i>delirium</i> e a árdua interpretação do significado do comportamento da pessoa com <i>delirium</i> .

A4 (Austrália). Hosie, A., Agar, M., Caplan, G. A., Draper, B., Hedger, S., Rowett, D., Tuffin, P., Cheah, S. L., Phillips, J. L., Brown, L., Sidhu, M., & Currow, D. C. (2021). Clinicians' delirium treatment practice, practice change, and influences: A national online survey. *Palliative Medicine*, 35(8), 1553–1563. <https://doi.org/10.1177/02692163211022183>

Objetivo do estudo	Tipo de estudo	Participantes	Intervenções de enfermagem para gestão do <i>delirium</i> no domínio não farmacológico	Intervenções de enfermagem para gestão do <i>delirium</i> no domínio não farmacológico	Outros resultados
Investigar a prática clínica no	Estudo quantitativo	475 Enfermeiros,	-Tratar as causas do <i>delirium</i> ;	-Antipsicóticos: Haloperidol;	- O uso comum de antipsicóticos pelos médicos paliativistas é atribuído

tratamento do <i>delirium</i> , mudança de prática e influências em cuidados paliativos (outras especialidades geriatria, psiquiatria) utilizando um quadro de domínios teóricos	(Inquérito online com respostas fechadas e abertas)	médicos e farmacêuticos	- Tranquilizar; - Informar sobre o <i>delirium</i> ; - Otimizar o sono; - Hidratação; - Exercício; - Presença da família e da equipa da instituição (com necessidade existir mais estudos que sustentem tal intervenção).	- Benzodiazepinas; - Melatonina; - Outros medicamentos.	como forma de tratar o sofrimento do doente e da família durante a morte e contenção de comportamentos inseguros; - Sugerem o uso de antipsicóticos com extrema cautela no alívio do sofrimento relacionado com o <i>delirium</i> ; - Sugerem o uso de instrumentos de avaliação de rastreio; - O estudo recomenda mais divulgação/conhecimento sobre <i>delirium</i> , existir recursos suficientes no local de trabalho e na utilização instrumentos de avaliação na angústia.
--	---	-------------------------	--	---	---

Dos estudos analisados, 2 são do Canadá, 1 é da Escócia e 1 da Austrália. Existem 2 estudos qualitativos, 1 misto e quantitativo. Em todos os estudos os enfermeiros são participantes, contudo, em 2 estudos estão contidos outros profissionais de saúde. Relativamente às intervenções de enfermagem do domínio não farmacológico e farmacológico, são abordadas como medidas estratégicas na prevenção e gestão do *delirium*.

Discussão

O *delirium* é uma síndrome neuropsiquiátrica grave em pessoas com cancro avançado, bem como um diagnóstico múltiplo por depender de sintomas com variadas etiologias e perspetivas da pessoa. No cancro avançado, o *delirium* pode ser reversível em 50% dos casos, contudo com o aproximar do fim de vida, a prevalência é elevada com um aumento exponencial nos últimos dias de vida, sugerindo-se uma vigilância apertada, por forma a assegurar a identificação precoce do *delirium*, assim como a identificação dos subtipos de *delirium* e possíveis estratégias terapêuticas (Agar & Amgarth-Duff, 2022; Hui et al., 2023).

Os quatro estudos presentes nesta revisão sistemática rápida elencam vários temas, nomeadamente a gestão do *delirium* no domicílio, a necessidade de identificação antecipada do *delirium* e o uso de instrumentos de avaliação, a necessidade de formação para a gestão do *delirium*, as intervenções do domínio não farmacológico e do domínio farmacológico.

Relativamente à gestão do *delirium* no domicílio no estudo de Harris et al. (2020), os enfermeiros especialistas em cuidados paliativos em contexto da comunidade experimentam desafios únicos quando se trata de gerir sintomatologia da pessoa em situação paliativa com *delirium*, pelo tempo limitado com a pessoa, a identificação de sintomas e das mudanças características no *delirium*, tendo em conta a natureza flutuante dos sintomas, a confiança na família e a acessibilidade à terapêutica. Os

cuidadores/famíliares mostram ter dificuldade em gerir a agitação noturna. De acordo com os mesmos autores, são muitas as pessoas que preferem permanecer e morrer no domicílio.

Quanto ao tema sobre a necessidade de identificação antecipada do *delirium* e o uso de instrumentos, no estudo de Harris et al. (2020), é referida a extrema importância de uma identificação precoce do *delirium* na pessoa em situação paliativa, também com referência ao uso de um instrumento de avaliação como 4AT (teste com 4 itens, cada um dos quais começando por um "A": estado de alerta, teste mental abreviado, atenção e mudança aguda ou curso flutuante). Esta ferramenta por ser considerada simples, curta e de elevada eficácia é recomendada na avaliação do *delirium* em contexto domiciliário. No estudo de Bush et al. (2022) constata-se a relevância do uso do instrumento de avaliação Nu-DESC (Nursing Delirium Screening Scale) para a avaliação do *delirium*. No estudo de Hosie et al. (2021) há referência ao uso de escalas de avaliação da angústia, de comportamento e sedação na avaliação do *delirium*. Porém, os autores referem a necessidade de existir mais investigação relativamente à utilização de escalas. Há um outro ponto de extrema importância saliente no estudo de Harris et al. (2020) sobre a identificação das causas do *delirium*, nomeadamente se estas são reversíveis, tais como infeção, hipercalcémia, entre outras.

A necessidade de formação para a gestão do *delirium*, os enfermeiros especialistas da comunidade, os dos cuidados de saúde primários e prestadores de cuidados, devem receber formação para precocemente identificarem e melhorarem a prestação de cuidados para que mais pessoas possam morrer no domicílio com os cuidados adequados (Harris et al., 2020). A formação é fulcral para todos os membros da equipa interprofissional, família, prestadores de cuidados e pessoa (Bush et al., 2022). O estudo de Hosie et al. (2021) recomenda uma maior divulgação/conhecimento sobre o *delirium* junto dos profissionais de saúde, bem como o aumento da informação junto das pessoas e famílias.

As intervenções de enfermagem no domínio não farmacológico, mencionadas no estudo de Harris et al. (2020), propõem a utilização de estratégias não farmacológicas devido à possibilidade de redução da incidência de casos de *delirium*. De acordo com Bush et al. (2022), as mudanças mais comuns na prática clínica, seguindo a diretriz interprofissional, incluem um aumento nas intervenções não farmacológicas, sugerindo a necessidade de mais provas sobre a implementação dessas medidas como estratégias preventivas e de gestão do *delirium*. Por outro lado, os autores Wright et al. (2018) destacam a importância das práticas relacionais dos enfermeiros como estratégia não farmacológica primordial no cuidado da pessoa com *delirium*. Hosie et al. (2021) também observam um aumento no uso de intervenções não farmacológicas como uma mudança comum na prática, enfatizando a necessidade de evidência científica adicional para respaldar a implementação dessas estratégias como parte integrante da abordagem clínica.

Segundo os autores Harris et al. (2020), as medidas do domínio farmacológico devem ser evitadas no tratamento do *delirium*, justificando-se quando os casos de *delirium* são avaliados como moderados a graves e a abordagem não farmacológica não surtiu efeito, ou, se a pessoa apresentar angústia. Bush et al. (2022) sugerem mais investigação no uso de antipsicóticos e benzodiazepínicos na gestão do *delirium*. O estudo de Wright et al. (2018) quanto às intervenções farmacológicas não menciona o tipo de terapêutica. Porém, numa nota de campo de observação presente no estudo, há referência ao uso de terapêutica na gestão do *delirium*. Segundo Hosie et al. (2021), após a implementação da diretriz interprofissional na gestão do *delirium* numa unidade de cuidados paliativos, verificou-se uma diminuição da intervenção farmacológica, devendo existir mais provas sobre o uso de antipsicóticos na gestão do *delirium*.

Em suma, na maioria dos estudos é abordada a importância da identificação precoce do *delirium* a partir do uso de um instrumento de avaliação, para que, desta forma, se possa diagnosticar e tratar, prevenindo assim, mais sofrimento. Nos quatro estudos há referência de intervenções do domínio não farmacológico e farmacológico. Na maioria destes, as intervenções do domínio não farmacológico devem ser instituídas de forma preventiva e em pessoas com *delirium* identificado como leve a moderado. A primeira abordagem à pessoa com *delirium* centra-se na implementação de intervenções não farmacológicas e, caso estas não apresentem o efeito pretendido, dever-se-á complementar às intervenções farmacológicas. Também se concluiu que é importante mais investigação em contexto domiciliário, pois é crucial que seja possível a morte no domicílio, caso seja este o desejo da pessoa, com equipas especializadas e preparadas para acompanhar e dar suporte adequado.

Conclusão

O *delirium* é um sintoma que pode ser de difícil reconhecimento, pelos profissionais de saúde, pela sua diversidade e natureza flutuante dos sintomas, bem como o *delirium* do tipo hipoativo, que tem particularidades para ser confundido com depressão ou fadiga. O *delirium* é especialmente comum nos cuidados paliativos, com uma prevalência na ordem dos 12% na avaliação inicial na comunidade e 88% nas últimas semanas de vida (Harris et al., 2020).

É um facto que o *delirium* tem um elevado impacto na qualidade de vida da pessoa, dos cuidadores/familiares e dos profissionais de saúde, pelo que se torna fulcral a educação e formação das equipas multidisciplinares, para que, assim, se possa prevenir, identificar precocemente o *delirium* e instituir um planeamento estratégico com intervenções apropriadas, com particular interesse em evitar maior sofrimento nesta fase que, por si só, já é tão complexa e geradora de *distress* psicológico para a pessoa e seus familiares.

A primeira abordagem na prevenção e na gestão do *delirium surge* através da intervenção com medidas estratégicas não farmacológicas, porém as medidas farmacológicas devem ser adotadas quando as não farmacológicas não obtiveram a resposta adequada e de sucesso, bem como nos casos de pessoas com angústia, sofrimento e que coloquem em risco a sua segurança.

Há necessidade de mais evidência quanto às intervenções não farmacológicas e o uso de antipsicóticos em cuidados paliativos como terapêutica de primeira linha numa abordagem farmacológica na gestão do *delirium* na pessoa em situação paliativa.

Referências Bibliográficas

- Agar, M. R., & Amgarth-Duff, I. (2022). The Dilemma of Treating Delirium: the Conundrum of Drug Management. *Current Treatment Options in Oncology*, 23(7), 951–960. <https://doi.org/10.1007/s11864-022-00987-9>
- Bush, S. H., Skinner, E., Lawlor, P. G., Dhuper, M., Grassau, P. A., Pereira, J. L., MacDonald, A. R., Parsons, H. A., & Kabir, M. (2022). Adaptation, implementation, and mixed methods evaluation of an interprofessional modular clinical practice guideline for delirium management on an inpatient palliative care unit. *BMC Palliative Care*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01010-6>
- Garritty, C., Gartlehner, G., Nussbaumer-Streit, B., King, V. J., Hamel, C., Kamel, C., Affengruber, L., & Stevens, A. (2021). Cochrane Rapid Reviews Methods Group offers evidence-informed guidance to conduct rapid reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, 130, 13–22. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.10.007>
- Harris, C., Spiller, J., & Finucane, A. (2020). Managing delirium in terminally ill patients: perspective of palliative care nurse specialists. *British Journal of Community Nursing*, 25(7), 346–352. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.7.346>
- Hosie, A., Agar, M., Caplan, G. A., Draper, B., Hedger, S., Rowett, D., Tuffin, P., Cheah, S. L., Phillips, J. L., Brown, L., Sidhu, M., & Currow, D. C. (2021). Clinicians' delirium treatment practice, practice change, and influences: A national online survey. *Palliative Medicine*, 35(8), 1553–1563. <https://doi.org/10.1177/02692163211022183>
- Hui, D., Agar, M., & Maeda, I. (2023). Should Neuroleptics Be Used in Patients with Delirium Seen by Palliative Care? *Journal of Pain and Symptom Management*, 65(1), 81–85. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.09.015>
- Lei n.º 52/2012. (2012). Diário da República n.º 172, 1.ª série de 05-09-2012. <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>

- World Health Organization. (2021). *Quality health services and palliative care: practical approaches and resources to support policy, strategy and practice*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240035164>
- Wright, D. K., Brajtman, S., & Macdonald, M. E. (2018). Relational ethics of delirium care: Findings from a hospice ethnography. *Nursing Inquiry, 25*(3). <https://doi.org/10.1111/nin.12234>
- World Health Organization. (2020). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Prayce, R., Quaresma, F., & Neto, I. G. (2018). Delirium: The 7th vital sign? *Acta Medica Portuguesa, 31*(1), 51–58. <https://doi.org/10.20344/amp.9670>
- Prisma (2016). *PRISMA 2009 flow diagram*. <http://prisma-statement.org/documents/PRISMA%202009%20flow%20diagram.pdf>
- Tricco, A. C., Langlois, E. v., & Straus, S. E. (2017). *Rapid Reviews to Strengthen Health Policy and Systems: A Practical Guide*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258698/9789241512763-eng.pdf>

Anexo II

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



Intervenções de Enfermagem na Gestão do *Delirium* da Pessoa em Situação Paliativa: Revisão Rápida

Ponta Delgada, Junho de 2023

1

Sumário

- Introdução
- Metodologia
- Apresentação de Resultados
- Discussão
- Conclusão
- Bibliografia

2

Introdução

“O delirium é uma síndrome neuropsiquiátrica transitória e flutuante, com início súbito, que se caracteriza por declínio cognitivo global do nível de consciência e da atenção, atividade psicomotora aumentada ou diminuída, e alteração do ciclo sono-vigília”.

É crucial a identificação e prevenção do *delirium*, pois só assim se pode diminuir a sua incidência, duração e morbimortalidade. A prevenção do *delirium* centra-se em intervenções multidisciplinares que explana quais as causas basilares de risco para o seu desenvolvimento. As intervenções de domínio não farmacológico é o tratamento de eleição no *delirium*, contudo as intervenções de domínio farmacológico surgem como terapêutica de segunda linha, quando na presença da pessoa com comportamento disruptivo.

(Prayce et al., 2018)

3

Metodologia

Objetivo

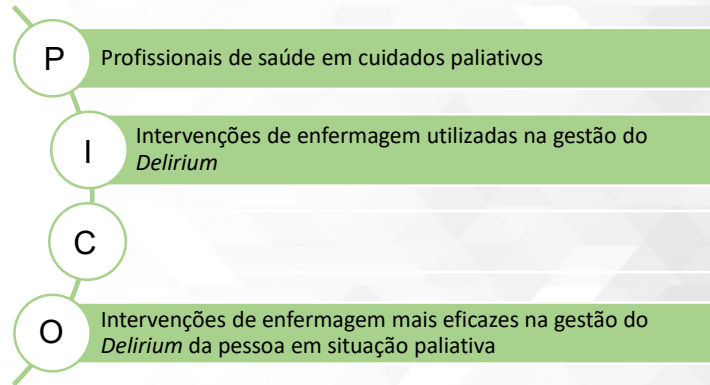
Identificar intervenções de enfermagem experiências e práticas dos enfermeiros na gestão do *delirium* da pessoa em situação paliativa

Questões de Investigação

Quais as intervenções de enfermagem na gestão do *Delirium*, no domínio farmacológico. Quais as intervenções de enfermagem na gestão do *Delirium*, no domínio não farmacológico?

4

Metodologia



5

Metodologia

Frase booleana: (*Delirium AND "Palliative Care"* OR *Terminally Ill* OR *"Terminal Care"* AND *Nurs**)

Critérios de Inclusão:

- contexto de cuidados paliativos;
- profissionais de saúde em Cuidados Paliativos;
- intervenções na gestão do *Delirium* na pessoa em situação paliativa.

Critérios de Exclusão:

- estudos que não integrem uma população de profissionais de saúde em Cuidados Paliativos;
- estudos cuja população sejam pessoas com idade inferior a 18 anos;
- estudos que não integrem as intervenções na gestão do *Delirium* na pessoa em situação paliativa

Limitadores:

- idioma inglês; texto integral; analisado por pares; estudos publicados de 01 de janeiro de 2018 a 05 de março de 2023; tipo de fonte: revistas acadêmicas; assunto: *Delirium*, *palliative care*, *terminally ill*, *terminal care* e *nursing care* e fornecedor de conteúdo: *MEDLINE COMPLETE*.

6

Apresentação de Resultados

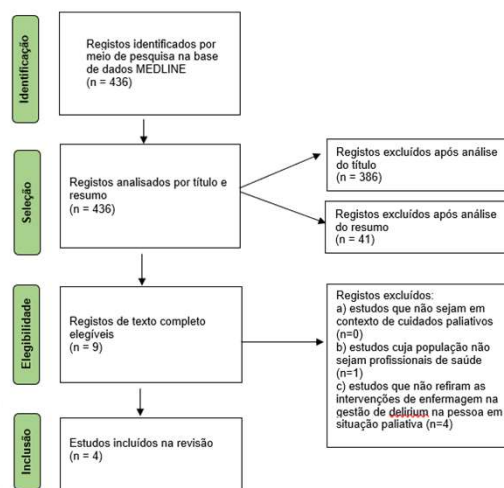


Figura 1 – Fluxograma PRISMA do processo de seleção dos estudos

7

Apresentação de Resultados

A1 (Escócia). Harris, C., Spiller, J., & Finucane, A. (2020). Managing delirium in terminally ill patients: perspective of palliative care nurse specialists. *British Journal of Community Nursing*, 25(7), 346-352. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.7.346>

A2 (Canadá). Bush, S. H., Skinner, E., Lawlor, P. G., Dhuper, M., Grassau, P. A., Pereira, J. L., MacDonald, A. R., Parsons, H. A., & Kabir, M. (2022). Adaptation, implementation, and mixed methods evaluation of an interprofessional modular clinical practice guideline for delirium management on an inpatient palliative care unit. *BMC Palliative Care*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01010-6>

A3 (Canadá). Wright, D. K., Brajtman, S., & Macdonald, M. E. (2018). Relational ethics of delirium care: Findings from a hospice ethnography. *Nursing Inquiry*, 25(3). <https://doi.org/10.1111/nin.12234>

A4 (Austrália). Hosie, A., Agar, M., Caplan, G. A., Draper, B., Hedger, S., Rowett, D., Tuffin, P., Cheah, S. L., Phillips, J. L., Brown, L., Sidhu, M., & Currow, D. C. (2021). Clinicians' delirium treatment practice, practice change, and influences: A national online survey. *Palliative Medicine*, 35(8), 1553–1563. <https://doi.org/10.1177/02692163211022183>

8

Apresentação de Resultados

A1 (Escócia). Harris, C., Spiller, J., & Finucane, A. (2020). Managing delirium in terminally ill patients: perspective of palliative care nurse specialists. *British Journal of Community Nursing*, 25(7), 346-352. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.7.346>

Objetivo do estudo	Tipo de estudo	Participantes	Intervenções de enfermagem para controlo do delirium no domínio não farmacológico	Intervenções de enfermagem para controlo do delirium no domínio não farmacológico
Compreender a prática e otimização dos cuidados na gestão do delirium em contexto comunitário	Estudo qualitativo com entrevistas semi-estruturadas	10 Enfermeiros especialistas em cuidados paliativos	<ul style="list-style-type: none"> - Sentar-se com a pessoa; - Tranquilizar; - Comunicar com a pessoa; - Proporcionar momentos com música; - Reorientar; - Promover higiene de sono. 	-Antipsicóticos: Haloperidol.

9

Apresentação de Resultados

A1 (Escócia). Harris, C., Spiller, J., & Finucane, A. (2020). Managing delirium in terminally ill patients: perspective of palliative care nurse specialists. *British Journal of Community Nursing*, 25(7), 346-352. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.7.346>

Outros resultados

- A **identificação e gestão do delirium** na pessoa em situação paliativa na **comunidade**, pode ser um desafio **complexo**, pelas seguintes causas **contato limitado com a pessoa**, “confiança” na **família**, o acesso antecipado aos **medicamentos**, os **sintomas com predomínio noturno** e pessoas que vivem **sozinhas**;
- Preparar precocemente o **prestador de cuidados na identificação do delirium** e na implementação de medidas **não farmacológicas** na gestão do **delirium**.
- O estudo sugere o uso de **intervenções não farmacológicas**, pois podem **reduzir a incidência** dos casos de **delirium**;
- Os **antipsicóticos** devem ser evitados como **medida estratégica farmacológica** no tratamento do **delirium**;
- O uso de **medidas farmacológicas**, justifica-se quando os **casos de delirium** são avaliados como **moderados a graves**, em que a abordagem **não farmacológica** é ineficaz ou a pessoa se encontra com **angústia**;
- A colaboração dos **enfermeiros e dos médicos da área de residência**, podem ser **uma mais-valia** relativamente à **limitação do tempo** e o **acesso prévio aos medicamentos**;
- O uso de **instrumento de rastreio**, neste estudo, o **4AT**, tem indicação assim que houver **suspeita de delirium**, o tempo dispensado para a sua aplicação, pode **prevenir o sofrimento a longo prazo** com a identificação e gestão precoces do **delirium**.

10

Apresentação de Resultados

A2 (Canadá). Bush, S. H., Skinner, E., Lawlor, P. G., Dhuper, M., Grassau, P. A., Pereira, J. L., MacDonald, A. R., Parsons, H. A., & Kabir, M. (2022). Adaptation, implementation, and mixed methods evaluation of an interprofessional modular clinical practice guideline for delirium management on an inpatient palliative care unit. *BMC Palliative Care*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01010-6>

Objetivo do estudo	Tipo de estudo	Participantes	Intervenções de enfermagem para controlo do delirium no domínio não farmacológico	Intervenções de enfermagem para controlo do delirium no domínio farmacológico
Adaptar, implementar e avaliar uma diretriz interprofissional da prática clínica no delirium para uma unidade de cuidados paliativos (internamento)	Estudo misto com inquérito online e análise de focus group/entrevistas usando uma abordagem interativa e indutiva da análise temática	Membros da equipa interprofissional (médicos, enfermeiros, farmacêuticos, assistentes sociais e espirituais, gestor clínico da unidade, voluntários)	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliação e monitorização do delirium: registos de turno; - Vigilâncias de 1h/1h; - Atualizar os planos de cuidados; - Reuniões de equipa com o objetivo, a segurança da pessoa e intervenções prioritárias. - Aplicação do instrumento Nu-DESC; - Comunicar com a pessoa com delirium. 	<ul style="list-style-type: none"> - Antipsicóticos; - Midazolam via SC em SOS.

11

Apresentação de Resultados

A2 (Canadá). Bush, S. H., Skinner, E., Lawlor, P. G., Dhuper, M., Grassau, P. A., Pereira, J. L., MacDonald, A. R., Parsons, H. A., & Kabir, M. (2022). Adaptation, implementation, and mixed methods evaluation of an interprofessional modular clinical practice guideline for delirium management on an inpatient palliative care unit. *BMC Palliative Care*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01010-6>

Outros resultados

- A diretriz implementada recomenda a prescrição de medicamentos em **dosagem mais baixa** dos que as anteriormente utilizadas e em **SOS**;
- Após a implementação da diretriz na unidade de cuidados paliativos, num período de 48h após um diagnóstico de delirium houve aproximadamente **menos 60% de uso do antipsicótico** prescrito e um **aumento de 50% de midazolam via SC** em SOS;
- O estudo sugere **formação a todos os membros da equipa interprofissional, família, prestadores de cuidados e pessoa**. Também refere a importância de **mais investigação** no uso de **antipsicóticos e benzodiazepínicos** na gestão do delirium.

12

Apresentação de Resultados

A3 (Canadá). Wright, D. K., Brajtman, S., & Macdonald, M. E. (2018). Relational ethics of delirium care: Findings from a hospice ethnography. *Nursing Inquiry*, 25(3). <https://doi.org/10.1111/nin.12234>

Objetivo do estudo	Tipo de estudo	Participantes	Intervenções de enfermagem para controlo do <i>delirium</i> no domínio não farmacológico	Intervenções de enfermagem para controlo do <i>delirium</i> no domínio farmacológico
Analisar a relação dos enfermeiros com pessoas em <i>delirium</i> antes da morte	Estudo qualitativo exploratório (observação, entrevistas formais, semi-estruturadas e gravadas em áudio)	13 Enfermeiros	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicar com a pessoa com <i>delirium</i>; - Fomentar sentimentos de segurança, cuidado e dignidade; - Proporcionar conforto; - Reorientar; - Tranquilizar a pessoa em <i>delirium</i>; - Informar a família sobre o <i>delirium</i>, de forma a salvaguardar a relação entre a pessoa com <i>delirium</i> e a família. 	

13

Apresentação de Resultados

A3 (Canadá). Wright, D. K., Brajtman, S., & Macdonald, M. E. (2018). Relational ethics of delirium care: Findings from a hospice ethnography. *Nursing Inquiry*, 25(3). <https://doi.org/10.1111/nin.12234>

Outros resultados

- O estudo dá enfoque à integridade da **relação da pessoa com *delirium* e família**;
- A máxima das enfermeiras dos *hospices* atende primordialmente ao **conforto e dignidade**;
- Importante o uso de um **instrumento de avaliação no rastreio do *delirium*** em cuidados paliativos em contexto hospitalar;
- Defende a importância da avaliação, diagnóstico e tratamento do *delirium*, porém o *delirium* é um **fenómeno essencialmente relacional**;
- A **angústia** associada ao *delirium* em fim de vida pode ter três causas, nomeadamente a **tensão nas experiências relacionais**, o difícil **reconhecimento da pessoa com *delirium*** e a árdua **interpretação do significado do comportamento** da pessoa com *delirium*.

14

Apresentação de Resultados

A4 (Austrália). Hosie, A., Agar, M., Caplan, G. A., Draper, B., Hedger, S., Rowett, D., Tuffin, P., Cheah, S. L., Phillips, J. L., Brown, L., Sidhu, M., & Currow, D. C. (2021). Clinicians' delirium treatment practice, practice change, and influences: A national online survey. *Palliative Medicine*, 35(8), 1553–1563. <https://doi.org/10.1177/02692163211022183>

Objetivo do estudo	Tipo de estudo	Participantes	Intervenções de enfermagem para controlo do delirium no domínio não farmacológico	Intervenções de enfermagem para controlo do delirium no domínio farmacológico
Investigar a prática clínica no tratamento do delirium, mudança de prática e influências em cuidados paliativos (outras especialidades geriatria, psiquiatria) utilizando um quadro de domínios teóricos	Estudo quantitativo (Inquérito online com respostas fechadas e abertas)	475 Enfermeiros, médicos e farmacêuticos	<ul style="list-style-type: none"> - Tratar as causas do <i>delirium</i>; - Tranquilizar; - Informar sobre o <i>delirium</i>; - Otimizar o sono; - Hidratação; - Exercício; - Presença da família e da equipa da instituição (com necessidade existir mais estudos que sustentem tal intervenção). 	<ul style="list-style-type: none"> - Antipsicóticos: Haloperidol; - Benzodiazepinas; - Melatonina; - Outros medicamentos.

15

Apresentação de Resultados

A4 (Austrália). Hosie, A., Agar, M., Caplan, G. A., Draper, B., Hedger, S., Rowett, D., Tuffin, P., Cheah, S. L., Phillips, J. L., Brown, L., Sidhu, M., & Currow, D. C. (2021). Clinicians' delirium treatment practice, practice change, and influences: A national online survey. *Palliative Medicine*, 35(8), 1553–1563. <https://doi.org/10.1177/02692163211022183>

Outros resultados

- O uso comum de **antipsicóticos** pelos médicos paliativistas é atribuído como forma de **tratar o sofrimento** do doente durante a morte e **contenção de comportamentos inseguros**;
- Sugerem o uso de **antipsicóticos com extrema cautela** no alívio do **sofrimento** relacionado com o *delirium*;
- Sugerem o uso de **instrumentos de avaliação de rastreio**;
- O estudo recomenda haver **mais divulgação/conhecimento** sobre *delirium*, existir recursos suficientes no local de trabalho e na utilização **instrumentos de avaliação da angústia**.

16

Discussão

- ✓ Gestão do *delirium* no domicílio;
- ✓ Necessidade de identificação antecipada do *delirium*;
- ✓ Instrumentos de avaliação na identificação do *delirium*;
- ✓ Necessidade de formação na gestão do *delirium*;
- ✓ Intervenções de enfermagem para controlo do *delirium* nos domínios não farmacológico e farmacológico.

17

Discussão



18

Conclusão

- O *delirium* tem um elevado impacto na qualidade de vida da pessoa, dos cuidadores/familiares e dos profissionais de saúde, sendo fulcral, a educação e formação das equipas multidisciplinares, para que atuem, por forma a prevenirem, a identificarem precocemente o *delirium* e a instituírem um planeamento estratégico com intervenções apropriadas, com particular interesse em se evitar maior sofrimento;
- A primeira abordagem na prevenção e na gestão do *delirium* incide na intervenção com medidas estratégicas não farmacológicas, porém as medidas farmacológicas devem ser adotadas quando as primeiras não obtiveram uma resposta adequada e de sucesso, bem como em casos de pessoas com angústia, sofrimento e em risco de segurança.

19

Bibliografia

- Agar, M. R., & Amgarth-Duff, I. (2022). The Dilemma of Treating Delirium: the Conundrum of Drug Management. *Current Treatment Options in Oncology*, 23(7), 951–960. <https://doi.org/10.1007/s11864-022-00987-9>
- Bush, S. H., Skinner, E., Lawlor, P. G., Dhuper, M., Grassau, P. A., Pereira, J. L., MacDonald, A. R., Parsons, H. A., & Kabir, M. (2022). Adaptation, implementation, and mixed methods evaluation of an interprofessional modular clinical practice guideline for delirium management on an inpatient palliative care unit. *BMC Palliative Care*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01010-6>
- Garritty, C., Gartlehner, G., Nussbaumer-Streit, B., King, V. J., Hamel, C., Kamel, C., Affengruber, L., & Stevens, A. (2021). Cochrane Rapid Reviews Methods Group offers evidence-informed guidance to conduct rapid reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, 130, 13–22. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.10.007>
- Harris, C., Spiller, J., & Finucane, A. (2020). Managing delirium in terminally ill patients: perspective of palliative care nurse specialists. *British Journal of Community Nursing*, 25(7), 346–352. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.7.346>
- Hosie, A., Agar, M., Caplan, G. A., Draper, B., Hedger, S., Rowett, D., Tuffin, P., Cheah, S. L., Phillips, J. L., Brown, L., Sidhu, M., & Currow, D. C. (2021). Clinicians' delirium treatment practice, practice change, and influences: A national online survey. *Palliative Medicine*, 35(8), 1553–1563. <https://doi.org/10.1177/02692163211022183>
- Hui, D., Agar, M., & Maeda, I. (2023). Should Neuroleptics Be Used in Patients with Delirium Seen by Palliative Care? *Journal of Pain and Symptom Management*, 65(1), 81–85. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.09.015>
- Lei n.º 52/2012. (2012). Diário da República n.º 172, 1.ª série de 05-09-2012. <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>
- World Health Organization. (2021). *Quality health services and palliative care: practical approaches and resources to support policy, strategy and practice*. <https://www.who.int/publications/item/9789240035164>
- Wright, D. K., Brajtmann, S., & Macdonald, M. E. (2018). Relational ethics of delirium care: Findings from a hospice ethnography. *Nursing Inquiry*, 25(3). <https://doi.org/10.1111/nin.12234>
- World Health Organization. (2020). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Prayce, R., Quaresma, F., & Neto, I. G. (2018). Delirium: The 7th vital sign? *Acta Medica Portuguesa*, 31(1), 51–58. <https://doi.org/10.20344/amp.9670>
- Prisma (2016). *PRISMA 2009 flow diagram*. <http://prisma-statement.org/documents/PRISMA%202009%20flow%20diagram.pdf>
- Tricco, A. C., Langlois, E. v., & Straus, S. E. (2017). *Rapid Reviews to Strengthen Health Policy and Systems: A Practical Guide*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258698/9789241512763-eng.pdf>

20



Anexo III

Plano de Formação em Serviço

Serviço	Unidade de Cuidados Paliativos (UCP) e Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP)
----------------	---

Ação de Formação	Intervenções de Enfermagem na Gestão do <i>Delirium</i> da Pessoa em Situação Paliativa: Revisão Sistemática Rápida	Data	02/06/2023
-------------------------	---	-------------	------------

Objectivos	Conteúdos	Prelectores	Metodologia	Material De Apoio
<ul style="list-style-type: none"> - Apresentar o conceito sobre o <i>delirium</i>; - Conhecer a importância da identificação e prevenção do <i>delirium</i>; - Conhecer as intervenções de enfermagem do domínio não farmacológico na gestão do <i>delirium</i> da pessoa em situação paliativa; - Conhecer as intervenções de enfermagem do domínio farmacológico na gestão do <i>delirium</i> da pessoa em situação paliativa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Introdução da Revisão sistemática da literatura do tipo rápida; - Metodologia da revisão sistemática rápida; - Apresentação dos resultados; - Discussão de resultados; - Conclusão da revisão sistemática rápida. 	Adélia Costa	Método expositivo	<ul style="list-style-type: none"> - Computador; - Ficheiro com diapositivos.

Referências Bibliográficas

- Agar, M. R., & Amgarth-Duff, I. (2022). The Dilemma of Treating Delirium: the Conundrum of Drug Management. *Current Treatment Options in Oncology*, 23(7), 951–960. <https://doi.org/10.1007/s11864-022-00987-9>
- Bush, S. H., Skinner, E., Lawlor, P. G., Dhuper, M., Grassau, P. A., Pereira, J. L., MacDonald, A. R., Parsons, H. A., & Kabir, M. (2022). Adaptation, implementation, and mixed methods evaluation of an interprofessional modular clinical practice guideline for delirium management on an inpatient palliative care unit. *BMC Palliative Care*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01010-6>
- Garritty, C., Gartlehner, G., Nussbaumer-Streit, B., King, V. J., Hamel, C., Kamel, C., Affengruber, L., & Stevens, A. (2021). Cochrane Rapid Reviews Methods Group offers evidence-informed guidance to conduct rapid reviews. *Journal of Clinical Epidemiology*, 130, 13–22. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2020.10.007>
- Harris, C., Spiller, J., & Finucane, A. (2020). Managing delirium in terminally ill patients: perspective of palliative care nurse specialists. *British Journal of Community Nursing*, 25(7), 346–352. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2020.25.7.346>
- Hosie, A., Agar, M., Caplan, G. A., Draper, B., Hedger, S., Rowett, D., Tuffin, P., Cheah, S. L., Phillips, J. L., Brown, L., Sidhu, M., & Currow, D. C. (2021). Clinicians' delirium treatment practice, practice change, and influences: A national online survey. *Palliative Medicine*, 35(8), 1553–1563. <https://doi.org/10.1177/02692163211022183>
- Hui, D., Agar, M., & Maeda, I. (2023). Should Neuroleptics Be Used in Patients with Delirium Seen by Palliative Care? *Journal of Pain and Symptom Management*, 65(1), 81–85. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2022.09.015>
- Lei n.º 52/2012. (2012). Diário da República n.º172, 1.ª série de 05-09-2012. <https://files.dre.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>
- World Health Organization. (2021). *Quality health services and palliative care: practical approaches and resources to support policy, strategy and practice*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240035164>
- Wright, D. K., Brajtman, S., & Macdonald, M. E. (2018). Relational ethics of delirium care: Findings from a hospice ethnography. *Nursing Inquiry*, 25(3). <https://doi.org/10.1111/nin.12234>
- World Health Organization. (2020). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Prayce, R., Quaresma, F., & Neto, I. G. (2018). Delirium: The 7th vital sign? *Acta Medica Portuguesa*, 31(1), 51–58. <https://doi.org/10.20344/amp.9670>
- Prisma (2016). *PRISMA 2009 flow diagram*. <http://prisma-statement.org/documents/PRISMA%202009%20flow%20diagram.pdf>
- Tricco, A. C., Langlois, E. v., & Straus, S. E. (2017). *Rapid Reviews to Strengthen Health Policy and Systems: A Practical Guide*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258698/9789241512763-eng.pdf>