

O estertor na pessoa em situação paliativa – o papel do enfermeiro
especialista na gestão e facilitação da aceitação deste sinal

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Projeto de Desenvolvimento de Competências Clínicas Especializadas na
área da Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Enfermagem à Pessoa
em Situação Paliativa

Autor

Maria Luís Guimarães

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

Digite o texto aqui

O ESTERTOR NA PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA - O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA GESTÃO E FACILITAÇÃO DA ACEITAÇÃO DESTE SINAL

THE RATTLE IN THE PALLIATIVE CARE PATIENT - THE ROLE OF THE SPECIALIST NURSE IN MANAGING AND FACILITATING ACCEPTANCE OF THIS SIGNAL

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

Orientador(es)

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

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

Autor

Maria Luís Guimarães

Porto, 2023

RESUMO

O presente relatório de estágio foi desenvolvido no período da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório - Módulo II, do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Escola Superior de Enfermagem do Porto.

Foram concretizadas duas conceções de dois casos clínicos reais, envolvendo os doentes, seus cuidadores e famílias, utilizando a estrutura formatada do plano de cuidados na plataforma e4nursing. A prática clínica, decorreu numa Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos e numa Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos, com a duração total de 340 horas.

Durante o tempo de estágio pude desenvolver e aprimorar competências desta área de especialização, podendo fazer parte, como membro integrante de cuidados, nestas equipas multidisciplinares e dessa forma desenvolver as áreas fundamentais do cuidar em cuidados paliativos como o trabalho em equipa, o controlo sintomático, a comunicação e o apoio à família.

A fase agónica e situação de últimos dias e horas de vida do doente paliativo assumem o tema central deste relatório por ser uma fase sensível no cuidar e as intervenções de enfermagem adotarem maior importância no que toca à promoção do conforto e bem-estar tanto no doente como na família. Foi abordado o estertor como um sinal comum na fase terminal da pessoa, com a intenção de fornecer informações para as intervenções mais adequadas a serem realizadas pela equipa de enfermagem, visando minimizá-lo.

Exercer funções em cuidados paliativos, numa Unidade de Internamento de Oncologia e Cuidados Paliativos de um hospital privado desde 2016, facilitou a razão da escolha do tema deste projeto de estágio, pois entendo que o surgimento deste sinal, desencadeia, tanto aos familiares como aos profissionais de saúde, sentimentos de sofrimento, ansiedade, angústia e inquietação.

Logo, com base numa Scoping Review realizada antes de iniciar o estágio sobre o tema, que se revelou uma mais valia, assim como na observação da prática clínica, foram abordadas as necessidades do doente com estertor e das suas famílias, bem como as dificuldades dos profissionais que prestam cuidados a estes doentes.

O facto de me integrar nas equipas dos contextos anteriormente mencionados permitiu-me recolher informação imprescindível para refletir e, dessa forma, desenvolver as competências

específicas pretendidas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa. As competências adquiridas foram todas fundamentais para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Palavras-chave: Cuidados paliativos; Intra-hospitalar; Domicílio; Estertor; Competências

ABSTRACT

The present internship report was developed during the Professional Internship with Report - Module II course, as part of the Master's program in Medical-Surgical Nursing, specializing in Palliative Care Nursing, at the Porto Nursing School. Two real clinical cases were implemented, involving patients, their caregivers, and families, using the structured care plan framework on the e4nursing platform. The clinical practice took place in both an In-Hospital Palliative Care Support Team and a Community Palliative Care Support Team, totaling 340 hours.

During the internship period, I was able to develop and enhance skills in this specialization area, becoming an integral member of these multidisciplinary teams and thereby developing the core areas of palliative care, such as teamwork, symptom management, communication, and family support.

The agonic phase and the patient's last days and hours of life in palliative care are the central themes of this report, as it is a sensitive phase in caregiving, and nursing interventions become particularly important in promoting comfort and well-being for both the patient and the family. The "death rattle" was addressed as a common sign in the terminal phase of a person's life, with the intention of providing information for the most appropriate nursing interventions to minimize it.

Working in palliative care in an Oncology and Palliative Care Inpatient Unit of a private hospital since 2016 influenced the choice of the internship project theme. I understand that the emergence of this sign triggers feelings of suffering, anxiety, anguish, and restlessness in both family members and healthcare professionals. Therefore, based on a Scoping Review conducted before starting the internship on the subject, which proved to be valuable, as well as clinical practice observation, the needs of patients with the death rattle and their families, as well as the challenges faced by professionals providing care to these patients, were addressed.

Being part of the teams in the aforementioned contexts allowed me to gather essential information for reflection and, thus, develop the specific skills expected of a nurse specialist in medical-surgical nursing in the field of palliative care. The acquired skills were all essential for my personal and professional development.

Keywords: Palliative care; In-Hospital; Home; Death rattle; Competencies.

ABREVIATURAS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

CP - Cuidados Paliativos

ECSCP - Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos

EIHSCP - Equipa Intra Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos

PEDCP - Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos

RNCP - Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SUD - Situação de Últimos Dias

VRCS - Victoria Respiratory Congestion Scale

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO	13
2. CARACTERIZAÇÃO DO(S) CONTEXTO(S) CLÍNICO(S)	13
3. EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS	17
3.1. Enquadramento teórico	17
3.2. Clientes	20
3.3. Medicação	20
3.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	21
3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	25
3.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	27
3.5. Domínios	30
3.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	31
3.6. Dados	37
3.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	44
3.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	45
3.7. Diagnósticos	49
3.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	55
4. EQUIPA COMUNITÁRIA DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS	61
4.1. Enquadramento teórico	61
4.2. Clientes	66
4.3. Medicação	67
4.3.1. Aspectos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita	67
4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica	72
4.4.1. Aspectos a considerar relativamente aos procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica.	74
4.5. Domínios	75
4.5.1. Os domínios selecionados; sua relação com o quadro teórico	76
4.6. Dados	83
4.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados	89
4.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados	91
4.7. Diagnósticos	97
4.7.1. As intervenções de enfermagem; contributos específicos face aos objetivos e prioridades	103
5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	111
6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO	133
7. BIBLIOGRAFIA	135
ANEXOS	139

ÍNDICE E LISTA DE TABELAS, QUADROS E FIGURAS

Tabela 1: Sintomas nos 3 últimos dias de vidapag. 15

Tabela 2: Intervenções para alívio do estertorpag. 120

1. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente relatório documenta o meu percurso enquanto estudante de enfermagem na área de especialização em Cuidados Paliativos. Trata-se de uma reflexão final no âmbito da unidade curricular de estágio de desenvolvimento profissional

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

Para a realização do Estágio de Natureza Profissional com Relatório – Módulo 1, integrado no segundo ano do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, e de forma a desenvolver as competências específicas de um Enfermeiro Especialista em Cuidados Paliativos, segundo o artigo nº 135 do Diário da República a 16 julho de 2018, estive em dois contextos clínicos distintos, nomeadamente em duas equipas de Cuidados Paliativos.

Inicialmente, na fase inicial, o estágio foi realizado numa Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) e, posteriormente, foi concluído numa Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP). Ambos os locais de estágio clínico contam com equipas multidisciplinares que possuem características específicas de cada contexto.

Trabalhando atualmente numa unidade de internamento de oncologia e cuidados paliativos num hospital privado, a minha preferência era vivenciar uma prática clínica em contextos de cuidados especializados nessa área. Dessa forma, eu poderia compreender como o cuidado diferenciado em cuidados paliativos se manifesta tanto a nível intra-hospitalar como na comunidade.

Os seus objetivos são semelhantes aos de outras unidades de cuidados paliativos, como oferecer cuidados de conforto à pessoa doente, aliviando o sofrimento em todas as suas diferentes dimensões de forma personalizada e individualizada.

Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP)

A Equipa Intra-hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos por onde realizei o estágio, pertence a uma Unidade de Cuidados Paliativos de uma entidade pública empresarial, prestando cuidados de saúde primários, diferenciados e continuados. Estando alocada a um hospital central do Norte, dá resposta a cerca três concelhos de um distrito, e dá acompanhamento a

seis serviços de internamento (Medicina, Cirurgia, Urologia, Ortopedia, Ginecologia e Unidade de Medicina intensiva).

É formada por uma equipa multidisciplinar, dotada de recursos específicos, que presta aconselhamento e apoio diferenciado em cuidados paliativos especializados a outros profissionais e aos serviços do hospital, assim como aos doentes adultos e às suas famílias. É composta por três médicos especializados na área, duas enfermeiras especialistas em cuidados paliativos, uma assistente técnica, um assistente social e um psicólogo com formação em oncologia e cuidados paliativos.

A ECSCP assegura consulta externa e acompanhamento de doentes internados na instituição de saúde onde se integra, garante assessoria na área dos Cuidados Paliativos a profissionais de saúde designadamente dos cuidados de saúde primários, hospitalares e continuados integrados, na sua área geográfica e cumpre com formação na área de interesse a outros profissionais de saúde. Reúne-se semanalmente às quartas-feiras, para discussão multidisciplinar de todos os planos de cuidados elaborados, com objetivo de ajustar o plano de intervenção de cada doente; elaborar ou avaliar o plano de alta; promover sempre que possível a participação de profissionais de saúde intervenientes na orientação do doente, nomeadamente médico da comunidade.

Para além da sala de trabalho e do gabinete de consultas externas, dispõe de um telefone portátil para contato de/para doentes e outros profissionais e ainda tem na sua posse fármacos considerados essenciais em CP no cofre. A referenciação de doentes para as UCP-RNCCI (Unidade de Cuidados Paliativos - Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados) é feita também pela equipa, tendo em conta as necessidades do doente e da sua família.

Os motivos de referenciação para a EIHCSCP passam por: Controlo Sintomático; Organização de cuidados; Tomada de decisão; Apoio Social; Apoio psicológico; Continuidade de cuidados e apoio à família.

Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos (ECSCP)

A Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos onde também realizei o estágio, pertence a um agrupamento de Centros de saúde (ACeS), presta cuidados à população residente em 15 freguesias e uniões de freguesias, pertencentes a três concelhos distintos, num total de 183.524 habitantes. A sua área de intervenção estabelecida comporta no total de 167.90km². Tem lugar fixo num gabinete do Centro de Saúde.

Também é formada por uma equipa multidisciplinar composta por três médicas e quatro enfermeiros com especialidade na área de especialidade, dois assistentes sociais, uma psicóloga e uma assistente técnica.

Mesmo sendo uma equipa multidisciplinar e as tomadas de decisões serem, a maior parte, planeadas em conjunto, o enfermeiro especialista utiliza um método de trabalho individual, pois a abordagem de assistência é total ao doente, ou seja, um único enfermeiro assume a total responsabilidade pela assistência a um grupo de clientes durante um turno.

Apresenta horários rotativos e o seu período de atuação aos doentes e suas famílias são nos dias úteis das 8h às 20h. Esta equipa reúne-se semanalmente às terças-feiras para reunião de

equipa, onde são discutidos planos de intervenção e assuntos pertinentes sobre os doentes e suas famílias. Têm uma viatura para efeitos de deslocação, um cofre para estupefacientes e sala para armazém de fármacos e material disponibilizado e para utilização nos domicílios.

Assegura cuidados médicos e de enfermagem, bem como intervenção psicológica, intervenção e apoio social, apoio e intervenção no luto, intervenção espiritual, apoio e aconselhamento diferenciado a instituições onde o doente resida, promove tratamentos e intervenções paliativas a doentes complexos, de acordo com o nível de diferenciação da equipa, previne e intervém na exaustão emocional dos profissionais de saúde e na formação em cuidados paliativos.

São critérios de admissão para a ECSCP todos os doentes e família que tem domicílio na área de abrangência do ACeS; que apresenta diagnóstico definitivo de doença crónica avançada e progressiva; que detém um cuidador capaz para assegurar a prestação de cuidados básicos regulares e não especializados; que aceite os cuidados propostos; que não têm capacidade de mobilização ou apresentam grande dependência, além de todos os doentes com descontrolo sintomático. Os critérios para consultoria incluem doentes que apresentam complexidade intermitente e/ou descontrolo sintomático. Dessa forma, cada doente observado terá um processo clínico para gerir e partilhar informações com os colegas. Quando o doente tiver alta, as informações serão enviadas ao médico de família, permitindo que o doente possa integrar novamente a equipa quando voltar a cumprir os critérios estabelecidos.

Como projetos em implementação têm o Protocolo de luto da responsabilidade da psicóloga que a equipa intervém e o projeto “prevenção e intervenção no burnout”.

Os doentes referenciados são preferencialmente avaliados nas primeiras 72 horas, envolvendo uma observação conjunta com a Equipa de Saúde Familiar para uma atividade de parceria no acompanhamento do doente e seus familiares.

Como crítica pessoal aos locais de estágio, reconheço que me enquadro em realidades distintas, mas com o mesmo propósito de intervenção e acompanhamento ao doente em situação de sofrimento decorrente de doença incurável ou grave, em fase avançada e progressiva, assim como às suas famílias. O principal objetivo é promover o bem-estar e a qualidade de vida, através da prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, com base na identificação precoce e tratamento rigoroso da dor e outros problemas físicos, bem como das questões psicossociais e espirituais.

Compreendo que o método de trabalho e organização de cada local de estágio é diferenciado e ajustado o seu foco à sua missão e foi uma mais valia para a minha integração e adaptação, podendo desenvolver sem dificuldade as competências de enfermeiro especialista na área. As equipas apresentam boa relação interpessoal entre todos os seus elementos, o que se demonstrou positivo para a minha aprendizagem dentro dos contextos.

Nos dois contextos, tive a oportunidade de cuidar de doentes em fim de vida que apresentam o ruído respiratório - Estertor, tendo sido muito positivo a implementação do projeto de estágio. Sendo mais específica, no período onde estive na EIHSCP verifiquei 2 casos clínicos individualizados com estertor. Na ECSCP confirmei 4 casos de surgimento de estertor em fim de vida.

Verifiquei a existência da necessidade de melhoria no que toca à desmistificação sobre o sinal estertor aos profissionais de saúde e à família, observei a realização de intervenções não uniformizadas aos doentes e uma carência de formação no que toca à comunicação adequada ao suporte ao familiar do doente em situação de últimos dias e horas de vida. Além disso, pude

intervir de forma a cumprir com as competências de enfermagem especializada, aplicando meu conhecimento e habilidades para atender às necessidades dos doentes em cuidados paliativos.

3. EQUIPA INTRA-HOSPITALAR DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Caso Clínico 1

3.1. Enquadramento teórico

CASO CLÍNICO (1)

A senhora S de 74 anos, dá entrada no serviço de urgência de um hospital central na região norte há 1 mês com queixas de dor lombar após queda de 2 semanas, astenia, anorexia, lesão renal aguda e febre. Tem como antecedentes um AVC em janeiro deste ano com discreta disfagia como sequela, dislipidemia e patologia osteoarticular, apresentando necrose dos dedos dos pés e mãos. Fica na Unidade de cuidados intensivos por neutropenia febril sem foco tendo sido posteriormente confirmado o diagnóstico de leucemia mieloide aguda. Após a deterioração do estado geral, a sua dependência e a ausência de recuperação neurológica, ficou decidido em reunião de grupo médico a sua transferência para internamento de Medicina com o apoio da Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos (EIHSCP) para controlo sintomático, apoio familiar e social.

Aquando a nossa primeira visita a doente encontrava-se no leito, sob febril. Apresentava abertura ocular espontânea, resposta verbal simples, desorientada no tempo e pessoa. Apresenta sonda nasogástrica (SNG) para alimentação, edemas generalizados e ligaduras em cada membro periférico (mãos e pés) por isquemia digital das extremidades em mumificação. Pensos de úlceras de pressão no sacro e calcanhar direito. Apresenta fácies de dor quando mobilizada. Foi otimizada terapêutica pela equipa.

No momento da nossa visita, estavam presentes as duas filhas da doente, recolhemos dados como que a senhora S tem duas filhas e 2 netos. Era previamente Semidependente nas AVDs, vivia sozinha supervisionada por uma vizinha. As filhas e os netos visitavam-na regularmente. Foram informadas sobre o estado atual da doente e após terem sido questionadas sobre como seria se a senhora S tivesse alta clínica, tendo em conta a maior dependência e alteração neurológica, foi entendido que não teriam condições sociais para receber a mãe. Dessa forma iniciamos a referenciação para uma Unidade de Cuidados Paliativos.

Desde a primeira sessão à segunda sessão houve algumas alterações. A equipa IHSCP teve a necessidade de realizar conferências familiares com as duas filhas para atualiza-las da evolução clínica da mãe e sobre as atitudes que foram tomadas para promover o seu maior conforto.

NOTA INTRODUTÓRIA

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Cuidados Paliativos (CP) como “cuidados que aspiram uma abordagem que melhore a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias

quando confrontados com os problemas associados a uma doença incurável e/ ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação e avaliação precoce e ao tratamento de problemas físicos, tais como a dor, como também problemas psicossociais e espirituais.” (WHO, 2023).

Esta vertente de cuidados estabelece como pilares fundamentais o controlo de sintomas (usufruindo de medidas farmacológicas e não farmacológicas), a comunicação eficaz (com doente e a sua família e incrementação de estratégias para a promoção da sua dignidade), a prestação de cuidados e apoio a família (detetando os seus problemas e necessidades de forma a facilitar a adaptação às perdas antes e depois da morte do doente) e o trabalho em equipa interdisciplinar (Neto, 2010, pp. 15,25). O doente paliativo é uma pessoa de qualquer idade (e não apenas idoso) que apresenta uma patologia (oncológica ou não oncológica) e necessita de cuidados que podem ser prestados ao longo de semanas, meses e até anos (Neto, 2010).

Esta conceção de cuidados foi concretizada em contexto hospitalar junto de uma Equipa Intra-Hospitalar de Suporte em Cuidados Paliativos.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Tendo em conta o mencionado na nota introdutória, verifico que a senhora S apresenta todas as características de um doente paliativo.

A referenciação precoce para os Cuidados Paliativos permite que os doentes tenham um melhor controlo sintomático, assim como uma antecipação das agudizações, de acordo com o Relatório de Lancet é defendido a importância de modelos que incorporem os Cuidados Paliativos como um componente central na gestão da doença "integrados desde o diagnóstico de uma condição de saúde que ameaça ou limita a vida, crescendo em importância como parte do tratamento integral ou cuidados de fim de vida e culminando com os cuidados de luto" (Knaul et al., 2018).

Neste seguimento, no meu período de estágio, foi feito o pedido de colaboração pelo médico assistencial da senhora S para ela poder usufruir de cuidados paliativos, informando o diagnóstico médico e o estado em que a senhora S se encontrava, com o intuito de haver orientação para otimização da terapêutica, comunicação adequada à família e assistir em todos os apoios necessários para um processo de fim de vida.

Durante estas visitas à senhora S, foram realizadas intervenções diretas à doente, à sua família e à equipa de assistência de profissionais de saúde no serviço onde a doente se encontra. Ao longo do acompanhamento foram realizados ajustes terapêuticos, melhoria de cuidados adaptados à situação atual da doente e conferências familiares com a família de modo a aliviar o sofrimento.

LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

Souza, L. m., & Gorine, m. p. (2016), descrevem que a leucemia é classificada em quatro tipos, agudas e crónicas, que se subdividem em linfóides ou mielóides, dentre elas acusa-se a leucemia mielóides (LM) a mais frequente com cerca de 40% dos diagnósticos. Em 1889, Wilhelm Ebstein introduziu o termo "leucemia aguda" para diferenciação dos casos de progressão rápida dos casos de leucemia crónica (Santos et al., 2019).

ISABEL (2013), o início a doença era baseada exclusivamente numa suspeita clínica e avaliação

do sangue medular e periférico, juntamente com a citoquímica. Aquelas que desenvolviam a doença adquiriam uma série de complicações, pois além de anemia que provoca fadiga e fraqueza, a baixa de percentagem de plaquetas faz com que os doentes sejam propensos a sangramento, e com a diminuição do número de leucócitos ocorrem maiores riscos de infeções (Santos et al., 2019).

Segundo CARDOSO (2016), a sobrevivência de um doente com LMA é dificultada, provocando as principais manifestações que levam à morte: as hemorragias, infeções, a leucostasia e síndrome de lise tumoral (Santos et al., 2019).

Salienta-se que dentro das leucemias, a mais frequente é a Leucemia Mieloide Aguda (LMA), abrangendo cerca de 40% dos diagnósticos. Ela ocorre frequentemente em adultos (90%), com uma incidência aumentando gradualmente com a idade - aproximadamente 30% dos indivíduos com LMA têm idade superior a 60 anos (Melo De Souza et al., 2006).

Na LMA ocorre um crescimento exagerado de células imaturas chamadas mieloblastos, que deixam de funcionar como células sanguíneas normais. Com isto, sucede-se uma acumulação anormal de mieloblastos na medula óssea, suprimindo a atividade hematopoética normal, acarretando, então, diminuição na produção e no número total de hemácias, leucócitos e plaquetas. A diminuição de hemácias acarreta em anemia e fadiga ao doente. Quando há escassez de plaquetas o doente torna-se mais suscetível a sangramentos, enquanto que a redução no número de leucócitos predispõe o doente a um risco maior de adquirir algum tipo de infeção (Melo De Souza et al., 2006).

Estes estudos na literatura indicam que, como tratamento da doença, os doentes podem ser submetidos a quimioterapia, a radioterapia ou até mesmo transplante de células tronco hematopoiéticas. Refere também que numa fase inicial, pelo tratamento de altas doses de quimioterapia, os primeiros meses levam a supressão medular podendo chegar à morte por: choque térmico, neutropenia febril, insuficiência respiratória, insuficiência renal e hemorragia alveolar.

Num estudo de casos com o objetivo de identificar os diagnósticos de Enfermagem para doentes adultos com LMA, os autores Melo de Souza & Gorin (2006), encontraram a importância de tornar os cuidados de enfermagem mais adequados a esta doença com a finalidade de sistematização da assistência de enfermagem. Foi feita a colheita de dados durante três meses em 6 doentes. Como conclusão identificaram diagnósticos de enfermagem conforme a Teoria das Necessidades Humanas de Maslow sendo que 15 correspondiam às alterações nas Necessidade Fisiológicas e 10 às alterações nas Necessidades de Proteção e Segurança. Entre eles mencionaram: Risco de infeção; Risco de alteração da temperatura corporal; Diarreia; Défice de volume de líquidos; Nutrição alterada; Náusea; Mucosa oral alterada; Fadiga; Intolerância à atividade; Distúrbio do padrão de sono; tendo sido identificados para cada diagnóstico os fatores relacionados à doença em estudo (Melo De Souza et al., 2006).

Neste caso real em estudo, a doente encontrava-se num estado avançado com alterações renais e neutropenia febril que não surtia efeito com o tratamento por antibioterapia. Dessa forma, a senhora S não apresentava condições para iniciar qualquer tipo de tratamento, beneficiando assim de cuidados paliativos. Como no contexto hospitalar que me encontro inserida, não existe um serviço físico da especialidade de Cuidados Paliativos e Oncologia, foi transferida para o internamento do serviço de Medicina e posteriormente foi feito o pedido colaboração à EIHSCP, como referido anteriormente.

3.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 75 anos | Feminino

Cuidador

20-02-2023 09:00

Nome do cuidador: M.

Contacto telefónico principal: 91xxxxxxx.

Email: m.m@.

Parentesco: Filha / Filho.

Coabita com a pessoa dependente (Não).

Disponibilidade para tomar conta: Em alguns dias.

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

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

Capacidade do cuidador para tomar decisões fase à situação atual do doente

Família

20-02-2023 09:00

Família nuclear.

Senhora S vivia sozinha, supervisionada por uma vizinha. As filhas e netos visitavam-na algumas vezes durante a semana.

3.3. Medicação

Início

Medicação

Fim

2023-02-20 09:00:00Bisacodilo, PO, 10mg (9h + 21h)

2023-02-22 09:00:00

2023-02-20 09:00:00Cetorolac, EV, 10mg (9h + 21h)

2023-02-22 09:00:00

2023-02-20 09:00:00Budesonido, inalação, 200ug (7h + 15h + 23h)

Início	Medicação	Fim
2023-02-20 09:00:00	Ipatrópio brometo, inalação, 2puff (7h + 15h + 23h)	
2023-02-20 09:00:00	Cloreto de Potássio, oral, 10mg (9h + 21h)	2023-02-22 09:00:00
2023-02-20 09:00:00	Dieta completa polimérica isocalórica, SNG, 500ml (24h)	2023-02-22 09:00:00
2023-02-20 09:00:00	Arginina, SNG, 7g (7h + 19h)	2023-02-22 09:00:00
2023-02-20 09:00:00	Furosemida, PO, 40mg (9h + 16h)	2023-02-22 09:00:00
2023-02-20 09:00:00	Glucose5% Cloreto Sódio 9%, EV, 1000ml (24h)	2023-02-22 09:00:00
2023-02-20 09:00:00	Metoclopramida, PO, 10mg (7h + 13h + 19h)	2023-02-22 09:00:00
2023-02-20 09:00:00	Midazolam, EV, 2mg (SOS)	2023-02-22 09:00:00
2023-02-20 09:00:00	Morfina, SC, 2mg (SOS)	2023-02-22 09:00:00
2023-02-20 09:00:00	Paracetamol, EV, 1g (SOS)	2023-02-22 09:00:00
2023-02-20 09:00:00	Piperacilina/tazobac, EV, 4.5g (7h + 15h +23h)	2023-02-22 09:00:00
2023-02-20 09:00:00	Zolpidem, PO, 10mg (22h)	2023-02-22 09:00:00
2023-02-22 09:00:00	Cetorolac, SC, mg (9h + 21h)	
2023-02-22 09:00:00	Furosemida, SC, 20mg (9h + 21h)	
2023-02-22 09:00:00	Cloreto Sódio 9%, SC, 500ml (24h)	
2023-02-22 09:00:00	Midazolam, SC, 2mg, na perfusão	
2023-02-22 09:00:00	Midazolam, SC, 2mg, SOS	
2023-02-22 09:00:00	Morfina, SC, 2mg, na perfusão	
2023-02-22 09:00:00	Morfina, SC, 2mg, SOS	
2023-02-22 09:00:00	Paracetamol, rectal, 3xdia	

3.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

O controlo sintomático é um dos quatro pilares dos cuidados paliativos. Esse controlo sintomático pode ser feito, pela equipa de Cuidados Paliativos, adotando medidas farmacológicas ou medidas não farmacológicas.

De acordo com Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, artigo 9, alínea e) “procedem à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais”.

Neste momento do trabalho, pretendo identificar toda a medicação prescrita à doente em estudo, mas mais do que isso salientar as alterações que a equipa de cuidados paliativos realizou para a melhoria dos cuidados mais adequados à situação atual da doença podendo, dessa forma, esclarecer o seu motivo.

A doente em estudo, aquando a nossa primeira visita já tinha um planeamento de farmacologia prescrita pela equipa assistencial, após entendermos o prognóstico da doente e o que seria expectável nos próximos dias, foi otimizada a terapêutica.

Antes de qualquer ajuste, foi verificado que a doente tinha prescrito medicação endovenosa e oral, sendo que a mesma apresentava SNG colocada por já não apresentar via oral segura. Também se verificou que tinha broncodilatadores e anti-inflamatório em formato de nebulização, por apresentar secreções e dessa forma poderem ser melhor expelidas com ajuda do procedimento de enfermagem de aspiração de secreções. Da mesma forma, tinha antibiótico prescrito pela neutropenia apresentada e paracetamol em SOS caso apresenta-se febre.

Segundo Neto (2016), “os cuidados paliativos afirmam a vida e consideram a morte um fenómeno natural, como tal, não a aceleram nem a retardam. O seu objetivo é a redução do sofrimento dos doentes e famílias e a promoção da máxima qualidade de vida possível, apesar de doença” (Barbosa et al., 2016, p. 46).

Neto (2016) ainda declara que “Como afirmam Bruera e Twycross, as três coisas fundamentais no tratamento sintomático bem-sucedidas são: reavaliar, reavaliar, reavaliar” (Barbosa et al., 2016, p. 46).

A otimização terapêutica em cuidados paliativos tem como objetivo controlar sintomas causadores de grave desconforto, refratários ao tratamento paliativo convencional, aliviando o sofrimento de doentes em fase final de doença grave, progressiva e incurável e melhorar o conforto e manter a dignidade da vida humana até o seu final (Martins, 2018).

Dessa forma, como estamos perante um caso de uma doente que não já apresenta vida de relação e estão a ser-lhe prestados cuidados curativos que não estão adequados à situação atual de doença, foi suspenso toda a medicação oral e endovenosa, pois a doente já não apresentava via oral segura nem acessos venosos funcionantes.

Furosemida, via subcutânea: A Furosemida é um diurético que pode ser administrado por via oral ou injetável, mas em cuidados paliativos pode ser administrado por via subcutânea ou até mesmo inalatória. Pertence a um grupo de medicamentos conhecidos como diuréticos de Ansa. Estes medicamentos ajudam os rins a eliminar a água em excesso do organismo. É utilizado no tratamento de edemas (inchaços causados pela retenção de líquidos) associados a doenças do coração, fígado ou rins (incluindo síndrome nefrótica, neste caso o tratamento da doença base tem prioridade) ou hipertensão arterial. Os efeitos secundários muito frequentes podem ser a alteração dos níveis de sais (por ex. sódio, potássio, cálcio) no sangue; desidratação e diminuição do volume de sangue, principalmente em doentes idosos; aumento dos níveis de creatinina ou de triglicéridos no sangue.

No caso da doente em estudo, manteve-se a furosemida prescrita, desta vez por via subcutânea, pelo facto de apresentar ruídos respiratórios e edemas generalizados pelo corpo.

Como profissionais de saúde, devemos controlar o débito urinário, pois a produção aumentada de urina pode provocar ou agravar a doença. A sua administração passa por preparar uma ampola de 20mg numa seringa e administrar em bolus, sem necessidade de diluição, pelo

cateter subcutâneo.

Cetorolac, via subcutânea: O Cetorolac é um analgésico potente da classe dos anti-inflamatório não esteróide ou AINE, dotado de propriedades analgésicas, anti-inflamatórias e antipiréticas e comumente utilizado em meio hospitalar, para alívio da dor, o edema e a inflamação. O seu modo de acção é inibir o sistema enzimático das ciclo-oxigenases e, portanto, a síntese das prostaglandinas e demonstra um efeito anti-inflamatório mínimo na sua dose analgésica. Pode ser administrado por via oral, venosa ou intra-muscular, sendo que em cuidados paliativos também se poder administrar por via subcutânea. Cetorolac está contraindicado em doentes com história de hemorragia, em doentes com insuficiência cardíaca grave, insuficiência hepática e insuficiência renal.

No caso da doente em estudo, a prescrição do cetorolac passou para via subcutânea por não existir outra via de administração segura, com o objetivo de ser um antipirético em horário fixo, visto a doente poder manter-se com febre até ao fim de vida.

Como profissionais de saúde, devemos sempre verificar a permeabilidade do acesso com a administração do fármaco. A sua administração passa por preparar uma ampola de 20mg numa seringa e administrar em bolus, sem necessidade de diluição, pelo cateter subcutâneo.

Paracetamol, via rectal: Paracetamol é um analgésico e antipirético, sendo indicado para a alívio da dor de intensidade leve a moderada, incluindo dor de cabeça, enxaqueca, dor músculo esquelética, cólicas menstruais, dor de garganta, dor de dente, dor de osteoartrite, entre outras. Pode ser administrado por via oral, venosa ou retal.

No caso da doente em estudo, a equipa alterou a via de administração do paracetamol e colocou em SOS para ser administrado caso a doente apresenta dor ou febre.

Como profissionais de saúde, devemos saber colocar o medicamento supositório de forma correta para que este não exteriorize e não cumpra o seu efeito.

Morfina, via subcutânea: A Morfina é um fármaco utilizado para aliviar a dor moderada a severa. É o medicamento mais utilizado em cuidados paliativos e também o que causa mais necessidade de desmistificação no doente e familiares. Pertence ao grupo de medicamentos chamados analgésicos narcóticos (medicamentos para a dor). Age sobre o sistema nervoso central (SNC), para aliviar a dor. Indicado para aliviar dores intensas e/ou resistentes a analgésicos mais fracos, como também para tratamento da dor grave e intratável, nomeadamente de origem oncológica. Além da sua ação analgésica, a morfina possui numerosas ações farmacológicas adicionais como a sedação derivada de ansiedade, como antitússico, miótico, depressor respiratório, emético e antidiarreico. Em cuidados paliativos também é utilizada para diminuir a dispneia que surge em consequência da insuficiência ventricular esquerda e do edema pulmonar. Pode ser administrada por via oral (biodisponibilidade de 30% por esta via), subcutânea, endovenosa, intramuscular, epidural e

intratecal. As formulações de libertação imediata são a melhor escolha para iniciar o tratamento para controlo da dor; têm início de ação em 30 minutos com pico plasmático: 1 hora e duração da ação: 4 horas. Não há dose máxima para a sua administração e o limite é definido apenas pelo controlo da dor ou sinais de toxicidade visíveis. Em doses normais, os efeitos adversos são: náuseas, vômitos, obstipação e sonolência. Por esse motivo, deve-se associar um antiemético e um laxante. Os sinais de toxicidade e sobredosagem com morfina são: depressão respiratória, sonolência com progressão para letargia ou coma, pupilas mióticas, rabdomiólise com progressão para insuficiência renal, flacidez músculo-esquelética, bradicardia, hipotensão e morte.

Como profissionais de saúde, é necessário a vigilância de uma possível toxicidade pelo fármaco, como anteriormente referido.

Midazolam, via subcutânea: O Midazolam é um medicamento benzodiazepínico usado para anestesia, sedação para procedimentos, dificuldade para dormir e agitação intensa. Age induzindo sonolência, diminuindo a ansiedade e causando uma perda da capacidade de criar novas memórias, também é útil para o tratamento de convulsões (Infarmed, 2019).

É o fármaco mais usado na sedação em cuidados paliativos (Martins, 2018) . O início de ação é rápido e tem uma duração de ação relativamente curta. Pode ser administrado via venosa ou subcutânea. Pode ser coadministrado com morfina, haloperidol e outros fármacos. É hidrossolúvel. Metabolizado em componente lipofílico que penetra rapidamente no SNC. Se acesso venoso estiver disponível, deve-se diluir o midazolam em soro fisiológico, para uma concentração de 1mg/ml, e administrar numa dose inicial de 2 mg, seguido de 1 mg/min até ao encerramento das pálpebras. Posteriormente pode-se iniciar perfusão contínua subcutânea ou venosa, mantendo uma dose de resgate igual à dose inicial. Os efeitos adversos passam por agitação paradoxal, depressão respiratória, abstinência se redução rápida da dose após perfusão contínua, tolerância (Infarmed, 2019).

No caso da doente em estudo tanto o midazolam como a morfina foram colocados em SOS para serem administrados em caso de necessidade por agitação ou dor/dispneia respetivamente. Como foi verificado que a doente se apresentava num processo de fim de vida e que o desconforto e os gemidos tornaram-se constantes, foi realizada a perfusão de Morfina e Midazolam, em hipodermóclise por via subcutânea.

A **perfusão subcutânea contínua** é um método muito usado em cuidados paliativos. Permite a perfusão contínua de fármacos durante um certo período, mantendo uma dose constante, evitando os picos e vales de concentração dos fármacos, permitindo o controlo de múltiplos sintomas. Em cuidados paliativos é frequente misturar-se 2 ou 3 fármacos na mesma seringa e geralmente recomenda-se que esse número não seja excedido (Gonçalves, 2020).

A sedação deve ser considerada e discutida entre os profissionais de saúde, doente e sua

família/entes queridos perante uma situação de grande sofrimento causado por sintomas refratários, no sentido do seu alívio. Os objetivos dos cuidados devem ser claros e avaliadas minuciosamente as condições do doente. No processo de decisão tem de estar explícito que tudo foi feito para controlar os sintomas sem comprometer a consciência (Martins, 2018).

A sedação paliativa pode ser classificada conforme o grau, em leve ou consciente, quando a consciência é mantida permitindo a comunicação com o doente, e profunda, quando o doente permanece semiconsciente ou inconsciente. Na sedação paliativa a intenção é sedar o doente para controlo de sintomas durante o processo de morte. Embora a morte seja iminente e esperada, ela é causada pela doença de base no seu curso natural (Martins, 2018).

Após ter descrito a otimização terapêutica feita pela equipa e cada fármaco prescrito, salvaguardo que os Cuidados Paliativos valorizam as medidas não farmacológicas que podem ser adotadas para controlo sintomático, desde: massagem de conforto, musicoterapia, aromaterapia, toque terapêutico, reflexologia, e outros cuidados mais simples que passam pela redefinição das intervenções, tais como, a avaliação de sinais vitais de rotina, entre outras. É necessário atender às preferências como a promoção dos cuidados de higiene e conforto, cuidados à boca, gestão de um ambiente livre de odores, ruídos, agitação, cuidados com a pele, entre outras que são implementadas consoante o sintoma a ser controlado.

É ainda de salientar que todas estas alterações foram informadas aos profissionais de saúde que estavam responsáveis pela doente e também aos familiares, para poderem estar a par das alterações fazendo-os compreender o processo e em que fase estamos da doença e da vida.

3.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

20-02-2023 09:00

Repouso no leito

Conhecimento do cuidador sobre necessidade do cliente manter repouso no leito: facilitador.

Intervenções de Enfermagem

20-02-2023 09:00 - Manter repouso no leito [SOS]

20-02-2023 09:00 - Dar banho na cama [SOS]

20-02-2023 09:00 - Lavar cavidade oral [SOS]

20-02-2023 09:00 - Vestir/despir [SOS]

20-02-2023 09:00 - Arranjar o cliente [SOS]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre necessidade de o cliente manter repouso no leito [RESOLVIDO] 22-02-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

20-02-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre necessidade de o cliente manter repouso no leito [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

20-02-2023 09:00 - Ensinar cuidador sobre a necessidade de o cliente manter repouso no leito [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

Regime de nada pela boca

Conhecimento do cuidador sobre necessidade de o cliente manter regime de nada pela boca: facilitador.

Intervenções de Enfermagem

20-02-2023 09:00 - Manter regime de nada pela boca [SOS]

20-02-2023 09:00 - hidratar mucosa; [SOS]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre necessidade de o cliente manter regime de nada pela boca [RESOLVIDO] 22-02-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

20-02-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre necessidade de o cliente manter regime de nada pela boca [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

20-02-2023 09:00 - Ensinar cuidador sobre necessidade de o cliente manter regime de nada pela boca [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

22-02-2023 09:00

Conhecimento do cuidador sobre necessidade do cliente manter repouso no leito: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre necessidade de o cliente manter regime de nada pela boca: facilitador.

Sondas, Drenos e Cateteres

20-02-2023 09:00

Sonda gástrica [RESOLVIDO] 22-02-2023 09:00

Propósito terapêutico da sonda gástrica: administração de líquidos.

Características do dispositivo: longa duração.

Intervenções de Enfermagem

20-02-2023 09:00 - Avaliar evolução da administração pela sonda gástrica [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

20-02-2023 09:00 - Otimizar sonda gástrica [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

20-02-2023 09:00 - Trocar sonda gástrica [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

20-02-2023 09:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção da sonda gástrica ao médico [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

Cateter urinário

Características do dispositivo: Foley ch14 com balão 8ml.

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

Intervenções de Enfermagem

20-02-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de infeção do sistema urinário [SOS]

20-02-2023 09:00 - Otimizar cateter urinário [SOS]

20-02-2023 09:00 - Referenciar sinais de infeção do sistema urinário ao médico [SOS]

20-02-2023 09:00 - Remover cateter urinário [SOS]

20-02-2023 09:00 - Trocar cateter urinário [SOS]

Cateter venoso periférico [RESOLVIDO] 22-02-2023 09:00

Localização do cateter venoso periférico

Braço Esquerda(o)

Intervenções de Enfermagem

20-02-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter venoso periférico [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

20-02-2023 09:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter venoso periférico [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

20-02-2023 09:00 - Otimizar cateter venoso periférico [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

20-02-2023 09:00 - Trocar cateter venoso periférico [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

20-02-2023 09:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

22-02-2023 09:00

Cateter subcutâneo

Localização do cateter subcutâneo

Abdómen

Intervenções de Enfermagem

22-02-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter subcutâneo [SOS]

22-02-2023 09:00 - Avaliar evolução da administração pelo cateter subcutâneo [SOS]

22-02-2023 09:00 - Otimizar cateter subcutâneo [SOS]

22-02-2023 09:00 - Trocar cateter subcutâneo [SOS]

22-02-2023 09:00 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [SOS]

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

Em cuidados paliativos, enquanto pertencente a uma equipa especializada, os profissionais devem adequar todas as atitudes benéficas tanto ao doente como à família numa situação de doença incurável e progressiva. Existe um momento em que devemos pensar naquilo que realmente faz sentido manter perante a fase de vida e situação atual que o doente está a passar.

SONDA NASO GÁSTRICA

A doente em estudo, aquando a nossa visita, encontrava-se com sonda Naso gástrica para

alimentação. Depois de termos entendido, junto da equipa de enfermagem do serviço em que se encontra, a doente mantinha-se a apresentar estase gástrica no momento de refeições. Nesse seguimento, compreendemos que não seria benéfico manter a alimentação.

Na literatura em cuidados paliativos, a alimentação em fim de vida é muito perentória, todos os doentes que não apresentem via oral segura não devem ser alimentados, por todos os riscos que isso acarreta, principalmente vômito e aspirações. No caso de estarmos perante uma situação de um doente que previamente se encontrava sondado com dispositivo de alimentação, devemos ter a sensibilidade para perceber até quando devemos manter a alimentação direta ao estomago.

Como estamos perante uma doente que se encontra em fase avançada da doença, numa situação de fim de vida e se antes de alimentar verificamos que mantém conteúdo gástrico, não fazendo assim a aceitação do conteúdo alimentar, não devemos manter este dispositivo médico.

Por esse motivo, a equipa decide suspender a alimentação por sonda privilegiando a higiene oral e hidratação da mucosa. Assim deve-se à remoção da sonda nasogástrica.

Posto isto, é necessário informar os familiares e cuidadores sobre este ato de enfermagem. O regime de nada pela boca pode ser um momento difícil para a família, quando verifica que a partir daquele momento o seu familiar não será mais alimentado. Enquanto enfermeira, é fundamental dar conhecimento ao familiar sobre esta decisão de equipa, informar o motivo desta decisão e dessa forma tirar todas as dúvidas associadas e esta decisão.

CATETER URINÁRIO

A senhora S apresentava cateter urinário pois mantinha, no momento, edemas generalizados e feridas que não melhoravam a cicatrização com o contacto com a urina.

O Cateter urinário é um dispositivo utilizado para controlo de líquidos eliminados. Os profissionais de saúde entendem que é um dispositivo que deve-se manter enquanto fizer sentido para o doente pois pode, a longo prazo, desencadear infeções associadas. Em cuidados paliativos a premissa é a mesma, mas deve-se ter em atenção outras necessidades. Numa situação de fim de vida, os doentes desenvolvem sinais e sintomas comuns, independentemente da doença fatal. É importante detetar se a inquietação terminal ou a dor que o doente aparenta ter pode ser derivada a uma retenção urinária.

A retenção urinária é geralmente provocada por alterações neurológicas ou iatrogenia (opióides, anticolinérgicos). É uma causa de grande desconforto e inquietação, pelo que em caso de agitação, deve sempre ser excluída. Neste caso, os doentes devem sempre ser algaliados (Costa, 2018).

Da mesma forma que o facto de termos um dispositivo urinário, a equipa pode verificar o conteúdo eliminado e comunicar ao familiar a função renal do doente, muitas vezes utilizada para justificar o momento de dias e horas de vida, utilizando a informação do seu retorno em litros, a sua sedimentação, cor e concentração.

Por este motivo, a equipa decidiu manter o cateter urinário na doente em estudo precisamente pelo referido anteriormente.

CATETER SUBCUTÂNEO

Aquando a visita da equipa, a senhora S encontrava-se a fazer antibiótico e medicação por via venosa. Como foi decidido pela equipa médica a suspensão de antibioterapia, foi otimizada a terapêutica para outra via de administração.

A via subcutânea, para a administração de fármacos em bólus ou em infusão/perfusão contínua, é muito usada em cuidados paliativos e é a via preferencial quando a via oral não está disponível. É preferível à via endovenosa pois esta é mais invasiva e não há estudo que indicam que é mais eficaz do que a via subcutânea. Apenas existem fármacos que não podem ser administrados pela via SC, como neste caso, o antibiótico Piperacilina/Tazobac 4.5g.

As principais indicações para a escolha de via de administração subcutânea são: a incapacidade de tomar a medicação por via oral, por disfagia provocada por um tumor da boca, da faringe ou do esófago, por alterações neurológicas, por náuseas e vômitos ou por má absorção (Gonçalves, 2020).

Para a administração de medicação por via subcutânea, as vantagens são: a possibilidade de continuar a administrar medicação quando a via oral não está disponível e o conforto do doente evitando injeções repetidas. Já a principal desvantagem é a possibilidade de irritação ou inflamação no local da infusão.

Como profissionais de saúde, devemos saber o procedimento de colocação do cateter, os cuidados a ter com o cateter, bem como, os locais ideais para a sua colocação.

As recomendações básicas devem-se a: usar-se uma área com uma boa profundidade de tecido subcutâneo; os melhores locais para a inserção, porque são mais acessíveis, são o deltoide, a coxa e o abdómen; Se o doente está caquético deve preferir-se o abdómen; A punção no deltoide e coxa pode dificultar a posição do doente em decúbito Lateral; Se o doente estiver inquieto ou agitado, a área escapular pode ser útil para prevenir a exteriorização; Deve cobrir-se o local com um penso transparente que permita a verificação do local de punção para despiste de inflamação; Ao substituir o local de punção pode-se fazê-lo numa base de rotação (Gonçalves, 2020).

Se não houver reações locais o cateter pode permanecer no mesmo local 7 dias ou mais. Se ocorrer uma reação local, o cateter deve ser removido e colocado um novo noutra local (Gonçalves, 2020).

Na doente em estudo, toda a medicação foi ajustada a esta via de administração. Foi colocada perfusão continua com medicação compatível com a via SC. A perfusão subcutânea contínua é um método muito usado em cuidados paliativos. Permite a administração contínua de fármacos durante um certo período, mantendo uma dose constante, evitando os picos e vales de concentração dos fármacos, permitindo o controlo de múltiplos sintomas.

É frequente misturar-se 2 ou 3 fármacos na mesma seringa e geralmente recomenda-se que esse número não seja excedido. As diluições a utilizar para a perfusão continua podem ser a água de preparação para injetáveis, o cloreto de sódio a 0,9% ou a glicose a 5% (Gonçalves, 2020).

Como a Senhora S apresenta medicação SC em perfusão continua e medicação a ser administrada em horário fixo, devemos, portanto, ter dois acessos subcutâneos em simultâneo para estas administrações de fármacos.

3.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
20-02-2023 09:00	Consciência	
20-02-2023 09:00	Dor	
20-02-2023 09:00	Deglutição	22-02-2023 09:00
20-02-2023 09:00	Eliminação urinária	
20-02-2023 09:00	Mucosas	
20-02-2023 09:00	Pele	
20-02-2023 09:00	Termorregulação	
20-02-2023 09:00	Volume de líquidos	
20-02-2023 09:00	Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado	
20-02-2023 09:00	Atitudes terapêuticas	
20-02-2023 09:00	Sondas, Drenos e Cateteres	
20-02-2023 09:00	Sistema respiratório	
20-02-2023 09:00	Tónus muscular	
20-02-2023 09:00	Luto Antecipatório	

Início	Domínios	Fim
22-02-2023 09:00	Preparação da Família para situação de fim de vida do seu familiar	
22-02-2023 09:00	Sistema cardiovascular	

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

Neste momento da conceção, irei desenvolver os domínios selecionados, justificando essa mesma seleção associada a um doente paliativo, compreendendo a sua especificação de situação de fim de vida, incluindo os seus familiares.

Esta análise dos domínios estará relacionada com a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgico na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, segundo o Regulamento nº 4297 2018 no Diário da República: II Série, nº 135.

A ausência de resposta a um tratamento com intuito curativo, dirigido à doença progressiva de base, determina a progressão inexorável da mesma e o agravamento gradual do estado de saúde do doente. Este período dos últimos dias ou horas de vida designa-se habitualmente por “agonia”. “Os doentes agónicos representam um subgrupo dos doentes em situação paliativa e terminal, carecem de resposta às suas necessidades e de um tipo específico de cuidados para lhes garantir dignidade e qualidade de vida” (Barbosa et al., 2016, p. 317).

Neto (2016), refere o processo de fim de vida como “algo que é possível antever, devido ao agravamento acentuado, tendo uma evolução no tempo que pode variar entre horas ou dias. Caracteriza-se por mudanças clínicas, verdadeiramente fisiológicas, mas também, muitas vezes, com o aparecimento de novos sintomas ou agravamento dos previamente existentes” (Barbosa et al., 2016, p. 317).

“O não reconhecimento desta fase tem consequências: não são implementadas as medidas terapêuticas adequadas e, ao mesmo tempo, impede-se a família de se preparar para uma morte próxima e de dar continuidade às tarefas do luto” (Barbosa et al., 2016, p. 320).

CONSCIÊNCIA + tónus muscular + volume de líquidos - edemas + sistema cardiovascular

A doente em estudo apresentava a consciência comprometida. Aquando a nossa primeira visita já não respondia a perguntas simples, apenas reagia com gemidos a posicionamentos ou a estímulos que lhe provocavam dor.

Juntamente com a consciência alterada, agrupei o tónus muscular, volume de líquidos - Edemas e sistema cardiovascular pois são domínios que ficaram empiricamente interligados e alterados devido ao diagnóstico evolutivo da doente e à situação atual da mesma.

A alteração de consciência é um dos indicadores de situação avançada da doença em causa ou de situação de fim de vida.

DOR

Relativamente ao caso em estudo, a Senhora S apresenta dor à mobilização e nos cuidados de penso. No que se refere ao domínio da dor, esta "é uma das principais causas de sofrimento humano, comprometendo a qualidade de vida das pessoas, interferindo no seu bem-estar físico e psicossocial. Nem sempre é possível aos profissionais de saúde eliminarem a dor, contudo os enfermeiros pelo contato frequente que têm com os doentes, podem implementar ações para o seu controlo e gestão. Sendo a dor o sintoma mais comum no doente paliativo" (Marinho, 2013). Dor é aquilo que o doente referir como tal (Twycross, 2001).

Em cuidados paliativos, a dor foi apontada por Cicely Sauders (1996), a pioneira de movimento "hospice", como sendo uma combinação de elementos físicos, psicológicos, sociais e espirituais que atuam na pessoa como um todo, tendo por isso designado o conceito de dor total.

A ordem dos enfermeiros refere "a importância da valorização, da avaliação e do alívio da dor como elementos vitais no contributo para o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas." (Ordem dos Enfermeiros, 2008).

No mesmo sentido, a Direcção-Geral da Saúde (DGS) refere que "o controlo da dor deve, pois, ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo, igualmente, um fator decisivo para a indispensável humanização dos cuidados de saúde" (Direcção-Geral da Saúde, 2008).

A doente em estudo apresenta como diagnóstico principal LMA onde existe, como anteriormente referido, a possibilidade de surgimento de dor generalizada pelo corpo e principalmente com o movimento. Para além disso, a doente já apresenta mumificação dos dedos dos membros que lhe causam desconforto no momento de troca de penso, por este motivo, o alívio da dor e consequente a melhoria de qualidade de vida da doente constituem um objetivo primordial da equipa no controlo deste sintoma.

Como a literatura afirma, a avaliação da dor deve ser um processo contínuo e rigoroso.

TERMORREGULAÇÃO - FEBRE

De acordo com o diagnóstico da doente em estudo, como referido anteriormente, era previsível o aparecimento de febre derivado à doença. A Senhora S mantinha febre que sediam ainda ao antipirético paracetamol. A longo prazo é natural que a febre possa não ceder apenas ao paracetamol e seja necessário a administração de outros fármacos que possam ajudar a diminuir a temperatura corporal, como anti-inflamatórios e corticoides.

A literatura afirma que, a febre poderá ter múltiplas causas (infeciosa, tumoral, central ou iatrogénica) e geralmente acompanha-se de outros sinais e sintomas, como a diaforese, taquicardia, polipneia, inquietação, calor, frio, tremores, entre outros. No caso de ser sintomática, deve ser tratada. O paracetamol rectal é uma boa alternativa nos doentes sem via oral disponível. No caso de febre recorrente, ponderar a administração de antipirético a horas fixas. O corticoide poderá ser considerado em casos de suspeita de febre tumoral ou refratária ao paracetamol. Medidas não farmacológicas devem também ser instituídas, como o arrefecimento corporal e do ambiente do quarto onde o doente se encontra (Costa, 2018).

É importante que os profissionais estejam cientes de que podem não conseguir diminuir a temperatura e que o doente se possa manter sempre assim até falecer. Da mesma forma que é necessário dar a conhecer esta situação à família para que esta não se alarme quanto à temperatura corporal do seu familiar.

MUCOSA

Foi selecionada a membrana mucosa comprometida porque a doente em estudo apresentava sonda nasogástrica e por esse motivo apresentava mucosa oral seca.

A sensação de secura da cavidade oral, que pode ser experienciada pela diminuição da produção de saliva ou mudança na composição, tornando-a mais espessa ou a completa falta de produção pelas glândulas salivares, é definida por Xerostomia. O sintoma geralmente tem origem multifatorial. A sensação de boca seca é um sintoma altamente prevalente em doentes com doenças progressivas e avançadas.

Em cuidados paliativos, devido à complexidade e diversidade de sintomas e necessidades que os doentes apresentam, muitas vezes, os sintomas considerados menores, como a boca seca, são negligenciados. No entanto, um dos poucos estudos que compara a xerostomia com outros sintomas revelou que a sensação de boca seca é considerada o terceiro sintoma mais angustiante dentre os sintomas mais comuns na abordagem paliativa.

As suas causas passam por alterações estruturais das glândulas salivares como: aplasia e hipoplasia de glândulas salivares, alterações funcionais das glândulas salivares como a redução de mastigação, a utilização de fármacos, desidratação, condições psiquiátricas (esquizofrenia, depressão) ou comorbidades (diabetes) e fatores relacionados com o maior consumo de saliva

como a respiração pela boca e próteses dentárias.

As melhores práticas relacionadas aos cuidados da cavidade oral fundamentam-se quando a equipa multidisciplinar está atenta a estes sintomas e como entendem que estes interferem ou podem estar associados a outros sinais, a falta de apetite, a dificuldade de deglutir alimentos, desidratação, lesões na cavidade oral, halitose, utilização de oxigenoterapia, entre outros.

Como profissionais de saúde, deve-se ser capaz de realizar ações de prevenção, identificação e abordagem terapêutica. Dessa forma, tendo em conta a doente em estudo, as principais intervenções de enfermagem relacionados com a xerostomia, numa doente em fim de vida e sem via oral ativa, podem ser: identificar e tratar as causas reversíveis e complicações; Realizar exame de cavidade oral; Prevenir e identificar lesões na mucosa oral; Manter lábios hidratados: óleos com vitamina E, batons de cíeiro, são excelentes cicatrizantes para lábios secos e com fissuras; Orientar a higiene oral com escovas de cerdas macias ou compressas de algodão;

Sendo a xerostomia um sintoma angustiante e altamente prevalente em doentes com doenças progressivas e avançadas, recomenda-se que os enfermeiros estejam atentos e tenham conhecimento sobre as intervenções e estratégias que possam melhorar o sintoma.

SISTEMA RESPIRATÓRIO - ESTERTOR

O estertor tem origem na excessiva produção ou retenção de secreções, nas vias aéreas, dos doentes muito debilitados, tosse ineficaz ou incapacidade de deglutir essas mesmas secreções. Pode estar associado a uma ligeira obstrução das vias aéreas superiores (hipofaringe e traqueia). A acumulação de secreções na hipofaringe e na traqueia é o resultado de um reflexo de tosse diminuído ou ausente em situações de coma profundo ou proximidade da morte (Wildiers & Menten, 2002; Bennett, 1996).

A prevalência relatada na literatura sobre o aparecimento do estertor em doentes em fim de vida varia entre 23% a 92% e pode ocorrer nas 17h a 57 horas antes da morte (Twomey & Dowling, 2013).

Estudos realçam que a probabilidade de desenvolver estertor é maior em doentes com cancro do pulmão primário, pneumonia ou disfagia (Shimizu et al., 2014; Twomey & Dowling, 2013).

O estertor é um sinal comum em doentes em últimos dias e horas de vida. Consiste num ruído produzido pelo fluxo de ar através das secreções no trato respiratório superior. É um fenómeno associado ao processo de morte iminente e que causa forte impacto nesta fase da vida no cliente. É como se fosse um ruído indiciador da presença de morte.

A evidência científica descreve a necessidade de identificar a sua tipologia e de o avaliar recorrendo ao uso da escala numérica de avaliação de intensidade do estertor pela Escala

Victoria Respiratory Congestion Scale (VRCS) (Fielding & Long, 2014; Likar et al., 2017; Twomey & Dowling, 2013). Para o seu alívio, estão descritas medidas farmacológicas e não farmacológicas, bem como assinalado a importância de gerir este sinal para a qualidade de uma boa morte.

Numa revisão de literatura realizada, verifiquei que são várias as intervenções não farmacológicas descritas. O posicionamento e reposicionamento do doente, a manutenção da higiene oral, a aspiração de secreções na orofaringe breve e suave, a administração de oxigênio para conforto, são uma delas. As eficiências dessas intervenções, no entanto, não foram estudadas e algumas, como a aspiração de secreções, podem causar desconforto. Já a comunicação adequada e a informação prévia e necessária dada aos familiares e cuidadores do doente com estertor em fim de vida são destacadas em praticamente todos os artigos analisados. Esses artigos dizem que uma comunicação eficaz pode incluir explicar o sintoma, o grau provável de sofrimento do doente, a confirmação de que o doente está na fase de fim de vida e uma explicação das medidas que podem ser tomadas para diminuir o som.

Das medidas farmacológicas os fármacos mais utilizados são os que apresentam ação sobre a produção da saliva, anticolinérgicos, diuréticos e opioides. No entanto, não existem evidências sobre a sua atuação para diminuir este sinal.

Posto isto, existem intervenções que os enfermeiros podem implementar para diminuir o som do estertor no doente, mas também de comunicação aos familiares para que estes se sintam preparados e que realizem um luto adaptativo.

LUTO ANTECIPATÓRIO

Barbosa (2016), define luto como, “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.” (Barbosa et al., 2016, p. 553).

O luto pode ser classificado como normal, antecipatório, preparatório ou prolongado/complicado.

Quando nos encontramos diante de uma pessoa que já antecipou uma perda iminente, o que a ajuda a tomar consciência do que está a acontecer e a imaginar a sua vida sem o seu ente querido, chama-se luto antecipatório.

Assim, tanto pode o luto antecipatório permitir que questões pendentes sejam abordadas e resolvidas ao longo do período que antecede a morte, tornando-se um fator de prevenção para o luto complicado, quanto intensificar o vínculo e os cuidados, de forma a tornar-se um fator de

risco para o luto complicado (Franco, 2014; Parkes, 2009).

Neste seguimento, a função dos profissionais de saúde e principalmente dos profissionais que estão em contexto de cuidados paliativos, passa por intervir neste âmbito respondendo às necessidades de controlo de sintomas físicos, psicológicos, sociais e espirituais da pessoa que sofre, tendo como objetivo major: proporcionar qualidade de vida e conforto ao doente e à família, estabelecendo uma relação terapêutica para poder estar presente nos seus processos de luto. Para isso, os profissionais de saúde devem desenvolver competências para garantir que as necessidades de informação e de apoio às famílias enlutadas são tidas em consideração, baseadas na compreensão sensível da experiência da mesma.

Os objetivos de intervenção passam fundamentalmente pela facilitação da adaptação a nível individual e familiar à condição terminal, pela capacitação para a realização de cuidados ao doente no autocuidado à família, pela preparação para a perda e a prevenção do luto complicado, utilizando a experiência da família ajudando a instalar recursos de auto e hétero ajuda (Barbosa et al., 2016, p. 593).

No caso da doente em estudo, a equipa esteve presente num momento antecipatório e pode intervir com os familiares para que a morte esperada seja entendida e todas as intervenções e atitudes diretamente ligadas aos cuidados à doente fossem compreendidas pelos familiares de forma tranquila. Do mesmo modo, estivemos num momento de luto preparatório, pois este é um meio de preparação para o fim de vida que se aproxima.

Por todos os aspetos anteriormente referidos, é uma ação de enfermagem extremamente importante a comunicação com a família, tanto para informar como para capacitar, caso sejam cuidadores.

Família é descrita pelo International Council of Nurses como “unidade social ou todo coletivo composto por pessoas ligadas através de consanguinidade; afinidade; relações emocionais ou legais; sendo a unidade ou o todo considerado como um sistema que é maior que a soma das partes” (International Council of Nurses, 2021).

Por este motivo, a equipa planeou uma conferência familiar para incluir as necessidades previamente referidas no plano em estudo e eu selecionei os seguintes domínios: **Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado; Preparação da família para situação de fim de vida do seu familiar; Conhecimento sobre o agravamento do estado de saúde do doente; Expectativas da família perante o estado de saúde do doente.**

CONFERÊNCIA FAMILIAR

Como enfermeira de cuidados paliativos entendo que o apoio à família e aos cuidadores

informais do doente, enquanto pessoas significativas para o próprio, é um dos focos fundamentais dos cuidados.

A conferência familiar é instrumento terapêutico utilizado pela equipa de cuidados paliativos, como um momento de diálogo planeado entre o doente, família e equipa (Silva et al., 2018).

Diz Bartolomeu que os objetivos das conferências familiares em cuidados paliativos agrupam-se em quatro vertentes: comunicar informação médica, delinear objetivos de cuidado, tomar decisões conjuntamente com doente e família e, prestar apoio presente ao doente e família, perspetivando o futuro - preparar os familiares para o luto (Bartolomeu, 2013, p. 17).

Essa intervenção só poderá ser bem-sucedida se existirem garantias de que o clima de comunicação entre todos é respeitado e se o profissional se mostrar capaz de oferecer segurança, confiança e orientação que ajude a família a expressar as suas preocupações, emoções e a acordar num plano futuro comum aceitável (Neto, 2003).

As conferências familiares reduzem as necessidades de informação, auxiliam na transição do cuidado da vertente curativa para a paliativa, ajudam doentes e familiares a adaptarem-se à trajetória da doença, promovem a continuidade do cuidado e melhoram os planos de cuidados ao doente. Em mútuo acordo entre os participantes, define os objetivos do cuidado, fazendo com que a equipa e a família colaborem para atender aos desejos e escolhas da pessoa doente (Bartolomeu, 2013, p. 26).

As principais necessidades da família do doente paliativo, passam por: receber informação clara, concisa, realista e honesta; certificar-se de que faz tudo pelo doente; ter disponibilidade e receber apoio emocional da equipa; estar com o doente com intimidade e privacidade; participar nos cuidados ao doente; reparar a relação; expressar sentimentos; conservar esperança realista e receber apoio espiritual (Neto, 2010).

Para as famílias, o confronto com a experiência da doença terminal representa uma ameaça e um desafio. Oxalá a intervenção de apoio de profissionais habilitados e sensíveis, em que desejavelmente se incluem os médicos de família, possa tornar essas vivências em períodos que, embora dolorosos, sejam gratificantes e geradores de crescimento (Neto, 2003).

3.6. Dados

Consciência

20-02-2023 09:00

Abertura dos olhos: espontânea.

Resposta verbal: confusa.

Resposta motora: movimento de retirada à dor.

Consciência comprometida

Reflexo pupilar

Direita(o): Pupilas isocóricas e reativas.

Esquerda(o): Pupilas isocóricas e reativas.

Conhecimento do cuidador sobre vigilância face ao compromisso da consciência: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

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

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

Acesso do cuidador a apoio social para cuidar da higiene: não sabe e não tem disponibilidade financeira para aceder ao apoio social, aquando no domicílio.

Significado atribuído pelo cuidador ao apoio social: não dificultador.

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre vigilância face ao compromisso da consciência [RESOLVIDO] 22-02-2023 09:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de aspiração [RESOLVIDO] 22-02-2023 09:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime dietético [RESOLVIDO] 22-02-2023 09:00

Potencial para melhorar o apoio social ao cuidador

22-02-2023 09:00

Abertura dos olhos: à dor [PIOROU].

Resposta verbal: nenhuma [PIOROU].

Resposta motora: nenhuma [PIOROU].

Abertura dos olhos: à dor [PIOROU].

Resposta verbal: nenhuma [PIOROU].

Resposta motora: nenhuma [PIOROU].

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

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de aspiração: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre regime dietético: facilitador.

Tónus muscular

20-02-2023 09:00

Tónus

Direita(o): hipotonia.

Esquerda(o): hipotonia.

Espasticidade

22-02-2023 09:00

Tónus

Direita(o): hipotonia.

Esquerda(o): hipotonia.

Dor

20-02-2023 09:00

Dor

Expressão facial: Parcialmente contraída ou sobranceiras franzidas.

Movimento dos membros: Sem movimento dos membros superiores.

Choro/vocalização: Gemidos não frequentes nem prolongados.

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

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 22-02-2023 09:00

22-02-2023 09:00

Expressão facial: Parcialmente contraída ou sobranceiras franzidas [MANTEVE].

Movimento dos membros: Sem movimento dos membros superiores [MANTEVE].

Choro/vocalização: Gemidos não frequentes nem prolongados [MANTEVE].

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

Sistema respiratório

20-02-2023 09:00

Ritmo respiratório regular.

Movimento respiratório assimétrico.

Profundidade da ventilação: inspirações profundas.

Não utiliza os músculos acessórios da ventilação.

Saturação do oxigénio no sangue

Periférico(a): 91 %.

Coloração da mucosa: pálida.

Reflexo da tosse: presente.

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

Sons respiratórios: crepitações.

Secreções em moderada quantidade.

Secreções viscosas.

Secreções amareladas.

Dispositivo de promoção da limpeza das vias aéreas

Dispositivo: Aparelho de aspiração - => .

Dispositivo: Nebulizador - => .

Ventilação comprometida

Limpeza da via aérea comprometida

22-02-2023 09:00

Ritmo respiratório irregular [PIOROU].

Movimento respiratório assimétrico [MANTEVE].

Profundidade da ventilação: inspirações superficiais [MELHOROU].

Utiliza os músculos acessórios da ventilação [PIOROU].

Saturação do oxigénio no sangue

Periférico(a): 91 %.

Coloração da mucosa: pálida.

Reflexo da tosse: ausente [PIOROU].

Não mobiliza as secreções das vias aéreas inferiores [PIOROU].

Secreções em pequena quantidade.

Secreções espessas [PIOROU].

Secreções amareladas.

Estertor

Conhecimento do cuidador para o estertor em situação de fim de vida;

Estertor

Sistema cardiovascular

22-02-2023 09:00

Perfusão dos tecidos periféricos comprometida

Deglutição

20-02-2023 09:00

Aumento do tempo de deglutição para líquidos (superior a 2 segundos).

Aumento do tempo de deglutição para sólidos (superior a 10 segundos).

Perda de conteúdo da cavidade oral.

Acumulação involuntária de conteúdo na cavidade oral.

Ausência de encerramento dos lábios durante a deglutição.

Movimento assimétrico da língua e lábios.

Alteração da voz após a deglutição.

Refluxo nasal de conteúdo da cavidade oral.

Tosse associada à deglutição.

Movimentos repetitivos de elevação da laringe durante a deglutição.

Posição anormal da cabeça durante a deglutição.

Deglutição comprometida [RESOLVIDO] 22-02-2023 09:00

Eliminação urinária

20-02-2023 09:00

Quantidade de urina: 500 ml.

Cor da urina: Amarelo-palha.

Cheiro da urina: sui generis.

Transparência da urina: Com sedimento.

Presença de globo vesical.

Retenção urinária [RESOLVIDO] 22-02-2023 09:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre vigilância da eliminação urinária [RESOLVIDO] 22-02-2023 09:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre planeamento da eliminação urinária [RESOLVIDO] 22-02-2023 09:00

22-02-2023 09:00

Quantidade de urina: 200 ml.

Urina em pequena quantidade.
Cor da urina: Laranja.
Cheiro da urina: sui generis [MANTEVE].
Transparência da urina: Com sedimento [MANTEVE].
Frequência da eliminação urinária: Diminuída .
Sem globo vesical [MELHOROU].

Mucosas

20-02-2023 09:00

Membrana mucosa comprometida

Localização do compromisso da membrana mucosa
Membrana mucosa oral
Coloração da mucosa: rosada.
Mucosa seca.
Mucosa com placas aderentes.

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa [RESOLVIDO] 22-02-2023 09:00

22-02-2023 09:00

Localização do compromisso da membrana mucosa
Cavidade oral
Coloração da mucosa: pálida.
Mucosa seca.
Mucosa com placas aderentes.
Conhecimento do cuidador sobre promoção da integridade da membrana mucosa: facilitador.

Pele

20-02-2023 09:00

Eritema pelas fraldas

Maceração

Localização da maceração
Períneo
Sinais de maceração: presentes.

Ferida cirúrgica

Localização da ferida cirúrgica
Dedo do pé
Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: equimótica.
Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: aumentada.
Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: moderada.
Tecido predominante no leito da lesão tegumentar: Tecido necrótico.
Presença de sinais aparentes de contaminação da lesão tegumentar.
Mão Esquerda(o)
Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: equimótica.
Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: aumentada.
Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: moderada.
Tecido predominante no leito da lesão tegumentar: Tecido necrótico.

Presença de sinais aparentes de contaminação da lesão tegumentar.

Tecido / estrutura afetada: pele, tecido subcutâneo, unha.

Mão Direita(o)

Coloração da pele periférica à lesão tegumentar: equimótica.

Temperatura da pele periférica à lesão tegumentar: aumentada.

Tumefação dos tecidos periféricos à lesão tegumentar: moderada.

Tecido predominante no leito da lesão tegumentar: Tecido necrótico.

Presença de sinais aparentes de contaminação da lesão tegumentar.

Tecido / estrutura afetada: pele, tecido subcutâneo, unha.

dedo1 ao dedo5 do pé bilateral; dedo 2 ao dedo5 da mão bilateral

Úlcera de pressão

Localização da úlcera de pressão

Calcanhar Direita(o)

Sacro

22-02-2023 09:00

Localização da maceração

Períneo

Sinais de maceração: presentes.

Termorregulação

20-02-2023 09:00

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 37.50 °C.

Hipertermia

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre vigilância da temperatura corporal [RESOLVIDO] 22-02-2023 09:00

22-02-2023 09:00

Temperatura corporal periférica

Ouvido: 37.10 °C.

Conhecimento do cuidador sobre vigilância da temperatura corporal: facilitador.

Volume de líquidos

20-02-2023 09:00

Tempo de preenchimento capilar: 2 segundos.

Tumefação dos tecidos

Braço Direita(o): depressível.

Braço Esquerda(o): depressível.

Membro inferior: depressível.

Membro superior: depressível.

Pele húmida / viscosa.

Edema

Localização do edema

Corpo

Potencial do cuidador para melhorar consciencialização sobre a relação entre a dieta e retenção de líquidos [RESOLVIDO] 22-02-2023 09:00

22-02-2023 09:00

Tempo de preenchimento capilar: 3 segundos.

Olhos encovados.

Localização do edema

Corpo

Conscientização do cuidador sobre a relação entre a dieta e retenção de líquidos: facilitadora.

Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado

20-02-2023 09:00

Não há participação nem disponibilidade 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: comiseração.

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: não sabe e não tem disponibilidade financeira para aceder ao apoio social.

Potencial da família para melhorar o significado atribuído à dependência do familiar

[RESOLVIDO] 22-02-2023 09:00

Potencial da família para melhorar acesso a apoio social para o exercício do papel de cuidador [RESOLVIDO] 22-02-2023 09:00

22-02-2023 09:00

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

Luto Antecipatório

20-02-2023 09:00

Alterações na condição de saúde; Alterações na condição física e psicológica derivado à progressão da doença;

Conhecimento das alterações na condição de saúde do seu familiar; Aceitação das alterações físicas e psicológicas devida à progressão de saúde do seu familiar;

conhecimento do cuidador para aceitação das perdas decorrentes da situação atual de doença do doente;

Potencial da família para melhorar conhecimento sobre o agravamento de condição de saúde.

22-02-2023 09:00

Conhecimento da família sobre o luto facilitador;

Significado atribuído pela família aos processos de luto facilitador;

Preparação da Família para situação de fim de vida do seu familiar

22-02-2023 09:00

Conhecimento da família sobre situação de fim de vida facilitador;

Significado atribuído pela família perante situação de fim de vida do seu familiar facilitador;

Potencial da familiar para melhorar conhecimento sobre situação de fim de vida do seu familiar;

Potencial da familiar para melhorar conhecimento sobre o estertor;

Potencial da familiar para melhorar o significado atribuído ao estertor;

3.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

No Diário da República, afirma que numa EIHS CP os seus objetivos são sobreponíveis a outras unidades de cuidados paliativos, nomeadamente proporcionar cuidados de conforto à pessoa doente, aliviando o sofrimento nas suas diferentes dimensões, de forma personalizada, e individualizada (Regulamento no 228/2016 de 28 de novembro da Administração Interna - Secretaria-Geral, 2016).

Utilizando o cenário real apresentado aqui neste documento, neste capítulo irei sustentar a colheita de dados com os objetivos claros para poder promover qualidade de vida diminuindo o sofrimento do doente e da sua família. Como a Senhora S tinha duas filhas muito presentes e não tinha cuidador principal, decidi agrupar a família e cuidador para os cuidados.

Objetivos considerados para o doente:

- Promover a vigilância fase ao compromisso da consciência;
- Promover o conforto do doente;
- Promover o controlo algico do doente;
- Promover a prevenção de aspiração;
- Promover o alívio do estertor em situação de fim de vida;
- Promover a integridade da membrana mucosa;
- Promover o controlo de temperatura corporal;

Objetivos considerados para a família/cuidador:

- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre a necessidade do cliente manter repouso no leito;

- Melhorar o conhecimento no cuidador sobre a necessidade do cliente manter regime de nada pela boca;
- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre vigilância face ao compromisso da consciência;
- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre a prevenção de aspiração;
- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre o regime dietético;
- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre o alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas;
- Melhorar o conhecimento do cuidador para o estertor em situação de fim de vida;
- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre a promoção da integridade da membrana mucosa;
- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre vigilância da temperatura corporal;
- Melhorar o significado atribuído pela família à dependência do familiar;
- Melhorar o conhecimento da família sobre as alterações na condição de saúde;
- Melhorar a aceitação da família sobre as alterações físicas e psicológicas devidas a progressão de doença;
- Melhorar a aceitação da família sobre as perdas decorrentes da situação atual de doença;
- Melhorar as expectativas e aceitação da família para o processo de fim de vida;

3.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

Os resultados de enfermagem estabelecem medidas e definições padronizadas e permitem avaliar a efetividade dos cuidados, tornando visível o impacto das suas ações. Essa mensuração demonstra se os doentes estão respondendo adequadamente às intervenções de enfermagem, auxiliando a determinar se são necessárias mudanças no cuidado (Luzia et al., 2018).

Posto isto, e tendo em conta os objetivos delineados anteriormente para a doente em estudo e para a sua família/cuidador, irei destacar os resultados esperados com as intervenções que irei implementar.

Relativamente aos objetivos considerados para a doente em estudo, pretendo obter o seguinte resultado:

- Promover a vigilância fase ao compromisso da consciência;
o Que a doente se mantenha em vigilância sobre a sua consciência e dessa forma adequar cuidados.
- Promover o conforto do doente;
o Que a doente aparente estar confortável com os cuidados prestados;
- Promover o controlo algico do doente;
o Que a doente não apresenta gemido ou fácies de dor;
- Promover a prevenção de aspiração de secreções;
o Que a doente não necessite da utilização do procedimento aspiração de secreções como intervenção de enfermagem pois pode provocar desconforto.
- Promover o alívio do estertor em situação de fim de vida;
o Que a doente diminua o ruído respiratório utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas para tal;
- Promover a integridade da membrana mucosa;
o Que a doente mantenha a mucosa oral integra e hidratada, utilizando a higiene oral e aplicação de compressa húmida por causa da xerostomia presente.
- Promover o controlo de temperatura corporal;
o Que a doente mantenha a temperatura corporal controlada, evitando febre e tremores que possam causar desconforto.

Relativamente aos objetivos considerados para a família/cuidador, pretendo obter o seguinte resultado:

- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre a necessidade do cliente manter repouso no leito;
o Que a família/cuidador refira entender a necessidade de manter a doente em repouso no leito para promoção de conforto.
- Melhorar o conhecimento no cuidador sobre a necessidade do cliente manter regime de nada pela boca;
o Que a família/cuidador refira entender a necessidade de manter a doente em regime de nada

pela boca por não apresentar via oral segura;

- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre vigilância face ao compromisso da consciência;

o Que a família/cuidador refira compreender o estado neurológico da doente pela sua doença e progressão ficando com compromisso do seu estado de consciência.

- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre a prevenção de aspiração;

o Que a família/cuidador refira entender os cuidados preventivos para não ser necessário aspirar secreções.

- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre o regime dietético;

o Que a família/cuidador refira perceber o regime dietético instituído à doente, tendo em conta a situação de fim de vida que apresenta;

o Que a família/cuidador refira entender que a alteração do regime dietético tem por consequência de um estado avançado de doença.

- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre o alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas;

o Que a família/cuidador refira entender a importância do uso de medidas não farmacológicas para o alívio da dor da doente.

- Melhorar o conhecimento do cuidador para o estertor em situação de fim de vida;

o Que a família/cuidador refira entender o motivo do aparecimento do estertor;

o Que a família/cuidador refira perceber as intervenções realizadas para o alívio do estertor;

o Que a família/cuidador refira mobilizar a cabeça em lateral para diminuir ruído respiratório;

o Que a família/cuidador refira inspecionar a orofaringe para verificar se existe necessidade de aspiração de secreções de forma suave e breve;

o Que a família/cuidador refira entender que estamos perante uma situação de fim de vida.

- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre a promoção da integridade da membrana mucosa;

o Que a família/cuidador refira entender a importância da integridade da membrana mucosa;

o Que a família/cuidador refira utilizar corretamente o spray com água ou compressa húmida;

o Que a família/cuidador refira observar a mucosa oral e avaliar a necessidade de humificar.

- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre vigilância da temperatura corporal;

o Que a família/cuidador refira avaliar a temperatura e utilizar estratégias não farmacológicas

para diminuir a temperatura corporal da doente;

o Que a família/cuidador refira que cumpre com arrefecimento corporal para diminuir a temperatura da doente;

- Melhorar o significado atribuído pela família à dependência do familiar;

o Que a família/cuidador refira entender as necessidades de cuidados à doente dependente, com alteração de consciência e acamada.

- Melhorar o conhecimento da família sobre as alterações na condição de saúde;

o Que a família/cuidador refira as alterações visíveis associadas à progressão da doença;

o Que a família/cuidador refira entender o diagnóstico e a condição a que a doente se encontra.

• Melhorar a aceitação da família sobre as alterações físicas e psicológicas devidas a progressão de doença;

o Que a família/cuidador refira aceitar as alterações visíveis da doente derivado ao diagnóstico e prognóstico.

- Melhorar a aceitação da família sobre as perdas decorrentes da situação atual de doença;

o Que a família/cuidador refira entender as perdas visíveis associadas à evolução da doença da doente;

o Que a família/cuidador refira perceber que não haverá comunicação verbal por parte da doente;

o Que a família/cuidador refira perceber que podem manter cuidados de carinho e aconchego à doente porque a mesma pode não ter capacidade para comunicar, mas nada impede que ainda possa ouvir.

- Melhorar as expectativas e aceitação da família para o processo de fim de vida;

o Que a família/cuidador apresentem expectativas ajustadas à situação de fim de vida da doente;

o Que a família/cuidador refira entender na morte eminente do seu familiar;

o Que a família/cuidador refira entender os sinais e sintomas comuns em fim de vida;

o Que a família/cuidador aceitem a situação de fim de vida da doente, aproveitando todos os minutos que estão presentes para despedidas esperadas e adaptadas.

Evolução da doente em estudo:

Como foi dito anteriormente, numa primeira avaliação a doente apresentava medicação e dispositivos desadequados à situação de doença e prognóstico de vida. Para além disso havia a necessidade de ajustar expectativas familiares e adequar os cuidados para promover o conforto e diminuir o sofrimento.

Relativamente ao plano traçado foi verificado que para o doente:

- Deglutição comprometida [RESOLVIDO] – pelo facto de ter alterado a condição para se alimentar e ter sido, posteriormente, removida a SNG.
- Sonda gástrica (RESOLVIDO) – por ter sido removido a SNG.
- Retenção urinária [RESOLVIDO] – por ter sido colocada sonda vesical para controlo de débitos urinários e prevenção de retenção urinária.
- Cateter urinário (MANTEM)

Relativamente ao cuidador, os potenciais que ainda houve necessidade de manter foram:

- Potencial para a familiar ter conhecimento das alterações na condição de saúde do seu familiar;
- Potencial para a família aceitar as alterações físicas e psicológicas devida à progressão de saúde do seu familiar;
- Potencial para a familiar ter conhecimento sobre situação de fim de vida do seu familiar;
- Potencial para a família aceitar situação de fim de vida do seu familiar;

3.7. Diagnósticos

Consciência

20-02-2023 09:00

Consciência comprometida

Intervenções de Enfermagem

20-02-2023 09:00 - Avaliar evolução da consciência [SOS]

20-02-2023 09:00 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [SOS]

20-02-2023 09:00 - Manter cabeceira da cama elevada a 30º [SOS]

20-02-2023 09:00 - Aplicar colchão de alívio de pressão [SOS]

20-02-2023 09:00 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão [SOS]

20-02-2023 09:00 - Posicionar para prevenir a aspiração [SOS]

20-02-2023 09:00 - Dar banho na cama [SOS]

20-02-2023 09:00 - Lavar cavidade oral [SOS]

20-02-2023 09:00 - Planear eliminação intestinal [SOS]

20-02-2023 09:00 - Vestir/despir [SOS]

20-02-2023 09:00 - Elevar grades da cama [SOS]

20-02-2023 09:00 - Iniciar referenciação para a RNCCI [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre vigilância face ao compromisso da consciência [RESOLVIDO] 22-02-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

20-02-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre vigilância face ao compromisso da consciência [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

20-02-2023 09:00 - Ensinar cuidador sobre vigilância face ao compromisso da consciência [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de aspiração [RESOLVIDO] 22-02-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

20-02-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de aspiração [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

20-02-2023 09:00 - Ensinar cuidador sobre prevenção da aspiração [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime dietético [RESOLVIDO] 22-02-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

20-02-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre regime dietético [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

20-02-2023 09:00 - Ensinar cuidador sobre regime dietético [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

Potencial para melhorar o apoio social ao cuidador

Intervenções de Enfermagem

20-02-2023 09:00 - Providenciar apoio social para o cuidador [SOS]

20-02-2023 09:00 - Referenciar ao serviço social a necessidade de apoio ao cuidador [SOS]

Tónus muscular

20-02-2023 09:00

Espasticidade

Intervenções de Enfermagem

20-02-2023 09:00 - Avaliar evolução do tónus muscular [SOS]

Dor

20-02-2023 09:00

Dor

Intervenções de Enfermagem

20-02-2023 09:00 - Avaliar evolução da dor [SOS]

20-02-2023 09:00 - Gerir analgesia [SOS]

20-02-2023 09:00 - Posicionar para aliviar a dor [SOS]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 22-02-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

20-02-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

20-02-2023 09:00 - Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

Sistema respiratório

20-02-2023 09:00

Ventilação comprometida

Intervenções de Enfermagem

20-02-2023 09:00 - Avaliar evolução da ventilação [SOS]

20-02-2023 09:00 - Posicionar para otimizar a ventilação [SOS]

20-02-2023 09:00 - Iniciar oxigenoterapia [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

20-02-2023 09:00 - Referenciar ventilação comprometida ao médico [SOS]

20-02-2023 09:00 - Referenciar saturação do oxigênio no sangue ao médico [SOS]

22-02-2023 09:00 - Executar estratégias não farmacológicas para o estertor em fim de vida; [SOS]

22-02-2023 09:00 - Executar estratégias farmacológicas para o estertor em fim de vida; [SOS]

Limpeza da via aérea comprometida

Intervenções de Enfermagem

20-02-2023 09:00 - Avaliar evolução da limpeza da via aérea [SOS]

20-02-2023 09:00 - Aspirar via aérea [SOS]

20-02-2023 09:00 - Posicionar para facilitar a limpeza da via aérea [SOS]

20-02-2023 09:00 - Executar inaloterapia [SOS]

20-02-2023 09:00 - Executar técnica de mobilização de secreções das vias aéreas [SOS]

Sistema cardiovascular

22-02-2023 09:00

Perfusão dos tecidos periféricos comprometida

Intervenções de Enfermagem

22-02-2023 09:00 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos [SOS]

22-02-2023 09:00 - Posicionar para otimizar a perfusão periférica dos tecidos [SOS]

22-02-2023 09:00 - Referenciar compromisso da perfusão dos tecidos periféricos ao médico [SOS]

Deglutição

20-02-2023 09:00

Deglutição comprometida [RESOLVIDO] 22-02-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

20-02-2023 09:00 - Inserir sonda gástrica [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

20-02-2023 09:00 - Posicionar para prevenir a aspiração [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

20-02-2023 09:00 - Referenciar deglutição comprometida ao médico [SOS] [FIM]

22-02-2023 09:00

Eliminação urinária

20-02-2023 09:00

Retenção urinária [RESOLVIDO] 22-02-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

20-02-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de retenção urinária [SOS] [FIM]

22-02-2023 09:00

20-02-2023 09:00 - Referenciar retenção urinária ao médico [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

20-02-2023 09:00 - Inserir cateter urinário [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

20-02-2023 09:00 - Otimizar cateter urinário [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre vigilância da eliminação urinária [RESOLVIDO] 22-02-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

20-02-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre vigilância da eliminação urinária [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

20-02-2023 09:00 - Ensinar cuidador sobre vigilância da eliminação urinária [SOS] [FIM]

22-02-2023 09:00

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre planejamento da eliminação urinária [RESOLVIDO] 22-02-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

20-02-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre planejamento da eliminação urinária [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

20-02-2023 09:00 - Ensinar cuidador sobre planejamento da eliminação urinária [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

Mucosas

20-02-2023 09:00

Membrana mucosa comprometida

Intervenções de Enfermagem

20-02-2023 09:00 - Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas [SOS]

20-02-2023 09:00 - Tratar membrana mucosa [SOS]

20-02-2023 09:00 - Lavar cavidade oral [SOS]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa [RESOLVIDO] 22-02-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

20-02-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre promoção da integridade da membrana mucosa [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

20-02-2023 09:00 - Ensinar cuidador sobre tratamento do compromisso da membrana mucosa [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

Pele

20-02-2023 09:00

Eritema pelas fraldas

Intervenções de Enfermagem

20-02-2023 09:00 - Avaliar evolução do eritema pelas fraldas [SOS]

20-02-2023 09:00 - Aplicar creme na região perineal [SOS]

20-02-2023 09:00 - Trocar fralda [SOS]

Maceração

Intervenções de Enfermagem

20-02-2023 09:00 - Avaliar evolução da maceração [SOS]

20-02-2023 09:00 - Aplicar creme [SOS]

Ferida cirúrgica

Intervenções de Enfermagem

20-02-2023 09:00 - Avaliar evolução da ferida cirúrgica [SOS]

20-02-2023 09:00 - Executar tratamento da ferida cirúrgica [SOS]

20-02-2023 09:00 - Aplicar penso de ferida [SOS]

Úlcera de pressão

Intervenções de Enfermagem

20-02-2023 09:00 - Avaliar evolução da úlcera de pressão [SOS]

20-02-2023 09:00 - Executar tratamento da úlcera de pressão [SOS]

20-02-2023 09:00 - Aplicar colchão de alívio de pressão [SOS]

20-02-2023 09:00 - Aliviar a pressão com almofada [SOS]

Termorregulação

20-02-2023 09:00

Hipertermia

Intervenções de Enfermagem

20-02-2023 09:00 - Avaliar evolução da temperatura corporal [SOS]

22-02-2023 09:00 - Aplicar dispositivo de arrefecimento [SOS]

20-02-2023 09:00 - Gerir hidratação [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

20-02-2023 09:00 - Referenciar hipertermia ao médico [SOS]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre vigilância da temperatura corporal [RESOLVIDO] 22-02-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

20-02-2023 09:00 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre vigilância da temperatura corporal [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

20-02-2023 09:00 - Ensinar cuidador sobre avaliação da temperatura corporal [SOS] [FIM]

22-02-2023 09:00

Volume de líquidos

20-02-2023 09:00

Edema

Intervenções de Enfermagem

20-02-2023 09:00 - Avaliar evolução de sinais de edema [SOS]

20-02-2023 09:00 - Avaliar evolução de líquidos eliminados [SOS]

20-02-2023 09:00 - Avaliar evolução da perfusão dos tecidos periféricos [SOS]

20-02-2023 09:00 - Posicionar para diminuir edema [SOS]

20-02-2023 09:00 - Referenciar edema ao médico [SOS]

Potencial do cuidador para melhorar consciencialização sobre a relação entre a dieta e retenção de líquidos [RESOLVIDO] 22-02-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

20-02-2023 09:00 - Avaliar evolução da consciencialização do cuidador sobre a relação entre a dieta e retenção de líquidos [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

20-02-2023 09:00 - Analisar com o cuidador a relação entre a dieta e retenção de líquidos [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

Preparação da família para integrar um familiar dependente no autocuidado

20-02-2023 09:00

20-02-2023 09:00 - Avaliar evolução do apoio da família ao cuidador [SOS]

Potencial da família para melhorar o significado atribuído à dependência do familiar

[RESOLVIDO] 22-02-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

20-02-2023 09:00 - Avaliar evolução do significado atribuído pela família à dependência do familiar [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

20-02-2023 09:00 - Assistir a família a analisar o significado dificultador [SOS] [FIM]

22-02-2023 09:00

Potencial da família para melhorar acesso a apoio social para o exercício do papel de cuidador [RESOLVIDO] 22-02-2023 09:00

Intervenções de Enfermagem

20-02-2023 09:00 - Providenciar apoio social para a família [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

20-02-2023 09:00 - Referenciar ao serviço social a necessidade de apoio à família [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

20-02-2023 09:00 - Informar família sobre serviços comunitários [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

20-02-2023 09:00 - Informar a família sobre legislação [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

Luto Antecipatório

20-02-2023 09:00

Potencial da família para melhorar conhecimento sobre o agravamento de condição de saúde.

Intervenções de Enfermagem

20-02-2023 09:00 - Avaliar a evolução do conhecimento da família perante as alterações de saúde do seu familiar; [SOS]

20-02-2023 09:00 - Ensinar a família sobre situação de fim de vida do seu familiar; [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

20-02-2023 09:00 - Ensinar a família sobre as alterações na condição da saúde do familiar devido à progressão da doença; [SOS] [FIM] 22-02-2023 09:00

22-02-2023 09:00 - Ensinar a família sobre alterações físicas e psicológicas devido à progressão de saúde do seu familiar;

22-02-2023 09:00 - Executar conferencia familiar;

Preparação da Família para situação de fim de vida do seu familiar

22-02-2023 09:00

Potencial da familiar para melhorar conhecimento sobre situação de fim de vida do seu familiar;

Intervenções de Enfermagem

22-02-2023 09:00 - Avaliar a evolução do conhecimento da família sobre situação de fim de vida do seu familiar; [SOS]

22-02-2023 09:00 - Providenciar suporte emocional; [SOS]

22-02-2023 09:00 - Ensinar a família sobre sinais e sintomas comuns de situação de fim

de vida; [SOS]

22-02-2023 09:00 - Ensinar a família sobre as alterações na condição da saúde do familiar devido à progressão da doença;

Potencial da familiar para melhorar conhecimento sobre o estertor;

Intervenções de Enfermagem

22-02-2023 09:00 - Avaliar a evolução do conhecimento da família sobre o estertor;

22-02-2023 09:00 - Ensinar a família sobre o estertor;

Potencial da familiar para melhorar o significado atribuído ao estertor;

Intervenções de Enfermagem

22-02-2023 09:00 - Avaliar evolução do significado atribuído pela família ao estertor;

22-02-2023 09:00 - Assistir a família a analisar o significado sobre o estertor

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

As pessoas em fim de vida e as respetivas famílias merecem cuidados competentes, culturalmente congruentes e compassivos (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

As intervenções explanadas no presente plano de cuidados surgem como resposta não há patologia em si, mas às necessidades da cliente no seu contexto. É necessário compreender as áreas de intervenção mais relevantes, nomeadamente, o controlo de sintomas (Ordem dos Enfermeiros, 2009).

Todas as intervenções delimitadas para os diagnósticos referidos permitem cumprir os objetivos previamente estipulados, chegando à execução dos resultados que pretendemos enquanto equipa especializada na área da pessoa em situação paliativa.

Considera-se intervenções autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos da investigação de enfermagem (REPE Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, 1996).

Relativamente ao diagnóstico de consciência comprometida, a alteração do estado de consciência é algo consequente a uma situação avançada de doença progressiva e incurável. Como intervenções de enfermagem perante este diagnóstico devemos privilegiar e promover o conforto do doente e comunicar aos familiares/cuidadores para que estes não se sintam angustiados no momento em que o seu familiar não consiga comunicar com eles ou não lhes dê indício de perceber a sua presença.

No que diz respeito ao diagnóstico Dor, o enfermeiro é o profissional de saúde que permanece mais tempo junto do doente. É intervenção de enfermagem fazer o controlo sintomático, neste

caso, controlo da dor com medidas farmacológicas e não farmacológicas. Perante uma situação de doente com alterações do estado de consciência é importante estarmos em alerta para outros sinais de desconforto que possam indicar desconforto e comunicar, explicar e ensinar à família o plano para o alívio da dor no seu familiar.

Relativamente ao diagnóstico de membrana mucosa comprometida - Xerostomia presente, as intervenções para além de melhorar a mucosa com a lavagem oral e utilizar compressa húmida para evitar aspiração de água, deve-se informar e capacitar os familiares/cuidadores para poderem ser eles a fazê-lo também. Podemos ensinar aos familiares/cuidadores a utilizar um borrifador com água ou outros líquidos, nomeadamente citrinos para aumentar a produção salivar, para alívio da xerostomia. Devemos também ensinar a utilização de batom de cieiro ou creme labial hidrata os lábios evitando o aparecimento de fissuras nos lábios e consequentemente desconforto ao doente.

Sobre o diagnóstico Ventilação comprometida - Estertor presente, as intervenções de enfermagem complementam-se aos serem direcionadas tanto ao doente como aos familiares/cuidadores. Para além da farmacologia, os enfermeiros devem aplicar intervenções não farmacológicas. Nesse sentido, o cumprimento de intervenções autónomas de enfermagem, como posicionar o doente, promover o conforto do doente, aspirar secreções encontradas na orofaringe, caso seja visivelmente necessário, de forma suave e breve, comunicar aos familiares e cuidadores, possível, situação de últimos dias e horas de vida e prestar apoio emocional aos familiares e cuidadores, podem ser feitas para o alívio do estertor.

Na ausência de evidências para um tratamento eficaz e uma falta básica de compreensão da história natural do estertor, a comunicação e a atenção ao sofrimento potencial de doentes e familiares devem ser o foco principal das nossas intervenções (Fielding & Long, 2014).

Relativamente ao diagnóstico que surge relativo ao Luto antecipatório comprometido, este foi verificado pelas múltiplas perdas consecutivas que a doença trouxe à doente e à necessidade de adaptação dos familiares/cuidadores sobre a fase em fim de vida que se aproximava.

Para terminar, utilizo como intervenção de enfermagem, a realização de uma conferência familiar para podermos comunicar a situação atual da doente, aplicando estratégias de comunicação de más notícias, bem como, apoio familiar. É considerado um momento para esclarecimento de dúvidas e gestão de expectativas de modo a acompanhar processos de luto perante a situação atual de fim de vida do seu familiar.

ESPECIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

Ensinar a manter regime de nada pela boca:

- Interromper dieta.

- Validar o motivo com os profissionais de saúde de onde a doente se encontrava internada;
- Explicar o motivo à família;

Ensinar a vigiar a Dor:

- Ensinar a avaliar a dor pela escala PAINAD, por ser a mais adequada;
- Promover conforto com utensílios de casa (manta/conha);

Ensinar a posicionar para prevenir úlcera de pressão:

- Posicionar apenas para conforto, se for um momento aparente desconfortável para a doente, devemos apenas aliviar pressão;
- Posicionar utilizando utensílios: almofadas, rolos;
- Aplicar creme hidratante pelo corpo ou protetor cutâneo;

Ensinar sobre situação de fim de vida do seu familiar:

- Informar sobre as perdas;
- Informar sobre o luto e a preparação da morte;
- Explorar vontades e desejos;
- Informar sobre a importância das despedidas;
- Explorar preferências relacionadas com atividades fúnebres;

Ensinar sobre sinais e sintomas comuns de situação de fim de vida:

- Informar a família sobre sinais e sintomas comuns de pessoa em situação de últimos dias e horas de vida;
- Gerir os sintomas do final da vida (recurso à escala de Edmonton (ESAS));
- Permitir expressão de sentimentos;
- Informar a família as intervenções de enfermagem para cada sinal e sintoma que pode surgir para os tranquilizar;

- Realizar comunicação empática e terapêutica para ganhar confiança;

Ensinar sobre o estertor:

- Informar aos familiares e cuidadores o motivo do estertor;
- Comunicar aos familiares e cuidadores as intervenções para o alívio do estertor;
- Comunicar aos familiares e cuidadores, possível, situação de últimos dias e horas de vida;
- Prestar apoio emocional aos familiares e cuidadores.

Executar conferência familiar:

- Interpretar novos sintomas e dados clínicos;
- Explorar ações terapêuticas;
- Apoiar na tomada de decisão;
- Explorar expectativas e esperanças;
- Detetar necessidades não satisfeitas (do doente e família);
- Discutir assuntos de interesse específicos dos familiares;
- Explorar dificuldades na comunicação;
- Validar e prever reações emocionais;
- Validar o esforço e trabalho da família;
- Convidar à expressão das preocupações, medos e sentimentos ambivalentes;
- Ajudar à resolução dos problemas e mobilizando os recursos familiares.

CONCLUSÃO DO CASO CLINICO

Ser profissional de saúde num contexto de cuidados paliativos, para além de necessitar adquirir conhecimentos e formação sobre a especialidade, requer qualidades psicossociais particulares.

Ter tido a oportunidade de poder ser parte integrante de uma equipa intra-hospitalar que presta cuidados paliativos a doentes internados num hospital de referência foi muito enriquecedor tanto profissional como pessoalmente.

A doente em estudo acabou por falecer, tranquila e em paz. A família, que foi acompanhada

pela equipa, ficou muito grata pelo cuidado na informação passada e pelo acompanhamento possível num contexto como este. A equipa de enfermagem do serviço onde a doente se encontrava internada sentiu-se apoiada para todas as dúvidas que poderiam surgir.

Posto isto senti que o meu papel enquanto enfermeira a exercer uma missão de especialista e perita foi concluído com sucesso, acolhendo e capacitando membros de enfermagem, controlando sintomas ao doente e apoiando a família neste processo de fim de vida do seu familiar, minimizando o sofrimento e mantendo o bem-estar de todos os participantes.

4. EQUIPA COMUNITÁRIA DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS

Caso Clínico 2

4.1. Enquadramento teórico

CASO CLÍNICO (2)

A Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos recebe um pedido de referência pela Rede Nacional de Cuidados Paliativos por médico de família de Medicina Geral e Familiar no dia 10.02.2023. O motivo de referência é relatado para controlo sintomático de Dor e Agitação.

A Senhora MC tem como diagnóstico principal demência neurodegenerativa, com início aos 62 anos, com afasia não fluente progressiva, seguida em neurologia e com demência fronto temporal desde 2018. Hemiparesia à direita. Foi perdendo a capacidade de se autocuidar, ficando mais dependente e acamada. Até 2022 alimentava-se com tolerância numa dieta semilíquida com espessante, mas por apresentar aspiração recorrente e por consequência desenvolver infeção pulmonar terá sido colocada uma sonda Naso gástrica com consentimento da família.

A primeira visita domiciliária da ECSCP realizou-se no dia 11.04.2023.

No período desde a primeira visita domiciliária até ao meu primeiro contacto com a doente e sua família (17.04.2023), a ECSCP tinha agilizado uma cama articulada.

Encontrada a doente no leito, na sala. Sem resposta verbal, com abertura ocular espontânea, mas sem dirigir olhar. PPS de 30% e ECOG 4. Pele e mucosas secas e sem lesões. Gemidos ao posicionamento e por vezes fácies de desconforto.

O único familiar presente era o Sr J, que é o cuidador principal. O Sr J é o companheiro da Senhora MC há 40 anos. Muito presente, capaz, devoto e com uma postura muito correta.

A Senhora MC, no momento, também já estava a ser acompanhada por equipa da rede social que ia duas vezes por dia para cuidados de higiene e posicionamentos.

Ao longo das sessões que apresento foram abordados alguns temas de importância em cuidados paliativos que serão explanados ao decorrer desta conceção. Pode-se ver um estado evolutivo da doença sendo que a ECSCP manteve-se em acompanhamento até ao momento em

que o Sr J e a filha decidiram levar a Senhora MC às urgências. Faleceu dois dias depois no hospital.

NOTA INTRODUTÓRIA

Esta conceção de cuidados foi concretizada em contexto comunitário junto de uma Equipa Comunitária de Suporte em Cuidados Paliativos.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Envelhecer não é sinónimo de incapacidade cognitiva. Cada indivíduo tem uma história pessoal, o que lhe confere uma certa individualidade, ou seja, indivíduos diferentes envelhecem de modos diferentes. É verdade que, no processo de envelhecimento, muitos indivíduos manifestam algum declínio em certas habilidades cognitivas, porém muitos outros envelhecem de forma saudável e conseguem manter níveis elevados de funcionamento cognitivo durante toda a vida. Acresce que, em muitos casos, esse declínio não costuma ser pernicioso, isto é, não costuma ter consequências nocivas especialmente graves, que limitem irreparavelmente a funcionalidade ou a sobrevivência, de forma caracteristicamente patológica, mas, pelo contrário, ocorre em paralelo com mudanças fisiológicas, expectáveis em processos evolutivos normais. Todavia, em alguns indivíduos, as alterações de certas habilidades cognitivas ultrapassam aquilo que poderia ser considerado normal e apresentam-se como persistentemente progressivas. Essas formas perniciosas de deterioração intelectual podem ser causadas por diversas condições neuropatológicas, originando diferentes quadros demenciais (Bertelli et al., 2009).

A doente deste caso real, é uma senhora que desde os seus 62 anos iniciou um quadro demencial que à medida que o tempo foi passando ia alterando a condição de saúde. Começaram a surgir perdas de independência, perdas de habilidades na comunicação, perdas de capacidade de alimentação. Essas perdas provocam transições tanto para a doente como para a sua família.

É importante referir que, em patologias degenerativas e de gravidade progressiva, o foco principal das intervenções de enfermagem será informar, aconselhar e assistir no que for necessário, o doente e os seus cuidadores, quanto à melhor forma de lidar com a condição. São alterações e perdas que irá fazer parte das suas vidas onde o importante será adaptar-se da melhor forma para poder realizar uma boa transição da doença (Meleis A. , 2012).

A fim de alcançar um processo de transição saudável, na perspetiva do exercício da enfermagem mais humanizado, científico, compartilhado e holístico, o enfermeiro precisa

conhecer o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo e de sua família, no decorrer do seu ciclo vital, sendo consciente das dificuldades e das adaptações às novas situações que geram instabilidade (Meleis A. , 2012).

DEMÊNCIA NEURODEGENERATIVA COM AFASIA NÃO FLUENTE PROGRESSIVA

Os quadros demenciais neurodegenerativos incluem a demência de alzheimer, a demência vascular, demência corpos de lewy e a degenerativa frontotemporal. A degenerativa frontotemporal foi descrita inicialmente por Arnold Pick em 1892. Mais recentemente, foram propostos critérios para a diferenciação entre a demência frontotemporal, caracterizada por problemas evidentes de comportamento, e a afasia progressiva primária, que engloba perturbações predominantes de linguagem durante os primeiros dois anos do curso da doença (Antunes et al., 2010).

A afasia progressiva não fluente tem sido associada a lesão na região perissilviana esquerda e a atrofia frontal inferior esquerda e insular. Esta síndrome está associada a agramatismo, parafasias fonológicas, anomia, dificuldades progressivas na repetição e perturbação na compreensão de frases sintaticamente complexas, mas deverão ter a compreensão da palavra isolada preservada (Antunes et al., 2010).

É possível que surja também perturbação do funcionamento social, manifestando como iniciação limitada de comportamento, apatia ou fraca motivação. A avaliação neurológica pode ainda revelar uma perturbação extrapiramidal, envolvendo mioclonia unilateral, distonia, rigidez e apraxia dos membros, o que poderá sugerir evolução para um diagnóstico de síndrome corticobasal no decurso natural da doença (Antunes et al., 2010).

REFERENCIAÇÃO PARA EQUIPA COMUNITÁRIA DE SUPORTE EM CUIDADOS PALIATIVOS (ECSCP)

Publicado no Diário da Republica n.º 172/2012, Série I de 2012-09-05, uma equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos, “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; 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; (doentes em consultadoria em lares, por exemplo); Assegura formação em cuidados paliativos dirigida às equipas de saúde familiar do centro de saúde e aos profissionais que prestam cuidados continuados domiciliários (Decreto Lei no 172/2012 de 5 de setembro da Assembleia da República, 2012).

A Rede Nacional dos Cuidados Paliativos (RNCP) tem como objetivo global: “a prestação de cuidados paliativos a pessoas doentes que, independentemente da idade e patologia, estejam numa situação de sofrimento decorrente de doença grave ou incurável, com prognóstico limitado e em fase avançada e progressiva.” (Decreto Lei no 172/2012 de 5 de setembro da Assembleia da República, 2012).

Faz parte dos objetivos específicos da RNCP a melhoria das condições de vida e de bem-estar das pessoas em situação de sofrimento, através da prestação de cuidados paliativos, o apoio aos familiares ou prestadores informais na respetiva qualificação e na prestação dos cuidados paliativos e a manutenção dos doentes no domicílio, desde que seja essa a vontade da pessoa doente, sempre que o apoio domiciliário possa garantir os cuidados paliativos necessários à manutenção de conforto e qualidade de vida (Decreto Lei no 172/2012 de 5 de setembro da Assembleia da República, 2012).

No caso da doente em estudo, foi feita a referenciação da equipa para controlo sintomático, mas foi verificado pela mesma que estávamos perante uma situação de fim de vida. Desse forma, foi importante a ECSCP entender o que poderia controlar, adequar e melhorar nos cuidados à doente, informando e apoiando a família neste processo.

Posto isto, é pertinente que a ECSP cumpra com os direitos que, tanto o doente como a família ou representantes legais tem descrito na lei n.º 52/2012: o doente, tem direito a receber cuidados paliativos adequados à complexidade da situação e às necessidades da pessoa, incluindo a prevenção e o alívio da dor e de outros sintomas; bem como, a escolher o local de prestação de cuidados paliativos e os profissionais, exceto em casos urgentes, nos termos dos princípios gerais da Lei de Bases da Saúde; Sendo que a família ou representantes legais dos doentes têm direito a receber apoio adequado à sua situação e necessidades, incluindo a facilitação do processo do luto; têm direito a participar na escolha do local da prestação de cuidados paliativos e dos profissionais, exceto em casos urgentes, nos termos dos princípios gerais da Lei de Bases da Saúde; e têm direito de participar nas decisões sobre cuidados paliativos que serão prestados ao doente e à família, nos termos da presente lei (Decreto Lei no 172/2012 de 5 de setembro da Assembleia da República, 2012).

Araújo afirma que, “A família representa a instituição mais antiga e a que sofreu, ao longo dos tempos, profundas alterações quer na sua constituição quer na sua estrutura, de forma a assegurar a continuidade e o desenvolvimento dos seus membros. A família cresce e desenvolve-se no equilíbrio do contexto de vida e da continuidade geracional, vivendo simultaneamente momentos de estabilidade e mudança (Araújo et al., 2007).

Apesar de cada indivíduo ter uma diferente ideia do que será para si uma “boa morte”, esta para muitos envolve ser tratado como um ser individual, com dignidade e respeito, estar sem dor ou outros sintomas, estar num ambiente familiar e estar na companhia dos familiares próximos e amigos (Capelas & Coelho, 2013).

O local onde ocorre a morte tem sido utilizado como critério de qualidade de vida, sendo que a morte em casa tem sido um indicativo de qualidade de vida dos doentes em fase terminal, tanto para o doente como para a sua família, quando acompanhados convenientemente. O local onde os doentes são cuidados tem influência na avaliação que se faz do tratamento. Em cuidados paliativos um dos resultados passíveis de ser medido é o local de morte, com a morte no domicílio habitualmente a ser considerada como positiva e um objetivo a atingir. Por sua vez, a sua hospitalização e conseqüentemente com a ocorrência de morte são consideradas um indicativo de cuidados em fim de vida desproporcionais (Capelas & Coelho, 2013).

Relativamente à preferência dos doentes e familiares em morrer no hospital, esta está relacionada com a falta de suporte familiar, e na crença de que os cuidados prestados em meio hospitalar são de melhor qualidade, com maior segurança para o doente, com o melhor controlo sintomático, e que devido à diversidade de especialidades médicas existentes é possível prestar um melhor acompanhamento psicológico e físico de quem está a morrer (Capelas & Coelho, 2013).

Durante o período de estágio entendi que a primeira visita domiciliar é bastante importante para uma ECSCP, torna-se necessário estabelecer uma relação terapêutica de confiança e de sinceridade desde o primeiro contacto.

Assim, foram evidenciadas as seguintes atividades pela ECSCP:

- Apresentar a equipa, referenciando os membros constituintes e o papel de cada elemento explicando a necessidade de decidir um elo de ligação familiar que será intitulado como cuidador capaz;
- Informar os objetivos e o modo de funcionamento;
- Empatizar e comunicar, mantendo uma postura calma e atenta, tendo em atenção os silêncios e a comunicação verbal e não verbal;
- Escutar e avaliar, identificando as necessidades encontradas;
- Realizar e reformular um plano de cuidados em conjunto, no sentido de integrar o cuidador no processo de cuidar;
- Ensinar, cumprindo com a oportunidade de criar uma ligação de confiança e empoderamento nos cuidados;
- Respeitar a vontade e a fragilidade do cuidador/familiares, no sentido de entender se é realmente uma escolha a morte no domicílio e se o cuidador e sua família estão cientes desse desfecho;
- Disponibilizar, no que toca a disponibilizar o contacto telefónico que está no folheto do acolhimento para poderem contactar a equipa sempre que considerem necessário e, de acordo

com cada situação, agendar próxima visita domiciliar com agendamento do dia a hora;

- Apoiar e acompanhar, tendo em conta a necessidade de cada caso.

"É conveniente clarificar com os familiares e cuidadores da ausência de indicação para realizar manobras de reanimação nestas situações avançadas, aqui claramente entendidas como obstinação terapêutica. Há que entender que, para algumas famílias, se este assunto não for devidamente antecipado, discutido e enquadrado pelos profissionais, poderão advir dúvidas e sofrimento desnecessário, e até conflitos com a equipa" (Barbosa et al., 2016, p. 499).

4.2. Clientes

Cliente

Adulto | Idade: 70 anos | Feminino

Cuidador

17-04-2023 10:30

Nome do cuidador: Sr J.

Data de nascimento do cuidador: 07-02-1951.

Contacto telefónico principal: 91xxxxxxx.

Email: Jxxxxxx@gmail.com.

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: Dificuldade em recuperar informação.
 Capacidade física do cuidador para alimentar através de sonda gástrica: suficiente para assegurar na totalidade.

Capacidade física do cuidador para posicionar

Dispositivo: Lençóis deslizantes - suficiente para assegurar parcialmente.

Família

17-04-2023 10:30

Família nuclear.

Família com filhos menores.

Senhora MC é viúva. O cuidador principal é o senhor J que é o seu companheiro desde há muitos anos, têm uma filha com 40 anos e dois netos.

4.3. Medicação

Início	Medicação	Fim
2023-04-17 10:30:00	lisinopril 20 mg, oral, PA	2023-04-19 10:15:00
2023-04-17 10:30:00	sertralina 50 mg, oral, PA	2023-04-19 10:15:00
2023-04-17 10:30:00	amlodipina 10mg, oral, J	2023-04-19 10:15:00
2023-04-17 10:30:00	lorazepam 1mg, oral, J	
2023-04-17 10:30:00	oramorfh 4 gotas, oral, SOS (2/2horas 6xdia)	2023-04-19 10:15:00
2023-04-17 10:30:00	paracetamol Xarope, oral, SOS	2023-04-19 10:15:00
2023-04-17 10:30:00	microlax, SOS	
2023-04-17 10:30:00	haldol 10 gotas, oral, SOS (ate 2xdia)	2023-04-19 10:15:00
2023-04-19 10:15:00	paracetamol, retal, SOS (ou em caso de febre, até 3xdia)	
2023-04-19 10:15:00	oramorfh 6 gotas, oral, SOS (2/2horas 6xdia; antes dos cuidados de higiene)	
2023-04-19 10:15:00	haldol 10 gotas, oral, 22h (e em SOS ate 2xdia)	
2023-04-19 10:15:00	DIB 72horas (morfina + midazolam + butilescopolamina), SC (em caso de extravasar contactar ECSCP)	

4.3.1. Aspetos de enfermagem a considerar relativamente à medicação prescrita

A tarefa da avaliação e do controlo sintomático será seguramente complexa, mas pode ser decomposta de modo a torná-la mais perceptível e acessível. Os princípios gerais do controlo dos sintomas são os seguintes: Avaliar antes de tratar, determinando bem qual a(s) causa(s) do ou dos sintomas e qual o mecanismo fisiopatológico que está na sua origem; Explicar as causas dos sintomas e as medidas terapêuticas de forma acessível ao doente e à família; Não esperar que um doente se queixe, perguntar e observar, antecipando-se tanto quanto possível ao aparecimento dos sintomas previsíveis em certos contextos clínicos; adotar estratégia terapêutica mista, com o recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas; Monitorizar os sintomas, através da utilização de instrumentos de medida e recorrendo a métodos de registo adequados (Barbosa et al., 2016, p. 45).

Antes da minha participação como membro da equipa comunitária de suporte em cuidados paliativos, fazia parte do plano terapêutico da doente, medicação oral que o Sr J triturava para administrar pela SNG. Tendo em conta os antecedentes da doente, a médica da equipa manteve alguns fármacos durante algum tempo, mas devido à situação evolutiva da doença estes foram removidos e foi modificada a prescrição para fármacos adequados aos sintomas de controlo necessário.

Neto (2016) afirma que, “Numa revisão terapêutica deve eliminar-se fármacos que não produzam um efeito imediato no bem-estar, e retirar-se todos os medicamentos cujo efeito esperado seria para objetivos a médio-longo prazo” (Barbosa et al., 2016, p. 320).

Neste ponto da conceção de cuidados, faz-me sentido apenas mencionar a medicação que foi otimizada pela ECSCP e aquilo que foi o meu papel como enfermeira especialista em ensinar ao cuidador a terapêutica instituída, bem como validar a adesão à terapêutica.

“A medicação via oral será sempre a primeira escolha, sempre que a deglutição seja possível e não represente um risco para o doente. Em alternativa, poderemos recorrer à via subcutânea quer seja em administração contínua ou em bolus, e menos frequentemente recorreremos à via endovenosa ou via retal” (Barbosa et al., 2016, p. 321).

Posto isto, tendo em conta a doente em estudo e do facto de estarmos em contexto domiciliário a utilização de fármacos via oral, em forma de gotas, e via retal é o mais adequado no que toca ao controlo sintomático.

Lorazepam, via oral: é uma droga pertencente a uma classe química conhecida como benzodiazepinas, que possuem como principais propriedades, a inibição leve de algumas áreas do SNC, diminuindo assim, a geração de estímulos nervosos pelos neurónios e proporcionando um relaxamento muscular, sedação e efeito tranquilizante (Greenblatt et al., 1979). O

Lorazepam é quase completamente absorvido após a administração oral, sendo possível administrar por via sublingual. Por esse motivo, a ECSC, manteve o fármaco prescrito para o período noturno até ao momento que fizesse sentido, tendo em conta a situação atual de doença da doente.

Paracetamol, via rectal: É um analgésico e antipirético, sendo indicado para a alívio da dor de intensidade leve a moderada, incluindo dor de cabeça, enxaqueca, dor músculo esquelética, cólicas menstruais, dor de garganta, dor de dente, dor de osteoartrite, entre outras. Pode ser administrado por via oral, venosa ou retal.

No caso da doente em estudo, a equipa alterou a via de administração do paracetamol e colocou em SOS para ser administrado caso a doente apresenta dor ou febre.

Como profissionais de saúde, devemos saber colocar o medicamento supositório de forma correta para que este não exteriorize e não cumpra o seu efeito. Tendo em conta que estamos em contexto domiciliário e será o Sr J a administrar o fármaco, é necessário ensinar o motivo da sua utilização e também a forma como é administrado. É importante validar os conhecimentos adquiridos do cuidador e combinar que sempre que este fármaco for administrado por ele, este registe num papel para poder dizer o motivo e a hora da sua toma à equipa.

Microlax, via rectal: É um produto com propriedades laxantes, utilizado na obstipação, apresenta-se na forma de micro enemas e atua através de um mecanismo puramente físico-químico, em que se liberta a água presente nas fezes, mesmo nas mais duras, e conseqüentemente no amolecimento das mesmas, permitindo uma defecação suave sem afetar a mucosa e sem causar quaisquer reações locais. O efeito pretendido ocorre entre 5 a 20 minutos e faz com que a defecação seja mais suave, natural e indolor.

Para a administração deste fármaco é necessário validar os conhecimentos do cuidador na sua colocação. Como é um fármaco que ficou prescrito em SOS, também é importante reforçar a necessidade de escrever num papel o motivo, a hora da administração e se fez posterior efeito para comunicar futuramente à equipa.

Oramorph, via oral: Em solução oral pertence a um grupo de medicamentos denominados analgésicos estupefacientes e é utilizado para o alívio da dor intensa. Este medicamento contém sulfato de morfina. A morfina liga-se a recetores específicos que se encontram localizados em vários níveis do sistema nervoso central bem como em diversos órgãos periféricos. A tolerância e a dependência são dois problemas intimamente ligados à administração de morfina. A tolerância caracteriza-se por uma situação em que o doente necessita de doses de morfina cada vez maiores, administradas a intervalos cada vez mais frequentes, para obter o mesmo nível de alívio da dor. A dependência pode ser tanto física como psicológica, manifestando-se após a administração repetida do medicamento. Os sintomas de toxicidade a este fármaco podem surgir e é quando, geralmente, após algumas horas, atingindo um pico no espaço de 36-72

horas e recuando em seguida gradualmente. Os sintomas incluem bocejo, aumento das pupilas, séries de espirros, tremor muscular, dor de cabeça, fraqueza, sudorese, ansiedade, irritabilidade, agitação, náuseas, vômitos, diarreia, aumentos das frequências cardíaca e respiratória e da pressão arterial e aumento da temperatura (Packungsbeilage, 2017).

Nesta situação é importante dar a conhecer estes fatores referidos anteriormente para que o Sr J entenda o fármaco que vai manusear.

Também é necessário ensinar como administrar este tipo de fármaco. Em formato de gotas, sendo que 4 gotas correspondem a 5 mg morfina, é administrada na cavidade oral, na bochecha interna da doente. O fármaco irá absorver tendo início de ação após 15-30 min o seu efeito máximo é de 1h e durante 2-4 h. O sulfato de morfina é rapidamente absorvido através do trato gastrointestinal após administração oral.

Haldol, via oral: Contém a substância ativa haloperidol, é um antipsicótico do grupo das butirofenonas. É um potente antagonista dos recetores de dopamina tipo 2 a nível central e, nas dosagens recomendadas, não possui atividade anti-histaminérgica ou anticolinérgica e possui uma atividade adrenérgica alfa-1 mínima. Como consequência direta do bloqueio da sinalização dopaminérgica na via mesolímbica, o haloperidol suprime os delírios e as alucinações. O efeito bloqueador da dopamina a nível central tem uma atividade nos gânglios basais. O haloperidol provoca uma sedação psicomotora eficaz, a qual explica o efeito favorável na mania e em outras síndromes de agitação.

É utilizado em formulações orais para o tratamento agudo de delírios quando tratamentos não farmacológicos falharam, para o tratamento de episódios maníacos moderados a graves associados a perturbação bipolar, para o tratamento da agitação psicomotora aguda associada a perturbação psicótica ou a episódios maníacos associados a perturbação bipolar I, para o tratamento da agressividade e dos sintomas psicóticos persistentes em doentes com demência de Alzheimer e demência vascular moderadas a graves quando tratamentos não farmacológicos falharam e existe um risco de autoagressão e agressão a terceiros, entre outros (Infarmed, 2019).

Tendo em conta a situação atual da doente em estudo, mantivemos este fármaco para controlo de agitação ou insónia. O Sr J foi ensinado sobre o fármaco e a forma de utilização, idêntica ao oramorph, via oral. Existem várias formas de administrar Haldol, neste caso estava prescrito em gotas orais. A solução oral em frasco conta-gotas destina-se a ser utilizado para doses únicas até 2 mg de haloperidol (equivalente a 20 gotas). Como estava prescrito 10 gotas de haldol, isso corresponde a 1mg de haldol ou 0.5 ml em seringa.

DIB por Via Subcutânea (morfina + midazolam + butilescopolamina):

“DIB” é um dispositivo descartável, provido de um depósito elastométrico, para a administração de medicação, funciona a uma pressão interna constante e proporciona um fluxo contínuo de

medicação durante o período de infusão, com a velocidade do fluxo nominal, indicado em cada tipo de infusor. O reservatório é preenchido através de uma válvula de uma só direção, e não é possível extrair o seu conteúdo através da válvula. A medicação expande o reservatório e uma vez cheio com o volume desejado, contrai-se descarregando o fármaco com uma pressão constante (Pereira et al., 2003).

As suas vantagens são: Permite controlar adequadamente a dor nos doentes em fase terminal; Possibilita efetuar certas associações farmacológicas; Trata-se de uma terapia de fácil execução; O infusor é leve e de pequenas dimensões, implicando fácil transporte; A sua manutenção é simples, não necessitando de baterias nem alarmes; Possibilita o tratamento domiciliário melhorando a qualidade de vida do doente, evitando internamentos hospitalares (Pereira et al., 2003).

Nesta situação a doente iniciou medicação por infusão com dispositivo DIB para controlo contínuo sintomático. O objetivo da equipa é controlar a agitação, o possível desconforto algóico (principalmente nos posicionamentos e cuidados de higiene) e diminuir a necessidade de administração de SOS ao longo do dia.

Para Neto (2016), “O doente poderá não conseguir expressar-se oralmente, mas dará sinais de desconforto quando é mobilizado ou quando se realizam tratamentos (Barbosa et al., 2016, p. 326).

A sedação paliativa (por vezes ainda denominada incorretamente de “sedação terminal”) “é uma importante ferramenta terapêutica no tratamento de sintomas refratários nos doentes claramente em fim de vida” (Barbosa et al., 2016, p. 326).

“Fármacos como os opióides, os antieméticos, o diazepam e o midazolam não deverão ser suspensos, a fim de garantir um bom controlo de sintomas. Outros, como a butilscopolamina, são quase de introdução mandatória, usados pela sua ação anticolinérgica no tratamento da respiração ruidosa do moribundo (“estertor” ou “farfalheira”)” (Barbosa et al., 2016, p. 322).

“A evidência mostra que a sedação paliativa não encurta a vida do doente, e que difere claramente da eutanásia, seja pelos objetivos e pelo resultado final, seja nos meios utilizados e na proporcionalidade associada” (Barbosa et al., 2016, p. 327).

Como enfermeira especialista e fazendo parte da ECSCP, é minha intenção perceber se os fármacos anteriormente mencionados faziam o efeito desejado à doente em estudo e capacitar o cuidador para a sua administração sem supervisão de profissional de saúde.

“A equipa funciona como um recurso que os familiares dispõem para se sentirem orientados, não impotentes ou abandonados, sabendo interpretar as necessidades do seu familiar e adotando as medidas corretas. Por todos estes motivos, é hábito qualificar-se esta como uma fase de intensificação dos cuidados à família” (Barbosa et al., 2016, p. 327).

4.4. Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica

Atitudes terapêuticas

17-04-2023 10:30

Repouso no leito

Conhecimento do cuidador sobre necessidade do cliente manter repouso no leito: facilitador.

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Manter repouso no leito [SOS]

17-04-2023 10:30 - Dar banho na cama [SOS]

17-04-2023 10:30 - Lavar cavidade oral [SOS]

17-04-2023 10:30 - Vestir/despir [SOS]

17-04-2023 10:30 - Arranjar o cliente [SOS]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre necessidade de o cliente manter repouso no leito [RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre necessidade de o cliente manter repouso no leito [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Ensinar cuidador sobre a necessidade de o cliente manter repouso no leito [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

Regime de nada pela boca

Conhecimento do cuidador sobre necessidade de o cliente manter regime de nada pela boca: facilitador.

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Manter regime de nada pela boca [SOS]

19-04-2023 10:15

Conhecimento do cuidador sobre necessidade do cliente manter repouso no leito: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre necessidade de o cliente manter regime de nada pela boca: facilitador.

Sondas, Drenos e Cateteres

17-04-2023 10:30

Sonda gástrica

Propósito terapêutico da sonda gástrica: administração de líquidos.

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

Autoeficácia do cuidador para otimizar sonda gástrica: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Características do dispositivo: Sonda Naso gástrica de longa duração.

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução da administração pela sonda gástrica [SOS]

17-04-2023 10:30 - Otimizar sonda gástrica [SOS]

17-04-2023 10:30 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção da sonda gástrica ao médico [SOS]

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para otimizar sonda gástrica

[RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para otimizar sonda gástrica [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Instruir cuidador a otimizar sonda gástrica [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Treinar o cuidador a otimizar a sonda gástrica [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para otimizar sonda gástrica

[RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução da autoeficácia do cuidador para otimizar sonda gástrica [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Treinar o cuidador a otimizar a sonda gástrica [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Analisar com o cuidador os resultados alcançados [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Elogiar o desempenho do cuidador [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

Cateter subcutâneo

Localização do cateter subcutâneo

Abdómen

Características do dispositivo: CH24 no abdómen direito.

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução de sinais de complicações no local de inserção do cateter subcutâneo [SOS]

17-04-2023 10:30 - Otimizar cateter subcutâneo [SOS]

17-04-2023 10:30 - Executar tratamento ao local de inserção do cateter subcutâneo [SOS]

17-04-2023 10:30 - Trocar cateter subcutâneo [SOS]

17-04-2023 10:30 - Referenciar sinais de complicações no local de inserção do cateter ao médico [SOS]

19-04-2023 10:15

Capacidade do cuidador para otimizar sonda gástrica: facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para otimizar sonda gástrica: facilitadora.

Propósito terapêutico da sonda gástrica: administração de líquidos.

Substância administrada pela sonda gástrica: água.

Quantidade administrada pela sonda gástrica: 100 ml.

Localização do cateter subcutâneo

Abdómen

Características do dispositivo: CH24.

Localização do cateter subcutâneo

Abdómen

Presença de dor (Não).

Presença de calor (Não).

Presença de rubor (Não).

Presença de tumefação (Não).

Presença de exsudado (Não).

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

Nesta fase da conceção, a minha intenção será justificar a permanência das atitudes terapêuticas utilizadas no plano de cuidados da doente em estudo.

“O cuidado na agonia tem como objetivo central proporcionar o melhor conforto ao doente, promovendo a dignidade e a qualidade de vida sem o intuito de acelerar ou atrasar o processo de morte” (Barbosa et al., 2016, p. 319).

Posto isto, os profissionais deverão adequar os cuidados tanto ao doente como à família numa situação de doença incurável e progressiva, informando sempre o prognóstico e evolução da doença ao cuidador para que este se sinta informado e acompanhado pela equipa.

SONDA GÁSTRICA

“A indicação para alimentação enteral põe-se quando a alimentação pela boca não pode ser garantida, de uma maneira eficiente e segura, pelo aporte insuficiente devido à disfagia e pelo risco de aspiração, e quando o doente está efetivamente desnutrido” (Barbosa et al., 2016, p. 127).

Feio (2016) afirma que “Nas demências, a disfagia ocorre habitualmente em estadios avançados, mas também pode ocorrer em estadios mais precoces. Em todos os tipos de demências as regiões corticais envolvidas na deglutição são afetadas e o controlo da deglutição pode ser comprometido também por défices de concentração e atenção (Forster et al, 2011)” (Barbosa et al., 2016, p. 124).

“As complicações da SNG são: o desconforto que causa, a erosão nasal, a rinite, a sinusite, a esofagia, a gastrite, a possibilidade de deslocamentos frequentes com necessidade de recolocação e a obstrução da sonda atenção (Shaw, 2006).” (Barbosa et al., 2016, p. 127).

Tendo em conta a doente em estudo e a família que tínhamos em acompanhamento, a equipa entendeu que a remoção da SNG não seria uma opção para a família pois iria causar maior fragilidade e medo sobre a próxima perda que iriam ter que lidar.

Por isto, a nossa intenção baseava-se em dar conhecimento contínuo sobre a evolução da doença e conseqüentemente a diminuição da necessidade de líquidos, informando as conseqüências de uma alimentação desadequada pela SNG. O Sr J entendeu todas as informações que lhe foi referido em conferência familiar sobre a alimentação e o volume total de líquidos a administrar.

A sonda foi mantida, mas o volume de administração foi adequado. A equipa reduziu de 300ml a cada refeição (4xdia) a 100ml 3xdia com o cumprimento e a compreensão do cuidador e da família.

CATETER SUBCUTÂNEO

A via subcutânea, para a administração de fármacos em bólus ou em infusão/perfusão contínua, é muito usada em cuidados paliativos e é a via preferencial quando a via oral não está disponível. Neste caso ainda é mais adequada pelo facto de a doente manter-se no domicílio (Gonçalves, 2020).

Existem vantagens para a administração de medicação por via subcutânea, como a possibilidade de continuar a administrar medicação quando a via oral não está disponível e promover o conforto do doente evitando injeções repetidas. Já a principal desvantagem é a possibilidade de irritação ou inflamação no local da infusão, situação que a equipa cumpre com a otimização do cateter em todas as suas visitas domiciliárias e também potencia e capacita o cuidador a vigiar a funcionalidade do cateter (verificando rubor no local de inserção e se a medicação está a extravasar pelo cateter).

Se não houver reações locais o cateter pode permanecer no mesmo local 7 dias ou mais. Se ocorrer uma reação local, o cateter deve ser removido e colocado um novo noutra local, cumprindo uma rotação dos locais eleitos para a punção da via subcutânea.

Na doente em estudo, a medicação foi ajustada a esta via de administração. Foi colocada perfusão contínua em formato de DIB com medicação compatível com a via SC. É frequente misturar se 2 ou 3 fármacos no mesmo dispositivo e geralmente recomenda-se que esse número não seja excedido.

4.5. Domínios

Início	Domínios	Fim
17-04-2023 10:30	Consciência	
17-04-2023 10:30	Força muscular	
17-04-2023 10:30	Tónus muscular	
17-04-2023 10:30	Dor	
17-04-2023 10:30	Deglutição	19-04-2023 10:15
17-04-2023 10:30	Eliminação intestinal	
17-04-2023 10:30	Mucosas	
17-04-2023 10:30	Pele	
17-04-2023 10:30	Atitudes terapêuticas	
17-04-2023 10:30	Sondas, Drenos e Cateteres	
17-04-2023 10:30	Sistema respiratório	
17-04-2023 10:30	Luto	
17-04-2023 10:30	Preparação da família para situação de fim de vida	

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

Neste momento da conceção, irei desenvolver os domínios selecionados, justificando essa mesma seleção associada a um doente paliativo, compreendendo a sua situação de fim de vida, incluindo o seu cuidador e seus familiares.

Esta análise dos domínios está relacionada com a aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgico na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, segundo o Regulamento nº 4297 2018 no Diário da República: II Série, nº 135.

CONSCIÊNCIA + FORÇA MUSCULAR + TÓNUS MUSCULAR

Neto (2016) afirma que “A demência pode definir-se como uma síndrome de instalação progressiva em que ocorre deterioração cognitiva e intelectual que depois persiste, acompanhada por um progressivo declínio funcional e da autonomia da pessoa doente, com implicações claras na sua sobrevivência, já que eventualmente virá a falecer devido a essa mesma patologia ou às limitações que a mesma determina (imobilidade, alterações da deglutição e infeções associadas) (Santana, 2005).” (Barbosa et al., 2016, p. 490).

“Na fase terminal estão completamente confinados ao leito, não comunicam verbalmente nem

deglutem com eficácia” (Barbosa et al., 2016, p. 490).

Com a progressão da doença e alcançando um estado de situação de últimos dias e horas de vida, a evidência indica que a consciência do doente fica comprometida. Para fazermos uma avaliação do desempenho e performance do doente, em cuidados paliativos, utilizamos regularmente a escala Palliative Performance Scale (PPS) e a escala Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) respetivamente.

A PPS pode ser bastante útil. Em primeiro lugar, é uma excelente ferramenta de comunicação para descrever rapidamente o atual estado funcional de um doente. Em segundo lugar, pode ser importante para avaliar a capacidade de trabalho ou outros parâmetros, e comparar posteriormente. Por fim, parece ter um valor prognóstico (Serenio et al., 2022). Já a ECOG descreve o nível de funcionamento de um doente em termos de sua capacidade de cuidar de si mesmo, atividade diária e capacidade física (caminhar, trabalhar, etc.).

Como referi anteriormente, estas escalas ajudam a equipa a adequar melhor os cuidados ao doente para que possa manter a premissa de proporcionar melhor qualidade de vida, bem-estar e conforto neste momento da sua vida e, de certa forma, adaptar melhor a informação e ensinamentos dados ao cuidador e família para entenderem a evolução da doença e estarem preparados para o processo de fim de vida.

A doente do estudo, foi alterando os resultados das escalas anteriormente mencionadas. Numa visita inicial ela apresentou PPS 30% e ECOG 4, passando a um PPS 10% e ECOG 4.

Relativamente à Escala de Coma de Glasgow (ECG) é uma escala neurológica onde a intenção é registar o nível de consciência do doente. Neste caso, no início das visitas domiciliárias, a doente em estudo apresentava nível 5, ficando com nível 3. Tendo em conta que, no momento, estaria mais sedada com medicação em curso para controlo sintomático.

Após ter mencionado as escalas de avaliação utilizadas a equipa conseguiu entender o estado evolutivo e consecutivamente a alteração de consciência. Da mesma forma, a força muscular e o tônus muscular também apresentaram alterações.

DOR

A dor tem um elevado impacto na qualidade de vida do doente, do cuidador e das famílias. A presença de dor desorganiza totalmente o ser humano (Barbosa et al., 2016, p. 49).

A avaliação e o registo da dor devem ser efetuados de forma contínua e regular, à semelhança dos restantes sinais vitais, utilizando sempre, para o mesmo doente, a mesma escala de mensuração da intensidade da dor. Obviamente que a aplicação de uma escala depende do estado clínico do doente e da sua compreensão.

No caso de serem usados fármacos por via retal e por via oral há que aguardar 30-60 minutos. No caso de ser usada medicação por via intravenosa ou epidural há que esperar 10-15 minutos para reavaliar, com o acréscimo de 5 minutos para a via subcutânea. A via intramuscular não deve ser usada visto que causa uma lesão tecidual. No caso de serem fármacos por via transmucosa há que aguardar 10-15 minutos, podendo a via sublingual demorar menos 5 minutos. Em relação à via transdérmica há que aguardar no mínimo 12h para aferir da eficácia analgésica (Barbosa et al., 2016, p. 52).

Existem escalas unidimensionais e multidimensionais, de auto e heteroavaliação. Em cuidados Paliativos a escala mais usada é a “Edmonton Symptom Assessment System” (ESAS). No caso da dor, solicita-se ao doente/família para pontuar a dor de 0 (sem dor) a 10 (dor máxima).

Nos doentes com alterações do estado de consciência ou que não colaborem na avaliação da dor deverão ser usadas a escala de observador ou PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia) (Barbosa et al., 2016, p. 53).

Tendo em conta a doente no caso em estudo, foi utilizada a avaliação da escala PAINAD pela equipa e cuidador. Nas primeiras visitas apresentava dor nível 7 (dor severa) de acordo com a escala e após a otimização da terapêutica e colocação de DIB pelo cateter subcutâneo, passou a nível 2 (dor leve) pelo facto de manter respiração ruidosa, mas sem aparente desconforto.

ELIMINAÇÃO INTESTINAL - OBSTIPAÇÃO

“A obstipação é um problema comum em cuidados paliativos, causando desconforto externo ao doente e sofrimento ao próprio e à família” (Barbosa et al., 2016, p. 149).

Para Pina (2016), a obstipação “consiste num distúrbio intestinal funcional que se apresenta como uma defecação persistentemente difícil, ocasional ou aparentemente incompleta. As fezes são pequenas, duras, infrequentes e difíceis de expulsar” (Barbosa et al., 2016, p. 150).

Em cuidados Paliativos, os fármacos usados para obter um controlo sintomático adequado contribuem, juntamente com a desidratação e a imobilização, para a obstipação (Barbosa et al., 2016, p. 152).

A doente em estudo apresenta doença progressiva em estadio avançado, numa fase agónica, sendo que é natural estas alterações da motilidade intestinal e também comum o surgimento de fecalomas. Nesta especialidade de cuidados e tendo em conta o estado em que se encontra a doente, mais do que avaliar as frequências das fezes é importante perceber a sua consistência e se existe desconforto abdominal ou vómitos associados.

Como enfermeiras de uma equipa domiciliária é importante informar o cuidador sobre os sinais e sintomas que este também deve avaliar no domicílio na nossa ausência. É necessário informar

e capacitar os cuidados para a administração do fármaco (microlax retal consoante a prescrição) e medidas não farmacológicas como, manter a hidratação possível, reduzir a imobilização com mudanças de posição no leito, maximizar conforto e diminuir a dor.

MUCOSAS - XEROSTOMIA

Fradique (2016) refere que “As alterações da mucosa oral são problemas prevalentes nas pessoas com doenças crônicas progressivas, quer pela patologia em si, quer pelos tratamentos adicionais. A higiene oral é um aspecto fundamental e essencial para o conforto do doente, podendo afetar a comunicação, nutrição, sentido do paladar, causar dor, infecção, e ser mesmo a causa de internamento hospital (Davies & Finlay, 2005).” (Barbosa et al., 2016, p. 368).

A presença de dispositivos, como a sonda naso gástrica, provoca maior secura na mucosa oral. Se não realizarmos a higiene oral a mucosa do doente pode passar muito tempo sem ser hidratada e conseqüentemente surge mucosas secas, friáveis e até com possibilidade de lesões.

A Xerostomia consiste na sensação subjetiva de secura na boca, nem sempre acompanhada de uma diminuição do fluxo da saliva, é um dos sintomas prevalentes de cerca de 30 a 90% dos doentes em cuidados paliativos. Num estudo de doente com cancro em estadio avançado, 88% referiu xerostomia de intensidade média, sendo que as repercussões na qualidade de vida eram importantes (Barbosa et al., 2016, p. 369).

A doente em estudo apresentava mucosa seca, e devido a alterações do estado de consciência era essencial a equipa realizar os cuidados adequados e salientar a importância da hidratação oral ao cuidador e família.

Como enfermeira de cuidados paliativos é necessário estar sensível a este tema, e “Incentivar a hidratação oral, quer através da ingestão ou por aplicação local, por exemplo de água em spray, gelo em laminas, água com limão, infusão de camomila. Na impossibilidade de ingestão oral, aplicar na mucosa oral várias vezes ao longo do dia.” (Barbosa et al., 2016, p. 372).

Estudos referem a Xerostomia como um sintoma angustiante que quando o doente não é capaz de verbalizar pode causar elevado desconforto. É fundamental informar o cuidador para que haja continuidade de cuidados no domicílio. Dessa forma, as principais intervenções de enfermagem relacionados com a xerostomia, numa doente em fim de vida e sem via oral ativa, podem ser: Investigar e tratar as causas reversíveis e complicações; prevenir e identificar lesões na mucosa oral; manter lábios hidratados: óleos com vitamina E, batons de cíeiro, são excelentes cicatrizantes para lábios secos e com fissuras; realizar a higiene oral com escovas de cerdas macias ou compressas de algodão.

PELE - MACERAÇÃO

O processo de comprometimento de órgãos pode ter efeitos devastadores, resultando em lesões ou interferência no funcionamento de outros sistemas de órgãos que podem contribuir para uma maior deterioração e eventual morte. O comprometimento da pele, incluindo alterações relacionadas à diminuição da perfusão cutânea e hipóxia localizada (suprimento de sangue e fatores teciduais locais) pode ocorrer no nível tecidual, celular ou molecular. O resultado final é uma disponibilidade reduzida de oxigênio e a capacidade do corpo de utilizar nutrientes vitais e outros fatores necessários para manter a função normal da pele (Sibbald et al., 2010).

O comprometimento de órgãos da pele no final da vida não é um conceito novo na literatura. A primeira descrição clínica na literatura médica moderna apareceu em 1989 com a Kennedy Terminal Ulcer (Sibbald et al., 2010).

Posto isto, é fundamental que a ECSCP entenda as alterações da pele num doente em fim de vida, sabendo que é possível que mesmo após várias terapias e apósitos (seja tratamentos em gel, em pó, pomadas ou pensos) a resposta curativa seja difícil. É necessário haver esta sensibilização para poder informar e capacitar o cuidador sobre este tema.

A doente em estudo começou a apresentar macerações na região sagrada e trocantérica. O cuidador já tinha questionado a equipa sobre o que poderia fazer com as “marcas que aparecem na pele”. Foi ensinado ao Sr J este fenómeno que ocorre por consequência duma situação de fim de vida e que seria vantajoso os posicionamentos alternados podendo intercalando a tensão no corpo da sua esposa, evitando a abertura de feridas por pressão. Da mesma forma foi privilegiado cuidados à pele com aplicação de creme local pelo corpo e proeminências ósseas.

SISTEMA RESPIRATÓRIO - ESTERTOR

O estertor é um sinal comum em doentes em últimos dias e horas de vida. Consiste num ruído produzido pelo fluxo de ar através das secreções no trato respiratório superior. É um fenómeno associado ao processo de morte iminente e que causa forte impacto nesta fase da vida no cliente. É como se fosse um ruído indiciador da presença de morte.

No Manual dos Cuidados Paliativos, Neto (2016) refere que “Este tipo de padrão respiratório é muito frequente nos doentes agónicos e constitui habitualmente fonte de grande inquietação para os familiares - e também para alguns profissionais, - que temem que o doente venha a sufocar.” (Barbosa et al., 2016, p. 324).

O doente não tem consciência desta situação e ela não representa habitualmente sofrimento para o próprio (Barbosa et al., 2016, p. 324).

Desta forma, é essencial a equipa tranquilizar o cuidador e a família sobre este sinal.

As primeiras medidas passam por efetuar um correto posicionamento do doente, e pela adequada suspensão ou ajuste do aporte de fluidos EV ou da alimentação entérica (Barbosa et al., 2016, p. 324).

Após ter realizado pesquisa prévia sobre este tema, posso afirmar que as medidas não farmacológicas passam por, para além do posicionamento anteriormente referido, realizar a manutenção da higiene oral, realizar a aspiração de secreções na orofaringe breve e suave (apenas se extremamente necessário), administrar oxigênio para conforto e utilizar a comunicação terapêutica e empática com o cuidador e família para poder esclarecer o sinal e sintoma, o grau provável de sofrimento do doente, a confirmação de que o doente está na fase de fim de vida e uma explicação das medidas que podem ser tomadas para o diminuir.

Das medidas farmacológicas os fármacos mais utilizados são os que apresentam ação sobre a produção da saliva, anticolinérgicos, diuréticos e opioides. No entanto, não existem evidências sobre a sua atuação para diminuir este sinal.

No caso da doente em estudo, este tema foi abordado com o cuidador antecipadamente ao surgimento do sinal. Em formato de conferência familiar foram esclarecidas as dúvidas sobre o estertor em fim de vida e foram informadas as intervenções que se podiam realizar para o aliviar, capacitando e encorajando o cuidador sempre que necessário.

LUTO

Muitos familiares cuidadores de pessoas com demência apresentam problemas acrescidos na fase do luto, com risco aumentado de depressão, pelo que poderão beneficiar de intervenções estruturadas nesse período e que são aliás parte integrante da prática dos cuidados paliativos. Não é invulgar que os cuidadores possam sentir-se aliviados com a morte do doente e com o final de um período longo e desgastante, o que deve ser entendido e devidamente enquadrado pelos profissionais de saúde (Barbosa et al., 2016, p. 497).

A ocorrência de uma perda determina uma mudança que se inicia por um estado de provação/ausência de alguém (pessoa/animal), de alguma coisa tangível (casa, carro, emprego, posição social, atributos, capacidades) ou de qualquer coisa intangível (representações mentais, projeto de vida, esperança de entrar num curso), que põem em marcha reações adaptativas somáticas, afetivas, comportamentais e espirituais no que se designa por processo de luto (Barbosa et al., 2016, p. 553).

O luto como processo de transição exige um enorme esforço adaptativo, que encerra em si um potencial de transformação da pessoa e de favorecimento do seu crescimento pessoal (Barbosa et al., 2016, p. 561).

De acordo com a doente em estudo e relativamente ao processo de luto que o cuidador e

familiares iram realizar, a equipa entendeu que estava perante uma situação de Luto Antecipatório.

Como profissionais de saúde dotados de conhecimento sobre a especialidade temos a capacidade de antecipar os acontecimentos e dessa forma podemos preparar os cuidadores e família para um período de enfrentamento de ameaças e desafios.

O luto antecipatório de uma família em relação a um dos seus membros em período terminal de vida, desenvolve-se habitualmente num ambiente de conforto mútuo e de estreitamento de intimidade à medida que a doença avança, sendo a família cada vez mais convocada pela equipa de saúde a participar nos cuidados (Barbosa et al., 2016, p. 564).

Por este motivo é extremamente importante a relação entre família e equipa de saúde para poder existir comunicação fluida e aberta com partilha de medos, ansiedades, mas também de alegrias e esperança.

As perdas são, assim, mais fáceis de viver, provocam habitualmente menos respostas de choque e facilitam o processo de trabalho de luto posterior (Barbosa et al., 2016, p. 566).

PREPARAÇÃO DA FAMÍLIA PARA SITUAÇÃO DE FIM DE VIDA

Para uma ECSCP o cuidador e a família do doente são parte integrante do plano de cuidados e intervenções planeadas, mas, também, são membros de atuação aos cuidados diretos no doente em fim de vida no seu domicílio.

“Quando um dos elementos da família adoece, o impacto da doença não afeta apenas o doente, estende-se a todo o universo familiar, deparando-se esta com grandes dificuldades para lidar com a doença e com o sofrimento” (Barbosa et al., 2016, p. 657).

Quando estamos perante uma situação de fim de vida, os profissionais de saúde terão de ser honestos com o cuidador e familiar do doente e informar adequadamente o que esperar e como promover conforto e bem-estar diminuindo o sofrimento.

“A comunicação no seio das famílias assume formas diferentes, as quais estão relacionadas com o estilo de relação que existe entre os seus membros. É por isso importante que a equipa conheça o estilo de comunicação familiar, para que mais facilmente encontre as formas mais adequadas para chegar a um bom entendimento entre os familiares e entre estes e a equipa” (Barbosa et al., 2016, p. 658).

Uma importante estrutura de intervenção para a comunicação em cuidados paliativos são as conferências familiares. Estas conferências familiares são conversas pensadas antecipadamente pelos profissionais sobre temas de relevo relativos à situação atual do processo de fim de vida. Podem ser dirigidas ao doente ou ao cuidador e família.

“Os profissionais da equipa devem estar preparados para responder às questões colocadas de uma forma adequada, respeitadora e honesta” (Barbosa et al., 2016, p. 660).

Fernandes (2016) afirma que “A informação clara e precisa sobre várias dimensões do cuidar e a valorização do seu trabalho, permite aos cuidadores uma participação ativa na medida das suas possibilidades e/ou capacidades” (Barbosa et al., 2016, p. 661).

“O valor da comunicação sobressai quando se reconhece que é a chave para aceder e atender com dignidade todas as dimensões da pessoa doente. Por isso, no âmbito dos cuidados paliativos, entende-se que uma comunicação efetiva com os doentes, suas famílias e quem está envolvido nos seus cuidados, é um componente essencial da assistência” (Barbosa et al., 2016, p. 816).

4.6. Dados

Consciência

17-04-2023 10:30

Abertura dos olhos: ao estímulo verbal.

Resposta verbal: nenhuma.

Resposta motora: flexão anormal.

Consciência comprometida

Conhecimento do cuidador sobre vigilância face ao compromisso da consciência: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de queda: facilitador.

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

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

Conhecimento do cuidador sobre prevenção de desidratação: facilitador.

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

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

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

Capacidade do cuidador para gerir regime medicamentoso

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade do cuidador para posicionar

Dispositivo: Lençóis deslizantes - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Capacidade do cuidador para alimentar através de sonda gástrica: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Autoeficácia do cuidador para posicionar

Dispositivo: Lençóis deslizantes - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Autoeficácia do cuidador para alimentar através de sonda gástrica: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Acesso do cuidador a dispositivos face ao compromisso da consciência

Dispositivo: Cama articulada - tem disponibilidade financeira, mas não sabe como aceder ao dispositivo aquando no domicílio.

Dispositivo: Colchão de alívio de pressão - tem disponibilidade financeira, mas não sabe como aceder ao dispositivo aquando no domicílio.

Acesso do cuidador a apoio social para cuidar da higiene: tem disponibilidade financeira, mas não sabe como aceder ao apoio social aquando no domicílio.

Significado atribuído pelo cuidador ao apoio social: não dificultador.

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre vigilância face ao compromisso da consciência [RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de aspiração

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de úlcera de pressão [RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre planeamento da eliminação intestinal [RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime dietético [RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para posicionar [RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para alimentar através de sonda

gástrica [RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso

Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para posicionar [RESOLVIDO]

19-04-2023 10:15

Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para alimentar através de sonda

gástrica [RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para gerir regime medicamentoso

Potencial do cuidador para melhorar acesso aos dispositivos aconselhados

[RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Potencial para melhorar o apoio social ao cuidador [RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

19-04-2023 10:15

Abertura dos olhos: ao estímulo verbal [MANTEVE].

Resposta verbal: nenhuma [MANTEVE].

Resposta motora: nenhuma [PIOROU].

Conhecimento do cuidador sobre regime dietético: facilitador.

Conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso: facilitador.

Significado atribuído pelo cuidador ao apoio social: não dificultador.

Abertura dos olhos: à dor [PIOROU].

Resposta verbal: nenhuma [MANTEVE].

Resposta motora: nenhuma [PIOROU].

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

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

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

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

Conhecimento do cuidador sobre planeamento 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.

Capacidade do cuidador para posicionar

Dispositivo: Lençóis deslizantes - facilitadora.

Capacidade do cuidador para alimentar através de sonda gástrica: facilitadora.

Capacidade do cuidador para gerir regime medicamentoso

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Autoeficácia do cuidador para posicionar

Dispositivo: Nenhum - facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para alimentar através de sonda gástrica: facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para gerir regime medicamentoso

Dispositivo: Nenhum - necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Acesso do cuidador a dispositivos face ao compromisso da consciência

Dispositivo: Cama articulada - refere ter disponibilidade financeira e sabe como aceder ao dispositivo.

Acesso do cuidador a apoio social para cuidar da higiene: refere ter disponibilidade

financeira e sabe como aceder ao apoio social.

Força muscular

17-04-2023 10:30

Força - contração muscular

Direita(o): ausência de contração visível ou palpável.

Paresia

Capacidade do cuidador para executar os exercícios músculo-articulares: facilitadora.

Autoeficácia do cuidador para executar os exercícios músculo-articulares: facilitadora.

19-04-2023 10:15

Força - contração muscular

Direita(o): ausência de contração visível ou palpável [MANTEVE].

Tónus muscular

17-04-2023 10:30

Tónus

Esquerda(o): impossibilidade de movimento passivo por elevada resistência.

Espasticidade

Dor

17-04-2023 10:30

Dor

Expressão facial: Parcialmente contraída ou sobranceiras franzidas.

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: 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] 19-04-2023 10:15

19-04-2023 10:15

Expressão facial: Relaxada [MELHOROU].

Movimento dos membros: Sem movimento dos membros superiores [MELHOROU].

Choro/vocalização: Sem vocalização da dor [MELHOROU].

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

Expressão facial: Relaxada [MELHOROU].

Movimento dos membros: Sem movimento dos membros superiores [MELHOROU].

Choro/vocalização: Sem vocalização da dor [MELHOROU].

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

Sistema respiratório

17-04-2023 10:30

Ritmo respiratório regular.

Movimento respiratório simétrico.

Profundidade da ventilação: inspirações profundas.

Saturação do oxigénio no sangue

Periférico(a): 95 %.

Coloração da mucosa: pálida.

Ventilação comprometida

Conhecimento do cuidador sobre o estertor: Necessita de ser melhorado para progredir para mestria; é o momento ideal para intervir.

Conhecimento do cuidador sobre o alívio do estertor: Necessita de ser melhorado para progredir para mestria; é o momento ideal para intervir.

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre o alívio do estertor;

19-04-2023 10:15

Ritmo respiratório irregular [PIOROU].

Movimento respiratório assimétrico [PIOROU].

Profundidade da ventilação: inspirações superficiais [MELHOROU].

Utiliza os músculos acessórios da ventilação.

Coloração da mucosa: pálida.

Estertor

Conhecimento do cuidador sobre o estertor: Facilitador

Conhecimento do cuidador sobre o alívio do estertor: Necessita de ser melhorado para progredir para mestria; é o momento ideal para intervir.

Deglutição

17-04-2023 10:30

Aumento do tempo de deglutição para líquidos (superior a 2 segundos).

Aumento do tempo de deglutição para sólidos (superior a 10 segundos).

Perda de conteúdo da cavidade oral.

Acumulação involuntária de conteúdo na cavidade oral.

Ausência de encerramento dos lábios durante a deglutição.

Movimento assimétrico da língua e lábios.

Alteração da voz após a deglutição.

Refluxo nasal de conteúdo da cavidade oral.

Tosse associada à deglutição.

Movimentos repetitivos de elevação da laringe durante a deglutição.

Posição anormal da cabeça durante a deglutição.

Deglutição comprometida [RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

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

Capacidade do cuidador para alimentar através de sonda gástrica: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Autoeficácia do cuidador para alimentar através de sonda gástrica: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de aspiração

[RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para alimentar através de sonda gástrica [RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para alimentar através de sonda gástrica [RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Eliminação intestinal

17-04-2023 10:30

Fezes: em pequena quantidade.
Consistência das fezes: Líquida.
Coloração das fezes: acastanhada.
Número de defecações por semana: 3.
Presença de massa palpável de fezes no reto.

Obstipação [RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

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 vigilância da eliminação intestinal [RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Impactação fecal [RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Capacidade do cuidador para remover fecaloma: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.

19-04-2023 10:15

Número de defecações por semana: 3.
Ausência de massa palpável de fezes no reto [MELHOROU].
Conhecimento do cuidador sobre regime dietético: facilitador.
Conhecimento do cuidador sobre regime medicamentoso: facilitador.
Conhecimento do cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal: facilitador.
Número de defecações por semana: 3.
Consistência das fezes: Mole [PIOROU].
Fezes: em pequena quantidade.
Coloração das fezes: acastanhada.

Mucosas

17-04-2023 10:30

Membrana mucosa comprometida

Localização do compromisso da membrana mucosa

Membrana mucosa oral

Coloração da mucosa: pálida.

Mucosa seca.

Mucosa com placas aderentes.

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

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa [RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

19-04-2023 10:15

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

Localização do compromisso da membrana mucosa

Membrana mucosa oral

Coloração da mucosa: pálida.

Mucosa seca.

Mucosa com vesículas [MANTEVE].

Pele

17-04-2023 10:30

Maceração

Localização da maceração

Nádega Esquerda(o)

Sinais de maceração: presentes.

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

Conhecimento do cuidador sobre vigilância da pele: facilitador.

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção da cicatrização da maceração [RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre vigilância da pele [RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

19-04-2023 10:15

Conhecimento do cuidador sobre promoção da cicatrização da maceração: facilitador.

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

Conhecimento do cuidador sobre vigilância da pele: facilitador.

Luto

17-04-2023 10:30

Conhecimento do cuidador sobre o luto: Necessita de ser melhorado para progredir para mestria; é o momento ideal para intervir.

Autoeficácia do cuidador sobre o luto: Necessita de ser melhorado para progredir para mestria; é o momento ideal para intervir.

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre o luto;

19-04-2023 10:15

Conhecimento do cuidador sobre o luto: Facilitador.

Autoeficácia do cuidador sobre o luto: Necessita de ser melhorado para progredir para mestria; é o momento ideal para intervir.

Preparação da família para situação de fim de vida

17-04-2023 10:30

Conhecimento do cuidador sobre o situação de fim de vida do seu familiar: Necessita de ser melhorado para progredir para mestria; é o momento ideal para intervir.

Autoeficácia do cuidador sobre o situação de fim de vida do seu familiar: Necessita de ser melhorado para progredir para mestria; é o momento ideal para intervir.

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre situação de fim de vida do seu familiar;

19-04-2023 10:15

Conhecimento do cuidador sobre a situação de fim de vida do seu familiar: Facilitador.

Autoeficácia do cuidador sobre a situação de fim de vida do seu familiar: Necessita de ser melhorado para progredir para mestria; é o momento ideal para intervir.

4.6.1. Objetivos e prioridades no planeamento dos cuidados

Neste momento da conceção e após terem sido identificados os dados recolhidos do caso real, foram identificados objetivos para promover o conforto e bem-estar do doente e cuidador nesta fase da doença. Agrupei separadamente os objetivos para o doente e cuidador para melhor compreensão.

Objetivos considerados para o doente:

- Promover a vigilância face ao compromisso da consciência;
- Promover o conforto do doente;
- Promover o controlo algíco do doente;
- Promover a prevenção de aspiração;
- Promover a prevenção de obstipação;
- Promover o alívio do estertor em situação de fim de vida;
- Promover e vigiar a integridade da membrana mucosa;
- Promover a prevenção de úlceras por pressão;

Objetivos considerados para o cuidador:

- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre vigilância face ao compromisso da consciência;
- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre prevenção de aspiração;
- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre prevenção de úlcera de pressão;
- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre planeamento da eliminação intestinal;
- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre regime dietético;
- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso;
- Melhorar a autoeficácia do cuidador para gerir regime medicamentoso;
- Melhorar a capacidade do cuidador para gerir regime medicamentoso;
- Melhorar a capacidade e autoeficácia do cuidador para posicionar (através de lençóis deslizantes);

- Melhorar a capacidade e autoeficácia do cuidador para alimentar através de sonda gástrica;
- Facilitar o acesso do cuidador a dispositivos face ao compromisso da consciência (disponibilizar cama articulada e colchão de alívio de pressão através de apoio social);
- Facilitar o acesso do cuidador a apoio social para cuidar da higiene (através de equipa que prestam cuidados de higiene no domicílio);
- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas;
- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre o estertor;
- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre o alívio do estertor;
- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre prevenção de aspiração;
- Melhorar a capacidade e autoeficácia do cuidador para alimentar através de sonda gástrica;
- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal;
- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre promoção da integridade da membrana mucosa;
- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre promoção da cicatrização da maceração;
- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre o luto;
- Melhorar a autoeficácia do cuidador sobre o luto;
- Melhorar conhecimento do cuidador sobre a situação de fim de vida do seu familiar;
- Melhorar a autoeficácia do cuidador sobre a situação de fim de vida do seu familiar.

4.6.2. A evolução do cliente; indicadores de resultados

Os resultados de uma intervenção de enfermagem ou a perceção da evolução do caso clínico é um indicativo de um plano de cuidados traçado com objetivos únicos numa fase inicial do acompanhamento estabelecido ao doente e sua família. Esses objetivos podem ser moldados e alterados para se poder atingir os melhores resultados.

Como enfermeira especialista, a minha intervenção de cuidados é ao doente, mas, em cuidados paliativos e principalmente em contexto domiciliário, os cuidadores são também prioridade. O plano irá incluir objetivos, intervenções e resultados para um cuidador capaz de assumir

cuidados em casa na ausência da equipa.

Sequeira afirma que, “Estas famílias enfrentam um grande desafio e têm um papel fundamental na assistência e na manutenção do idoso no seu contexto habitual” (Araújo et al., 2007).

Posto isto, e tendo em conta os objetivos delineados anteriormente para a doente em estudo e para o cuidador, irei destacar os resultados esperados com as intervenções que irei implementar.

Relativamente aos objetivos considerados para a doente em estudo, pretendo obter o seguinte resultado:

- Promover a vigilância fase ao compromisso da consciência;
 - o Que a doente se mantenha em vigilância sobre a sua consciência e dessa forma adequar cuidados.
- Promover o conforto do doente;
 - o Que a doente aparente estar confortável com os cuidados prestados.
- Promover o controlo algico do doente;
 - o Que a doente não apresente gemido ou fácies de dor.
- Promover a prevenção de aspiração;
 - o Que a doente não necessite da utilização do procedimento de aspiração de secreções como intervenção de enfermagem pois pode provocar desconforto;
 - o Que a doente não apresente enfartamento gástrico pois pode provocar regurgitação ou vómito.
- Promover a prevenção de obstipação;
 - o Que a doente mantenha trânsito intestinal regularizado para evitar desconforto abdominal ou vómitos, utilizando medidas farmacológicas se necessário.
- Promover o alívio do estertor em situação de fim de vida;
 - o Que a doente diminua o ruído respiratório utilizando medicas farmacológicas e não farmacológicas para tal.
- Promover e vigiar a integridade da membrana mucosa;
 - o Que a doente mantenha a mucosa oral integra e hidratada, utilizando a higiene oral e aplicação de compressa húmida para alívio da xerostomia.

- Promover a prevenção de úlceras por pressão;

o Que a doente mantenha a pele íntegra, alternando decúbitos, vigiando a pele e aplicando creme hidratante corporal para prevenção do aparecimento de úlcera de pressão.

Relativamente aos objetivos considerados para o cuidador, pretendo obter o seguinte resultado:

- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre vigilância face ao compromisso da consciência;

o Que o cuidador refira compreender a alteração do estado neurológico da doente pela sua doença e progressão da mesma.

- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre a necessidade de o doente manter repouso no leito;

o Que o cuidador refira entender a necessidade de manter a doente em repouso no leito para promoção de conforto.

- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre prevenção de aspiração de secreções;

o Que o cuidador refira entender os cuidados preventivos para não ser necessário aspirar secreções;

o Que o cuidador refira entender que o doente não deve apresentar enfartamento gástrico para evitar regurgitamento ou vómito.

- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre prevenção de úlcera de pressão;

o Que o cuidador refira entender os cuidados a realizar e os dispositivos a adotar para prevenção de úlcera de pressão.

- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre planeamento da eliminação intestinal;

o Que o cuidador refira entender a utilização de medidas farmacológicas quando o intestino não funciona em 3 dias, para alívio e evitar desconforto.

o Que o cuidador refira utilizar o microlax devidamente.

- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre regime dietético;

o Que o cuidador refira entender a consistência líquida para administrar pela SNG;

o Que o cuidador refira administrar quantidade reduzida de líquidos pela SNG para evitar enfartamento ou regurgitação.

- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso;

o Que o cuidador refira entender o plano medicamentoso disponível de acordo com os sintomas visivelmente descontrolados.

- Melhorar a capacidade e autoeficácia do cuidador para gerir regime medicamentoso;

o Que o cuidador apresente uma folha, com a sua letra, sobre a descrição do plano medicamentoso prescrito para alívio de sintomas;

o Que o cuidador indique a utilização de cada medicamento;

o Que o cuidador demonstre a utilização correta de cada medicamento;

o Que o cuidador refira qual o efeito terapêutico de cada medicamento, a dose correta, o intervalo de cada utilização;

o Que o cuidador refira a importância de registar o número de vezes administradas em SOS cada medicamento e contacte a equipa com essa informação para posterior otimização do plano terapêutico, se for o caso.

- Melhorar a capacidade e autoeficácia do cuidador para posicionar (através de lençóis deslizantes);

o Que o cuidador apresente corretamente os lençóis deslizantes por baixo da doente;

o Que o cuidador indique a utilização dos lençóis deslizantes por baixo da doente;

o Que o cuidador demonstre devidamente a utilização dos lençóis deslizantes por baixo da doente.

- Melhorar a capacidade e autoeficácia do cuidador para alimentar através de sonda gástrica;

o Que o cuidador apresente corretamente o procedimento de alimentar o doente pela SNG;

o Que o cuidador utilize alimentos de consistência líquida para manter sonda permeável;

o Que o cuidador demonstre devidamente a inspeção do conteúdo gástrico antes de alimentar a doente pela SNG e saiba adequar a quantidade necessária para evitar enfartamento ou regurgitação.

- Facilitar o acesso do cuidador a dispositivos face ao compromisso da consciência (disponibilizar cama articulada e colchão de alívio de pressão através de apoio social);

o Que o cuidador obtenha dispositivos, como cama articulada e colchão de alívio de pressão, através de apoio social da ECSCP;

- Facilitar o acesso do cuidador a apoio social para cuidar da higiene (através de equipa que prestam cuidados de higiene no domicílio);

o Que o cuidador obtenha apoio nos cuidados de higiene diário com equipas domiciliárias.

- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas;
 - o Que o cuidador refira entender a importância do uso de medidas não farmacológicas, como placa quente e terapias complementares, para o alívio da dor.
- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre o estertor;
 - o Que o cuidador refira entender o motivo do aparecimento do estertor;
 - o Que o cuidador refira perceber as intervenções realizadas para o alívio do estertor;
- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre o alívio do estertor;
 - o Que o cuidador refira mobilizar a cabeça em lateral para diminuir ruído respiratório;
 - o Que o cuidador refira inspecionar a orofaringe para verificar se existe necessidade de aspiração de secreções de forma suave e breve;
 - o Que o cuidador refira entender que a diminuição de entrada de líquidos/dieta pode diminuir o ruído respiratório;
 - o Que o cuidador refira entender que estamos perante uma situação de fim de vida.
- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre promoção da integridade da membrana mucosa;
 - o Que o cuidador refira entender a importância da integridade da membrana mucosa;
 - o Que o cuidador refira utilizar corretamente o spray com água ou compressa húmida;
 - o Que o cuidador refira observar a mucosa oral e avaliar a necessidade de humificar.
- Melhorar o conhecimento do cuidador sobre o luto;
 - o Que o cuidador refira as alterações visíveis associadas à progressão da doença;
 - o Que o cuidador refira entender o diagnóstico e a condição a que a doente se encontra.
- Melhorar a autoeficácia do cuidador sobre o luto;
 - o Que o cuidador refira entender as perdas visíveis associadas à evolução da doença da doente;
 - o Que o cuidador refira perceber que podem manter cuidados de carinho e aconchego à doente porque a mesma pode não ter capacidade para comunicar, mas nada impede que ainda possa ouvir.
 - o Que o cuidador se consciencialize que a morte da doente será no domicílio;
 - o Que o cuidador realize preparativos pós-morte da doente como, reunir familiares e ente queridos, escolha de roupa preferida, escolha de agência funerária de eleição.

- Melhorar conhecimento do cuidador sobre a situação de fim de vida do seu familiar;
- o Que o cuidador apresente expectativas ajustadas à situação de fim de vida da doente;
- o Que o cuidador refira entender a morte eminente do seu familiar;
- Melhorar a autoeficácia do cuidador sobre a situação de fim de vida do seu familiar.
- o Que o cuidador verbalize os sinais e sintomas comuns em fim de vida;
- o Que o cuidador aceite a situação de fim de vida da doente, aproveitando todos os minutos que estão presentes para despedidas esperadas e adaptadas.

EVOLUÇÃO DO CASO EM ESTUDO

Relativamente à doente:

Foi verificado que, durante o período de acompanhamento pela equipa, a doente foi apresentando melhor controlo sintomático, ficando mais tranquila e sem fácies de dor ou gemidos. Relativamente ao sinal e sintoma estertor, foram realizadas as intervenções farmacológicas e não farmacológicas que a evidencia científica menciona para promover a sua diminuição e alívio. Foram feitos ensinamentos ao cuidador para melhoria dos cuidados, relativamente a alimentação (diminuição de volume total de líquidos) e higiene oral, dessa forma melhorou o fim de vida da doente num local da sua preferência que é o domicílio. Foi disponibilizada cama articulada para promover o seu conforto e melhoria nos cuidados prestados.

A doente manteve-se serena com os cuidados prestados pela equipa e pelo seu cuidador, o Sr J.

Evolução relativa ao cuidador:

Ao longo do nosso acompanhamento, enquanto equipa de cuidados paliativos no domicílio, fomos verificando que o Sr J ia aperfeiçoando a sua posição de cuidador capaz e compreendia os cuidados necessários à sua esposa, tendo em conta a sua situação de fim de vida. Foi estabelecida uma relação de confiança entre a equipa e o cuidador. Foi demonstrando evolução positiva sobre os temas abordados e capacitação das atitudes tanto na tomada de decisão como na realização de procedimentos.

Ao longo deste plano traçado foram vários os potenciais do cuidador que foram resolvidos. No entanto, havia a necessidade de manter o acompanhamento ao cuidador sobre alguns assuntos, tirando dúvidas e lembrando que o cuidador não está sozinho podendo pedir validação de cuidados à equipa sempre que achar necessário.

Os potenciais a que me refiro foram os seguintes:

- Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de aspiração

- Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de aspiração
- Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre o alívio do estertor;
- Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre o luto;
- Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre situação de fim de vida do seu familiar;

4.7. Diagnósticos

Consciência

17-04-2023 10:30

Consciência comprometida

Intervenções de Enfermagem

- 17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução da consciência [SOS]
- 17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução de líquidos eliminados [SOS]
- 17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução da integridade dos tecidos [SOS]
- 17-04-2023 10:30 - Manter cabeceira da cama elevada a 30º [SOS]
- 17-04-2023 10:30 - Aplicar colchão de alívio de pressão [SOS]
- 17-04-2023 10:30 - Posicionar para prevenir úlcera de pressão [SOS]
- 17-04-2023 10:30 - Alimentar através de sonda gástrica [SOS]
- 17-04-2023 10:30 - Posicionar para prevenir a aspiração [SOS]
- 17-04-2023 10:30 - Lavar cavidade oral [SOS]
- 17-04-2023 10:30 - Vestir/despir [SOS]
- 17-04-2023 10:30 - Fazer toalete [SOS]
- 17-04-2023 10:30 - Elevar grades da cama [SOS]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre vigilância face ao compromisso da consciência [RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Intervenções de Enfermagem

- 17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre vigilância face ao compromisso da consciência [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15
- 17-04-2023 10:30 - Ensinar cuidador sobre vigilância face ao compromisso da consciência [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de aspiração

Intervenções de Enfermagem

- 17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de aspiração [SOS]
- 17-04-2023 10:30 - Ensinar cuidador sobre prevenção da aspiração [SOS]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de úlcera de

pressão [RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de úlcera de pressão [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Ensinar cuidador sobre prevenção de úlcera de pressão [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre planeamento da eliminação intestinal [RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre planeamento da eliminação intestinal [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Ensinar cuidador sobre planeamento da eliminação intestinal [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre regime dietético [RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre regime dietético [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Ensinar cuidador sobre regime dietético [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre gestão do regime medicamentoso

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre gestão do regime medicamentoso [SOS]

17-04-2023 10:30 - Ensinar cuidador sobre gestão do regime medicamentoso [SOS]

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para posicionar [RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para posicionar [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Instruir cuidador para posicionar [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Treinar cuidador para posicionar [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para alimentar através de sonda gástrica [RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para alimentar através de sonda gástrica [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Instruir cuidador para alimentar através de sonda gástrica [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Treinar cuidador para alimentar através de sonda gástrica [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para gerir regime medicamentoso

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para gerir regime

medicamentoso [SOS]

17-04-2023 10:30 - Instruir cuidador para gerir regime medicamentoso [SOS]

17-04-2023 10:30 - Treinar cuidador para gerir regime medicamentoso [SOS]

Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para posicionar [RESOLVIDO]

19-04-2023 10:15

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução da autoeficácia do cuidador para posicionar [SOS]
[FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Treinar cuidador para posicionar [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Analisar com o cuidador os resultados alcançados [SOS] [FIM]

19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Elogiar o desempenho do cuidador [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para alimentar através de sonda gástrica [RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução da autoeficácia do cuidador para alimentar através de sonda gástrica [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Treinar cuidador para alimentar através de sonda gástrica [SOS] [FIM]

19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Analisar com o cuidador os resultados alcançados [SOS] [FIM]

19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Elogiar o desempenho do cuidador [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para gerir regime medicamentoso

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução da autoeficácia do cuidador para gerir regime medicamentoso [SOS]

17-04-2023 10:30 - Treinar cuidador para gerir regime medicamentoso [SOS]

17-04-2023 10:30 - Analisar com o cuidador os resultados alcançados [SOS]

17-04-2023 10:30 - Elogiar o desempenho do cuidador [SOS]

Potencial do cuidador para melhorar acesso aos dispositivos aconselhados

[RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução do acesso pelo cuidador a dispositivos aconselhados [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Ensinar cuidador sobre acesso a dispositivos [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Providenciar os dispositivos aconselhados [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Referenciar ao serviço social o compromisso do cuidador no acesso a dispositivos [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

Potencial para melhorar o apoio social ao cuidador [RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução do acesso ao apoio social pelo cuidador [SOS] [FIM]

19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Providenciar apoio social para o cuidador [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Referenciar ao serviço social a necessidade de apoio ao cuidador [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

Força muscular

17-04-2023 10:30

Paresia

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução do tónus muscular [SOS]

Tónus muscular

17-04-2023 10:30

Espasticidade

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução do tónus muscular [SOS]

Dor

17-04-2023 10:30

Dor

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução da dor [SOS]

17-04-2023 10:30 - Gerir analgesia [SOS]

17-04-2023 10:30 - Posicionar para aliviar a dor [SOS]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre alívio da dor do cliente usando estratégias não farmacológicas [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

Sistema respiratório

17-04-2023 10:30

Ventilação comprometida

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução da ventilação [SOS]

17-04-2023 10:30 - Posicionar para otimizar a ventilação [SOS]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre o alívio do estertor;

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Informar ao cuidador o motivo do estertor; [SOS]

17-04-2023 10:30 - Comunicar ao cuidador as intervenções para o alívio do estertor; [SOS]

17-04-2023 10:30 - Comunicar a relação do surgimento do estertor com possível situação de fim de vida; [SOS]

Deglutição

17-04-2023 10:30

Deglutição comprometida [RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Alimentar através de sonda gástrica [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Posicionar para prevenir a aspiração [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre prevenção de aspiração

[RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre prevenção de aspiração [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Ensinar cuidador sobre inspeção da cavidade oral após as refeições [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

Potencial do cuidador para melhorar capacidade para alimentar através de sonda gástrica [RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução da capacidade do cuidador para alimentar através de sonda gástrica [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Instruir cuidador para alimentar através de sonda gástrica [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Treinar cuidador para alimentar através de sonda gástrica [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

Potencial do cuidador para melhorar autoeficácia para alimentar através de sonda gástrica [RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução da autoeficácia do cuidador para alimentar através de sonda gástrica [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Treinar cuidador para alimentar através de sonda gástrica [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Analisar com o cuidador os resultados alcançados [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Elogiar o desempenho do cuidador [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

Eliminação intestinal

17-04-2023 10:30

Obstipação [RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução de sinais de obstipação [SOS]

17-04-2023 10:30 - Referenciar obstipação ao médico [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Planear eliminação intestinal [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Gerir hidratação [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre vigilância da eliminação intestinal [RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Ensinar cuidador sobre vigilância da eliminação intestinal [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

Impactação fecal [RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução da impactação fecal [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Referenciar impactação fecal ao médico [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Remover fecaloma [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

Mucosas

17-04-2023 10:30

Membrana mucosa comprometida

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução da integridade das membranas mucosas [SOS]

17-04-2023 10:30 - Tratar membrana mucosa [SOS]

17-04-2023 10:30 - Lavar cavidade oral [SOS]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção da integridade da membrana mucosa [RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre promoção da integridade da membrana mucosa [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Ensinar cuidador sobre sinais de complicação dos compromissos da membrana mucosa [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Ensinar cuidador sobre tratamento do compromisso da membrana mucosa [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

Pele

17-04-2023 10:30

Maceração

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução da maceração [SOS]

17-04-2023 10:30 - Aplicar creme [SOS]

17-04-2023 10:30 - Aplicar protetor cutâneo [SOS]

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre promoção da cicatrização da maceração [RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre promoção da cicatrização da maceração [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Ensinar cuidador sobre cuidados à pele [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Ensinar cuidador sobre dispositivos de proteção da pele [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Ensinar cuidador sobre maceração [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre vigilância da pele

[RESOLVIDO] 19-04-2023 10:15

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre vigilância da pele [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

17-04-2023 10:30 - Ensinar cuidador sobre vigilância da pele [SOS] [FIM] 19-04-2023 10:15

Luto

17-04-2023 10:30

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre o luto;

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Avaliar o conhecimento do cuidador sobre o luto; [SOS]

17-04-2023 10:30 - Promover a consciencialização do cuidador fase à situação atual do seu familiar; [SOS]

17-04-2023 10:30 - Ensinar o cuidador a entender as perdas do seu familiar; [SOS]

17-04-2023 10:30 - Ensinar o cuidador sobre os processos de luto; [SOS]

17-04-2023 10:30 - Informar antecipadamente o cuidador sobre as perdas, segundo a evidencia científica; [SOS]

Preparação da família para situação de fim de vida

17-04-2023 10:30

Potencial do cuidador para melhorar conhecimento sobre situação de fim de vida do seu familiar;

Intervenções de Enfermagem

17-04-2023 10:30 - Avaliar evolução do conhecimento do cuidador sobre situação de fim de vida do seu familiar; [SOS]

17-04-2023 10:30 - Ensinar o cuidador sobre sinais e sintomas comuns numa situação de fim de vida; [SOS]

17-04-2023 10:30 - Preparar o cuidador para a morte do seu familiar; [SOS]

17-04-2023 10:30 - Permitir expressão de medos e angustias entre cuidador e família; [SOS]

17-04-2023 10:30 - Informar medidas farmacológicas e não farmacológicas adequadas para o sinal e sintoma descontrolado; [SOS]

17-04-2023 10:30 - Promover apoio emocional ao cuidador; [SOS]

17-04-2023 10:30 - Capacitar o cuidador para cuidar do seu familiar que se encontra numa situação de fim de vida; [SOS]

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

As intervenções de enfermagem incluem tanto as assistências diretas quanto indiretas, aquelas que focalizam indivíduos, famílias e a comunidade, e aquelas que são para tratamentos iniciados por enfermeiros, médicos ou por outro prestador (Bulechek et al., 2010).

Considera-se intervenções autónomas as ações realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, seja na prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, com os contributos da investigação de enfermagem (REPE Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro, 1996).

As intervenções terapêuticas de enfermagem podem ser entendidas como uma ação

interventiva continuidade no decorrer do processo de transição. Devem proporcionar conhecimento e capacidade àquelas que o vivenciam, desencadeando respostas positivas às transições, capazes de estabelecer a sensação de bem-estar (Meleis et al., 2000).

Os enfermeiros que promovem o cuidado transicional valorizam o indivíduo, já que os cuidados dispensados estão associados ao desenvolvimento humano, beneficiando a maturidade e o crescimento pessoal mediante um maior equilíbrio e estabilidade (Meleis et al., 2000).

Neste momento da conceção irei abordar as intervenções tidas como necessárias, relativas aos domínios mencionados no plano.

Relativamente ao diagnóstico de consciência comprometida e devido a progressão de doença crónica avançada da doente em estudo, a equipa decidiu privilegiar o conforto da doente mantendo uma vigilância do seu estado cognitivo. Foi parte importante das nossas intervenções o ensino ao cuidador sobre a situação atual da doente face a alteração neurológica. Entendemos que este compromisso desencadeia alguma preocupação por parte do cuidador ao não ter conhecimento direto se os seus cuidados estão a ser positivos por não existir, por parte da doente, uma resposta verbal de validação. Como intervenção de enfermagem foi necessário comunicar ao cuidador esta condição de saúde, abrir espaço para expressão de sentimentos (medos e preocupações) e encorajar a realizar as atividades que ele entenda que são confortantes para a doente, tendo em conta toda a sua vivência.

Comparativamente ao diagnóstico de Dor, este foi o motivo pelo qual a ECSCP foi referenciada e o motivo major do seu acompanhamento. As nossas intervenções diretas à doente foram controlar a dor com medidas farmacológicas e não farmacológicas. Como estamos perante um contexto comunitário e esta doente já não apresentava ter vida de relação, foi necessário capacitar o cuidador para que este possa perceber desconforto por outros meios sem necessitar resposta verbal e dessa forma poder administrar a medicação prescrita pela equipa. Foi fornecido o contacto telefónico para que o cuidador possa se sentir mais seguro nos cuidados e tomada de decisão e, também, possa dar o feedback sobre as necessidades de recorrer à medicação em SOS para que, posteriormente, a equipa possa ajustar a terapêutica até que a dor esteja controlada. Desta forma aliviamos a dor da doente e o sofrimento do cuidador ao verificar o desconforto do seu familiar.

No que diz respeito à alimentação por sonda Naso gástrica a equipa decidiu manter o dispositivo, mas foi afirmando a necessidade de diminuir o volume total pelo risco de aspiração ou regurgitação. Foram realizadas algumas conferências familiares com o cuidador sobre este tema para podermos entender os seus receios, dar a conhecer o estado atual da doente e ir validando se este entendia esta progressão de doença. O facto de diminuirmos o volume total de líquidos por refeições foi algo resistente pelo cuidador, “mas assim ela não come”. Foi necessário manter uma comunicação terapêutica, empática e compassiva para que este consiga aceitar esta necessidade da doente.

Relativamente ao diagnóstico de membrana mucosa comprometida, a intervenção da equipa focou-se nos ensinamentos ao cuidador para que este entenda a necessidade de manter a higiene oral com diminuição de líquidos para não resultar em aspiração, usando compressa húmida ou borrifador de água para esse efeito. Foi também validado os ensinamentos sobre a utilização de batom de cílio para manter lábios hidratados evitando secura e possibilidade de fissura labial. Todas estas intervenções para que a doente possa melhorar a mucosa oral e não apresentasse Xerostomia.

Sobre o diagnóstico Ventilação comprometida- Estertor, as intervenções foram dirigidas ao doente e ao cuidador presente. Foram várias as conferências familiares com o cuidador sobre o tema. Tendo em conta a evidência científica, para o alívio do estertor num doente em situação de últimos dias e horas de vida, foram realizadas intervenções farmacológicas e não farmacológicas. Nesse sentido foram realizadas intervenções autónomas de enfermagem diretas ao doente acamado bem como comunicar ao cuidador o sinal e sintoma presente, validando sempre que necessário as intervenções e a provável situação de últimos dias.

Para terminar, relativamente ao luto comprometido, este ficou salientado desde a primeira visita domiciliar. Foi verificado pelas múltiplas perdas derivadas à doença da doente e pela situação de fim de vida que a mesma apresenta. Este diagnóstico foi selecionado por mim ao plano de cuidados pelo facto de, como enfermeiros especialistas, termos um papel importante relativo a este tema nos doentes e nas famílias.

Em todos os momentos foi utilizada a conferência familiar como método de comunicação entre ECSCP e cuidador. Em todas as visitas, após termos realizado a intervenção direta ao doente e ajustando o que tivesse de ser necessário no momento, realizávamos posteriormente uma reunião num espaço diferenciado (por norma foi na cozinha) para podermos sentar-nos com o cuidador e tirar as dúvidas existenciais, comunicar más notícias e capacitar para as próximas intervenções.

ESPECIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES

A Classificação de intervenções de enfermagem afirma que atividades de enfermagem “São os comportamentos específicos ou ações dos enfermeiros para implementar uma intervenção e que auxiliam pacientes/clientes a avançar rumo a um resultado almejado. As atividades de enfermagem estão em um nível concreto de ação. Uma série de atividades é necessária para implementar uma intervenção.” (Bulechek et al., 2010).

Ensinar cuidador sobre vigilância face ao compromisso da consciência:

- Informar sobre a alteração da consciência como efeito secundário da evolução da doença;

- Informar a importância de estar atento a outros sinais visto a doente não conseguir verbalizar o que sente (ex.: gemidos ou fácies de desconforto).

Ensinar cuidador sobre prevenção da aspiração:

- Informar sobre a importância de vigiar ruídos respiratórios após a alimentação;
- Informar a necessidade de diminuição de líquidos pelo facto de estar perante uma doente acamada onde a posição de conforto é deitada;
- Informar a importância de posicionar com cabeça elevada, pelo menos 30 minutos após refeições.

Ensinar cuidador sobre prevenção de úlcera de pressão:

- Informar para posicionar doente, utilizando lençóis deslizantes, apenas para conforto.
- Informar que deve aplicar creme pelo corpo e proeminências ósseas para manter pele hidratada e prevenir alteração.

Ensinar cuidador sobre eliminação intestinal:

- Informar para registar todas as vezes que a doente evacuar;
- Informar a necessidade de verificar se a doente apresenta fácies de dor a mobilização do abdómen;
- Informar para administrar medicação laxante em SOS, registar e aguardar efeito.
- Comunicar à equipa;

Ensinar cuidador sobre regime dietético:

- Diminui volume de líquidos para 100ml, podendo manter os mesmos alimentos;
- Informar a relação entre a progressão da doença e a capacidade do corpo de absorver os líquidos;
- Informar as vantagens e desvantagens da diminuição da hidratação.

Ensinar cuidador sobre gestão do regime medicamentoso:

- Informar o efeito terapêutico de todos os fármacos prescritos e explicar as vigilâncias a que deve estar atento (ex.: Administrar oramorph 4 gotas, no interior da bochecha da doente, em caso de dor ou sensação de falta de ar e, também, estar atento se a doente apresentar tremores, suores ou pupilar mióticas)
- Utilização de dispositivos de compensação ou documento com o esquema terapêutico (papel com os fármacos prescritos, o seu efeito terapêutico e como administrar);
- Reforçar a necessidade de apontar toda a medicação administrada em SOS para posteriormente informar à equipa (dizendo a hora e o motivo de administração);

Ensinar cuidador sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor:

- Posicionar o doente numa posição confortável;
- Utilizar terapias complementares como a musicoterapia.

Ensinar cuidador sobre tratamento do compromisso da membrana mucosa:

- Informar que deve vigiar a membrana mucosa e cavidade oral para prevenção de secura (xerostomia) e lesões;
- Informar como deve fazer a higiene oral com compressa húmida ou esponja molhada;
- Informar que pode utilizar borrifos de água para fazer a hidratação oral inúmeras vezes ao longo do dia;
- Informar que deve utilizar baton nos lábios para hidratação local.

Ensinar cuidador sobre cuidados à pele:

- Informar as alterações da pele como órgão que sofre alterações conforme a doença;
- Informar que a pele deve ser hidratada, aplicando creme hidratante pelo corpo (ex.: pode aplicar creme corporal que entender e corpitol nas proeminências ósseas);
- Informar que os posicionamentos alternados ajudam a intercalar a pressão óssea e não macerar a pele localmente.

Ensinar o cuidador sobre os processos de luto:

- Informar ao cuidador e família a evolução da doença;
- Informar o cuidador e família as perdas que foram surgindo e antecipando as que irão acontecer;
- Dar importância às despedidas;
- Informar a importância de poder falar com a doente mesmo esta não conseguir responder verbalmente;
- Promover a expressão medos, tristezas, vontades, desejos, esperanças.

Ensinar o cuidador sobre situação de fim de vida:

- Informar e antecipar aos sintomas comuns de situação de fim de vida;
- Informar e antecipar momentos críticos e agudizações;
- Informar e antecipar os cuidados a fazer nos momentos críticos e agudizações;
- Programar eventos fúnebres e roupa escolhida para a doente após morte;

Ensinar cuidador e família sobre serviços comunitários:

- Disponibilizar contacto de ECSCP;
- Informar que deve contactar equipa, nas horas agendadas ou sempre que necessário, de acordo com o seu horário de funcionamento (7h-20h de segunda-feira a sexta-feira).

Executar conferência familiar:

- Interpretar novos sintomas e dados clínicos;
- Explorar ações terapêuticas;
- Apoiar na tomada de decisão;
- Explorar expectativas e esperanças;
- Discutir assuntos de interesse específicos dos familiares;
- Validar e prever reações emocionais;

- Validar o esforço e trabalho do cuidador;
- Convidar à expressão das preocupações, medos e sentimentos ambivalentes;
- Ajudar à resolução dos problemas.

CONCLUSÃO DO CASO CLÍNICO

Ser profissional de saúde num contexto de cuidados paliativos, para além de necessitar adquirir conhecimentos e formação sobre a especialidade, requer qualidades psicossociais particulares.

Ter tido a oportunidade de poder ser parte integrante de uma equipa comunitária que presta cuidados paliativos a doentes e as duas famílias no domicílio foi muito enriquecedor tanto profissional como pessoalmente.

A doente em estudo acabou por falecer no hospital de referência. Esse acontecimento foi um pouco frustrante para a ECSCP pois estávamos a acompanhar a família e a potenciar o cuidador para que o fim fosse, de facto, em casa, como sempre declararam que desejavam cumprir. Quando o Sr J contacta a equipa, numa segunda-feira, informando que a Senhora MC teria falecido no dia anterior (domingo) no hospital, foram prestados o apoio emocional e condolências pelo telefone, validando a sua decisão e mostrando que tudo o que se tinha feito até ao momento tinha sido o melhor por ambas as partes. Posteriormente o Sr J foi questionado pela decisão do recurso hospitalar, este afirma que “a respiração não melhorava, eu ainda tentei administrar SOS mas sem efeito, como vocês não trabalham ao fim de semana, e estávamos numa sexta-feira a noite, achei melhor ir com ela para o hospital, mesmo sabendo que ela poderia morrer lá.”.

Uma vez que muitas das potenciais urgências em cuidados paliativos são previsíveis em função da natureza e extensão da doença, sempre que possível devemos antecipar os acontecimentos discutindo a possibilidade da sua ocorrência com o doente, cuidadores e equipa terapêutica. Se o doente estiver em casa, os familiares devem ser informados do que fazer nas situações de urgência mais frequentes e previsíveis (Barbosa et al., 2016, p. 530).

Conforme fui explanando na conceção, a ECSCP, acompanhou o cuidador e a família em todo o processo de cuidar da doente no domicílio, informando de todas as possíveis agudizações do estado inclusive da morte iminente.

Este caso específico, foi diferente na medida em que, enquanto estudante de especialidade em contexto de domicílio, pude perceber que mesmo quando uma equipa demonstra muito conhecimento sobre a área, consegue estabelecer relação terapêutica e de confiança com a família, tirando todas as dúvidas e capacitando os cuidadores e familiares para esta situação terminal, trabalhando o momento de fim de vida do doente para que tudo corra conforme

planeado, pode acontecer este desfecho. Porque será que isto acontece? Por medo? Sentimento de desproteção pelo facto da ECSCP não trabalhar ao fim de semana? Estas questões surgiram na minha cabeça e foi alvo de muito diálogo com a equipa multidisciplinar.

Mesmo assim, senti que o meu papel enquanto enfermeira a exercer uma missão de especialista e perita foi concluído com sucesso, acolhendo e capacitando membros de enfermagem, controlando sintomas ao doente e apoiando a família neste processo de fim de vida do seu familiar, minimizando o sofrimento e mantendo o bem-estar de todos os participantes.

5. CONTRIBUTO(S) PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Competências sobre o estertor na pessoa em situação paliativa

Durante o meu primeiro estágio em contexto intra-hospitalar, percebi que os doentes paliativos estavam sob os cuidados de profissionais de saúde que nem sempre estavam devidamente sensibilizados para essa área de cuidados, principalmente em relação ao controlo sintomático e apoio à família. Isso resultava em dificuldades na deteção do sinal do estertor e, conseqüentemente, num tratamento menos competente desse sintoma. Por esse motivo, decidi observar os profissionais de saúde em alguns dos serviços com os quais a EIHSOP (Entidade de Internamento de Oncologia e Cuidados Paliativos) tinha contato diário e utilizei um questionário informal para colher essa informação (anexo 1).

O questionário informal dirigido aos profissionais de saúde foi composto por duas partes. Na primeira fase, foram solicitadas informações como: anos de experiência profissional, habilitações académicas, conhecimento sobre Cuidados Paliativos, histórico de formação em Cuidados Paliativos e a frequência de contacto com doentes que necessitam desses cuidados. A segunda parte do questionário continha três questões abertas: 1) Qual a sua experiência em cuidar de um doente que apresenta estertor em fim de vida? 2) Quais intervenções de Enfermagem são implementadas para doentes com estertor em fim de vida? 3) Quais estratégias são utilizadas para apoiar os familiares cuidadores de um doente com estertor em fim de vida?. Após uma análise global dos 20 questionários informais realizados junto aos enfermeiros que atuavam no hospital nos serviços de Urologia, Medicina, Cirurgia, Ortopedia e Ginecologia, constatei que todos os profissionais de saúde tinham conhecimento sobre o que são cuidados paliativos e já haviam tido contacto com doentes paliativos em suas práticas de cuidados. Entretanto, somente 14 em 20 profissionais haviam recebido formação específica sobre temas relacionados a essa área. Decidi não perguntar diretamente aos enfermeiros a definição do sinal Estertor em doentes em fim de vida no questionário. Preferi fornecer essa informação por conta própria.

Após analisar as respostas das questões abertas sobre o tema, referentes à pergunta "Qual a sua vivência ao cuidar de um doente que apresente estertor em fim de vida?", pude observar que os profissionais de saúde forneceram palavras e descrições como "comum", "desconfortável", "percepção de desconforto para os cuidadores", "angustiante", "difícil controlo", "identificação de um problema com necessidade de intervenção" e "apreensão".

Em resposta à segunda pergunta aberta sobre "Quais são as intervenções de Enfermagem

implementadas ao doente com estertor em fim de vida?", os profissionais de saúde mencionaram atividades como: Notificar a equipa médica; Realizar posicionamento adequado; Fazer a aspiração de secreções quando necessário; Optar por não realizar aspiração de secreções em determinados casos; Realizar aspiração oral apenas; Administrar medicações como buscopan e morfina; Fornecer hidratação oral, especialmente em casos de mucosa seca; Realizar higiene oral; Administrar oxigenoterapia quando indicada.

Para concluir a análise do questionário informal, os 20 enfermeiros dos 5 serviços do hospital central, que participaram no tema do estertor em fim de vida, responderam diversas estratégias utilizadas para apoiar os familiares cuidadores de um doente nessa condição. Algumas das estratégias mencionadas incluem: Comunicar e esclarecer dúvidas dos familiares; Preparar os familiares para a situação dos últimos dias de vida; Explicar o motivo do estertor ao familiar; Ensinar os cuidados a serem realizados; Permitir que os familiares expressem suas dúvidas e angústias; Oferecer apoio emocional aos familiares; Normalizar a situação e validar os receios e sentimentos compartilhados pelos familiares; Solicitar colaboração da equipa de Cuidados Paliativos; Encorajar a presença dos familiares junto ao doente em situação de fim de vida.

Em resumo, o questionário foi de extrema importância para compreender verdadeiramente como os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, lidam com situações relacionadas a este tema sensível e próximo dos últimos dias e horas de vida de um doente. Foi interessante constatar que muitos profissionais ainda não possuem formação específica nesta área, o que pode levar a sentimentos de insegurança em relação ao controle do estertor. Contudo, é notável que, mesmo sem a certeza das intervenções farmacológicas e não farmacológicas a serem realizadas para lidar com esse sintoma, esses profissionais compreendem a importância de fornecer informações à família do doente para tranquilizá-los, mesmo que eles próprios não tenham certeza de como minimizar o sintoma. Isso demonstra uma atitude comprometida em melhorar os cuidados prestados, apesar das dificuldades enfrentadas nesse contexto.

O enfermeiro especialista, ao tratar o estertor em doentes paliativos nos últimos dias e horas de vida, pode utilizar medidas tanto farmacológicas quanto não farmacológicas. Diante dessa necessidade pessoal de buscar informações sobre as intervenções utilizadas na bibliografia para o alívio do estertor em doentes paliativos em seus momentos finais, desenvolvi uma revisão da literatura acerca do tema.

A revisão da literatura realizada abordou o estertor em doentes paliativos no fim de vida, reunindo informações sobre escalas de avaliação, a sua etiologia predominante, fatores de risco para o seu aparecimento e intervenções tanto farmacológicas quanto não farmacológicas. Contudo, um aspecto que se destacou de forma significativa foi a importância da comunicação com a família dos doentes que apresentam este sintoma. Essa comunicação efetiva e empática foi enfatizada como um elemento fundamental para lidar com o estertor em doentes paliativos

nos seus momentos finais. Através dessa abordagem, os profissionais de saúde podem fornecer informações claras, esclarecer dúvidas e oferecer apoio emocional, o que se revela essencial para aliviar o sofrimento dos doentes e proporcionar um ambiente de cuidado compassivo e sensível às necessidades dos doentes e seus familiares nessa fase delicada da vida.

Alguns autores destacaram a importância da avaliação do estertor presente nos doentes utilizando a escala de avaliação da intensidade do estertor, a Escala Victoria Respiratory Congestion Scale (VRCS) (Fielding & Long, 2014; Likar et al., 2017; Twomey & Dowling, 2013).

Relativamente à sua etiologia do estertor, vários estudos identificaram possíveis fatores de risco para o seu aparecimento. Num estudo observacional não-intervencional, os autores relataram uma maior probabilidade de o estertor ocorrer em doentes com cancro do pulmão (30%), seguido de cancro no pâncreas (10.8%), cancro gástrico (11.8%) e cancro da ginecologia (8.8%) (Likar et al., 2017). Em outro estudo de caso, os autores, mencionaram que o estertor pode ser desencadeado por vários fatores, como a saliva excessiva, fraqueza respiratória, perda de reflexos das vias aéreas, secreções brônquicas excessivas, edema pulmonar ou até mesmo o uso de opióides, especialmente em fases terminais (Fielding & Long, 2014). Outros estudos, mencionam que doentes com pneumonia ou disfagia também são mais propensos a desenvolver secreções brônquicas ruidosas contribuindo para o aparecimento do estertor (Twomey & Dowling, 2013).

Várias intervenções não farmacológicas são descritas, incluindo o “posicionamento” e reposicionamento do doente, a manutenção da “higiene oral”, a “aspiração de secreções na orofaringe breve e suave”, a “administração de oxigênio para conforto”. As eficiências dessas intervenções, no entanto, não foram estudadas e algumas, como as aspirações de secreções, podem causar desconforto (Fielding & Long, 2014).

A comunicação adequada e a informação prévia necessária, dada aos familiares e cuidadores do doente com estertor em fim de vida, são fundamentais. É mencionado que uma comunicação eficaz pode englobar a explicação do sintoma, o provável grau de sofrimento enfrentado pelo doente, a confirmação de que ele se encontra na fase de fim de vida e uma explicação das medidas que podem ser tomadas para diminuir o ruído respiratório. (Sheehan, Clark, Lam, & Chye, 2011; Wildiers et al., 2009; Campbell, 2018; Shimizu et al., 2014; Wee & Hillier, 2008; Campbell & Yarandi, 2013; Twomey & Dowling, 2013).

Em relação às intervenções farmacológicas, os estudos referem fármacos como anticolinérgicos para o tratamento do estertor. Fielding e Long (2014), afirmam que a aplicação oral de colírio de atropina a 1% pode diminuir a produção das secreções. Por outro lado, Knipping (2006) refere que a administração de diurético furosemida também pode ajudar a diminuir o som respiratório (Knipping, 2006). Contudo, num estudo prospetivo randomizado, os autores afirmam que não existem diferenças no tratamento do estertor ou no tempo de sobrevida entre os fármacos estudados no tratamento do estertor. Recomenda-se que o tratamento farmacológico do

estertor seja iniciado o mais rápido possível para permitir a sua redução (Wildiers et al., 2009).

Por outro lado, num outro artigo, é referido que não foram encontradas associações significativas entre a administração de um grupo específico de medicamentos e a manifestação de estertores respiratórios (Likar et al., 2017). Na falta de evidências que comprovem a eficácia de um tratamento e diante da falta básica de compreensão da evolução natural do estertor, a comunicação e a atenção ao sofrimento potencial de doentes e familiares devem ser o foco principal das nossas intervenções (Fielding & Long, 2014).

Após a realização da pesquisa, foi possível identificar intervenções mais adequadas a serem realizadas pelos profissionais de saúde ao lidarem com um doente com estertor. Essas intervenções estão detalhadas na Tabela 2 e poderiam ser facilmente integradas nos sistemas de informação dos serviços de saúde. Essa integração permitiria um acesso mais abrangente e sistemático a essas informações, auxiliando os profissionais de saúde na prestação de cuidados efetivos e personalizados aos doentes com estertor.

Tabela 2: Intervenções para o estertor em doentes em últimos dias e horas de vida.

INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS	INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS
<p>(não há consenso na literatura relativamente à farmacologia mais adequada ao alívio do estertor)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anticolinérgicos; - Diuréticos; - Opioides. 	<ul style="list-style-type: none"> -Posicionar o doente: decúbitos laterais e semi laterais; -Promover o conforto do doente; -Lateralizar cabeça do doente; -Promover higiene oral; -Aspirar secreções encontradas na orofaringe, caso seja visivelmente necessário, de forma suave e breve; -Informar aos familiares e cuidadores o motivo do estertor; -Comunicar aos familiares e cuidadores as intervenções para o alívio do estertor; -Comunicar aos familiares e cuidadores, possível, situação de últimos dias e horas de vida; -Prestar apoio emocional aos familiares e cuidadores.

Para realizar este estágio de natureza profissional com excelência, estabeleci como objetivos pessoais o cumprimento das competências necessárias para que a Ordem dos Enfermeiros

reconheça minha mestria na profissão de enfermagem e especialização numa área específica de cuidados.

Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Relativamente às Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, mencionadas no Regulamento nº 140/2019 no Diário da República: II Série, nº 26, onde afirma que ““Competências comuns”: são as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria;” (Regulamento no 140/2019 de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros, 2019), elas apresentam-se em quatro domínios de ação, são eles de: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Durante o meu percurso académico e, mais especificamente, durante o período de estágio clínico, as minhas ações tiveram como base estes domínios de competência. Sobre as competências do domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal:

- Considero que sempre agi de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional da profissão, construindo as estratégias de resolução de problemas em parceria com o doente e família, participando na construção de tomada de decisão em equipa multidisciplinar onde estava envolvida, suportando a decisão no juízo mais adequado baseado no conhecimento adquirido e na experiência na área de especialização. Considero que adquiri competências na área de enfermagem onde atuo e direciono os meus cuidados.

- Entendo que sempre garanti as melhores práticas de cuidados, que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, assegurando o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos. Adotei uma conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do doente e da família, em momento de fragilidade, nas intervenções que planeei e executei.

Relativamente às competências do domínio da Melhoria contínua da qualidade:

- Considero que pude garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, podendo ter participado e

realizado atividades que promovam a inclusão dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados, tendo por base os conhecimentos avançados sobre a área de especialização;

- Pude identificar oportunidades de melhoria, no que toca à identificação de um diagnóstico de enfermagem que não está identificado nem suportado com evidência científica. Fiz a pesquisa associada e com isso um plano de estratégias para a melhoria (implementar os resultados nos sistemas de informação - SClínico), por fim colaborei no desenvolvimento de um guia orientador de boa prática do diagnóstico escolhido através pesquisa (estertor), sugerindo a sua implementação nos programas de melhoria contínua da qualidade.

- Sempre garanti um ambiente terapêutico e seguro, fomentado a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das perceções de segurança de um indivíduo/grupo, envolvendo a família.

Para cumprir as competências do domínio da Gestão dos cuidados:

- Pude gerir autonomamente os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde, reconhecendo quando deveria referenciar para outros prestadores de cuidados de saúde ou instituições. Da mesma forma que pude delegar atividades utilizando uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar (ex.: controlo sintomático, preparação e diluição de fármacos ou vias de administração) aos profissionais de saúde dos serviços por onde a EIHS CP passou, validando a execução dessas mesmas tarefas delegadas.

- Adaptei, conforme pude, a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados, fomentando um ambiente positivo e favorável à prática.

E, para terminar, relativamente às competências do domínio do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais:

- Verifico que pude desenvolver autoconhecimento e assertividade, durante o período de estágio, através de atividades que foram realizadas paralelamente nos contextos, para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar. Considero-me uma pessoa calma, ponderada e com os sentimentos e emoções em ordem para uma resposta eficiente, atuando eficazmente sob pressão, reconhecendo e antecipando situações de possível conflito.

- Em todo os contextos de estágio, baseei a minha prática clínica especializada em evidência científica, podendo contribuir para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada com a elaboração do projeto de estágio e toda a pesquisa elaborada para sustentar as minhas afirmações.

Em suma, considero que possuo conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada, podendo afirmar que me enquadro na aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista.

Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica a área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa

De seguida irei mencionar todo o meu percurso de estágio nos dois contextos, tendo por base as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa.

O Regulamento nº 140/2019 no Diário da República: II Série, nº 26, afirma que ““Competências específicas”: são as competências que decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas.” (Regulamento no 140/2019 de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Segundo o Diário da República: 2.ª série — N.º 135 — 16 de julho de 2018, anexo III, destacando as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, irei referir como cumpri cada competência específica e que atividades realizei para tal.

Competência 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.

Durante o período de estágio na EIHSCP, tive contato com inúmeros casos que necessitavam de cuidados paliativos. Diariamente, a equipa visitava pelo menos 6 ou 7 casos diferentes de doentes com diagnósticos oncológicos e não oncológicos, o que me permitiu aplicar os 4 pilares dos cuidados paliativos: comunicação eficaz, controle adequado dos sintomas, apoio à família e trabalho em equipa.

Na maioria dos casos, os diagnósticos eram de doenças oncológicas, usualmente metastizados, sendo os mais frequentes: Neoplasia pulmão; Neoplasia pâncreas e vias biliares; Neoplasia colorretal; Neoplasia ginecológica; Neoplasia oculta. Relativamente às doenças não oncológicas, pude acompanhar doentes com diagnósticos de: insuficiência respiratória (DPOC), insuficiência cardíaca, doenças degenerativas (e.x ELA) e demências num estado de agudização a necessitar de cuidados paliativos. O motivo do pedido de colaboração maioritariamente era para controlo sintomático e apoio social.

Durante o período de estágio na ECSCP, realizávamos visitas domiciliárias aos doentes e suas famílias que estavam em seguimento pela equipa. Tive a oportunidade de acompanhar 17 casos clínicos de doentes e suas famílias, estando presente em cerca de 6 situações de últimos dias e horas de vida, seguindo o doente e sua família, uma alta clínica e uma alta para ida ao hospital. Em consultadoria, atendemos 8 doentes, e pude estar presente em 3 primeiras entrevistas e apresentações da equipa como forma de integrar o doentes na abordagem de cuidados paliativos.

O balanço entre os diagnósticos oncológicos e não oncológicos que requeriam cuidados paliativos foi equilibrado. Em relação às doenças oncológicas, tive contato com doentes diagnosticados com Carcinoma Vesical, Adenocarcinoma do pâncreas, Colangiocarcinoma, Neo Gástrico, Neo colon, Adenocarcinoma do sigmoide e Carcinoma hepatocelular, muitos dos quais com metástases pulmonares, cerebrais, peritoneais e ósseas. Quanto às doenças não oncológicas, trabalhei com doentes com Demência, Alzheimer, Esclerose múltipla, Cardiopatia Isquémica, Parkinson e Insuficiência Cardíaca.

A faixa etária dos doentes em seguimento durante o meu período de estágio foi entre dos 57 e os 92 anos. O motivo de referência mais comum era para controlo sintomático em estados de agudização que necessitavam de cuidados paliativos. Essa referência podia ser feita pelo médico de família, pela EIHSCP do hospital central e por oncologistas. Além disso, destaquei o protocolo de luto realizado pela ECSCP junto aos familiares após a morte do doente.

1.1. Identifica as necessidades da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal e dos seus cuidadores/familiares.

Sempre que recebíamos pedidos de colaboração de doentes para a EIHSCP, realizávamos uma reunião inicial com a equipa de enfermagem e médica, na qual fiz questão de participar. Nesse momento, eram discutidas as necessidades identificadas no doente e o que ele e sua família poderiam beneficiar dos nossos cuidados. Em seguida, geríamos as visitas da equipa aos doentes de acordo com a prioridade dos cuidados necessários.

Após referência e conforme a capacidade da ECSCP para iniciar o seguimento ao doente e sua família, a equipa médica fazia uma avaliação do motivo do pedido de colaboração. A primeira visita era sempre combinada com o doente e sua família. Nesta visita estiveram presentes a equipa médica, de enfermagem e psicóloga. Posteriormente também recebiam a assistente social da área de residência que fazia parte da equipa multidisciplinar da ECSCP.

Durante esta fase de primeira avaliação, procedíamos à avaliação física e do estado de consciência do doente, utilizando as escalas de avaliação de performance comuns em cuidados paliativos: ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) e PPS (Palliative Performance Scale). Realizávamos uma apresentação completa da equipa e explicávamos como iríamos ajudá-los nesta fase, ajustando o diagnóstico, prognóstico e controlo sintomático de acordo com as necessidades do doente no momento. Na avaliação inicial da ECSCP, recolhíamos informações sociofamiliares com a presença dos familiares, e definíamos quem seria o cuidador capaz e principal. Durante o estágio, tive contato com diversos tipos de relações familiares e diferentes capacidades de prestar cuidados. A maioria das necessidades encontradas envolvia situações que requeriam validação dos ensinamentos fornecidos, tanto em relação aos cuidados ao doente como à adesão à terapêutica.

Foi utilizado o sistema telefónico para comunicação direta com a equipa durante o período de funcionamento, permitindo que os familiares pudessem esclarecer dúvidas, validar conhecimentos e receber orientações adequadas. Durante o estágio, pude observar discursos como: "Agora não consigo levar meu esposo para a sala porque não tenho força", "Estou cansado de me sentir assim ... e minha esposa não aguenta mais", "a família vem vê-lo, mas ele fica muito sonolento". Junto com a ECSCP, intervi de forma a diminuir o sofrimento, através da escuta ativa e buscando encontrar soluções adequadas para cada caso (encaminhando para o psicólogo, se necessário).

Durante o estágio, tive a oportunidade de participar em várias conversas e conferências familiares, nas quais pude ouvir as expectativas tanto do doente como do cuidador, bem como de outros membros da família, perante uma situação de fim de vida. Através dessas interações, pude auxiliar no ajuste das expectativas e fornecer conhecimentos teóricos que foram aplicados na prática, oferecendo suporte tanto ao doente como à sua família durante esta fase da vida. Também me deparei com situações em que alguns familiares lidavam de forma adequada com o processo de fim de vida, enquanto outros estavam mais angustiados e em sofrimento. Tive a oportunidade de realizar reflexões críticas com a equipa sobre as situações que estávamos acompanhando. Além disso, forneci suporte emocional e capacitação aos cuidadores, incluindo familiares e outros queridos, para o processo de SUD.

Durante as visitas aos doentes, procedia a uma avaliação individualizada, dando prioridade às necessidades e sintomas que estivessem mais descontrolados no momento. Realizava a avaliação dos sintomas complexos de cuidados paliativos, tais como dor, astenia,

inquietação/agitação, dispneia, obstipação, xerostomia, apetite, náusea, vômitos, insônia e feridas. Durante essas visitas, identificava sintomas comuns de situações de últimos dias (SUD), como xerostomia, estertor, disfagia, dispneia, dor, inquietação, medo e ansiedade. Em seguida, realizava intervenções farmacológicas e não farmacológicas para controlar o sintoma mais descontrolado.

Realizei a avaliação dos sinais e sintomas utilizando escalas comuns para os doentes em cuidados paliativos, assim como para suas famílias/cuidadores, tais como ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) e PPS, entre outras que nos auxiliam a entender o prognóstico do doente. Além disso, avalei a escala de dor mais adequada ao doente, podendo ser qualitativa, quantitativa (usando escalas como FLACC ou PAINAD) ou outras, conforme necessário. Durante o estágio, pude perceber que, em ambos os contextos, os sintomas mais descontrolados nos doentes, em média, eram a dor e a inquietação/agitação. Durante a conferência familiar, eram abordadas estas avaliações ao doente e/ou à família (quando o doente não podia estar presente devido a estar num estágio mais avançado da doença). Nessa ocasião, também eram fornecidos ensinamentos sobre como o cuidador pode agir em momentos de agudização, sendo que a equipa atuava sempre de forma preventiva. Cada doente e a sua família são únicos e encaram a situação pela qual estão a passar de forma singular e individual. Valorizei as diversas formas de expressar o sofrimento existencial, conseguindo adaptar-me ao doente e à família que tinha sob os meus cuidados, utilizando estratégias de comunicação adequadas à capacidade de compreensão da pessoa que me ouvia.

No contexto comunitário, tive a oportunidade de assistir à formação, realizada pela psicóloga da ECSCP, sobre “Perturbações de Personalidade”, que me ajudou a refletir sobre os doentes e cuidadores que tivemos em contacto durante o estágio, assim como lidar com vários traços de personalidade com os quais me vi confrontada.

Observei situações em que a família estava ausente e não visitava o doente internado (tendo sido necessário agendar a Consulta Familiar – Conferência Familiar), e também quando a família não tinha vontade e não se sentia capaz de cuidar do seu familiar em casa com as condições que a equipa disponibilizava, e assim, a decisão foi transferir o doente para o hospital. Toda esta fase da vida do doente e dos cuidadores é íntima e singular, e pude notar vários sentimentos como: tristeza, angústia, ansiedade, medo, falta de coragem e um sentimento de solidão.

O fato de adquirir conhecimentos abrangentes sobre a especialidade de cuidados paliativos, bem como sobre o doentes e a família/cuidador que se beneficiam desses cuidados, proporciona-me o conhecimento do diagnóstico e prognóstico, além da sensibilidade necessária para aplicar intervenções adequadas às agudizações que podem surgir com os sintomas apresentados. Isso se aplica tanto à gestão de medidas farmacológicas, incluindo a administração de medicação em situações de emergência (SOS), quanto a procedimentos comuns, como puncionar vias de administração de terapêutica apropriada, preparar perfusões e

dispositivos de infusão de medicação contínua, caso necessário, bem como o tratamento de feridas mais complexas, se for o caso. Com isso, senti-me capacitado(a) a antecipar, de forma oportuna, situações de agudização.

O uso de telefonemas também ajuda a controlar estes sintomas e a prevenir um agravamento dos mesmos. Ao solicitar aos familiares que nos contactem diariamente em contexto domiciliário para informar-nos sobre o estado do doente após alterações na medicação ou se notarem mudanças, proporciona-nos a oportunidade de ajustar preventivamente o agravamento de um sintoma comum e mais descontrolado. Com base nas informações fornecidas, é possível inferir que foi possível informar todos os familiares que cuidam do doente sobre a situação atual da doença e em que fase o doente se encontra, permitindo-lhes desenvolver um processo de luto adequado.

1.2. Promove intervenções baseadas na evidência junto de pessoas com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, seus cuidadores/familiares respeitando as suas preferências.

Durante o período de estágio clínico, tive a oportunidade de criar planos de cuidados personalizados e centrados nas necessidades dos doentes em situação paliativa, bem como de seus cuidadores e familiares, utilizando o sistema de informação SClínico. Ao mesmo tempo, elaborei dois casos reais de cuidados, justificando todas as intervenções realizadas para os doentes em estudo com base na literatura mais atualizada.

De acordo com as diretrizes adequadas de registro, descrevi detalhadamente o estado atual do doente, defini os meus objetivos, registrei as intervenções e atividades realizadas para alcançar os melhores resultados possíveis tanto para o alívio dos sintomas do doente quanto para o apoio à família. Também documentei os ensinamentos que ofereci ao cuidador, abrangendo tanto os cuidados prestados ao doente como informações sobre farmacologia. Com o intuito de promover o autoconhecimento e capacitação dos doentes e seus cuidadores/familiares, estabeleci conversas significativas com os doentes e os cuidadores, enaltecendo as qualidades individuais da pessoa e a sua habilidade de cuidar, tanto de si próprio como do familiar em fim de vida. Através da validação dos cuidados prestados ("está a fazer tudo bem e tudo o que está ao seu alcance"), procurei reforçar a confiança e a autoestima. Durante essas conversas, momentos de expressão de medos e angústias foram acolhidos, e o nosso papel foi o de saber ouvir, validar o conhecimento e reconhecer a competência deles. Essa abordagem visa proporcionar um ambiente de apoio emocional e fortalecer o bem-estar geral da pessoa e seus cuidadores neste momento delicado.

Para garantir a prevenção, intervenção e controle de infecções e resistência a antimicrobianos no contexto hospitalar da EIHSCP (Enfermagem de Infecção Hospitalar e Controlo de Sepsis), realizei a higienização adequada das mãos, respeitando os cinco momentos preconizados pela Direção-Geral da Saúde (DGS). Estes momentos incluem: 1) Antes do contacto com o doente; 2) Antes de realizar um procedimento limpo/asséptico; 3) Após o risco de exposição a fluidos orgânicos, secreções, excreções, membranas mucosas, pele não intacta ou penso; 4) Após o contacto com o doente; 5) Após o contacto com objetos e equipamentos do ambiente envolvente do doente. Ao seguir rigorosamente estes cinco momentos, visamos garantir a máxima segurança dos doentes e a redução do risco de disseminação de infecções hospitalares, contribuindo assim para a proteção da saúde de todos os envolvidos no ambiente hospitalar (Norma 007/2019 da Direção Geral de Saúde, 2019). Na Equipa de ECSCP, o carro utilizado para o transporte tem capacidade para acomodar as malas contendo fármacos e materiais que podem ser necessários durante uma visita. Antes de entrarmos num domicílio, fazemos uso de bata, máscara e luvas limpas como equipamento de proteção individual. Ao término da visita, ao regressarmos ao transporte, procedemos à remoção do equipamento de proteção individual, colocando-o num saco branco fechado. Além disso, realizamos a higienização das malas e das mãos como medida adicional de precaução e higiene. Dessa forma, buscamos garantir a segurança e a proteção tanto dos doentes quanto dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento em domicílio.

1.3. Envolve os cuidadores/familiares da pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, para otimizar resultados na satisfação das necessidades.

No contexto intra-hospitalar, reunimos-nos com a família em um momento agendado, geralmente através de uma conferência familiar por chamada telefónica, ou, ocasionalmente, se a encontrarmos durante as visitas hospitalares ao doente. Já em contexto comunitário, durante todas as nossas visitas, a nossa expectativa é encontrar o cuidador principal, pois essa é a condição para o acompanhamento da ECSCP.

A comunicação eficaz com a família é essencial para os cuidados específicos desta área de intervenção. Durante o estágio, tive a oportunidade de envolver tanto os cuidadores como a família nos cuidados prestados ao doente. Criamos um espaço aberto para expressão de sentimentos e validação das intervenções realizadas.

Demonstrei disponibilidade em ajudar e esclarecer dúvidas, desmistificando assuntos relacionados a cuidados paliativos e situação em fim de vida. Capacitei os cuidadores, mobilizando seus recursos para facilitar a tomada de decisões. Além disso, ministrei ensinamentos sobre farmacologia, abordando diferentes formas de administração de medicamentos, desde

comprimidos até via transdérmica.

Em suma, avaliei constantemente as necessidades dos familiares/cuidadores, reavaliando conforme as dúvidas que possam surgir em uma situação próxima do fim de vida ou no momento de alta hospitalar. O objetivo foi garantir que a família/cuidador estivesse bem informada e capacitada para enfrentar esse momento delicado, proporcionando o melhor cuidado possível ao doente.

A chamada telefónica também desempenhou um papel importante para estabelecer esse tipo de contacto. Muitas vezes, durante as chamadas, os cuidadores desabafavam sobre sintomas mais difíceis de controlar e buscavam a nossa validação em relação às decisões que estavam a tomar. Esse canal de comunicação permitia uma maior proximidade e disponibilidade para apoiá-los e oferecer orientação, reforçando a sua confiança no cuidado prestado ao doente. Através dessas chamadas, pudemos manter um acompanhamento próximo e efetivo, garantindo que a família e os cuidadores se sentissem apoiados e seguros durante esse período desafiante de cuidados paliativos e fim de vida.

Durante o estágio, tive a oportunidade de atuar como um elo de ligação, sendo reconhecido pelos cuidadores e famílias como um membro importante da equipa. Participei em cinco conferências familiares agendadas com famílias de doentes internados, no contexto intra-hospitalar. Além disso, no contexto domiciliário, participei em todas as visitas aos domicílios, pois em cada uma delas realizávamos uma reunião com o cuidador. Essa proximidade e participação ativa nas interações com a família permitiram um envolvimento mais significativo e uma prestação de cuidados mais eficaz e humanizada, tanto no ambiente hospitalar quanto no domiciliário.

Com o objetivo de aprender e desenvolver competências, tive a oportunidade de participar nas consultas de cuidados paliativos no contexto intra-hospitalar. Essas consultas eram compostas por uma médica e uma enfermeira da equipa, realizadas em dupla para otimização da gestão de recursos e dos cuidados, bem como um acompanhamento mais eficiente ao doente e à família. Durante o estágio, participei em cerca de sete dias de consulta, sendo que, em cada dia, eram observados normalmente cinco doentes. Durante essas consultas, as intervenções mencionadas anteriormente foram colocadas em prática, e a equipa também fornecia panfletos informativos desenvolvidos para auxiliar os doentes e as suas famílias.

Posto isto, nestes momentos de contacto com a família do doente, para além de poder atualizar o plano diário pude entender melhor a realidade social e as necessidades que podem ser melhoradas pela equipa, podendo direcionar situações específicas para apoio social e/ou psicologia. Dessa forma o plano estabelecido pela equipa pode ser ajustado às necessidades únicas do doente.

Nestes momentos de contacto com a família do doente, além de atualizar o plano diário, tive a

oportunidade de compreender melhor a realidade social e identificar as necessidades que poderiam ser melhoradas pela equipa. Isso permitiu direcionar situações específicas para apoio social e/ou psicológico, quando necessário. Dessa forma, o plano estabelecido pela equipa pode ser ajustado às necessidades únicas do doente, garantindo um cuidado mais personalizado e abrangente. Através dessa compreensão mais aprofundada da realidade do doente e da sua família, a equipa conseguiu adaptar as intervenções e proporcionar o apoio necessário em todas as dimensões do cuidado, abordando as questões médicas, emocionais e sociais que influenciam o bem-estar do doente. Isso reforçou o compromisso da equipa em prestar cuidados holísticos e centrados no doente, considerando o contexto social e emocional no qual ele está inserido.

1.4 - Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interdisciplinar e em articulação com os serviços de apoio.

Durante o estágio, tive a oportunidade de interagir com várias equipas compostas por profissionais de diferentes faixas etárias e habilitações académicas. Em contexto intra-hospitalar, era necessário contactar o enfermeiro responsável pelo doente no turno em questão, para informar sobre os ajustes que a nossa equipa faria e estabelecer as nossas prioridades. Essas comunicações também serviam para esclarecer dúvidas sobre qualquer assunto relacionado ao cuidado do doente.

Além disso, fui capaz de mobilizar recursos sociais, colaborando com a assistente social para obter apoio em equipamentos e questões sociais relevantes. Também trabalhei em conjunto com a psicóloga para fornecer apoio ao doente e à família que passavam por diversas fases do luto. Essas colaborações multidisciplinares permitiram uma abordagem mais completa e abrangente no cuidado aos doentes, garantindo que as suas necessidades físicas, sociais e emocionais fossem atendidas de forma holística. Através dessas interações com diferentes profissionais, pude aprender e enriquecer a minha experiência no campo da saúde e cuidados paliativos.

Para dinamizar o trabalho em equipa, fomentando a partilha e potenciando os contributos individuais no processo de tomada de decisão, colaborei na procura da informação baseada na evidência sobre um tema de necessidade para um serviço do hospital: “Cuidados Paliativos; Controlo sintomático: Vias de administração farmacológica em Cuidados Paliativos; Cateter Subcutâneo” (anexo 2). Colaborei na reflexão sobre a morte e a sua correlação com a vida, terminando com um jogo sobre as perdas. Foi algo muito positivo no sentido de obtermos uma melhor perceção do que os nossos doentes e familiares podem sentir na situação em que se encontram, podendo ter uma ideia do que seria se tivéssemos uma perda inesperada, apelar ao

autoconhecimento e à empatia enquanto profissional de saúde.

Durante o período de estágio, ainda pude participar na “Feira de Saúde Matosinhos e Leça da Palmeira, 2023”, onde colaborei com a equipa no desenvolvimento e distribuição de um panfleto que serviu de molde para o panfleto final a ser distribuído na feira da saúde em representação à equipa de Cuidados Paliativos, apresentei a pesquisa realizada por mim e partilhada no NURSID 2023 com o título: INTERVENÇÕES PARA O ESTERTOR EM DOENTES EM ÚLTIMOS DIAS E HORAS DE VIDA: SCOPING REVIEW (anexo 3) e numa formação à ECSCP, dada pela psicóloga sobre “Distúrbios de Personalidade”.

Em todos os contextos, tive a oportunidade de participar nas reuniões semanais com a equipa multidisciplinar de cuidados paliativos, o que se revelou um momento extremamente positivo para mim, tanto a nível pessoal como profissional. Nessas reuniões, houve uma partilha significativa de experiências e conhecimentos entre os membros da equipa. Esses encontros permitiram-me aprender com a vasta experiência dos colegas, trocar ideias e abordagens sobre o cuidado aos doentes e suas famílias em situação de fim de vida. Além disso, a interação com diferentes profissionais enriqueceu a minha perspetiva sobre os cuidados paliativos, promovendo o crescimento pessoal e o aprimoramento das minhas competências profissionais.

Competência 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.

Durante o período de estágio pude ter contacto com vários doentes e famílias. Tive a oportunidade de lhes informar o seu diagnóstico e prognóstico em conjunto com a equipa médica.

Durante o estágio, fui profundamente sensibilizado por casos de doentes com idades compreendidas entre os 40 e 56 anos, que tinham filhos entre os 11 e 15 anos. Foram três situações delicadas com carcinomas metastizados (ovário, tiróide e pulmonar), em que o doente era jovem, com muitos planos ainda por cumprir na sua vida, mas de repente confrontado com uma doença progressiva e incurável.

Através da experiência, pude perceber que as maiores preocupações desses doentes eram os filhos, os cônjuges e os pais. O momento de informar o diagnóstico e o prognóstico ao doente era extremamente delicado. O processo de luto nessas situações era profundo e impactante. Dessa forma, como profissionais de saúde, mantemo-nos presentes tanto para o doente como

para a sua família, especialmente quando há filhos adolescentes envolvidos. Oferecemos apoio emocional, compreensão e acompanhamento contínuo durante todo o processo, ajudando-os a lidar com as suas emoções e incertezas.

O nosso papel nessas circunstâncias é fornecer um suporte essencial, adotando uma abordagem empática e centrada nas necessidades únicas de cada família. O objetivo principal é auxiliá-los a enfrentar a realidade da doença, superar os desafios emocionais e encontrar formas amorosas e saudáveis de lidar com a situação. Cada caso é singular, e estar presente e disponível para as famílias é fundamental para garantir que recebam o apoio necessário em momentos tão difíceis.

Outro caso que me sensibilizou profundamente foi o de uma doente cuja cuidadora principal era a filha mais nova. Essa filha demonstrava uma preocupação constante e entrava em contacto com a equipa várias vezes, procurando validação para os cuidados prestados à mãe. Ela estava emocionalmente abalada, chorosa e com medo da morte, chegando a recorrer ao consumo de álcool para encontrar energia. Durante várias semanas, acompanhei a doente e a filha nesse processo.

Num momento em que a doente se encontrava nos seus últimos dias e horas de vida, num ambiente sereno no quarto, com uma respiração superficial e uma expressão facial de conforto, realizou-se uma conferência familiar. Nessa reunião estavam presentes a filha mais velha e a neta, além da cuidadora principal. Foi um momento muito reconfortante para mim e para a equipa testemunhar a transformação no discurso da filha. Ela estava mais consciente, tranquila e segura de que estava a fazer o melhor para a mãe. Sentia-se feliz por ter cuidado dela até aquele momento e expressou profunda gratidão pelos cuidados, apoio e ensinamentos que a equipa prestou. Ao deixar esse domicílio, fiquei com a certeza de que ser enfermeiro de cuidados paliativos é verdadeiramente isto: proporcionar um apoio humano e compassivo às famílias e doentes em momentos tão delicados da vida. Foi uma experiência marcante que reforçou ainda mais o propósito da minha profissão, empenhando-me cada vez mais em oferecer cuidados paliativos de excelência e em estar presente para aliviar o sofrimento e promover o conforto durante o fim de vida.

2.1 — Respeita a singularidade e autonomia da pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares no acompanhamento de vivências individuais específicas, no processo de morrer e de luto.

Ao longo do processo de acompanhamento do doente, pude imergir na sua realidade e crenças, compreendendo de que forma poderia ser um auxílio valioso tanto para o doente como para a

sua família, durante o processo de luto em relação à doença e à situação atual. Essa integração permitiu-me estabelecer uma conexão mais significativa com o doente e a sua família, o que contribuiu para oferecer um cuidado mais humano e personalizado, levando em consideração as suas perspectivas individuais e necessidades emocionais. Durante esse processo, procurei estar disponível para ouvir, apoiar e acompanhar tanto o doente como os seus familiares, ajudando-os a enfrentar a realidade da doença e a adaptar-se à situação atual com compreensão e sensibilidade.

Em contexto intra-hospitalar, o contacto com o doente e a sua família ocorria sempre no ambiente hospitalar, mas ao realizar visitas domiciliárias, a experiência era diferente. O ambiente do domicílio oferecia a possibilidade de estabelecer uma conexão mais profunda com a vida do doente, através da observação do espaço envolvente. Nesse cenário, surgiam naturalmente questões como: "qual é a sua profissão?", "quantos filhos têm?", "quando foi tirada esta fotografia?". Ao elencar objetos pessoais de grande valor emocional, pude valorizar ainda mais esse contexto, pois é verdadeiramente reconfortante compreender até onde um profissional de saúde pode intervir na vida do doente, ao entrar em sua casa.

Esses momentos permitiam-me entender a vida e história do doente de uma forma mais íntima e pessoal. O contato com objetos de valor emocional significativo proporcionava um vislumbre do seu passado e da sua história. Por exemplo, numa das visitas, a esposa de um doente gostava de mostrar fotografias antigas de casamento, permitindo-nos compreender quem ele era e o quanto aquele momento era essencial para ela.

Essas visitas domiciliárias reforçaram a importância dos cuidados paliativos em proporcionar uma abordagem individualizada, centrada no doente e na sua família. Através da compreensão da vida do doente e do seu ambiente familiar, pudemos oferecer um cuidado mais personalizado, sensível e compassivo. Essa experiência foi verdadeiramente enriquecedora, destacando a relevância e a significância da atuação de um profissional de saúde nos cuidados prestados ao doente e à sua família num contexto tão pessoal e delicado como o domiciliar.

Em todos os momentos mantive uma comunicação eficaz tanto para o doente, como para os seus familiares, como para os profissionais de saúde e equipa multidisciplinar. Consegui enquadrar/adequar o discurso para os resultados que gostaria de obter. Pude capacitar os familiares para os cuidados específicos aos doente no domicílio relativamente ao controlo de sintomas; adequar a família sobre a situação atual da doença e a sua aceitação para situação de últimos dias e horas de vida- mantendo as preferências do doente/cuidador e família (por exemplo: manter o doente no cadeirão, tendo em conta que seria o local mais confortável para ele; encorajar o cuidador a cozinhar a comida preferida do doente adaptando consistência por disfagia - cevada; utilizar musicoterapia para o doente com músicas preferidas do doente); consciencializar e capacitar a uma situação de cuidados pós morte (validar se existe alguma vontade do doente perante a roupa que gostaria de vestir, mencionar se existe agência

funerária de eleição).

Ao longo do estágio, consegui oferecer apoio tanto ao doente como à sua família durante as perdas sucessivas e nas tarefas de resolução do luto. Enfrentei situações de luto antecipatório e também casos mais complexos de luto complicado. Sempre que necessário, a psicóloga da equipa prestava acompanhamento emocional. Durante as visitas, em vários momentos, pude ajudar o doente e a sua família a ajustarem-se à situação atual. No caso de perdas relacionadas à doença, forneci apoio ao doente, ajudando-o a enfrentar essas perdas e a lidar com as suas emoções. À família, ofereci suporte, compreendendo as alterações no seu familiar doente e ajudando-os a adaptar as suas expectativas. Envolvi os cuidadores, capacitando-os para a tomada de decisão, utilizando uma comunicação empática, terapêutica e compassiva. Além disso, forneci informações sobre os recursos disponíveis na comunidade, para que o doente e a sua família pudessem contar com o apoio necessário durante esse processo desafiador. Promovi a intervenção interdisciplinar, sempre que necessário, envolvendo outros profissionais da equipa de cuidados paliativos para proporcionar uma abordagem completa e integrada.

Essa atuação interdisciplinar e a comunicação empática permitiram um cuidado mais abrangente, centrado nas necessidades específicas de cada indivíduo e família. O objetivo era oferecer suporte e conforto durante esse período de perdas e adaptações, proporcionando um ambiente de cuidado e compreensão para o doente e a sua família enfrentarem esse momento tão delicado da vida.

2.2 — Promove parcerias terapêuticas com a pessoa em situação de doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, e seus cuidadores/familiares.

Ao longo de todo o período de prestação de cuidados, a minha prioridade foi sempre envolver a família e o doente em todas as decisões relacionadas ao seu plano de cuidados.

Mesmo quando existam questões sociais e o mesmo beneficiava de ser referenciado para outra unidade, não tendo condições no domicílio devido ao seu estado evolutivo de doença atual ou até mesmo não ter um cuidador capaz de cuidados. Dessa forma fui ativa na elaboração do documento oficial para referência da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), podendo desta forma encaminhar o doente para Unidade de Longa Duração e Manutenção (ULDM) ou Equipa de Cuidados Continuados Integrados – Domiciliários (ECCI) ou Equipa de Cuidados Paliativos (UCP), sabendo as características de cada uma. O mesmo acontecia quando o doente não reunia condições psicossociais no domicílio devido ao seu estado evolutivo de doença atual ou até mesmo não ter um cuidador que se considerasse capaz. Tive uma situação no estágio na ECSCP que, mesmo tendo cuidador considerado capaz

para os cuidados (a filha), a mesma não queria manter os cuidados no domicílio por preferir que a mãe estivesse numa unidade especializada. Foi realizado o pedido de referência para UCP e enquanto isso a cuidadora manteve a mãe em casa com o nosso acompanhamento, sendo capaz de o fazer até ao fim.

Em certas situações, o doente não possuía condições psicossociais no domicílio, ou não tinha um cuidador capaz, e também realizava o pedido de referência para a UCP. Lembro-me de uma situação específica em que o doente tinha uma cuidadora considerada capaz (a filha), mas esta preferia que a mãe estivesse numa unidade especializada. Assim, procedemos com o pedido de referência para a UCP enquanto acompanhávamos o doente no domicílio, com a mãe ainda sendo cuidada pela filha. Essa estratégia permitiu que a mãe permanecesse em casa até ao fim, enquanto a referência para a UCP estava em curso.

Essa atuação permitiu garantir que o doente recebesse os cuidados adequados ao seu estado e necessidades, proporcionando-lhe a melhor qualidade de vida possível. Ao lidar com questões sociais e assegurar um encaminhamento adequado, o nosso objetivo era sempre promover o bem-estar do doente e a satisfação das suas preferências individuais, mantendo uma abordagem humanizada e compassiva ao longo de todo o processo de cuidados paliativos.

Ao longo do meu percurso junto das diferentes equipas pelas quais passei, desde o primeiro momento de contacto com o doente e a sua família, sempre me adaptei às características específicas de cada equipa especializada. Foram sempre fornecidas informações sobre a forma de atuação da equipa, os horários de funcionamento e os contactos telefónicos relevantes. Esta abordagem visa proporcionar segurança, conforto e tranquilidade durante todo o processo de acompanhamento. Ao apresentar-me de acordo com as particularidades de cada equipa, garanti uma integração mais harmoniosa e eficiente nos cuidados prestados. Cada contexto exigia uma abordagem específica, e transmitir todas as informações relevantes desde o início foi fundamental para que o doente e a sua família se sentissem mais confiantes e bem informados sobre o processo de cuidados paliativos. Dessa forma, procurei estabelecer uma relação de confiança e empatia com os doentes e as suas famílias, garantindo que estivessem cientes de como a equipa especializada funcionava e de como poderiam aceder ao apoio necessário. Essa comunicação clara e transparente contribuiu para criar um ambiente de acompanhamento mais seguro e acolhedor, assegurando que as necessidades e preocupações do doente e da família fossem sempre consideradas e respeitadas ao longo de todo o percurso de cuidados paliativos.

2.3 — Negociação objetivos/metapas de cuidados, mutuamente acordadas dentro do ambiente terapêutico.

Para os cuidadores, entres queridos e familiares dos doentes com quem tive contacto, utilizei a comunicação empática, terapêutica e compassiva, mantive-me atenta aos dois tipos de comunicação: verbal e não verbal.

Estabeleci relação terapêutica com o doente e família de modo a auxiliá-los nas tomadas de decisão quando não estavam capazes ou não tinham informações do que poderiam fazer na fase em que se encontravam. Em formato de conferência familiar fui membro importante para gerir expectativas da situação atual de doença e prognóstico, da mesma forma que demonstrei todas as ajudas que, como equipa multidisciplinar com os recursos e acessos disponíveis, poderíamos ajudar.

Auxiliei a família a criar momentos de despedidas para melhorar o processo de luto.

Estabeleci uma relação terapêutica significativa com o doente e a sua família, com o intuito de ajudá-los nas tomadas de decisão quando não estavam capazes ou não dispunham de informações sobre as opções disponíveis na fase em que se encontravam. Através de conferências familiares, desempenhei um papel importante na gestão das expectativas em relação à situação atual da doença e ao prognóstico. Nesse contexto, demonstrei todas as formas de apoio e auxílio que, como equipa multidisciplinar, poderíamos fornecer, aproveitando os recursos e acessos disponíveis.

Na minha atuação, também auxiliei a família na criação de momentos de despedida, proporcionando um espaço para que pudessem enfrentar e lidar com o processo de luto de forma mais saudável e significativa. Foi essencial demonstrar empatia, sensibilidade e disponibilidade para apoiar emocionalmente a família, durante esse período tão delicado da vida.

2.4 — Reconhece os efeitos da natureza do cuidar na pessoa com doença incurável ou grave, em fase avançada, progressiva e terminal, nos seus cuidadores/familiares, sobre si, outros membros da equipa, respondendo de forma eficaz.

Durante o período de estágio, identifiquei situações em que os familiares e cuidadores apresentavam sinais de exaustão física e emocional. Ao conversar com eles, procurei entender a extensão dessa exaustão e como poderia ajudá-los na minha função de enfermeira. Ouvi relatos como "andamos exaustos, enfermeira, não temos tempo para nós", "não tenho vontade de fazer nada". Posteriormente, refleti com a equipa para determinar como poderíamos prestar auxílio adequado a essas situações.

Foi sempre uma prioridade proporcionar suporte emocional aos cuidadores e familiares presentes no domicílio. Além disso, menciono a utilização de terapias complementares, como a

Musicoterapia e a Aromaterapia, para ajudar a aliviar o stress e a tensão emocional dessas pessoas.

Relativamente à equipa de profissionais com quem trabalhei, só posso elogiar a sua dedicação e conhecimento na prestação de cuidados. Eles são pessoas de coração generoso, sempre bem-dispostos e atentos às necessidades dos doentes e das suas famílias. A minha integração com a equipa foi excelente, participando em almoços em conjunto, atividades internas e reuniões multidisciplinares. Esses momentos proporcionaram uma aprendizagem significativa e uma valiosa troca de experiências, contribuindo para o meu crescimento enquanto profissional nesta área de especialização.

Essa experiência de estágio enriqueceu-me imensamente, permitindo-me desenvolver competências essenciais na abordagem humanizada e holística dos cuidados paliativos. A colaboração com a equipa multidisciplinar reforçou a importância da interdisciplinaridade e da atuação em conjunto para proporcionar o melhor suporte possível aos doentes e às suas famílias, tornando-me uma profissional mais capacitada e sensível às necessidades das pessoas que acompanho na minha carreira.

6. SÍNTESE FINAL DO RELATÓRIO

Considero que a experiência académica foi extremamente enriquecedora, tanto a nível profissional como pessoal. Como profissional com experiência na área de cuidados paliativos desde 2016, a oportunidade de participar neste programa académico foi muito positiva, especialmente por ter a possibilidade de realizar estágios em contextos diferentes do meu ambiente de trabalho habitual. Trabalho num setor de internamento de um hospital privado, e foi gratificante descobrir que existem muitos profissionais que oferecem excelentes cuidados paliativos em instituições públicas. Essa experiência alargou o meu horizonte e permitiu-me aprender diversas abordagens e práticas nesta área. Através deste programa académico, tive a oportunidade de conhecer e colaborar com profissionais dedicados e competentes, que trabalham em diversas áreas e contextos dos cuidados paliativos. A partilha de conhecimentos e experiências com estes profissionais foi enriquecedora e contribuiu para o meu crescimento pessoal e profissional. Além disso, os estágios em diferentes contextos proporcionaram-me uma visão mais abrangente e diversificada sobre os desafios e as melhores práticas nos cuidados paliativos. Aprendi a adaptar a minha atuação conforme as particularidades de cada contexto e a compreender a importância da abordagem multidisciplinar nesta área de intervenção.

Durante o período de estágio, escolhi abordar um tema que identifiquei como pouco explorado tanto na minha prática profissional quanto nos contextos onde estive inserida. Optei por dedicar atenção ao estertor, um sinal muito comum em doentes em situação paliativa. Percebi a importância de destacar esse tema, pois constatei que, nos dois contextos de estágio que vivenciei, o estertor não recebia o devido cuidado, tanto por parte dos profissionais de saúde como na atenção dispensada à família. Além disso, havia incerteza quanto às intervenções de enfermagem mais adequadas para aliviá-lo. Essa constatação foi o que motivou a realização da minha pesquisa sobre o assunto.

A realização da pesquisa sobre o tema foi de suma importância, especialmente porque pude constatar que mesmo na evidência científica não há consenso sobre as melhores intervenções farmacológicas para tratar o estertor. No entanto, consegui reunir aquelas que considero fundamentais para que os profissionais de saúde possam aplicá-las de forma a proporcionar um melhor controlo do sintoma, maior conforto ao doente e apoio à família.

Durante o período de estágio, tive a oportunidade de recolher as informações necessárias para o projeto e pude por em prática a minha partilha de informação. Nas duas equipas em que estive inserida, fui totalmente encorajada a ser a "porta-voz" do tema, o que me permitiu ter

oportunidades de comunicação empática e terapêutica com os cuidadores e famílias sobre o estertor e o processo de fim de vida. Essas interações foram enriquecedoras e proporcionaram um ambiente propício para partilhar conhecimentos e oferecer suporte durante este período delicado.

Considero que consegui criar um ambiente favorável para consolidar as competências comuns e específicas exigidas neste mestrado acadêmico na área de cuidados paliativos. Durante o estágio, tive a oportunidade de desenvolver um conjunto de habilidades, comportamentos, atitudes e conhecimentos inter-relacionados, que abrangem diversos aspectos do saber, do saber-fazer e do saber fazer-fazer.

Fui acolhida de forma muito positiva pelas equipas envolvidas nos estágios, o que contribuiu significativamente para o meu crescimento e aprendizagem. A interação com os profissionais de saúde e a possibilidade de vivenciar diferentes contextos de cuidados paliativos permitiram-me expandir a minha visão sobre a área e aprofundar o meu conhecimento sobre a importância de uma abordagem humanizada e especializada para os doentes em situação paliativa.

Para concluir, sinto um imenso orgulho por tudo o que vivenciei durante este período de estágio e pela oportunidade de interagir com todas as pessoas envolvidas nesta fase da minha vida, incluindo professores, colegas, profissionais de saúde, doentes e suas famílias. Levo comigo o resultado da pesquisa realizada no projeto de estágio e pretendo incorporá-lo ao sistema de informação adotado no meu local de trabalho (Glint). Acredito que ao fazê-lo, poderei obter ganhos significativos em saúde e, assim, contribuir para a uniformização dos cuidados numa enfermagem mais significativa para as pessoas que acompanhamos. Esta experiência académica proporcionou-me uma visão mais ampla sobre a área de cuidados paliativos e enriqueceu o meu conhecimento e prática profissional. Sinto-me preparada para enfrentar os desafios da minha carreira com mais confiança e dedicação.

Em suma, esta experiência de estágio foi verdadeiramente transformadora, e sinto-me grata por tudo o que pude vivenciar e aprender ao longo deste percurso. Estou pronta para enfrentar os desafios da minha profissão com empenho, dedicação e compaixão, sempre buscando proporcionar cuidados significativos e de qualidade às pessoas que servimos.

7. BIBLIOGRAFIA

- Antunes, E., Lima, B., Rodrigues, J., & Neto, H. (2010). Afasia Progressiva Primária e Variantes. *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, 7(2010), 282-293. <http://hdl.handle.net/10284/2998>
- Araújo, I. M., Paúl, C., & Martins, M. M. (2008). Cuidar das famílias com um idoso dependente por AVC: Do hospital à comunidade—Um desafio. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(7), 43-51. <http://hdl.handle.net/10400.26/33476>
- Barbosa, A., Pina, P., Tavares, F., & Neto, I. (2016). *Manual de Cuidados Paliativos*. FACULDADE DE MEDICINA LISBOA.
- Bartolomeu, S. M., & Sapeta, P. (2013). *Cuidar a Família: Realização de conferências familiares: revisão sistemática da literatura*. (Tese de mestrado, ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR. LOPES DIAS). Repositório Científico de Acesso Aberto: <http://hdl.handle.net/10400.11/2359>
- Bennett, M. I. (1996). Death rattle: an audit of hyoscine (scopolamine) use and review of management. *Journal of pain and symptom management*, 12(4), 229-233. [https://doi.org/10.1016/0885-3924\(96\)00151-0](https://doi.org/10.1016/0885-3924(96)00151-0)
- Bertelli, R., Bianchi, J., Cruz, E. (2009). Revisão para psicólogos da segunda causa mais comum de demência neurodegenerativa em idosos. *Fundação Técnica e Científica do Desporto - Motricidade*, Vol 5 (2), 49-62. https://www.revistamotricidade.com/arquivo/2009_vol5_n2/v5n2a05.pdf
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., Dochterman, J. M., & Wagner, C. M. (2010). *Classificação das intervenções de enfermagem (NIC) - Tradução da 5ª edição*. Elsevier.
- Capelas, M. L. V., & Coelho, S. P. F (2013). Local de prestação de cuidados no final da vida e local de morte: preferências dos portugueses. *Cadernos de Saúde*, 6, 7-18. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2013.2836>
- Circular Normativa Nº:11/DSCS/DPCD da Direcção-Geral da Saúde*, Programa Nacional de Controlo da Dor. (2008). https://www.aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/Programa_Controlo_da_Dor.pdf
- Circular Normativa nº8 2017 CNCP ACSS*. (2017) https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/Circular_Normativa_8_2017_CNCP_ACSS.pdf
- Costa, T. (2018). *Controlo de Sintomas na Agonia*. <https://medicinapaliativa.pt/Blog/Detail/35>
- Decreto Lei no 172/2012 de 5 de setembro da Assembleia da República*. (2012). *Diário da República n.º 172/2012, Série I de 2012-09-05, páginas 5103 - 5119*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/51-2012-174840>
- Despacho n.º 6860/2018*. (2018). *Diário da República*, 2.ª série-N.º 135. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>
- Despacho no 228 de 28 de novembro da Universidade de Coimbra*. (2016). *Diário da República*, 2.ª série — N.º 228. <https://files.dre.pt/2s/2016/11/228000000/3531435315.pdf>
- Ellershaw, J., Sutcliffe, J., & Saunders, C. (1995). Dehydration and the dying patient. *Journal of*

- pain and symptom management*, 10(3), 192-197. [https://doi.org/10.1016/0885-3924\(94\)00123-3](https://doi.org/10.1016/0885-3924(94)00123-3)
- Esch, H., Lokker, M., Rietjens, J., Van Zuylen, L., Van Der Rijt, C., & Van Der Heide, A. (2020). Understanding relatives' experience of death rattle. *BMC psychology*, 8(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00431-3>
- Fielding, F., & Long, C. (2014). The death rattle dilemma. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 16(8), 466-471. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000090>
- Gomes, M. (2009). *Texto de Apoio Sobre a Análise SWOT e Seleção de Prioridades*. https://home.uevora.pt/~mosantos/download/SWOT_Prioridades_25Mar09.pdf
- Gonçalves, F. (2020). *Administração de medicação por via subcutânea em cuidados paliativos*. <https://medicinapaliativa.pt/itools/upload/document/blog/201025201144.pdf>
- Greenblatt, D., Shader, R., Franke, K., MacLaughlin, D., Harmatz, J., Allen, M., . . . Woo, E. (1979). Pharmacokinetics and Bioavailability of Intravenous, Intramuscular, and Oral Lorazepam in Humans. *Journal of pharmaceutical sciences*, 68(1), 57-63. <https://doi.org/10.1002/jps.2600680119>
- INFARMED. (2017). *Oramorph - Folheto Informativo*. <https://medikamio.com/downloads/pt-pt/drugs/oramorph.pdf>
- Infarmed. (2019). *Anexo I - Lista das Denominações, Forma(s) Farmacêutica(s), Dosagens dos Medicamentos, Via(s) de Administração, Titulares da(s) Autorização(ões) de Introdução no Mercado nos Estados-Membros*. <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/pesquisa-avancada.xhtml>
- International Council of Nurses. (2021). *The ICN Code of Ethics for Nurses*. ICN - International Council of Nurses, Geneva.
- Knaul, F. M., Farmer, P. E., Krakauer, E. L., De Lima, L., Bhadelia, A., Kwete, X. J., ... & Zimmerman, C. (2018). Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report. *The Lancet*, 391(10128), 1391-1454.
- Knipping, C. (2006). Umfassende Pflege und Betreuung Schwerkranker und Sterbender am Beispiel ausgewählter Symptome und Interventionen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 11(49), 1104-1112. <https://doi.org/10.1007/s00103-006-0071-z>
- Likar, R., Michenthaler, M., Traar, R., Molnar, M., & Neuwersch, S. (2017). Klinische Faktoren mit Einfluss auf die Symptomatik des terminalen Rasselatmens bei Tumorpatienten in der Palliativversorgung: Nichtinterventionelle Studie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 50, 332-338. <https://doi.org/10.1007/s00391-016-1042-0>
- Lokker, M., Van Zuylen, L., Van Der Rijt, C., & Van Der Heide, A. (2014). Prevalence, impact, and treatment of death rattle: A systematic review. *Journal of pain and symptom management*, 47(1), 105-122. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.03.011>
- Luzia, M. D. F., Argenta, C., Almeida, M. D. A., & Lucena, A. D. F. (2018). Conceptual definitions of indicators for the nursing outcome "Knowledge: Fall Prevention". *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 431-439. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0686>
- Marinho, L. (2013). *A Gestão da Dor em Cuidados Paliativos: Saberes e Práticas dos Enfermeiros*. (Tese de mestrado, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Repositório Científico de Acesso Aberto: <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1185>
- Martins, O. (2018). *Sedação paliativa*. <https://medicinapaliativa.pt/Blog/Detail/37>

- Meleis, A. (2012). *Theoretical nursing: development and progress - 5th Edition*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Meleis, A., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Melo de Souza, L., & Gorini, M. I. P. C. (2006). Diagnósticos de enfermagem em adultos com leucemia mielóide aguda. *Revista gaúcha de enfermagem. Porto Alegre. Vol. 27, n. 3* (set. 2006), p. 417-425. <http://hdl.handle.net/10183/23566>
- Neto, I. (2003). A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos. *Revista portuguesa de medicina geral e familiar*, 19(1), 68-74. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v19i1.9906>
- Neto, I. (2010). *Cuidados Paliativos - Testemunhos*. Alêtheia Editores.
- Norma 007/2019 da Direção Geral de Saúde, Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. (2019). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0072019-de-16102019-pdf.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros. (2008). *DOR - Guia Orientador de Boa Prática*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2009). *Palliative care for dignified dying: International Classification for Nursing Practice*. International Council of Nurses.
- Pereira, C., Freitas, D., Vieira, F., Bralão, I., & Ferreira, T. (2003). Infusor elastométrico - DIB. *Revista de Anestesia Regional e Terapia da Dor*, 63-64. <http://hdl.handle.net/10400.26/32479>
- Regulamento no 140/2019 de 6 de fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06, páginas 4744 - 4750*. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento no 197/2015 de 8 de outubro de 2015 do Ministério da Saúde. (2015). *Diário da República n.º 197/2015, Série I de 2015-10-08, páginas 8732 - 8738*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/340-2015-70485726>
- Regulamento no 228/2016 de 28 de novembro da Administração Interna - Secretaria-Geral. *Diário da República, 1.ª série — N.º 228*. <https://files.dre.pt/1s/2016/11/22800/0421804219.pdf>
- REPE Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro. (1996). *Diário da República — I SÉRIE-A, n.º 205*. <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>
- Santos, M., Paiva de Jesus, G., Ferreira, L., & França, R. (2019). Leucemia Mieloide, aguda e crónica: Diagnósticos e Possíveis Tratamentos. *Revista Saúde em Foco*, 11, 279-294. https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2019/02/022_LEUCEMIA-MIELOIDE-AGUDA-E-CR%C3%94NICA-DIAGN%C3%93STICOS-E-POSS%C3%8DVEIS-TRATAMENTOS.pdf
- Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 12(12), 6-8. https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Sequeira-2/publication/317471426_Comunicacao_therapeutica_em_saude_mental/links/59426726aca272a87300eb3f/Comunicacao-terapeutica-em-saude-mental.pdf
- Sereno, S., Matias, D., Trindade, I., Ressurreição, J., Araújo, R., Fernandes, S., . . . Capelas, M. (2022). *Palliative Performance Scale (PPSv2) PPS PT - Versão Portuguesa/Portugal*. Observatório Português dos Cuidados Paliativos.

- Shimizu, Y., Miyashita, M., Morita, T., Sato, K., Tsuneto, S., & Shima, Y. (2014). Care strategy for death rattle in terminally ill cancer patients and their family members: recommendations from a cross-sectional nationwide survey of bereaved family members' perceptions. *Journal of pain and symptom management*, 48(1), 2-12. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.07.010>
- Sibbald, R., Krasner, D., & Lutz, J. (2010). SCALE: Skin Changes at Life's End: Final Consensus Statement: October 1, 2009. *Advances in skin & wound care*, 23(5), 225-236. <https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000363537.75328.36>
- Silva, R., Trindade, G., Paixão, G., & Silva, M. (2018). Family conference in palliative care: concept analysis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 206-213. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0055>
- Twomey, S., & Dowling, M. (2013). Management of death rattle at end of life. *British Journal of Nursing*, 22(2), 81-85. <https://doi.org/10.12968/bjon.2013.22.2.81>
- Twycross, R. (2001). *Cuidados Paliativos*. Climepsi editores.
- WHO. (2023). *Palliative care*. <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
- Wildiers, H., & Menten, J. (2002). Death Rattle: Prevalence, Prevention and Treatment. *Journal of pain and symptom management*, 23(4), 310-317. [https://doi.org/10.1016/S0885-3924\(01\)00421-3](https://doi.org/10.1016/S0885-3924(01)00421-3)
- Wildiers, H., Dhaenekint, C., Demeulenaere, P., Clement, P. M., Desmet, M., Van Nuffelen, R., ... & Menten, J. (2009). Atropine, Hyoscine Butylbromide, or Scopolamine Are Equally Effective for the Treatment of Death Rattle in Terminal Care. *Journal of pain and symptom management*, 38(1), 124-133. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2008.07.007>

8. ANEXOS

Anexo I

Questionário informal aos Enfermeiros

Feminino () | Masculino ()

Enfermeiro:

Desde 0 a 5 anos ()

Desde 6 a 10 anos ()

Desde 10 anos e mais ()

Habilitações Académicas:

Licenciatura ()

Pós Graduação ()

Mestrado ()

Especialidade ()

Sabe o que são Cuidados Paliativos?

SIM () NÃO ()

Já teve formação sobre Cuidados Paliativos?

SIM () NÃO ()

Na sua prática, tem contacto com doentes que requerem de cuidados paliativos?

SIM () NÃO ()

Anexo II

Cuidados Paliativos

Equipa Intra Hospitalar de Cuidados Paliativos



Enfermeira Maria Luís Guimarães

Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa | ESEP, 2022

Pré Teste

<https://forms.office.com/e/XMGqaCW8re>



Índice

1. Cuidados Paliativos;
2. Controlo sintomático:
 - 2,1. Sintomas frequentes em CP.
3. Vias de administração farmacológica em Cuidados Paliativos;
4. Cateter Subcutâneo:
 - 4,1. Indicação e contraindicações para a utilização da via SC;
 - 4,2. Localização;
 - 4,3. Descrição do procedimento;
 - 4,4. Fármacos administrados por via SC;
 - 4,5. Compatibilidade;
 - 4,6. Hipodermóclise;
 - 4,7. Cuidados de Enfermagem perante um SC;
 - 4,8. Perfusão Contínua
 - 4,9. Conclusões da via SC.

Cuidados Paliativos, definição:

“Cuidados que visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, nomeadamente a dor, mas também dos psicológicos, sociais e espirituais”

OMS, 2002, 2009 cit Pereira, 2010



Cuidados Paliativos, definição:

“Cuidados paliativos concentram-se na prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual, na melhoria do bem-estar e no apoio aos doentes e as suas famílias, quando associado a doença grave ou incurável, em fase avançada e progressiva e devem sempre respeitar a autonomia, a vontade, a individualidade, a dignidade da pessoa e a inviolabilidade da vida humana”.

Lei de Bases dos Cuidados Paliativos, 2012

Cuidados Paliativos

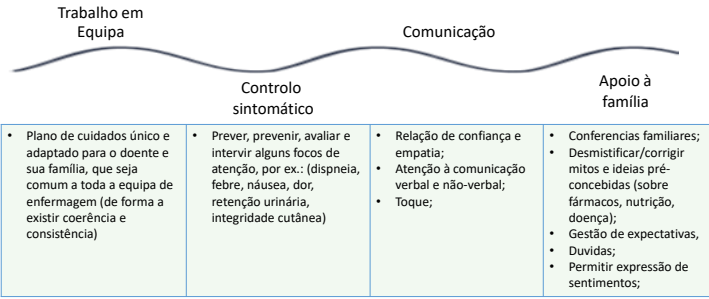
Doentes Oncológicos

- Tumores líquidos ou sólidos

Doentes Não Oncológicos

- Insuficiência de órgão (renal, hepática, cardíaca, respiratória);
- Doenças degenerativas (Demências, Esclerose lateral amiotrófica(ELA), Esclerose múltipla, Doença de Parkinson, Doença cerebrovascular; Doença de Huntington; Miopatias; Atrofia espinal);
- Doenças infecciosas (HIV/SIDA, Tuberculose, COVID 19);

4 Pilares dos Cuidados Paliativos:



Controlo sintomático, uma prioridade:

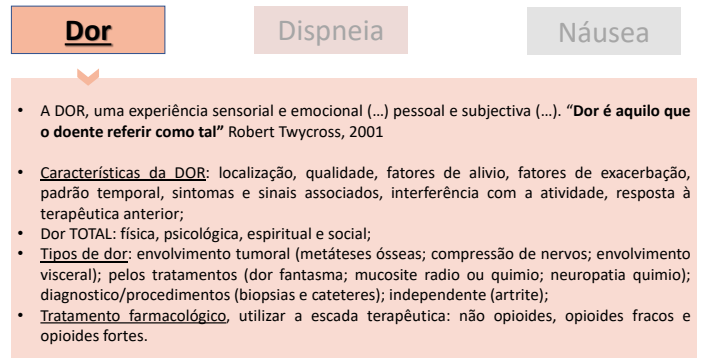
- O controlo de sintomas, consiste em “saber reconhecer, avaliar e tratar adequadamente os múltiplos sintomas que surgem e que têm repercussões diretas sobre o bem-estar do doente” Isabel Neto, 2020
- “o enfermeiro deverá ser capaz de, no âmbito da sua atuação, **identificar sintomas** que a pessoa apresenta, **planear e implementar** as intervenções mais adequadas e **avaliar o resultado** dessas mesmas intervenções (...) salientando que a abordagem ao doente em cuidados paliativos é efetuada de um modo integrado, holístico e articulado.” Sandra Pereira, 2010



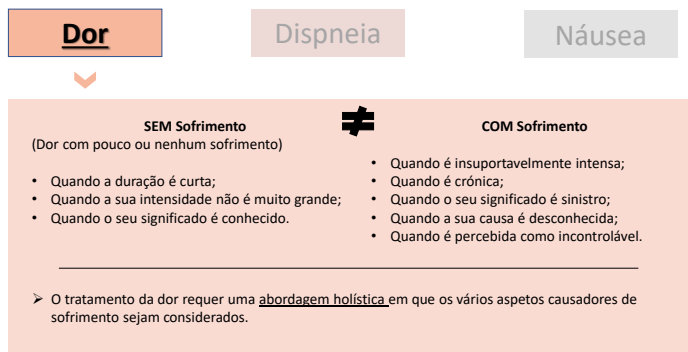
Princípios Gerais para o controlo sintomático:

- Determinar a causa do/s sintomas, bem como o impacto físico e emocional do sintoma, intensidade e os fatores que de algum modo condiciona no dia a dia do doente;
- Explicar de forma acessível o surgimento do sintoma;
- Antecipar quanto possível ao aparecimento de sintomas previsíveis em certos contextos clínicos (atitude preventiva);
- Envolver a pessoa e família em todo o processo (tomada de decisão);
- Utilizar medidas farmacológicas e não farmacológicas;
- Monitorizar através da utilização de instrumentos de avaliação (escala numérica da dor, Escala de avaliação de sintomas de Edmonton ESAS) e respetivo registo;
- Estabelecer objetivos realistas com a pessoa doente e valorização correta das respostas obtidas. Estabelecendo prioridades nos sintomas mais incómodos;
- Sempre com objetivo de obter melhores resultados;
- Mostrar disponibilidade, estar sempre presente.

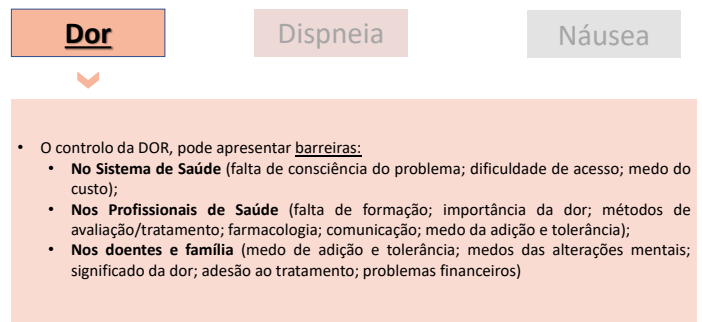
Sintomas frequentes em CP:



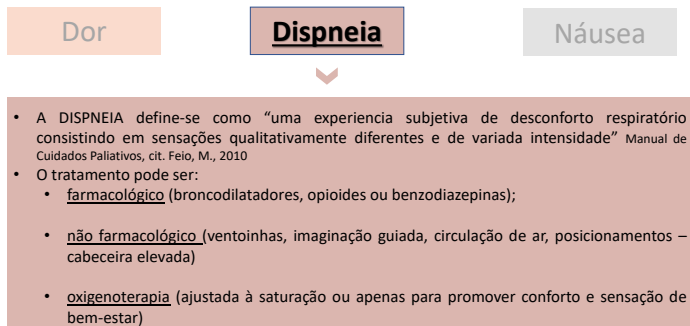
Sintomas frequentes em CP:



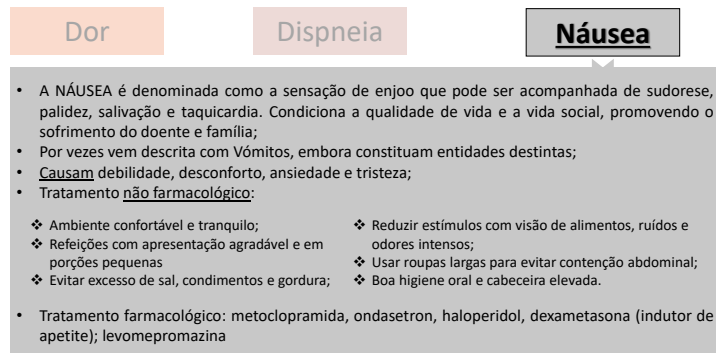
Sintomas frequentes em CP:



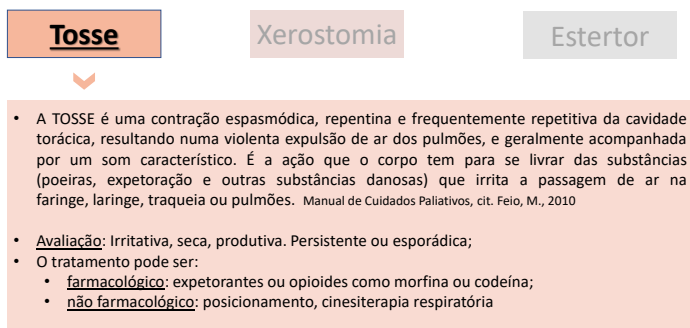
Sintomas frequentes em CP:



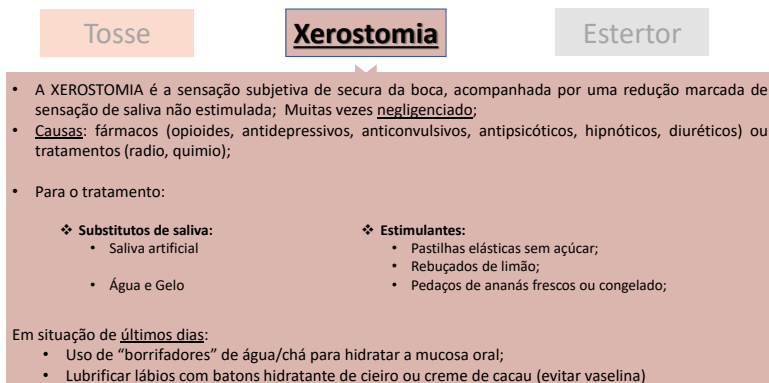
Sintomas frequentes em CP:



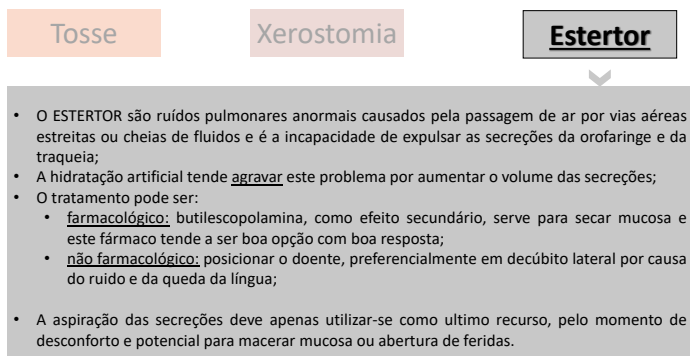
Sintomas frequentes em CP:



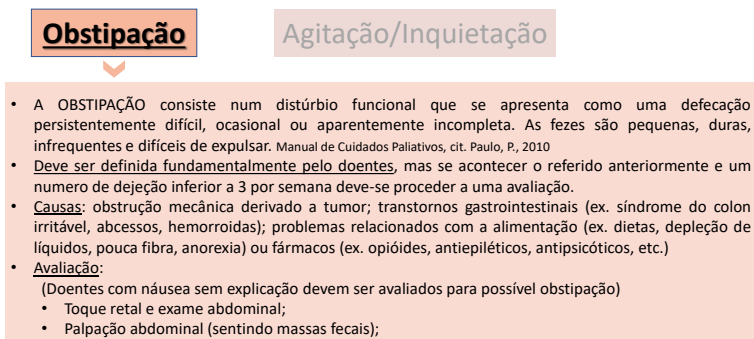
Sintomas frequentes em CP:



Sintomas frequentes em CP:



Sintomas frequentes em CP:



Sintomas frequentes em CP:

Obstipação

Agitação/Inquietação

- O tratamento pode ser:
 - Fezes duras:** utilizar **amolecedor**, pois a estimulação excessiva do peristaltismo pode provocar cólicas - ex: lactulose, macrogol, hidróxido de magnésio;
 - Fezes moles:** utilizar **estimulantes do peristaltismo** (ex: bisacodilo, sene, picossulfato de sódio) e em combinação com um amolecedor causa menos efeitos laterais e melhor eficácia!
- Todos os laxantes são mais eficazes se os doentes estiverem bem hidratados, mas não justifica a administração de soros só por esse fato;
- Nos doentes com estomas devem ser usados os mesmos princípios. Os supositórios devem ser mantidos no local com um dedo enluvado e os enemas devem ser retidos enchendo um balão de uma algália durante 10 minutos;
- O objetivo do tratamento com laxantes é a defecação **confortável** e não uma frequência particular;

Sintomas frequentes em CP:

Obstipação

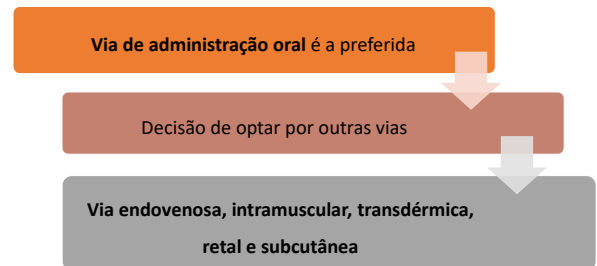
Agitação/inquietação

- Causas:**
 - Alterações metabólicas (desidratação, hipoxia, hiponatremia, inf. renal);
 - Intoxicação por fármacos (anticonvulsivantes, corticosteroides, sedativos);
 - Infeções (respiratórias, urinárias, sepsis, meningites);
 - Doença neurológica (AVC; metáteses cerebrais, demências);
 - Momento próximo ao fim de vida.
- O tratamento pode ser:
 - farmacológico:** Midazolam, haloperidol (em doente em fim de vida pode-se realizar perfusão contínua ou noturna para controlar este sintoma)
 - não farmacológico:** acalmar, minimizar risco de quedas, orientar o doente.

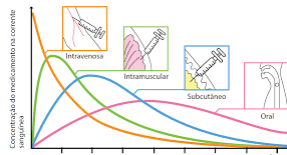
Vias de administração farmacológica em Cuidados Paliativos

A terapêutica farmacológica e a via através da qual é instituída devem sempre submeter-se ao princípio de **provocar o menor sofrimento** possível ao doente, sendo **rápida e eficaz** quanto às ações pretendidas.

Vias de administração farmacológica Preferência em CP:



Vias de administração farmacológica Preferência em CP:



Via Subcutânea



Fármacos administrados por via subcutânea

Fármacos de uso habitual Fármacos contraindicados

Fármacos de uso habitual	Fármacos contraindicados
Morfina** Tramadol Haloperidol** Levomepromazina* Metoclopramida Midazolam** Butilescopolamina** Dexametasona*** Cetorolac/diclofenac* Furosemida* Ceftriaxone* Octreótido*	ⓧ Diazepam Clorpromazina

* Devem administrar-se **sozinhos**, recomenda-se rodar o ponto de administração para evitar irritações locais;
 ** Podem misturar-se no infusor/perfusão;
 *** **Cateter exclusivo.**

Compatibilidades de opiáceos e outros fármacos por via subcutânea

Fármaco	Compatível com:
Butilescopolamina	Morfina; Haloperidol; Levomepromazina; Midazolam; Octreótido.
Dexametasona	Não deve ser misturada com outros fármacos em perfusão, excepto se for em doses muito baixas (1mg/24h)
Diclofenac	Não é compatível com nenhum outro fármaco em perfusão; administrar isoladamente.
Haloperidol	Morfina; Tramadol; Butilescopolamina; Metoclopramida; Levomepromazina; Midazolam; Octreótido
Levomepromazina	Morfina; Butilescopolamina; Metoclopramida; Haloperidol; Midazolam; Octreótido
Metoclopramida	Morfina; Tramadol; Haloperidol; Midazolam; Octreótido

Midazolam	Morfina; Butilescopolamina; Metoclopramida; Haloperidol; Levomepromazina; Octreótido
Morfina	Butilescopolamina; Metoclopramida; Haloperidol; Levomepromazina; Midazolam; Octreótido
Octreótido	Morfina; Butilescopolamina; Metoclopramida; Haloperidol; Levomepromazina; Midazolam
Tramadol	Haloperidol; Metoclopramida

(Adaptado de Dickman, 2002)

Página web para consulta das Compatibilidades de opiáceos e outros fármacos por via subcutânea:
<https://book.pallcare.info/index.php?op=plugin&src=sdrivers>.

Hipodermóclise

- Permite a administração de volumes que podem atingir 1000-1500ml em 24h, sendo a região torácica e a abdominal com maior capacidade de absorção de fluidos

Pode ser interrompida e reiniciada a qualquer momento, sem risco de hemorragia ou formação de coágulos.

- Complicações locais:** Edema local, equimose e infeção.
- Complicações sistémicas:** aparecimento de "farfalheira" ou aparecimento de edemas periféricos.

O soro deverá conter eletrólitos como:

- Cloro de Sódio a 0,9%;
- Dextrose a 4%;
- Dextrose a 5%;



Cuidados de Enfermagem perante um SC :

- Observar frequentemente o local de punção;
- Mudar o local de punção se estiverem presentes signais de descoloração ou eritema cutâneo, exsudado, refluxo de sangue, desconforto intenso ou quando se altera a prescrição de medicamentos;
- O novo local de punção deve estar a pelo menos 5 cm do anterior, para evitar lesões da pele.

O acesso subcutâneo pode permanecer entre 1 a 7 dias, sendo mais habitual a utilização da mesma zona de punção entre 5 a 7 dias.

DIB /Perfusão Continua



Perfusão Continua Subcutânea

- Preparar uma perfusão /DIB** devemos ter em conta as seguintes variáveis :
 - Fluxo de saída medido em ml / h;
 - O volume total de preenchimento.

Com estas variáveis de referência calculadas, o volume acumulativo do fármaco a ser administrado de acordo com as suas apresentações deve ser completado com a capacidade total do dispositivo com SF 0,9%.

Caso prático - exemplo

- Um paciente necessita de 50 mg de morfina, 5 mg de haloperidol e 30 mg de metoclopramida por um dia, para o controlo da náusea e dor.
 - dispositivo: DIB de 100ml em 24h programado com uma saída de 2 ml/h.

Preparação:

- Morfina 50 mg = 5 ampolas de morfina% 1 de 1 ml = total de 5 ml
- Haloperidol 5 mg = 1 ampola de 1 ml = total de 1 ml
- Metoclopramida 30 mg = 3 ampolas de 2 ml = total de 6 ml

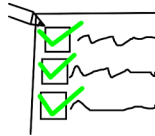
No final os fármacos ocupam um volume total de 12 ml. É necessário 38 ml de SF para encher a bomba = 50 ml do volume total.

Conclusões da via Subcutânea

- Esta via de administração pode ser **considerada segura** por apresentar efeitos colaterais raros e reversíveis;
- É a **melhor via para a administração de opióides**, de forma segura, eficaz e com poucos efeitos adversos;
- Bem-estar do paciente;
- Possibilidade de **tratamento no domicílio**;
- Liberdade de movimento e autonomia;
- Adequado controlo sintomático;
- Facilidade e simplicidade de manejo.

Pós Teste

<https://forms.office.com/e/zd391pNgkR>



OBRIGADA



"Tu importas porque és tu, e és importante até ao final da tua vida. Faremos o que podermos, não apenas para que possas morrer em paz, mas para que possas viver até que morras."
Cicely Saunders

Anexo III

08 - 12
MAIO
2023

Escola Superior
de Enfermagem
do Porto

INTERVENÇÕES PARA O ESTERTOR EM DOENTES EM
ÚLTIMOS DIAS E HORAS DE VIDA: SCOPING REVIEW

NURS ID 23
SPRING SCHOOL

Escola Superior
de Enfermagem
do Porto

NURS ID 23

SPRING SCHOOL

INTERVENÇÕES PARA O ESTERTOR EM DOENTES EM ÚLTIMOS
DIAS E HORAS DE VIDA: SCOPING REVIEW

Guimarães, M. ; Lopes, G.; Lumini, M.J.; Fernandes, O.

ORGANIZAÇÃO:



FINANCIADO POR:



Guimarães, M^{1.} ; Lopes, G.^{2.}; Lumini, M.J.^{3.}; Fernandes, O. ⁴

^{1.} Hospital CUF Porto; ^{2.} Hospital Pedro Hispano E.P.E.; ^{3 e 4.} ESEP/CINTESIS@RISE

CUIDADOS PALIATIVOS

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Cuidados Paliativos (CP) como “cuidados que aspiram uma abordagem que melhore a qualidade de vida dos doentes e das suas famílias quando confrontados com os problemas associados a uma doença incurável e/ ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação e avaliação precoce e ao tratamento de problemas físicos, tais como a dor, como também problemas psicossociais e espirituais.”

(WHO - Palliative care, 2023)

INTERVENÇÕES PARA O ESTERTOR EM DOENTES EM
ÚLTIMOS DIAS E HORAS DE VIDA: SCOPING REVIEW

NURS ID 23
SPRING SCHOOL

Escola Superior
de Enfermagem
do Porto

INTERVENÇÕES PARA O ESTERTOR EM DOENTES EM
ÚLTIMOS DIAS E HORAS DE VIDA: SCOPING REVIEW

NURS ID 23
SPRING SCHOOL

Escola Superior
de Enfermagem
do Porto

Guimarães, M^{1.} ; Lopes, G.^{2.}; Lumini, M.J.^{3.}; Fernandes, O. ⁴

^{1.} Hospital CUF Porto; ^{2.} Hospital Pedro Hispano E.P.E.; ^{3 e 4.} ESEP/CINTESIS@RISE

Guimarães, M^{1.} ; Lopes, G.^{2.}; Lumini, M.J.^{3.}; Fernandes, O. ⁴

^{1.} Hospital CUF Porto; ^{2.} Hospital Pedro Hispano E.P.E.; ^{3 e 4.} ESEP/CINTESIS@RISE

ÚLTIMOS DIAS E HORAS DE VIDA

A ausência de resposta a um tratamento com o intuito curativo, dirigido à doença progressiva de base, determina a progressão inexorável da mesma e o agravamento gradual do estado de saúde do doente. Este período de últimos dias ou horas de vida designa-se habitualmente por “agonia”. Os doentes agónicos representam um subgrupo de doentes em situação paliativa e terminal, carecem de resposta à suas necessidades e de um tipo específico de cuidados para lhes garantir dignidade e qualidade de vida.

(Barbosa, 2016)

ESTERTOR



É um sinal comum em doentes em últimos dias e horas de vida.

Consiste num ruído produzido pelo fluxo de ar através das secreções no trato respiratório superior.

É um fenómeno associado ao processo de morte iminente e que causa forte impacto nesta fase da vida no cliente.

É como se fosse um ruído indiciador da presença de morte.

O não reconhecimento desta fase tem consequências:

- não são implementadas as medidas terapêuticas adequadas
- impede-se a família de se preparar para uma morte próxima e de dar continuidade às tarefas do luto

(Barbosa, 2016).

TIPOLOGIA

AVALIAÇÃO
INTENSIDADE

INTERVENÇÕES PARA O ESTERTOR EM DOENTES EM
ÚLTIMOS DIAS E HORAS DE VIDA: SCOPING REVIEW

NURS ID 23
SPRING SCHOOL

Escola Superior
de Enfermagem
do Porto

INTERVENÇÕES PARA O ESTERTOR EM DOENTES EM
ÚLTIMOS DIAS E HORAS DE VIDA: SCOPING REVIEW

NURS ID 23
SPRING SCHOOL

Escola Superior
de Enfermagem
do Porto

Guimarães, M^{1.} ; Lopes, G.^{2.}; Lumini, M.J.^{3.}; Fernandes, O. ⁴

^{1.} Hospital CUF Porto; ^{2.} Hospital Pedro Hispano E.P.E.; ^{3 e 4.} ESEP/CINTESIS@RISE

Guimarães, M^{1.} ; Lopes, G.^{2.}; Lumini, M.J.^{3.}; Fernandes, O. ⁴

^{1.} Hospital CUF Porto; ^{2.} Hospital Pedro Hispano E.P.E.; ^{3 e 4.} ESEP/CINTESIS@RISE

OBJETIVO

Mapear e examinar as intervenções utilizadas na bibliografia para o alívio do estertor em clientes paliativos em últimos dias e horas de vida.



QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

“Quais as intervenções desenvolvidas pelas equipas de cuidados paliativos no alívio do estertor em situação de últimos dias e horas de vida?”



METODOLOGIA

Scoping
Review

Mnemónica
PCC
Joanna Briggs
Institute
(JBI).

- **P (Population):** Equipas envolvidas na prestação de cuidados a doentes em fim de vida OU Doente adulto em fim de vida;
- **C (Concept):** Estertor;
- **C (Context):** Cuidados Paliativos.

Guimarães, M¹. ; Lopes, G.²; Lumini, M.J.³; Fernandes, O. ⁴
¹. Hospital CUF Porto; ².Hospital Pedro Hispano E.P.E.; ³*⁴ ESEP/CINTESIS@RISE

Guimarães, M.¹; Lopes, G.²; Lumini, M.J.³; Fernandes, O. ⁴
¹. Hospital CUF Porto; ².Hospital Pedro Hispano E.P.E.; ³*⁴ ESEP/CINTESIS@RISE

METODOLOGIA

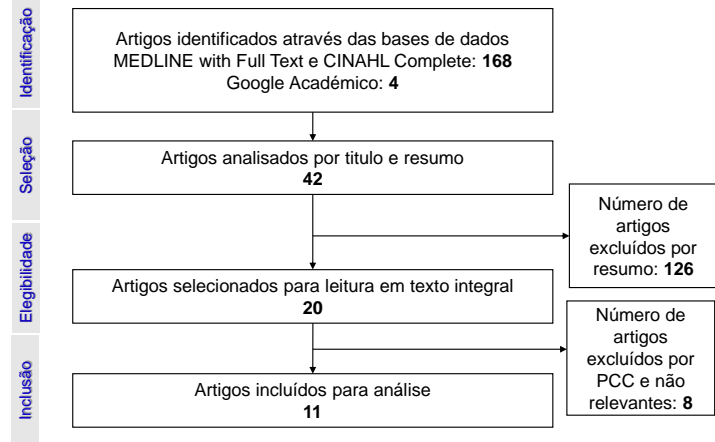
Pesquisa no agregador de conteúdos EBSCOhost da ESEP, nas bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE with Full Text e literatura cinzenta.

Limitadores: idioma português e inglês, sem limite temporal.

Frase booleana:

("terminally ill" OR "palliative care" OR "end-of-life care" OR "hospice care") AND ("death rattle" OR "noisy breathing" OR "respiratory sounds" OR "respiratory tract secretions") AND ("pathophysiology" OR "etiology" OR "assessment" OR "interventions" OR "treatment" OR "management") AND ("nursing care" OR "nursing strategies" OR "pharmacological interventions" OR "non-pharmacological interventions")

FLUXOGRAMA - PRISMA



Guimarães, M¹. ; Lopes, G.²; Lumini, M.J.³; Fernandes, O. ⁴
¹. Hospital CUF Porto; ².Hospital Pedro Hispano E.P.E.; ³*⁴ ESEP/CINTESIS@RISE

Guimarães, M.¹; Lopes, G.²; Lumini, M.J.³; Fernandes, O. ⁴
¹. Hospital CUF Porto; ².Hospital Pedro Hispano E.P.E.; ³*⁴ ESEP/CINTESIS@RISE

Ano	Autor	Tipo de estudo	Localização do artigo	País
2011	Sheehan C, Clark K, Lam L, Chye R.	Análise retrospectiva	https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0191	Austrália
2014	Fielding, F.; Long, C.	Estudo de caso	https://doi.org/10.1097/njh.000000000000090	EUA
2009	Wildiers H, Dhaenkint C, Demeulenaere P, Clement PM, Desmet M, Van Nuffelen R, Gielen J, Van Droogenbroeck E, Geurs F, Lobelle JP, Menten J, Flemish	Estudo randomizado prospectivo	https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2008.07.007	Bélgica
2022	Azhar A, Hui D.	Revisão da Literatura	https://doi.org/10.4143/crt.2022.143	EUA
2018	Campbell ML.	Estudo prospectivo de observação	https://doi.org/10.21037/apm.2018.09.03	EUA

Ano	Autor	Tipo de estudo	Localização do artigo	País
2014	Yoichi Shimizu, RN, MHthSci, Mitsunori Miyashita, RN, PhD, Tatsuya Morita, MD, PhD, Kazuki Sato, RN, PhD, Satoru Tsuneto, MD, PhD, e Yasuo Shima, MD	Estudo Transversal	https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.07.010	Japão
2017	Likar, R. Michenthaler M.C.; Traar, R.; Molnar, M. Neuwersch, S.	Estudo observacional não-intervencional	https://doi.org/10.1007/s00391-016-1042-0	Áustria
2006	Knipping C	Capítulo Livro	https://doi.org/10.1007/s00103-006-0071-z	Alemanha

Guimarães, M¹. ; Lopes, G.²; Lumini, M.J.³; Fernandes, O. ⁴
¹. Hospital CUF Porto; ².Hospital Pedro Hispano E.P.E.; ³*⁴ ESEP/CINTESIS@RISE

Guimarães, M.¹; Lopes, G.²; Lumini, M.J.³; Fernandes, O. ⁴
¹. Hospital CUF Porto; ².Hospital Pedro Hispano E.P.E.; ³*⁴ ESEP/CINTESIS@RISE

Ano	Autor	Tipo de estudo	Localização do artigo	País
2008	Wee B, Hillier R	Revisão sistemática da literatura	https://doi.org/10.1002/14651858.cd005177.pub2	Reino Unido
2013	Campbell ML, Yarandi HN	Estudo prospetivo observacional	https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0122	EUA
2013	Twomey, Shelagh; Dowling, Maura	Revisão da Literatura	https://doi.org/10.12968/bjon.2013.22.2.81	Irlanda

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Recomenda-se que o tratamento farmacológico do estertor seja iniciado o mais rápido possível para permitir sua redução.

(Wildiers, 2009)

Não foi possível determinar associações significativas entre a administração de um grupo específico de medicamentos e a manifestação de estertores respiratórios.

(Likar, 2017)

INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS

(não há consenso na literatura relativamente à farmacologia mais adequada ao alívio do estertor)

- Anticolinérgicos;
- Diuréticos;
- Opióides.

Guimarães, M¹. ; Lopes, G.²; Lumini, M.J.³; Fernandes, O. ⁴
¹: Hospital CUF Porto; ²: Hospital Pedro Hispano E.P.E.; ^{3 e 4}: ESEP/CINTESIS@RISE

Guimarães, M¹. ; Lopes, G.²; Lumini, M.J.³; Fernandes, O. ⁴
¹: Hospital CUF Porto; ²: Hospital Pedro Hispano E.P.E.; ^{3 e 4}: ESEP/CINTESIS@RISE

RESULTADOS E DISCUSSÃO

INTERVENÇÕES NÃO FARMACOLÓGICAS

- Posicionar o cliente: decúbitos laterais e semi laterais;
- Promover o conforto do paciente;
- Lateralizar cabeça do paciente;
- Promover higiene oral;
- Aspirar secreções encontradas na orofaringe, caso seja visivelmente necessário, de forma suave e breve;
- Informar aos familiares e cuidadores o motivo do estertor;
- Comunicar aos familiares e cuidadores as intervenções para o alívio do estertor;
- Comunicar aos familiares e cuidadores, possível, situação de últimos dias e horas de vida;
- Prestar apoio emocional aos familiares e cuidadores.

CONCLUSÕES

Na ausência de evidências para um tratamento eficaz e uma falta básica de compreensão da historia natural do estertor, a comunicação e a atenção ao sofrimento potencial de doentes e familiares devem ser o foco principal das nossas intervenções.

(Fielding, 2014)

Guimarães, M¹. ; Lopes, G.²; Lumini, M.J.³; Fernandes, O. ⁴
¹: Hospital CUF Porto; ²: Hospital Pedro Hispano E.P.E.; ^{3 e 4}: ESEP/CINTESIS@RISE

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azhar, A., & Hui, D. S. (2022). Management of Physical Symptoms in Patients with Advanced Cancer During the Last Weeks and Days of Life. *Cancer Research and Treatment*. <https://doi.org/10.4143/crt.2022.143>
- Campbell, M. L. (2019). Assuaging listener distress from patient death rattle. *Annals of Palliative Medicine*, 8(5), S58–S60. <https://doi.org/10.21037/apm.2018.09.03>
- Campbell, M. L., & Yarandi, H. (2013). Death Rattle Is Not Associated with Patient Respiratory Distress: Is Pharmacologic Treatment Indicated? *Journal of Palliative Medicine*, 16(10), 1255–1259. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0122>
- Fielding, F., & Long, C. O. (2014). The Death Rattle Dilemma. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 16(6), 466–471. <https://doi.org/10.1097/njh.0000000000000090>
- Knipping, C. (2006). Umfassende Pflege und Betreuung Schwerkranker und Sterbender am Beispiel ausgewählter Symptome und Interventionen. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*. <https://doi.org/10.1007/s00103-006-0071-z>
- Likar, R., Michenthaler, M. C., Traar, R., Molnar, M., & Neuwersch, S. (2017). Clinical factors influencing death rattle breathing in palliative care cancer patients. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*. <https://doi.org/10.1007/s00391-016-1042-0>
- Peters, M. D. J., Godfrey, C., Khalil, H., McInerney, P., Parker, D., & Sjares, C. B. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 13(3), 141–146. <https://doi.org/10.1097/eb.0000000000000050>
- Sheehan, C., Clark, K., Lam, L. T., & Chye, R. (2011). A Retrospective Analysis of Primary Diagnosis, Comorbidities, Anticholinergic Load, and Other Factors on Treatment for Noisy Respiratory Secretions at the End of Life. *Journal of Palliative Medicine*. <https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0191>
- Shimizu, Y., Miyashita, M., Morita, T., Sato, K., Tsuneto, S., & Shima, Y. (2014). Care Strategy for Death Rattle in Terminally Ill Cancer Patients and Their Family Members: Recommendations From a Cross-Sectional Nationwide Survey of Bereaved Family Members' Perceptions. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(1), 2–12. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.07.010>
- Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. T., Garrity, C., . . . Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/m18-0850>
- Twomey, S., & Dowling, M. (2013). Management of death rattle at end of life. *British Journal of Nursing*, 22(2), 81–85. <https://doi.org/10.12968/bjon.2013.22.2.81>
- Wee, B., & Hillier, R. (2008). Interventions for noisy breathing in patients near to death. *The Cochrane Library*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd005177.pub2>
- Wildiers, H., Dhaenekint, C., Dermeulenaere, P., Clement, P., DeSmet, M. D., Van Nuffelen, R., Gielen, J., Van Droogenbroeck, E., Geurs, F., Lobelle, J., & Menten, J. (2009). Atropine, Hyoscine Butylbromide, or Scopolamine Are Equally Effective for the Treatment of Death Rattle in Terminal Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(1), 124–133. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2008.07.007>
- (2023). WHO - Palliative care. Obtido de <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
- António Barbosa, Isabel Gaiña Neto (3Ed.). (2016). Manual de cuidados paliativos (1st ed.). Lisboa : Faculdade de Medicina. ISBN 978-972-9349-37-9

